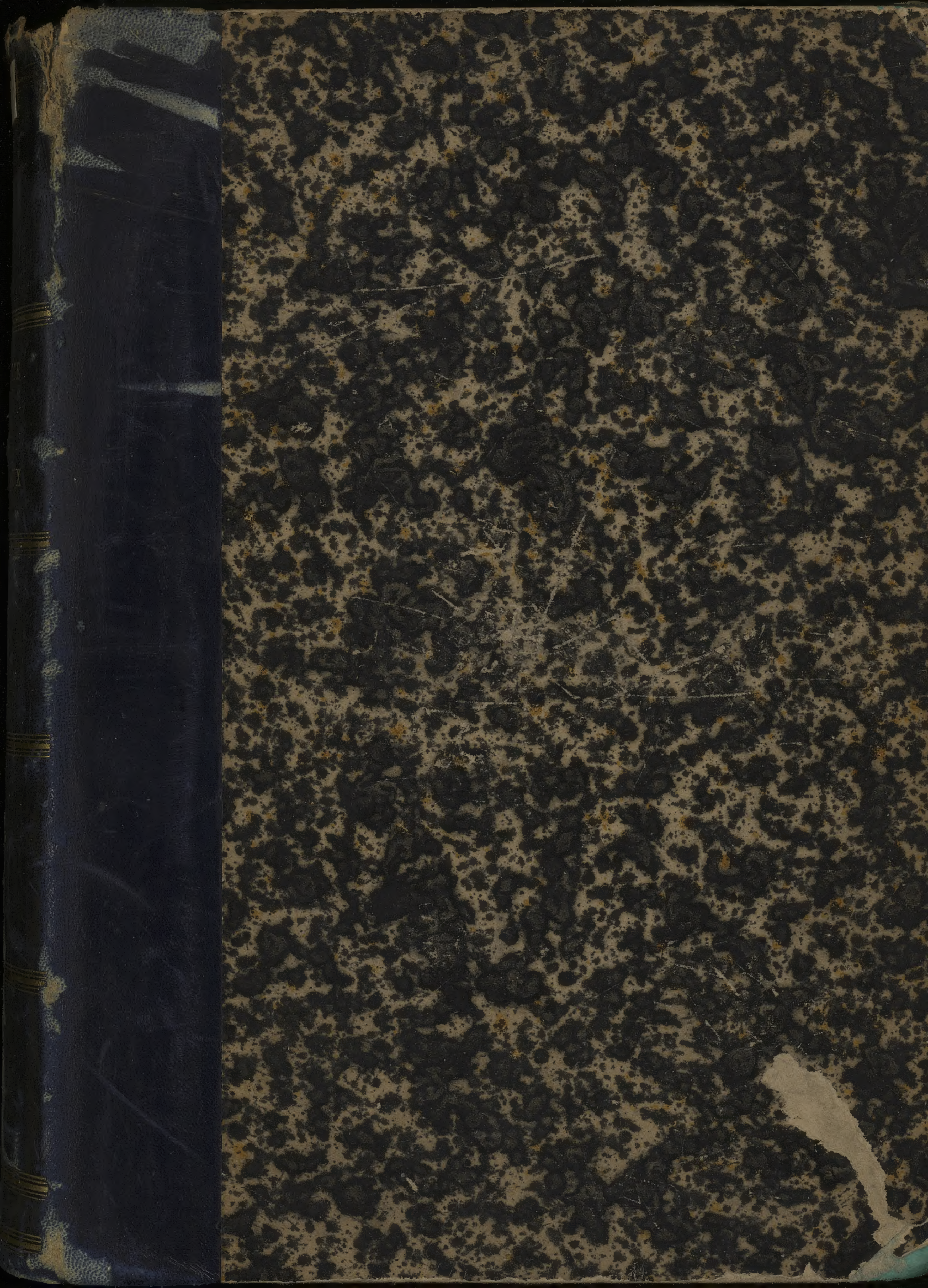
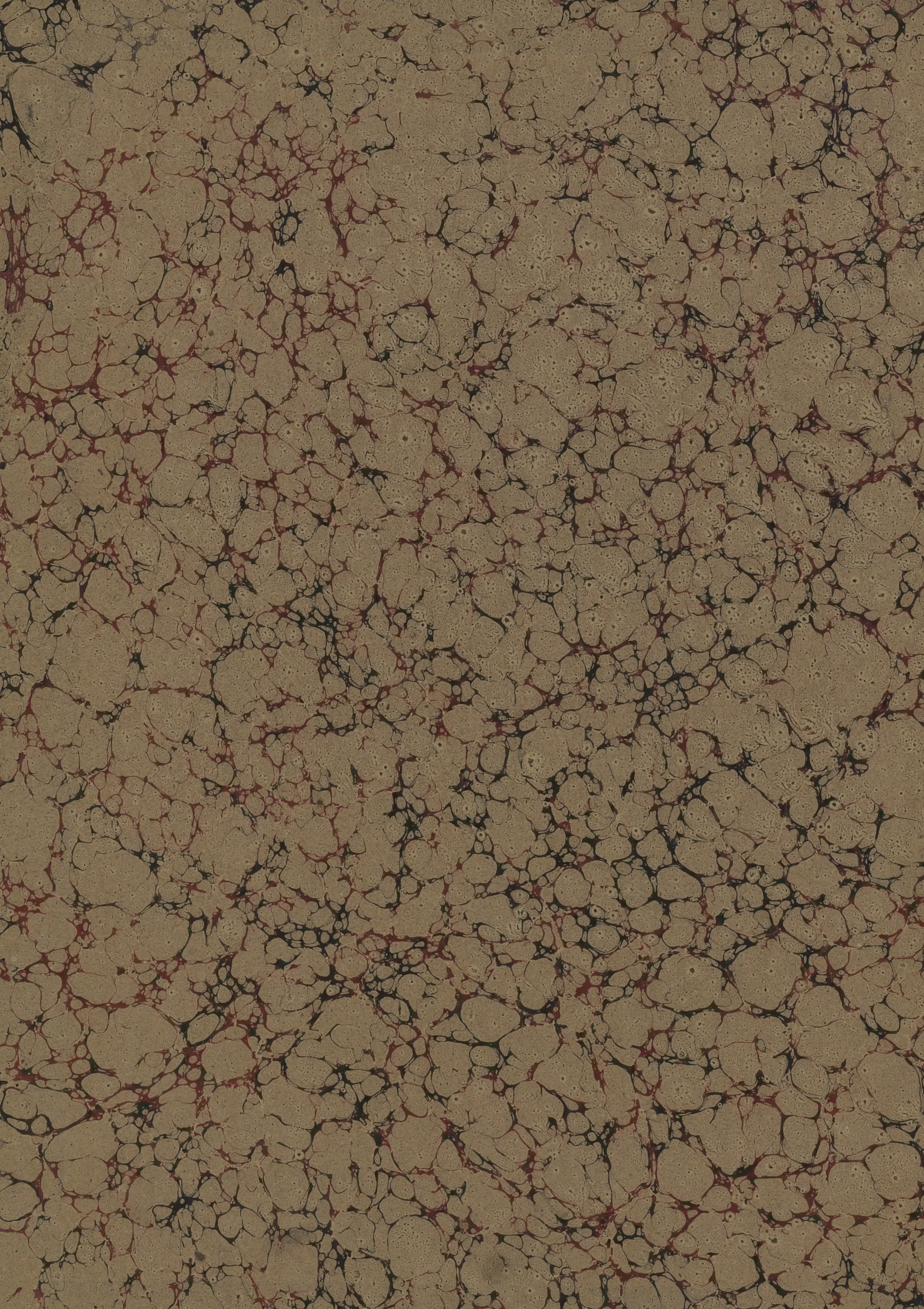
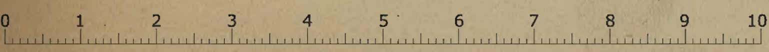







0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS
IMPRIMERIE F. LEVÉ
17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

SOIXANTE-CINQUIÈME ANNÉE

1892

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DE L'ODÉON, 4

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1892

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement [des ét]udiants en médecine est de 12 fr. par an. [S'adresser] *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10** fr. »	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 1er janvier 1892.

HENRI ROGER

(Notice lue à la Société médicale des hôpitaux par M. Rendu, secrétaire général.)

Contemporain de Baillarger, comme lui, intact d'intelligence et supportant vaillamment le poids des années, M. Roger a succombé le 16 novembre, aux suites d'une grippe qui l'avait atteint dans les derniers jours de 1890, et dont il ne s'était jamais relevé.

Peu de médecins ont eu une carrière aussi brillante que celle de ce maître universellement respecté. Né à Paris, le 15 juin 1809, fils d'un père illustre par des œuvres dramatiques de premier ordre, et qui, après avoir occupé dans l'Université les hautes fonctions d'inspecteur général, mourut membre de l'Académie française, Henri Roger se trouva, dès son enfance, dans un milieu littéraire admirablement conforme à ses aptitudes, et n'eut qu'à se modeler sur l'exemple paternel, pour s'initier à la belle langue française qu'il devait plus tard manier avec tant de talent.

Élève, il fut de ceux qui par leurs victoires universitaires annoncent d'avance leurs succès futurs : interne de la promotion de 1833, il s'y montra hors de pair et en sortit trois ans après, avec la médaille d'or. Au bout d'un an de doctorat, en 1840, il était nommé médecin du Bureau central, et agrégé à son second concours. Successivement secrétaire, puis secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux, secrétaire annuel de l'Académie de médecine de 1872 à 1878, président de cette Compagnie en 1880, il a épuisé toutes les distinctions honoriques ; seul le professorat lui a manqué : la chaire de clinique des maladies infantiles n'existait pas alors : sans quoi, très certainement la Faculté aurait tenu à honneur de la lui faire occuper.

Comme Baillarger, M. Roger s'est spécialisé de bonne heure, et, à peine nommé médecin des hôpitaux, il s'est senti attiré vers la médecine infantile. Son premier mémoire sur la fièvre typhoïde des enfants est de 1840, date de sa réception au Bureau central. Bientôt titulaire du service des Enfants-Assistés, il ne le quitte que pour devenir médecin de l'hôpital de la rue de Sèvres, où pendant vingt-deux ans il a été le maître le plus incontesté de la clinique infantile.

Les travaux scientifiques de M. Roger sont nombreux, tous marqués au coin de l'observation la plus honnête et la plus précise. Je n'entreprendrai pas de vous les énumérer tous, bien que chacun d'eux ait été classique à son heure : mais il faut glaner dans cette riche moisson, et s'attacher spécialement à ceux qui rendront impérissable le nom de leur auteur.

L'auscultation et sa valeur séméiologique avaient été, dès le début, le sujet de prédilection des études de M. Roger, et il en avait fait l'objet de sa thèse inaugurale. Ce fut ce travail remanié et complété qui, avec la collaboration de Barth, un esprit de la même trempe, est devenu cet admirable *Traité d'auscultation*, lequel, arrivé à sa dixième édition, traduit dans toutes les langues, a été et sera longtemps encore le manuel indispensable de toutes les générations médicales.

Une série de mémoires, parus en peu d'années, sur la percussion et l'auscultation combinées, sur le tympanisme thoracique dans les épanchements pleuraux, sur l'auscultation de la tête chez les enfants, particulièrement dans le rachitisme, sont venus compléter et perfectionner l'œuvre primitive.

Tous les médecins ont lu et médité le *Traité d'auscultation :* ce que l'on sait moins, c'est que M. Roger a été le promoteur des premières recherches thermométriques appliquées à l'estimation de la température fébrile. Le mérite n'en revient pas à Wunderlich, comme on l'accepte trop communément : dès l'année 1844, alors que Roger avait le service des Enfants-Assistés, il publiait son mémoire sur la température chez les enfants à l'état physiologique et pathologique, qui non seulement marque un progrès considérable dans l'étude de la clinique infantile, mais fait date dans les annales de la pathologie générale. On sait quelle extension a prise depuis la thermométrie médicale, et il n'est personne, aujourd'hui, qui ne se serve couramment de ce précieux moyen de contrôle : l'idée première et l'application originelle appartiennent à M. Roger, et constituent, suivant moi, un de ses titres scientifiques les plus sérieux et les plus durables. Six ans plus tard, il trouvait dans l'épidémie de choléra de 1849 une occasion de nouvelles recherches thermométriques, et démontrait expérimentalement l'abaissement de la température du corps chez les cholériques à la période algide.

Dans la médecine infantile pure, les travaux de Roger sont connus de tout le monde et ont fait époque. A lui appartient le premier cas de guérison de croup obtenu à l'hôpital après la trachéotomie, en 1839. Dans un mémoire sur la statistique de la mortalité du croup à Paris, il revient sur les mérites de l'opération et se montre l'actif propagateur des doctrines de Trousseau. Il signale les ulcérations de la trachée qui surviennent à la suite de l'introduction de la canule et discute leur valeur pronostique; dans une série de notes, il insiste sur la contagion et l'inoculabilité de la diphthérie, sur la durée de l'incubation de l'angine couenneuse, et fait avec Réveil les premières expériences réellement scientifiques sur la valeur respective des antiseptiques et des caustiques pour détruire les fausses membranes.

A Roger, également, on doit la connaissance des relations réciproques qui rattachent si fréquemment la chorée au rhumatisme de l'enfance. Bien que sur ce point les conclusions du maître

aient été récemment battues en brèche, et que la tendance actuelle soit de faire de la chorée une névrose indépendante de l'arthritisme, la plupart des médecins, tant en France qu'à l'étranger, sont restés fidèles aux idées de Roger, et quel que soit l'avenir réservé à sa doctrine, c'est un fait clinique d'une haute importance d'avoir signalé le premier la fréquence des manifestations articulaires et viscérales, notamment de l'endocardite, chez les choréiques.

La paralysie spinale de l'enfance a été l'objet également de recherches d'une grande valeur de la part de Roger, en collaboration avec le regretté Damaschino. Contrairement à l'école de la Salpêtrière, il admet que la lésion destructive des cornes antérieures n'est pas initialement systématique : qu'elle est d'abord diffuse et ne se localise que secondairement aux points où la circulation spinale est la plus active. Ce que nous savons aujourd'hui du retentissement des états infectieux sur la moelle et des lésions atrophiques limitées qui en peuvent résulter, donne une grande vraisemblance à l'opinion soutenue par M. Roger.

Signalons enfin les deux volumes qui, sous le nom de *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*, ont paru de 1872 à 1883, et qui constituent le testament scientifique du maître. On y trouvera la plus magistrale description de la coqueluche qui ait été jamais écrite.

Ces deux volumes, que M. Roger mit plus de dix ans à composer, donnent la mesure de la conscience et de la scrupuleuse sévérité avec laquelle notre regretté maître compulsait et utilisait les matériaux scientifiques. C'est exclusivement d'après des documents personnels, recueillis dans son service par les générations d'internes qui s'y étaient succédé, que Roger édifiait ses statistiques : il n'avançait rien qu'il n'eût vu et vérifié par lui-même. C'est cette probité scientifique indiscutable et bien connue de ses collègues qui assure la pérennité de ses œuvres. Les théories passeront, les idées médicales se modifieront, mais les faits recueillis avec cette rigueur et cette exactitude resteront à jamais des documents précieux dont la valeur ne s'affaiblira pas.

Si l'on veut se faire une idée des qualités premières et du genre de talent de M. Roger, c'est dans ses rapports académiques et dans ses discours qu'il faut aller les chercher. Nul n'a su mieux que lui présenter d'une façon attrayante, avec un esprit et une finesse exquise, les détails les plus ardus des questions scientifiques. Nul n'a rendu avec plus de charme et de vérité la physionomie des grands médecins dont il a eu à faire l'éloge. Sa notice sur Rayer, son ancien maître; sur Blache, son collègue à l'hôpital des Enfants; sur Barth, son plus intime et plus fidèle ami, sont des chefs-d'œuvre de grâce, d'émotion contenue et de sensibilité vraie.

Car cet homme aimable, qui avait constamment la plaisanterie sur les lèvres et le tour d'esprit sceptique de nos aïeux du XVIIIe siècle, n'était pas en réalité ce qu'il paraissait au premier abord. Ceux qui le voyaient de près à l'œuvre, découvraient bien vite les qualités sérieuses qui se dissimulaient sous ces dehors quelque peu frivoles. Travailleur infatigable, toujours levé dès l'aube, ponctuel à sa visite d'hôpital, aussi ardent aux recherches scientifiques dans ses dernières années de pratique hospitalière qu'au début de sa carrière, il était plein de bonté et d'affection pour ses petits malades : il était vraiment le médecin des enfants, savait les interroger, en faisait ce qu'il voulait, était adoré d'eux.

Intellectuellement aussi, s'il paraissait de la lignée de Voltaire il descendait bien plus directement du XVIIe siècle. Ses auteurs de prédilection étaient les classiques de la grande époque; il les lisait et les relisait sans cesse. Comme La Fontaine, qui faisait difficilement des vers faciles, il mettait vingt fois sur le métier son ouvrage avant d'en être satisfait. Lui dont la conversation était si brillante, si pleine de saillies naturelles et spontanées, avait le travail lent et laborieux. On ne s'en serait pas douté à lire ces pages élégantes, où l'enchaînement du tour de phrase et des idées arrive si naturellement, et qui semblent sorties d'un seul jet de la pensée.

Dans la chaire professionnelle, M. Roger n'était pas un professeur brillant; mais, au lit du malade, c'était un chef de service incomparable, discutant avec précision, fertile en anecdotes instructives, aimant l'enseignement et l'imprévu de la conversation orale, apprenant merveilleusement aux élèves les finesses de la clinique infantile.

Quand, atteint par la limite d'âge, il dut quitter l'hôpital des Enfants où il était resté pendant vingt-deux ans, il ne crut pas le moment venu de jouir cependant d'un repos bien mérité. Continuant à faire le bien sous une autre forme, il prit à cœur les intérêts professionnels de la corporation médicale, et se consacra tout entier à l'amélioration du sort de nos confrères malheureux. Cette œuvre de l'Association des médecins de France, il l'a faite sienne, non seulement en lui faisant chaque année des dotations généreuses destinées à la caisse des pensions viagères, mais en lui consacrant la majeure partie de son temps. Ni les démarches, ni les efforts ne lui ont jamais coûté pour recruter des adhérents, pour stimuler l'ardeur des tièdes, pour intéresser les pouvoirs publics aux progrès de l'œuvre. Quatre fois, il a été réélu président pour le plus grand bien de l'Association. Grâce à lui, une foule de questions litigieuses ont été aplanies; grâce à lui surtout, l'esprit d'union et de concorde a prévalu parmi les membres de la Société, malgré les tendances séparatistes de certains d'entre eux, qui trouvaient qu'on ne marchait pas assez vite dans la voie des réformes, et qui ont failli amener une scission regrettable.

Tel a été l'homme excellent, le médecin éminent que nous avons perdu. Ancien interne de M. Roger, j'ai été à même, comme tous ses élèves, d'apprécier l'amitié fidèle et le dévouement constant qu'il gardait à tous ceux qu'il avait dirigés dans la carrière : je lui dois plus encore, car c'est lui qui m'a fait entrer dans la famille médicale dont je suis devenu le fils adoptif; c'est là une dette de reconnaissance inoubliable, que je suis heureux de payer publiquement à la mémoire de mon ancien maître.

REVUE GÉNÉRALE

Le diabète pancréatique et les recherches expérimentales.

Par le docteur J.-B. LAFFITTE,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

I

Une glycosurie persistante, qui n'est l'effet d'aucune intoxication connue, ni d'aucune lésion visible des centres nerveux : voilà le caractère capital du diabète essentiel ou diabète proprement dit.

On a longtemps pensé que cette maladie était une dans ses formes diverses. M. Lancereaux (1) y a distingué, le premier, deux espèces distinctes, qu'il a désignées du nom de *diabète gras* ou arthritique, et de *diabète maigre* ou pancréatique.

Le diabète gras paraît si insidieusement, qu'on ne saurait en préciser le début. La faim et la soif n'y ont rien d'exagéré; l'urine y est d'une abondance ordinaire, sans azoturie, et la glycosurie médiocre. Les sujets sont gras et même obèses, l'état général reste bon, la durée du mal est fort longue, et la mort arrive le plus souvent par le coma diabétique.

Le diabète maigre, au contraire, commence tout à coup, en pleine santé. La faim, la soif, l'amaigrissement y sont extrêmes dès les premières semaines; l'azoturie est manifeste, l'urine très abondante, et le poids du sucre évacué

(1) Cf. sur le diabète maigre : LANCEREAUX. *Union méd.*, 1879, et séance de l'Acad. de méd. du 1er mai 1888; — LAPIERRE. Th. de Paris, 1879.

peut être de 800 grammes par jour. Les désirs sexuels sont perdus, les forces détruites; la durée du mal ne passe pas trois ans, et c'est communément la tuberculose pulmonaire aiguë ou subaiguë qui tue le malade.

Le diabète gras est héréditaire; il aime les goutteux, les calculeux, les arthritiques. Le diabète maigre n'est pas héréditaire; aucune affection arthritique ne se retrouve, ni dans les gens qu'il attaque, ni dans leur parenté.

Le diabète gras n'est marqué par aucune lésion anatomique manifeste. Le diabète maigre est toujours caractérisé par la destruction du pancréas : cet organe est scléreux, très réduit de volume, avec ou sans calculs dans ses canaux excréteurs; ou bien il a subi la dégénérescence graisseuse, ou il est détruit par quelque néoplasme.

La cause du diabète héréditaire est inconnue. La destruction constante du pancréas semble prouver qu'elle est la cause du diabète maigre, d'ailleurs si différent du premier par les circonstances étiologiques, et par son évolution.

Telles furent les conclusions de M. Lancereaux, appuyées sur une observation exacte et des autopsies nombreuses.

Mais M. Lancereaux a fait remarquer qu'il n'est pas le premier qui ait trouvé des lésions du pancréas dans le diabète. En 1788, il y a plus de cent ans, Cowley rapporta, dans le *London Medical Journal*, le cas d'un diabétique à l'autopsie duquel les canaux du pancréas furent trouvés pleins de calculs. Richard Bright publia, en 1833, une observation de diabète à marche rapide : on reconnut que tout le pancréas était dur et cartilagineux. On cite encore trois observations de Cl. Bernard, un cas de Griesenger, plusieurs de Frérichs, deux de Recklinghausen, celui de Klebs et Munk, d'autres encore. J'en trouve un, qu'on n'a pas signalé, dans le *Traité des voies urinaires* de Chopart, publié en 1791 (1). « A l'ouverture du corps d'un homme de trente-quatre ans, mort du diabète, on a trouvé le foie altéré, d'une couleur cendrée à l'extérieur, et d'une consistance molle semblable à de la pâte : *le pancréas était plein de calculs blancs et qui n'excédaient point le volume d'un pois.* » Il semble que ce cas ne soit point de l'observation de Chopart, mais il ne dit pas où il l'a pris.

Quand Bouchardat, en 1840, eut étudié, avec Sandras, l'action du suc pancréatique sur les amylacés, il fut frappé des lésions du pancréas trouvées dans quelques cas de diabète, et il invita les médecins à ne pas perdre de vue l'état de la glande dans cette maladie. En 1875, dans son *Traité de la glycosurie*, il persista à croire que la pathogénie du diabète peut être expliquée par des troubles de la fonction pancréatique. Malgré ce vague essai de pathogénie, et malgré les observations anatomiques précédentes, que les auteurs n'ont guère considérées que comme des faits curieux, il est certain qu'aucune théorie du diabète pancréatique n'avait été tentée avant M. Lancereaux, en 1877. Cette théorie, fondée sur l'observation clinique, a été surtout féconde par la voie nouvelle qu'elle a tracée à la physiologie. Car s'il était vrai que la suppression du pancréas fût cause d'une glycosurie permanente, le véritable diabète, qui avait toujours échappé à la médecine expérimentale, lui devenait donc accessible. Les travaux des physiologistes sur ce point ont été assez nombreux : cette Revue a pour objet de les exposer. La question est encore nouvelle, les expériences sont loin d'être achevées, mais on verra combien ces recherches sont déjà intéressantes.

(1) Chopart. *Traité des voies urinaires*, Paris 1791.

II

Et d'abord, si les lésions du pancréas provoquent la glycosurie, n'est-ce point parce qu'elles tarissent la sécrétion du suc pancréatique?

Cl. Bernard a prouvé que la nutrition des animaux est troublée profondément lorsque le suc fait défaut dans l'intestin. En 1848, ce physiologiste (1) ayant établi sur le chien une fistule au canal excréteur du pancréas, il put recueillir ainsi une grande quantité de fluide pancréatique. Il reconnut que ce liquide, agité avec une demi-partie d'huile d'olive, donne une émulsion crémeuse, homogène, persistante. En nourrissant un lapin de graisse, il vit le chyle blanc s'émulsionner seulement au-dessous de l'insertion du canal pancréatique, et non au-dessus. Enfin, après avoir oblitéré le pancréas par une injection de suif dans les voies d'excrétion, il ne retrouva plus de chyle blanc dans les vaisseaux lactés, la graisse donnée à l'animal fut rendue inaltérée dans les excréments, puis la bête maigrit beaucoup et la mort arriva très vite. Il conclut de ces expériences que les matières grasses cessent d'être absorbées en l'absence du suc pancréatique qui les émulsionne, d'où il s'ensuit un trouble profond de la nutrition, le marasme et la mort.

Il résulte de même des expériences de Corvisart et de Valentin, comme de nombreux travaux postérieurs à ceux de Cl. Bernard, que l'importance de la digestion pancréatique est très grande. Le pancréas doit même être considéré comme la glande la plus importante pour les fonctions digestives, son rôle étant infiniment plus utile que celui de l'estomac, et vraiment essentiel. On peut priver un animal de son estomac sans qu'il cesse de bien digérer et de se bien porter. Mais si on lie les canaux pancréatiques d'un animal en santé, il faut lui donner des aliments en grande quantité pour qu'il ne maigrisse pas, encore n'absorbe-t-il guère que les substances albuminoïdes.

Cette partie de la physiologie du pancréas est bien prouvée aujourd'hui, et l'on ne peut plus s'arrêter à l'opinion de Bidder et Schmidt, et de M. Colin (d'Alfort) qui concluaient d'expériences déjà anciennes que, quand le fluide pancréatique fait défaut, il est suppléé par la salive, le suc gastrique, le suc intestinal, de sorte que la digestion n'en est point troublée.

Quant à la glycosurie, ni Cl. Bernard, ni aucun des précédents auteurs n'eurent la curiosité de la rechercher dans leurs expériences.

Schiff, en 1872, injecta de la paraffine dans la glande, par le canal de Wirsung, et il assura que les animaux n'en ressentirent aucun trouble. Un peu plus tard, M. Arnozan ayant lié le canal excréteur et atrophié, par ce moyen, le pancréas de plusieurs lapins, il n'y eut jamais de sucre dans l'urine.

Ces quelques expériences n'étaient pas favorables à l'idée d'un diabète pancréatique, et l'on fit alors plusieurs hypothèses. Le pancréas altéré formait un suc pancréatique mauvais, d'où provenait une glycose non assimilable et rejetée. Ou bien le suc ne s'écoulait pas dans l'intestin; il

(1) Cl. Bernard. Mémoire sur le pancréas, supplém. aux *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1856.

se mêlait avec le sang, où sa diastase changeait tout le glycogène en sucre, et la glycosurie s'ensuivait.

On en était là, lorsque, au mois de mai 1889, Mering et Minkowski annoncèrent aux membres de la Société de médecine de Strasbourg, que la glycosurie est toujours provoquée par l'extirpation du pancréas, pourvu que cette extirpation soit complète; mais s'il reste un petit fragment de l'organe, point de glycose dans l'urine.

C'est une opération grave que cette ablation; beaucoup de chiens en moururent tout de suite : les survivants furent pris d'une glycosurie permanente. Elle arrivait de six à vingt-quatre heures après l'opération, et c'était au bout de vingt-quatre heures qu'elle était le plus abondante. Il y avait alors de 5 à 11 p. 100 de sucre dans l'urine, même quand l'animal restait à jeun. Après sept jours de jeûne on décelait encore la glycose, puis elle disparaissait. Si le chien était nourri de viande et de pain, il évacuait beaucoup plus de sucre; l'un d'eux, du poids de 8 kilogrammes, rendit longtemps de 70 à 80 grammes de sucre par jour. C'était une glycose dextrogyre et qui subissait la fermentation alcoolique.

Les autres symptômes furent ceux du diabète maigre : grand appétit et soif inextinguible. La polyurie était en proportion de l'eau ingérée. Quelquefois l'urine contenait, outre la glycose, beaucoup d'acétone et d'acide oxybutyrique; or, ces substances se retrouvent aussi dans l'urine de l'homme diabétique.

La glycémie se trouva accrue. Une fois elle fut, le sixième jour, de 3 p. 100, et une autre fois de 4,6 p. 100, le vingt-septième jour.

Les organes perdirent tout leur glycogène. Chez deux chiens nourris de viande et de lait et tués, l'un le sixième jour, l'autre le vingt-septième, on n'en trouva que des traces dans les muscles et dans le foie.

Les animaux, malgré leur voracité, devinrent bientôt d'une faiblesse et d'une maigreur extrêmes; après trois semaines, ils avaient grand' peine à marcher.

Le diabète dura jusqu'à leur mort. On les ouvrit, et il fut constaté que tout le pancréas avait été extirpé, sans qu'il y eût aucune lésion dans le voisinage. Le foie était très gras : il contenait en poids de 30 à 40 p. 100 de graisse.

Au mois d'octobre 1889, M. Lépine fit savoir que ses recherches touchant l'ablation de *tout le pancréas* confirmaient ce que Mering et Minkowski en avaient dit. Mais ses chiens moururent promptement, un seul excepté, qui survécut douze jours. Un autre conserva un fragment de pancréas, pesant 6 grammes, et sans connexion avec le duodénum; il n'y eut pas de glycosurie, mais le sang contenait 2 grammes de sucre par litre.

Enfin, M. Hédon (1) [de Montpellier] a pratiqué vingt-trois fois l'ablation totale du pancréas. Les dix premières opérations furent mortelles; les autres eurent un heureux succès, grâce à une nouvelle manière d'opérer qu'il imagina. Elle consiste à extirper l'organe en deux fois : la première fois, on lie le canal accessoire, on injecte de la paraffine dans le canal de Wirsung et l'on enlève la partie verticale du pancréas, opération aisée et sans danger. Au bout de huit jours l'animal est guéri. Quinze jours après, on extirpe la partie horizontale, qui s'étend du duodénum à la rate. La queue de la glande s'insinue très profondément entre les feuillets du mésentère jusqu'à la rate; elle affecte des rapports étroits avec les vaisseaux spléniques, dont la ligature est très laborieuse. Les chiens opérés de la sorte ont vécu de quinze à trente jours; un seul a vécu trois mois. Son pancréas était dur, aux lobules saillants, mince comme le doigt, et réduit au tiers de son volume : le microscope y montra une sclérose péri-acineuse.

(1) HÉDON. *Arch. de méd. expérim.*, juillet 1891.

M. Hédon a reconnu que l'extirpation totale a toujours pour effet une glycosurie permanente, laquelle commence le lendemain ou le surlendemain de l'opération; la proportion du sucre dans l'urine monte jusqu'à 50 p. 1 000. De plus, la polyurie, la polyphagie, la polydipsie et l'azoturie sont manifestes, et malgré le grand appétit de l'animal, il maigrit beaucoup et vite. Il y a aussi de l'acétone dans l'urine.

M. Hédon rapporte encore deux cas de glycosurie intermittente, consécutifs à l'ablation totale, sans que rien fût changé au régime alimentaire des chiens. Le diabète azoturique, enfin, a été aussi observé par le même auteur, principalement chez les chiens dont une partie du pancréas avait été extirpé, tandis que le reste avait été détruit par une injection de paraffine. La glycosurie fut alors faible, intermittente, absente même pendant de longs intervalles. Cependant, l'azoturie fut toujours présente et fort prononcée, avec persistance des autres symptômes du diabète : polyphagie, polydipsie, polyurie. Tandis qu'avec le diabète sucré, l'animal ne vivait pas plus de trois semaines, ici il ne succombait à la cachexie qu'au bout de plusieurs mois. M. Hédon rapproche ces cas du diabète azoturique de l'homme.

Enfin, Minkowski a pu donner à l'animal en expérience la forme légère, alimentaire, du diabète (1). Le chien observé par lui était privé des neuf dixièmes de son pancréas. Tant qu'on le nourrissait de viande, il n'y avait pas de sucre dans son urine, mais un régime composé d'hydrates de carbone déterminait toujours une glycosurie abondante. C'est le diabète léger, alimentaire, de la pathologie humaine.

Il est nécessaire, pour la production du diabète expérimental, que l'extirpation du pancréas soit complète; c'est un point sur lequel Méring et Minkowski tombent d'accord avec MM. Lépine et Hédon. Une fois, presque tout l'organe fut enlevé, excepté l'extrémité de la queue, fragment de deux centimètres de long, en contact avec la rate : pas de glycosurie. On enleva ce fragment un mois après; il était dur, très adhérent aux vaisseaux spléniques, pesant 6 grammes, et atteint d'une épaisse sclérose autour des acini; mais dès ce jour le chien fut diabétique jusqu'à sa mort.

Enfin, dans un cas qui paraîtra incroyable, on avait ôté tout le pancréas, hormis un fragment de la queue gros comme un pois, et il y eut, pendant quelques heures seulement, un peu de sucre dans l'urine. Mais ce morceau, qui pesait 1 gramme, ayant été enlevé plusieurs semaines après, la glycosurie parut aussitôt (Hédon).

Il résulte de ce qui précède qu'il a été produit, par l'extirpation du pancréas, un diabète grave, permanent, avec polyphagie et polydipsie, un diabète léger, alimentaire, enfin un diabète azoturique. Cl. Bernard disait que la glycosurie qui suit la piqûre du quatrième ventricule est passagère, tandis que la permanence de ce symptôme est le caractère marquant du diabète. Il semble donc qu'un état pathologique aussi voisin que possible du véritable diabète

(1) MINKOWSKI. *Berl. Klin. Wochens.*, 1890.

ait été réalisé dans les expériences de Méring et Minkowski et de M. Hédon sur les animaux.

Mais ces expériences n'expliquent pas comment l'extirpation du pancréas détermine le diabète. Nous savons bien que l'absence du suc pancréatique dans l'intestin n'entraîne jamais la glycosurie. Le pancréas aurait-il encore quelque autre fonction inconnue? Peut-être a-t-il pour fonction de détruire une diastase du sang, laquelle, s'accumulant après son ablation, détermine la glycémie et le passage dans l'urine du sucre formé en excès. M. Lépine répond à cette hypothèse que l'injection de diastase dans les vaisseaux, loin de provoquer la glycosurie, la diminue, au contraire, chez le diabétique. M. Lépine a d'ailleurs prouvé, en faisant un mélange d'amidon et de sang, que la vertu saccharifiante du sang est dix fois moindre dans les animaux sans pancréas que dans les animaux en santé.

Puisque la formation du sucre n'est pas accrue par la suppression du pancréas, il faut donc que sa destruction en soit diminuée; car on ne saurait imaginer une troisième hypothèse. Le pancréas sécrète donc un ferment glycolytique. C'est la doctrine de MM. Lépine et Barral, et voici les expériences dont ils l'appuient (1).

Le sang d'un chien en bonne santé détruit, en une heure, de 20 à 40 p. 100 de sucre, *in vitro*, c'est son pouvoir glycolytique, tandis que le sang d'un chien rendu diabétique par l'ablation du pancréas n'en détruit que 6 p. 100 dans le même temps. Il en est de même pour l'homme. Le pouvoir glycolytique du sang d'un homme sain est de 25 p. 100; chez le diabétique il n'est plus que de 1,6 p. 100.

Le ferment glycolytique se trouve dans le sang privé de son albumine ; ce n'est donc pas l'albumine elle-même qui a la qualité de ferment. Si l'on sépare, en effet, les globules et le plasma, le pouvoir glycolytique de ce plasma est faible; mais si on lave les globules avec de l'eau salée, l'eau de lavage détruit énergiquement le sucre. Il s'ensuit donc que la glycolyse est due à un ferment soluble, et que ce ferment se trouve dans les globules. Ces globules porte-ferments sont-ils les blancs ou les rouges ? M. Lépine croit que ce sont les blancs, car le pouvoir glycolytique du chyle, où il y a peu de globules rouges, est plus fort que celui du sang; et dans les caillots sanguins, ce sont les parties les plus riches en leucocytes dont le pouvoir glycolytique est le plus puissant. Enfin, le sang chauffé à 54 degrés perd son pouvoir glycolytique, car le ferment est alors détruit.

Tout prouve donc la réalité de ce ferment glycolytique. Il est sécrété, dit M. Lépine, par le pancréas, et la cellule pancréatique a une double fonction: elle fait des ferments digestifs, et un ferment glycolytique, resté jusqu'à ce jour inconnu. Les premières s'écoulent dans l'intestin, et l'autre est résorbé par les vaisseaux capillaires, comme la glycose est résorbée dans le foie. Les recherches histologiques de M. Renaut sur la structure du pancréas confirment ce double rôle. Il n'est point formé d'acini groupés autour d'un canal excréteur, comme c'est l'opinion commune. Ses cellules sécrétantes sont ordonnées surtout par rapport aux vaisseaux, en sorte que sa structure approche beaucoup de celle de la glande hépatique.

Ce n'est donc pas en sa qualité de glande digestive que le pancréas agit sur le sucre du sang, c'est par une sécrétion interne comparable à celle des glandes vasculaires sanguines, auxquelles il ressemble d'ailleurs par sa structure. Il faut considérer ces glandes, qui ont leurs veines pour canaux excréteurs, comme versant dans la circulation des ferments solubles et d'autres substances encore inconnues dont l'importance paraît être très grande pour la nutrition. M. Brown-Séquard pense même que toutes les glandes présentent une sécrétion interne : mais ce sujet est encore des plus obscurs.

La preuve que l'intégrité du pancréas, source du ferment glycolytique, est nécessaire à maintenir la glycose du sang dans une juste proportion, c'est qu'il est possible de déceler les mêmes lésions microscopiques dans le pancréas de tous les diabétiques sans exception. Voilà du moins ce que MM. Lemoine et Gallois ont affirmé (1). Cette notion est d'une importance capitale, car si le fait est vrai, les lésions du pancréas, décrites par ces auteurs, sont tout ou rien dans le diabète; et si elles sont tont, les diabètes gras et maigre sont évidemment deux formes cliniques de la même maladie.

Dans plusieurs cas de diabète, soit que le pancréas parût sain à l'œil nu, soit qu'il fût atrophié, voici les lésions microscopiques que MM. Lépine et Gallois ont toujours retrouvées. C'est une sclérose avancée des espaces inter-acineux et inter-cellulaires, et une sclérose peu prononcée autour des canaux excréteurs. La topographie de ces altérations est toujours la même; elles sont seulement plus ou moins prononcées, plus ou moins disséminées, en sorte qu'à côté des zones malades, il y en a de plus ou moins étendues où les cellules ont conservé leurs rapports naturels et où la sclérose est à peine visible. La cirrhose péricellulaire explique donc la diminution du ferment glycolytique et la glycosurie consécutive.

D'ailleurs, la conclusion de MM. Lépine et Barral est qu'il n'y a qu'une espèce de diabète, le diabète pancréatique, et c'est aussi le sentiment de Minkowski.

Voilà donc le résultat surprenant de tant d'expériences inspirées par les travaux de M. Lancereaux, et par sa distinction fondamentale des deux espèces de diabètes. On conclut encore à l'unité de la maladie, mais c'est précisément en faveur de ce diabète pancréatique auquel, d'abord, presque personne ne voulait croire. Quant au diabète arthritique, le seul en faveur si longtemps, il semble qu'il soit près de tomber dans l'oubli.

III

Cependant, les critiques n'ont pas manqué à plusieurs des expériences précédentes. Je ne les ai pas exposées avec celles-ci afin qu'on pût suivre sans embarras, et dans tous ses détails, le progrès de la théorie pancréatique : il faut à présent les faire connaître.

A l'égard du pouvoir glycolytique du sang normal, M. Arthus pense avoir prouvé que ce phénomène est purement cadavérique. Cet auteur a observé que le sang du cheval, non extrait de la veine, mais laissé dans la jugulaire entre deux ligatures, aussi longtemps qu'on voudra, ne perd absolument rien de sa glycose. De plus, si l'on reçoit le sang dans un vase et qu'on empêche sa coagulation en y ajoutant du fluorure de sodium, le sucre n'est pas détruit. Cepen-

(1) Lépine et Barral. Soc. des sc. méd. de Lyon, 16 oct. et 6 nov. 1389; — Acad. des sc., 6 avril et 3 juin 1890, 19 janv. et 23 fév. 1891; — *Rev. scient.* du 28 février 1891.

(1) Lemoine et Gallois. *Arch. de méd. expérim.*, 1er janv. 1892.

dant, le fluorure ne détruit pas le prétendu ferment glycolytique, car lorsqu'on ajoute ce sel à du sang déjà coagulé, la glycolyse fait encore très bien. M. Arthus conclut, avec assez d'apparence de raison, qu'il n'y a point de glycolyse dans l'animal vivant, ni de ferment glycolytique dans son sang. Ce ferment se forme hors des vaisseaux, en même temps que celui de la fibrine. La coagulation du sang et la glycolyse sont des phénomènes cadavériques, et il n'y a dans le sang ni ferment fibrinogène, ni ferment glycolytique (1).

Au surplus, le ferment glycolytique n'a pu être extrait ni du pancréas ni du sang. Les mêmes objections que l'on a faites contre l'existence douteuse d'une diastase hépatique, admise par Cl. Bernard, peuvent être proposées, dans le cas présent, à MM. Lépine et Barral. Je rappelle aussi qu'il ressort des recherches de M. Chauveau que le sang est détruit dans les tissus vivants et non pas dans le torrent circulatoire.

Enfin, le sang conserve un certain pouvoir glycolytique après l'ablation du pancréas tout entier. M. Lépine lui-même a fait connaître cette circonstance, et il en a conclu que le pancréas n'est pas la seule source du ferment. M. Hédon, de son côté, incline à croire, à cause des faits de glycosurie intermittente qu'il a observés, que, lorsque la glande est détruite par degrés, elle est suppléée par d'autres organes.

M. Lépine (2) a fait depuis d'autres expériences où il prouve que la glycolyse n'est pas le seul phénomène observé dans le sang hors du vaisseau. Il se forme aussi un peu de glycose aux dépens de la matière glycogène du sang, en sorte qu'il se passe, dans le sang *in vitro*, deux phénomènes simultanés et contraires qui sont : la destruction du sucre par le ferment glycolytique, et sa régénération partielle par l'effet d'une diastase sur la matière glycogène. Ces phénomènes sont intéressants, mais ils ne contredisent point les expériences de M. Arthus sur le sang vivant.

L'existence d'un ferment glycolytique dans le torrent sanguin est donc une hypothèse encore; mais ce qui est bien établi par MM. Lépine et Barral, c'est la présence constante de ce ferment dans le sang hors du vaisseau. Or, l'action de ce ferment paraît très affaiblie dans le diabète expérimental comme dans le diabète de l'homme. On ne peut en dire davantage aujourd'hui.

Nous ignorons comment le diabète peut être déterminé par l'extirpation du pancréas; mais est-il au moins établi sans réplique, que c'est bien l'absence du parenchyme pancréatique qui est cause de ce diabète? La glycosurie peut succéder à des irritations nerveuses : les opérations sanglantes, faites dans la région du pancréas, ne déterminent-elles point de graves lésions de ses nerfs et la glycosurie consécutive?

Le pancréas est entouré de vaisseaux nombreux, sur les parois desquels rampent des nerfs nombreux aussi : ces vaisseaux et ces filets nerveux se ramifient dans la profondeur de l'organe. Le pancréas est enveloppé de plusieurs replis du mésentère, où il est difficile de l'atteindre ; il est uni si intimement à la rate, qu'on a grand'peine à l'en détacher. Son extraction excite de graves désordres et beaucoup d'animaux meurent de cette opération. Par l'ablation de la glande, on supprime donc le domaine des artères splénique et pancréatique, et l'on déchire beaucoup de filets nerveux.

Or, MM. Arthaud et Butte (1) ont provoqué la glycosurie en liant les branches du tronc cœliaque, sauf l'artère hépatique. Cette artère, recevant alors tout le sang du tronc cœliaque, on trouva les capillaires du foie dilatés, ce qui put expliquer la suractivité de l'organe et la glycosurie. M. Hédon fait remarquer, à ce propos, que l'on constate, à la vérité, la présence des pigments biliaires dans l'urine, après l'extirpation du pancréas, et que c'est la marque d'un trouble de la fonction hépatique, mais ce trouble cesse d'ordinaire quelques jours après. Enfin la glycosurie observée par MM. Arthaud et Butte a toujours été passagère.

M. Gley (2) a lié toutes les veines pancréatiques, et il en est aussi résulté la glycosurie, mais transitoire.

Quant aux lésions nerveuses, M. Gley a produit la glycosurie par l'injection de poudre de lycopode et MM. Arthaud et Butte par l'injection d'huile de croton dans l'épaisseur du nerf vague. Lustig, Klebs et Munk ont eu le même succès par la blessure du plexus solaire.

Or, Méring et Minkowski assurent n'avoir jamais blessé ce plexus, à cause de la précaution qu'ils ont toujours prise, d'énucléer le pancréas hors de sa gaine péritonéale : mais cette énucléation n'empêche point la blessure des nombreux filets intra-glandulaires. De plus, ils se sont attachés à prouver que, s'il y a des lésions nerveuses nécessairement produites par l'opération, elles ne sont pas la cause du diabète. A cet effet, ils ont enlevé, à plusieurs animaux, des parties différentes du pancréas; l'ablation étant partielle pour chacun d'eux, la somme de ces mutilations formait une ablation totale et les lésions nerveuses pouvaient avoir été importantes en quelques endroits. Cependant, il n'y eut jamais de glycosurie, même passagère, Ces auteurs ont encore avancé que le diabète ne s'observe pas, même quand on sépare complètement le pancréas du duodénum, la glande restant seulement en rapport avec le mésentère, opération qu'on ne peut pratiquer sans déchirer les nerfs sympathiques.

Il est difficile pourtant d'accepter ces conclusions, quoiqu'elles paraissent s'appuyer sur de nombreuses expériences. Que l'irritation des nerfs du pancréas puisse déterminer la glycosurie, il n'y a rien, en effet, de plus certain : MM. Lépine et Barral ont vu le diabète succéder aisément à l'électrisation des nerfs pancréatiques (3). Méring et Minkowski, comme M. Hédon, ont prouvé, presque à satiété, que l'extirpation de tout le pancréas, c'est-à-dire de cette glande avec ses vaisseaux et ses nerfs intra-parenchymateux, rend à peu près sûrement un chien diabétique; mais il faudrait prouver que la glycosurie est due à l'ablation des seules cellules pancréatiques et voilà ce que personne n'a démontré. Il y a même plusieurs bonnes raisons qui semblent combattre cette idée. S'il est quelque fonction du parenchyme pancréatique, dont le défaut détermine le diabète, comment 5 grammes de ce parenchyme, non pas sain, mais étouffé par la sclérose, peut-il assurer cette fonction ? Comment un *fragment gros comme un pois*, ainsi qu'on l'a vu plus haut, peut-il s'opposer à la glycosurie ?

---

(1) ARTHUS. *Arch. de physiol.*, juin 1891.

(2) LÉPINE et BARRAL. Acad. des sc., 24 juin 1891.

(1) ARTHAUD et BUTTE. Soc. de biol., 1890.

(2) GLEY. Acad. des sc., séance du 6 avril 1891.

(3) LÉPINE et BARRAL. Acad. des sc., séance du 23 nov. 1891.

M. Hédon, ayant extirpé tout le pancréas d'un chien, la glycosurie parut seulement au bout de vingt et un jours. On demande quelle est cette fonction pancréatique si nécessaire, dont la perte ne se manifeste dans l'économie que trois semaines après? M. Lépine assure que, dans quelques cas de diabète gras ou maigre, il ne découvrit, à l'aide du microscope, aucune lésion scléreuse du pancréas. On invoque, dans cette circonstance, une altération fonctionnelle des cellules sécrétantes, mais ce n'est qu'une hypothèse. Il n'est pas douteux enfin que, dès le début d'un diabète maigre, l'atrophie du pancréas n'est pas aussi prononcée que deux ou trois ans plus tard, lorsque le malade meurt; et cependant la glycosurie est aussi abondante au commencement qu'à la fin. Si quelques parties du pancréas sont encore bonnes quand le diabète commence, comment explique-t-on que ce diabète ait pu se manifester?

IV

Il n'est peut-être pas juste d'expliquer le diabète de l'homme par l'ablation du pancréas des animaux et par les désordres qui s'ensuivent, car enfin le diabétique n'a pas subi l'extirpation du pancréas. Si l'on veut comparer des objets comparables, il paraît juste de s'en tenir, quant à présent, aux deux points que voici :

1° Peut-on déterminer, chez les animaux, les lésions histologiques du pancréas qu'on observe dans l'homme diabétique? Quels sont les effets de ces lésions expérimentales?

2° Peut-on abolir, chez les animaux, les fonctions du pancréas, sans extirper l'organe? Quels désordres s'ensuivent-ils?

Quant au premier point, une expérience de M. Hédon, que j'ai déjà rapportée, paraît concluante : Le pancréas d'un chien ayant été injecté de paraffine, il fut trouvé, au bout de trois semaines, plus petit des deux tiers, gros seulement comme le doigt et dur dans toutes ses parties. Au microscope, on voyait le tissu conjonctif enserrer les acini et comprimant toutes les cellules, Ce sont là précisément les lésions les plus avancées du pancréas dans le diabète maigre, et qu'on pense être la cause de ce diabète : mais le chien ne fut pas glycosurique.

Sur le second point, les expériences de M. Gley (1) méritent la plus grande attention. Au lieu d'extirper le pancréas, opération fort grave et où l'opérateur agit presque en aveugle, il en a supprimé les fonctions par l'injection de gélatine ou de suif coloré dans la glande laissée à sa place. On aperçoit sans peine, de cette manière, si l'injection a pénétré partout; et si quelques petites parties restent incolores, on les détruit par le thermocautère. Dans tous les cas où toute la glande a été ainsi supprimée, M. Gley a vu que la glycosurie arrivait dès le lendemain de l'opération, mais elle n'a *jamais duré plus d'un jour ou deux*.

La suppression du pancréas, à l'aide d'injections interstitielles et de l'extirpation des quelques fragments non injectés, provoque donc une glycosurie très passagère et non pas le diabète.

M. Thiroloix publiera bientôt le détail de ses expériences sur le diabète pancréatique, mais on en connaît déjà les résultats; ils confirment et complètent ceux de M. Gley.

La destruction *totale* et *sur place* du pancréas, *sans aucune extirpation*, *même partielle*, n'amène pas la glycosurie, quoique la glande soit alors réduite à un mince cordon fibreux où il n'y a plus de cellules sécrétantes. Mais la section ou l'ablation de ce cordon fibreux entraîne toujours la glycosurie, tout comme la section ou l'ablation de la glande saine (1). Telle est la conclusion de M. Thiroloix. Si elle est juste, la question du diabète pancréatique expérimental est complètement éclaircie. Il s'agit d'une glycosurie consécutive aux lésions des nerfs de la glande et à laquelle le parenchyme glandulaire n'a aucune part.

On peut résumer en quelques mots l'esprit de toutes les expériences physiologiques qui viennent d'être exposées :

1° L'ablation de tout le pancréas détermine la glycosurie permanente (Mering et Minkowski, Lépine, Hédon);

2° La destruction (par des substances injectées) du pancréas laissé en place, jointe à l'ablation des quelques parties ayant échappé à l'injection, est suivie d'une glycosurie très passagère (Gley);

3° La destruction de tout le pancréas par le moyen de substances injectées, et sans extirper aucune parcelle de la glande, n'est point suivie de glycosurie (Thiroloix).

V

Tout ce qui précède concerne seulement la médecine expérimentale. Je ne saurais achever cette Revue sans examiner s'il est possible d'en tirer quelque lumière pour le diabète de l'homme.

Malgré les beaux travaux cliniques de M. Lancereaux, il se rencontre toujours des partisans de l'unité du diabète, et c'est aussi sur l'observation clinique qu'ils prétendent se fonder. Ces auteurs disent qu'il n'y a point de distinction essentielle entre le diabète gras et le diabète maigre; et si la maladie paraît différente dans ces deux formes, c'est qu'elle attaque, dans le premier cas, des sujets d'un âge mûr ou des vieillards, et, dans le second, des sujets jeunes encore; on sait, en effet, que l'évolution d'une même maladie change beaucoup selon l'âge. Il est, disent-ils, d'observation commune que le diabète des enfants est toujours grave et que la marche en est rapide. C'est un diabète maigre avec tous ses caractères, et ces enfants sont issus très souvent de parents goutteux, graveleux, rhumatisants, ou attaqués du diabète gras (2). D'ailleurs, ajoutent-ils, le diabète gras peut passer, dans un même sujet, à l'état de diabète maigre; c'est toujours la même maladie (3). Le degré de l'atrophie du pancréas est en raison de la rapidité du mal; elle n'est, dit M. Lecorché, que l'effet, le témoin de la gravité du diabète.

Ils disent encore : pourquoi ne s'arrêter, dans le diabète, qu'aux lésions du pancréas? Le foie y est altéré tout aussi souvent. Il présente à l'œil nu quelques caractères qui ont permis à Wilks de la distinguer entre tous. Il est ferme, consistant, d'un aspect uniforme et sombre, et la couleur de sa bile est celle de la mixture de rhubarbe. Frerichs dit, dans son *Traité du diabète*, que les lobules de ce foie sont peu distincts au microscope; en beaucoup d'endroits le protoplasma de plusieurs des cellules juxtaposées est confondu, et d'autres cellules sont atrophiées. Enfin, dans des fragments de foie pris pendant la vie des diabétiques ou

(1) Gley. Acad. des sc., 6 avril 1891.

(1) Thiroloix. Acad. de méd., 29 sept. 1891.

(2) Cf. sur le diabète des enfants : Redon. Th. de Paris, 1871; — Leroux. Th. de Paris, 1877.

(3) Lecorché et Talamon. *Études médicales*.

au moment de leur mort, il n'y avait presque plus de glycogène. On trouve du sucre dans l'urine après l'irritation mécanique du foie des animaux. Au surplus, la glycosurie qui suit les blessures du quatrième ventricule et celles du nerf vague est une glycosurie hépatique. Tant de raisons n'invitent-elles pas à considérer le diabète comme lié aussi aux altérations du foie, et pourquoi serait-il plutôt pancréatique qu'hépatique ?

Ces raisons sont loin d'avoir toutes la même force. Il faut avouer, cependant, qu'au point de vue clinique, on peut, à l'exemple de beaucoup d'observateurs, et sans forcer les faits, considérer le diabète comme une maladie toujours identique ayant une forme bénigne, le diabète gras, une forme grave, le diabète maigre, et d'autres formes participant des deux précédentes, dans lesquelles le diabète maigre succède en diabète gras, ou bien dans lesquelles ces deux modes cliniques vont alternant ensemble. Mais l'anatomie pathologique semble s'opposer formellement à cette vue clinique. Comment croire, en effet, à moins que l'anatomie pathologique ne soit rien, qu'une maladie où le pancréas est détruit, et même complètement disparu, soit précisément la même que celle où cet organe est encore très bien conservé ? On allèguera, il est vrai, que, plus ou moins, il y a des lésions du pancréas chez tous les diabétiques; que d'ailleurs, les lésions de leur foie sont aussi constantes que celles du pancréas, et c'est pourquoi le diabète peut être regardé indifféremment, et par les mêmes raisons, comme hépatique ou comme pancréatique.

Mais il faut abandonner cette idée d'un diabète tirant son origine de quelque altération du foie. Des observations sans nombre prouvent que les lésions les plus étendues et les plus graves de cet organe, telles qu'infiltration cancéreuse, ictère grave, cirrhoses, sont impuissantes à provoquer le diabète; la glycosurie est alors inconstante, très légère, exclusivement alimentaire, et elle passe presque toujours inaperçue. Enfin, si Frerichs a trouvé peu de glycogène dans les foies diabétiques, Minkowski et M. Hédon ont constaté la même chose dans le diabète pancréatique expérimental.

Un diabète par lésion du foie est donc une hypothèse peu soutenable, mais tout prouve un diabète par lésion du pancréas. La physiologie le suscite à volonté, et l'anatomie pathologique témoigne de la destruction de cette glande dans la forme la plus grave du diabète.

En vain objectera-t-on que MM. Lemoine et Gallois ont décelé les mêmes lésions du pancréas dans les diabètes gras et maigre. Cette sclérose péri-acineuse et circumcellulaire n'est sans doute pas une cause de glycosurie, laquelle semble succéder seulement aux lésions nerveuses de la glande. Il faut donc rechercher ces altérations des nerfs dans le diabète de l'homme, et chaque fois qu'on les trouvera, on sera en droit de considérer le diabète comme pancréatique. Or, n'est-il pas très vraisemblable que les nerfs du pancréas sont altérés lorsque la glande est complètement atrophiée, cancéreuse, ou infiltrée de pus; et le diabète maigre qu'on observe alors ne peut-il pas être considéré, quant à présent, comme pancréatique ?

Pour ce qui est de la polyphagie, de l'azoturie, de l'amaigrissement rapide, de la cachexie propres au diabète maigre, on doit rattacher surtout ces désordres à la destruction des cellules pancréatiques. La chose est bien établie par la médecine expérimentale. Après la ligature des canaux pancréatiques, et par le seul fait que le suc glandulaire n'est plus versé dans l'intestin, les animaux ne sont jamais glycosuriques, mais ils deviennent voraces et azoturiques, ils maigrissent et la cachexie s'ensuit. Dans le diabète léger, au contraire, où le pancréas n'est que peu ou point atrophié, l'appétit est bon sans excès, l'embonpoint est conservé, et on n'observe pas l'azoturie; c'est qu'alors le suc pancréatique s'écoule en abondance dans l'intestin, et la digestion se fait bien, grâce à son action puissante.

En résumé : 1° Il y a une glycosurie expérimentale qui suit les altérations profondes ou l'extirpation du pancréas. Cette glycosurie est due, très vraisemblablement, aux lésions des nerfs pancréatiques, et non pas à l'anéantissement fonctionnel du parenchyme glandulaire;

2° Il suffit que le suc pancréatique ne s'écoule plus dans l'intestin pour que les animaux deviennent voraces et azoturiques, et qu'ils s'amaigrissent rapidement;

3° La polyphagie, l'azoturie, l'autophagie, si caractéristiques du diabète maigre de l'homme, paraissent avoir pour cause principale la destruction du parenchyme pancréatique, constante dans ce diabète, et le défaut de son suc digestif;

4° Il faut examiner au microscope les plexus nerveux pancréatiques dans tous les cas de diabète sucré. Chaque fois que la névrite sera manifeste, on y verra, sans invraisemblance (quant à présent), la cause de la glycosurie diabétique.

L'existence de cette névrite paraît bien probable dans le diabète maigre, où le pancréas est toujours profondément altéré.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 décembre 1891. — Présidence de M. Chauvel.

COMMUNICATIONS

Traitement des abcès du foie. — **M. MONOD**, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Fontan (de Toulon), sur le traitement des abcès du foie par l'incision large et le curetage des parois de l'abcès, considère, avec M. Pozzi, ce curetage comme dangereux et inutile, et communique deux observations à l'appui de cette manière de voir. Dans le premier cas, il s'agissait d'un jeune officier de vingt-neuf ans, revenant du Tonkin, pâle, amaigri, avec une diarrhée profuse et une tuméfaction douloureuse au niveau du foie. M. Monod fit une ponction qui donna issue à du pus, puis immédiatement il fit une large incision, évacua la collection purulente, fit un lavage antiseptique et plaça un drain. Six semaines après, le malade était complètement rétabli.

Dans le second cas, il s'agit également d'un jeune homme revenant de Cochinchine, avec de la diarrhée, de la fièvre, un état cachectique et une tuméfaction douloureuse dans la région hépatique. M. Monod fit successivement trois ponctions sur le point douloureux, sans rien amener; il fit une quatrième ponction un peu haut, dans le sixième espace intercostal, trouva du pus, fit une large incision, une résection costale, donna issue à un flot de pus, fit un lavage et draina.

Malgré cette intervention, la fièvre persista, la diarrhée reparut, le malade continua à maigrir, tomba dans un état squelettique et mourut d'épuisement six semaines après.

A l'autopsie, on trouva sur le bord convexe du foie un abcès gros comme une orange qui n'avait pas été ouvert; à la partie inférieure existaient d'autres abcès en apparence inaccessibles.

De ce fait, M. Monod conclut que, lorsqu'une intervention de ce genre est suivie d'insuccès, cela tient à ce qu'il existe d'autres abcès que celui qui a été ouvert. Il faudrait pouvoir aller à la

recherche de ces abcès, ce qui, malheureusement, présente les plus grandes difficultés. C'est ainsi qu'on peut expliquer les insuccès encore assez nombreux de l'incision large dans le traitement des abcès du foie. Par exemple, dans une statistique de 12 cas, on trouve 4 guérisons et 8 insuccès.

Au point de vue du manuel opératoire, M. Monod insiste sur ce fait qu'il suffit de faire une incision large, sans avoir besoin de recourir au curetage des parois de l'abcès.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES ACCIDENTS PRODUITS PAR LA COCAINE

M. FELIZET retient de la discussion qu'on est encore dans une certaine obscurité relativement aux doses maniables de cocaïne. Quant à lui, en entendant la communication de M. Berger et celles qui l'ont suivie, il a été pris d'une terreur rétrospective en songeant aux doses de cocaïne qu'il a jusqu'ici employées chez des enfants de quatre à quinze ans. Cependant, même en employant des solutions au trentième et au vingtième, il n'a jamais eu d'accidents. Il a fait des injections de cocaïne pour cure d'hydrocèle, pour kystes du cordon, pour fissures anales, pour grenouillettes, pour extraction de dents douloureuses, pour angiomes, et dans aucun de ces cas il n'a jamais eu la moindre alerte, bien qu'employant constamment des doses assez élevées, jusqu'à 1 gramme même de cocaïne dans des hydrocèles vaginales. Cela tendrait-il à prouver que le jeune âge présente une plus grande tolérance pour les alcaloïdes et, en particulier, pour la cocaïne? Quoi qu'il en soit, en appelant l'attention sur l'immunité de sa pratique, M. Felizet n'a pas d'autre but que de fournir un élément utile dans l'enquête qui se poursuit actuellement. Mais à l'avenir, il agira avec plus de prudence, emploiera des doses infiniment moins élevées et ne se servira plus que de solutions au centième.

M. BERGER fait deux rectifications relativement à sa première communication. Tout d'abord, ainsi que l'a fait observer M. Reclus, M. Richardière n'a pas fait 11 autopsies d'individus intoxiqués par la cocaïne, il a seulement relevé 11 cas de mort, avec autopsie, par la cocaïne, plus 4 cas de mort sans autopsie, ce qui porte à 15 le nombre de décès qui peuvent être attribués à la cocaïne. La seconde rectification de M. Berger porte sur le fait suivant : il avait dit n'avoir jamais constaté d'accidents avant le cas de mort qu'il a publié; or, un de ses élèves lui a rappelé le fait suivant qui s'est passé dans son service. Un homme atteint d'hydrocèle se présente pour être opéré; M. Berger lui fait une injection de cocaïne et quand il voulut faire ressortir la solution de cocaïne injectée, il n'y put parvenir. Cet homme fut pris de vertiges et de malaises qui durèrent quelque temps, mais dont il se remit fort bien.

Selon M. Berger, M. Reclus a abusé des distinctions en mettant de côté les cas de mort dans lesquels la cocaïne n'a pas été judicieusement employée. Il est bien certain que, du moment que la cocaïne passe dans la pratique courante, il y aura des abus et il est impossible de ne pas tenir compte de ces abus. Enfin, M. Berger fait observer à M. Reclus qu'il y a une grande différence à établir entre les cas d'injections interstitielles et les cas d'injections dans la tunique vaginale ou les cavités closes. Dans les cas d'injection interstitielle ou d'ingestion simple, toute la cocaïne est absorbée; dans les cas d'injection dans la tunique vaginale, presque toute la cocaïne injectée est retirée après quelques minutes.

Dans le cas malheureux de M. Berger la dose employée était-elle exagérée? Il faut le croire et cependant n'a-t-on pas vu M. Felizet et d'autres injecter 1 gramme de cocaïne sans avoir d'accidents. Est-on sûr, d'un autre côté, même avec des doses faibles, de n'avoir jamais d'alertes? Existe-t-il, en réalité, une dose maniable qui puisse donner au chirurgien toute sécurité? En somme, du moment qu'on a recours à la cocaïne, on se trouve en présence des mêmes dangers qu'avec le chloroforme. En faisant sa communication, M. Berger n'avait pas pour but de plaider contre l'emploi de la cocaïne; il a seulement produit un fait qui prouve, une fois de plus, qu'il s'agit d'un médicament dangereux que l'on ne doit employer qu'avec une grande prudence.

M. TILLAUX a employé, un grand nombre de fois, la cocaïne en injections sous-cutanées et en injections dans la tunique vaginale et, comme M. Felizet, il est pris d'une frayeur rétrospective en songeant qu'il injectait jusqu'à 1 gramme de cocaïne qu'il laissait cinq minutes dans la tunique vaginale et qu'il employait des solutions au trentième. Cependant, il n'a jamais constaté qu'une seule fois une tendance syncopale chez un avocat qu'il avait opéré d'une hydrocèle. On peut donc conclure de ces faits qu'il y a de très grandes différences individuelles relativement à la toléranee pour la cocaïne, c'est conséquemment un médicament infidèle et dangereux. Il faut tenir compte aussi du manuel opératoire employé; M. Tillaux fait une injection interstitielle de cocaïne et incise la peau instantanément; l'anesthésie est produite et, en agissant ainsi, on a l'avantage de faire ressortir presque toute la cocaïne injectée. Il faut, en outre, avoir la précaution d'opérer les malades couchés et ne pas les laisser se lever tout de suite après l'opération.

Lorsque, comme dans le cas qui vient d'être cité par M. Berger, la solution de cocaïne injectée dans la tunique vaginale ne peut pas ressortir, cela tient à ce que la solution a pénétré dans un diverticulum du meso-testis.

M. RECLUS ne saurait accepter la responsabilité des cas dans lesquels on a injecté 1 gramme de cocaïne. Il y a longtemps qu'il a écrit qu'on ne devait jamais dépasser une certaine dose très inférieure à cette dose de 1 gramme. Existe-t-il réellement une dose maniable? M. Reclus le croit. En effet, dans les deux cas où la mort est survenue avec des doses inférieures à 10 centigrammes, on a trouvé, à l'autopsie, d'autres causes que la cocaïne pour expliquer la mort. On peut dire que, dans l'immense majorité des cas, on n'a pas d'accidents avec la dose de 10 centigrammes. Il faut aussi tenir grand compte du titre de la solution employée. M. Lépine avait constaté des accidents légers avec des doses inférieures à 10 centigrammes. Mais il s'agissait de solutions à 5 et même à 10 p. 100.

Contrairement à M. Berger, M. Reclus croit l'injection de cocaïne dans la tunique vaginale plus dangereuse que sous la peau. Quand il s'agit surtout d'une tunique vaginale peu altérée, il y a une rapidité d'absorption très dangereuse. On sait qu'il en est de même pour la plèvre relativement aux substances antiseptiques et pour les séreuses en général. Il y a aussi une grande différence selon qu'on fait l'injection dans la peau ou dans le tissu cellulaire sous-cutané. M. Reclus a toujours bien spécifié qu'il fallait faire l'injection dans la peau. En résumé, la dose injectée, le titre de la solution, le lieu de l'injection, ce sont là trois éléments de la plus haute importance et dont il faut tenir grand compte quand on parle d'injection de cocaïne :

Comme M. Tillaux, M. Reclus incise la peau immédiatement après l'injection cocaïnique. Il y a longtemps qu'il a préconisé cette manière de faire et insisté sur ce point que l'anesthésie obtenue était toujours suffisante. On a ainsi l'avantage de donner plus facilement issue au dehors à la cocaïne injectée et on risque moins conséquemment d'avoir des accidents.

M. Berger a dit que, si l'on abaissait trop les doses de cocaïne, on n'aurait plus d'anesthésie. C'est là une erreur contre laquelle s'élève M. Reclus. Il a fait de grandes opérations, nécessitant des incisions de 15, 20, 30 et 55 centimètres, avec 4, 6, 12 centigrammes, au plus, de cocaïne et avec des solutions à 2 p. 100. Deux centigrammes de cocaïne lui suffisent pour faire une gastrostomie, un anus iliaque, etc. En somme, dans toutes les opérations réglées, même les plus graves, il suffit de très petites doses de cocaïne et de solutions très étendues pour obtenir une anesthésie parfaite. Si l'on n'obtient pas l'anesthésie avec des doses variant entre 2 et 4 centigrammes de cocaïne, c'est qu'on ne sait pas s'en servir. Sans doute, il peut y avoir des accidents avec la cocaïne, comme avec tous les alcaloïdes. Mais il n'y a pas plus de raisons de renoncer à la cocaïne qu'à la morphine, à l'atropine et à tous les autres alcaloïdes usités en médecine.

M. Reclus a fait le matin même sa 1663e opération avec la cocaïne comme agent anesthésique ; il n'a jamais eu d'accidents et tient ce médicament pour un merveilleux agent, ne donnant pas lieu aux accidents éloignés si pénibles du chloroforme, et qu'il serait désolé de ne pas voir occuper, dans la thérapeutique, la place qu'il mérite.

M. BERGER fait observer que les accidents éloignés du chloroforme, c'est-à-dire les vomissements, parfois un peu de congestion pulmonaire ou d'albuminurie passagère, sont de simples ennuis, sans aucune gravité. Le chloroforme ne reste pas dans l'économie, tandis que la cocaïne y reste, au moins en partie. M. Reclus eût convaincu M. Berger il y a un mois, aujourd'hui il ne le convainc plus.

M. POZZI dit qu'il faut tenir compte aussi de la réceptivité des individus au point de vue de la cocaïne ; l'idiosyncrasie des sujets est un facteur important dans la question. Il a été un des premiers à se servir de la cocaïne, puisque, en 1886, il a enlevé un doigt en employant ce mode d'anesthésie. Mais il n'avait employé que 5 centigrammes et il s'est toujours élevé contre la dose de 20 centigrammes, proposée par M. Reclus comme dose moyenne. Il a vu, récemment, un malade atteint d'un abcès dentaire, auquel un dentiste a injecté seulement 2 centigrammes et demi de cocaïne et qui a eu, à la suite, une lipothymie très inquiétante. Deux centigrammes et demi peuvent donc donner lieu à des accidents.

M. REYNIER fait observer que l'injection dans la peau, telle que la recommande M. Reclus, donne bien l'insensibilité de la peau, mais non celle des parties profondes. A ce point de vue, l'anesthésie obtenue par la cocaïne ne vaudra jamais l'anesthésie chloroformique.

LECTURES

Affections granuleuses. — M. GALEZOWSKI lit un travail sur les complications du côté des voies lacrymales dans les affections granuleuses. (Comm. M. Delens.)

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Fracture et suture de la rotule. — M. MONOD présente deux malades atteints de fracture de la rotule qu'il a traités par la suture.

Gastropexie. — M. MONOD présente un malade atteint de néoplasme de l'œsophage, chez lequel il a pratiqué la fixation de l'estomac, attendant, pour l'ouvrir, que le malade ne puisse plus se nourrir.

M. REYNIER ne comprend pas l'avantage de cette opération préliminaire.

Laparotomie. — M. JALAGUIER présente une petite fille chez laquelle il a pratiqué une laparotomie pour une péritonite suppurée consécutive à une lésion traumatique du cæcum. Il n'a pas fermé une fissure qui existait à la face inférieure du cæcum. Il s'est contenté de faire un tamponnement de Mickulicz. La fissure s'est fermée d'elle-même et cette petite fille a été rapidement guérie.

Méthode sclérogène. — M. CHARVOT présente un jeune soldat atteint de tumeur blanche du genou, qui a été traité par la méthode de M. Lannelongue. Le résultat obtenu est satisfaisant.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine de Paris vient de perdre une de ses illustrations, M. le professeur A. Richet. En attendant que nous puissions rendre les hommages dus à cette grande figure chirurgicale, nous adressons à son fils, M. le professeur Charles Richet, l'expression de notre bien douloureuse sympathie.

— Par décret, en date du 14 décembre 1891, M. Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé au ministère de la Guerre, a été nommé membre du Comité consultatif d'hygiène.

— Par décret, en date du 29 décembre 1891, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Weber, médecin-inspecteur, directeur de l'École du Val-de-Grâce.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe Marvaud et Perrin ; M. le médecin-principal de deuxième classe Gavoy; MM. les médecins-majors de première classe Meynier et Bachelet. ...

Au grade de chevolier. — MM. les médecins-majors de première classe Landriau, Benech, Morer, Aubert, Grosjean, Chavasse, Testevin, Brisset et Renaut; MM. les médecins-majors de deuxième classe Boiron, Mickaniewsky et Demeunynck; M. le pharmacien de première classe Lieutard; MM. les pharmaciens de deuxième classe Beunat et Goutte ; M. Bailly, médecin-major de première classe (armée territoriale); Mme Tivollier, en religion sœur Thérèse, supérieure des Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, attachée à l'hôpital militaire de Constantine ; MM. les docteurs Depoux (de Pionsat), Ducassé (de Lectoure), Barbaroux (de Colmar), Bide (à Madrid), Bonnet, directeur du lazaret de Carthage.

— Par décret, en date du 30 décembre 1891, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Lucas, directeur du service de santé de la marine à Brest.

Au grade d'officier. — M. Ély, médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Curet, Desmoulins, Mercier, Cartier, Guégan, Touren ; — M. le pharmacien de première classe de la marine Perrimondond-Tronchet.

— Par décret, en date du 30 décembre 1891, M. le professeur Milne-Edwards, membre de l'Institut, est nommé directeur du Muséum.

— Par arrêté ministériel, en date du 26 décembre 1891, un concours s'ouvrira le 30 juin 1892, devant la Faculté de médecine de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Le concours qui devait s'ouvrir le 10 mai 1892, devant la Faculté de médecine de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, à l'École de médecine de Nantes, est reporté au 30 juin 1892.

— Le conseil général des Facultés a voté le maintien de la chaire de pharmacologie vacante à la Faculté de médecine de Paris.

— Mme Caroline Bertillon, docteur en médecine, est nommée médecin du lycée Racine.

— M. le docteur Terson, conseiller général, maire de Puylaurens, vient de recevoir une médaille d'argent de première classe.

— La Société de secours aux blessés militaires des armées de terre et de mer a procédé avec succès à des expériences de mobilisation d'infirmerie de gare.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 4 janvier 1892.

A plusieurs reprises, dans le cours de l'année précédente, nous avons démontré combien la nouvelle loi militaire était préjudiciable au bon enseignement de la médecine. L'année que l'étudiant doit passer sous les drapeaux est nuisible au futur médecin, et inutile à l'État. Sous couleur d'une égalité qui n'existe que dans la forme, on a voulu que l'étudiant en médecine fût, presque toute l'année, un soldat comme un autre. En entrant au régiment il perd sa qualité de médecin, il devient un soldat. La chose serait parfaite si, au sortir de la caserne, notre jeune élève devait rester, dans la suite, incorporé avec ses compagnons d'armes à titre de soldat combattant, et s'il ne devait pas être versé dans « le service de santé ». Mais, ô logique! ce troupier de douze mois ne doit plus porter le fusil et, vienne une guerre, c'est à titre de médecin que l'étudiant rentrera dans le rang. Dès lors, il est difficile de comprendre de quelle utilité seront à ce jeune médecin les notions qu'il aura acquises sur le maniement des armes et sur les différents temps dont se compose le demi-tour à droite.

Mais à quoi bon discourir? Toutes les objections ont été faites, toutes ont été portées devant le ministre compétent; ses décrets sont restés inébranlables. L'étudiant en médecine sera et restera soldat pendant son service militaire. Il eût été plus logique d'attendre que l'étudiant fût reçu docteur, de lui donner les sursis nécessaires à l'achèvement de ses études, et, de la sorte, on eût pu l'initier à son futur métier de médecin militaire; il eût ignoré peut-être les secrets de l'école du soldat; mais on l'eût instruit sur les ambulances, les postes de secours, le transport des blessés, l'arsenal dont dispose le médecin militaire en campagne, on lui eût appris ses devoirs et ses droits. On l'eût rendu utile, et on lui eût donné une instruction plus profitable pour son pays; alors qu'actuellement on lui supprime une année d'études sans motif, sans raison, sans utilité, uniquement pour sacrifier à une formule d'égalité qui demanderait à être mieux interprétée.

Si l'étudiant en médecine a satisfait dans le cours de son année de service aux conditions de conduite et d'instruction militaires déterminées par le ministre, au bout d'une année de présence, il sera renvoyé dans ses foyers, c'est-à-dire à ses études. S'il a manqué à la discipline, si son instruction militaire est reconnue insuffisante, il pourra être retenu encore sous les drapeaux. Nous n'avons pas à apprécier cette mesure purement disciplinaire; mais où la loi devient un obstacle au libre développement des études médicales, c'est lorsqu'elle exige qu'à sa vingt-sixième année, l'étudiant soit docteur ou interne des hôpitaux d'une ville pourvue d'une Faculté de médecine.

Tous nos confrères connaissent quelle somme de travail représente le concours de l'internat de nos hôpitaux, et en particulier des hôpitaux de Paris. Pendant deux, trois années, c'est un labeur de tous les jours, de tous les instants, c'est grâce à un entraînement quotidien, incessant, que l'étudiant peut obtenir ce titre si envié. A l'entrée de nulle autre carrière, on ne trouve de préparation aussi longue et aussi pénible; c'est grâce à elle que nos Facultés peuvent recruter cette brillante phalange de jeunes d'où sont sortis tous nos maîtres illustres, et d'où naîtront nos maîtres de demain.

La loi militaire, telle qu'elle est comprise, porte un coup fatal à l'internat des hôpitaux de Paris. A vingt-six ans, l'étudiant en médecine doit être docteur ou interne; faute de quoi, il perd son privilège et retourne sous les drapeaux accomplir les deux années de service dont il avait été provisoirement exempté.

Or, en admettant que l'élève commence ses études médicales entre dix-huit et dix-neuf ans; à vingt et un ans, lorsqu'il arrivera sous les drapeaux, il n'aura, en médecine, que des notions vagues, très élémentaires et encore incomplètes d'anatomie. Car la première année, malgré une réforme toujours promise et toujours ajournée, reste comme jadis consacrée à l'étude des sciences très accessoires à la médecine, et à une sorte de revision du baccalauréat restreint. L'année de service militaire correspondra donc à la troisième année d'études.

Accomplie comme elle le sera, c'est-à-dire à la caserne, et employée à la connaissance du maniement des armes, des marches et des contre-marches, cette année interrompra complètement toute étude médicale, et lorsque l'étudiant, libéré, reviendra frapper à la porte de la Faculté, on peut dire que c'est un débutant, un ignorant qui vient recommencer à nouveau ses études. Cette quatrième année sera donc, en réalité, sa première année.

Anatomie, physiologie, histologie, il faudra tout recommencer, ne serait-ce que pour subir l'examen ; à peine quelques questions de pathologie pourront-elles être apprises par l'élève studieux, le soir à la dérobée, s'il désire être externe des hôpitaux à la fin de son année.

Ce n'est que l'année suivante que l'étudiant abordera l'étude des vraies questions médicales, c'est-à-dire la pathologie interne ou externe, et les accouchements. Cette année-là, la moyenne des étudiants sera âgée de vingt-trois à vingt-quatre ans. L'externe affrontera, s'il a été très studieux, le concours de l'internat, mais sans grande chance de réussir ; il ne sera guère qu'en deuxième année d'études, ce n'est donc que l'année suivante, que le candidat à l'internat sera mûr pour recueillir le fruit de ses travaux et de ses veilles ; et son premier concours sera véritablement celui-là. Mais ce concours sera le premier et le dernier, car devant les exigences de la loi militaire, l'Assistance publique a dû abaisser la limite d'âge du concours de l'internat, sous peine de favoriser, d'une façon trop injuste, ceux que la loi militaire n'atteint pas, les étrangers, les réformés, les exemptés, etc. La limite d'âge était une nécessité qui s'imposait.

Ce n'est pas encore tout ; le candidat à l'internat, quelque préparé et instruit qu'il soit, n'est pas sûr d'être nommé, il est à la merci d'une question qui le favorisera plus ou moins, et il ne faut pas oublier que, sur les 450 candidats, il n'y en a guère que 50 d'élus ; les 400 autres devront compter alors avec le service militaire, car si, à la fin de leur vingt-cinquième année, ils ne sont pas docteurs, le service militaire les reprend pour deux ans. Il faut donc que, concurremment avec la préparation de l'internat, les candidats à l'internat aient mené de front leurs examens de doctorat et que les refusés de la veille à l'internat soient reçus demain au doctorat. Or, c'est peu connaître les exigences de la préparation au concours de l'internat, que de la croire compatible avec la préparation des examens. Le candidat à l'internat néglige tout et n'a qu'un but : l'internat ; sans quoi, même aujourd'hui, où il a devant lui une limite d'âge plus éloignée, il échouerait à son concours. A plus forte raison, quand son temps sera restreint par l'application de la loi nouvelle. Il en résultera que, dans l'avenir, le niveau de l'internat sera singulièrement abaissé, l'interne ne sera guère qu'un élève un peu plus instruit que ne l'est un externe aujourd'hui. Pour notre part, nous regrettons vivement que la loi ait été ainsi appliquée, qu'elle ne permette pas à l'étudiant en médecine de faire son service militaire après l'achèvement de ses examens. On pourrait ainsi, en évitant la perte d'une année en plein cours d'études et en supprimant la première année, telle qu'elle est actuellement utilisée, gagner deux années ; l'on respecterait ainsi les intérêts si précieux de l'enseignement médical.

Il nous semble que les étudiants, suffisamment convaincus de leurs droits, sauront faire entendre leurs justes revendications et obtenir gain de cause. Ce sont là des questions à discuter au sein de leurs associations, car elles intéressent l'avenir des études médicales.

Déjà une pétition couverte d'un nombre considérable de signatures attire l'attention sur cette grave situation. On ne saurait trop encourager ce mouvement.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Les principaux travaux de la clinique médicale de la Pitié de 1886 à 1891.

I. — Travaux cliniques.

Avant de commencer cette nouvelle année scolaire, je désirerais passer, brièvement, en revue les principaux travaux faits dans cette clinique de 1886 à 1891. Je ne vous parlerai, bien entendu, que de ceux qui ont pu nous fournir quelques conclusions nouvelles. Tout exploré que soit le domaine de la pathologie, nos efforts réunis ont, cependant, abouti à un certain nombre de résultats qui me semblent devoir être valables et durables. Ces résultats peuvent être classés en deux groupes principaux : 1° résultats du domaine clinique ; 2° résultats du domaine bactériologique.

Un des résultats cliniques les plus intéressants, est assurément relatif à la *fièvre typhoïde*. Trois cas types m'ont permis d'établir que la fièvre typhoïde commune et classique peut présenter, comme la forme sudorale, au lieu d'une évolution continue, une évolution par reprises. Ces reprises fébriles sont séparées par de courts intervalles d'apyrexie. Dans un de ces trois cas, il n'y eut pas moins de trois intervalles apyrétiques séparant quatre étapes fébriles.

Cet arrêt momentané de l'évolution typhique ne porte, d'ailleurs, que sur l'élément fébrile. C'est la fièvre seule qui est suspendue. L'infection persiste sans la moindre rémission. Cette dissociation possible de la fièvre et des autres symptômes d'infection implique la dualité des agents pathogènes. L'action d'un de ces agents peut être intermittente, discontinue, l'action des autres est continue sans intermission.

L'élément à action continue est ici le microbe spécifique. L'élément fébrigène à action discontinue est constitué par les produits solubles sécrétés par ce microbe. La variation dans l'absorption de ces produits toxiques correspond aux variations de la fièvre.

Cette dissociation de la fièvre est constante dans d'autres formes de la maladie, dans la forme sudorale, dans la forme intermittente, par exemple. Vous savez même qu'il peut y avoir des fièvres typhoïdes apyrétiques où l'infection évolue et même tue sans élévation thermique. Mais cette dissociation, dans la forme commune, est plus rare et n'avait pas encore été signalée.

Dans la *pneumonie*, j'ai pu vous montrer également de ces exemples, de ces formes à défervescences durant douze à vingt-quatre heures et suivies de reprises. L'infection pneumonique persistait, d'ailleurs, malgré la chute de la fièvre. Notez qu'il s'agissait de pneumonies véritables à pneumocoques sans influence de malaria. J'ai pu vous montrer un fait analogue dans un cas d'*endocardite infectieuse*.

Les conséquences pratiques de ce fait sont importantes au point de vue du pronostic et du traitement. Vous devinez à quelles graves illusions de pronostic peuvent exposer ces chutes momentanées de la fièvre, chute qui n'indique nullement la fin de la maladie. Au point de vue du traitement, cette indépendance de l'élément fébrigène justifie l'emploi de la médication antipyrétique. Mais en même temps elle explique le peu d'influence de cette médication sur le fond même de la maladie. L'indication du traitement antithermique est donc purement contingente et de symptôme. Ce

traitement ne doit être prescrit qu'avec une prudente réserve.

Deux cas de *scarlatine* nous ont montré des exemples des autres irrégularités que la fièvre des infections peut offrir dans son degré et dans sa durée. La température, dans ces deux cas, n'a jamais dépassé 38 degrés.

En 1889, j'ai eu l'occasion de vous montrer plusieurs cas d'une affection peu connue ayant pourtant son existence bien indépendante, la *rubéole*, et d'insister sur la distinction qu'il importe, malgré la confusion souvent créée, de maintenir entre la rubéole et les formes hybrides de rougeole et de scarlatine.

En 1889 également, j'ai pu vous montrer un cas de *fièvre ortiée*. Dans ce cas, nous avons constaté un symptôme absolument nouveau, l'autographie cutanée. Cette autographie cutanée n'est donc pas, comme on l'a dit, en rapport seulement avec l'hystérie ou le nervosisme. Elle peut dépendre de l'excitabilité anormale de la peau.

J'arrive aux *maladies de l'appareil respiratoire*. Je vous ai déjà signalé la forme à reprises si spéciale que peut prendre la *pneumonie*. Trois cas de *tuberculose suraiguë des poumons* méritent également de vous être rappelés. La forme, dans ces trois cas, a été la forme suffocante. La durée de la période fébrile fut seulement de dix à dix-huit jours. La durée de la période pré-fébrile qui, comme je vous l'ai montré, ne manque jamais de précéder, dans cette affection, la période fébrile, avait varié de un mois à deux mois et demi. Ces trois cas étaient de beaux exemples d'éruption granuleuse par auto-infection. A côté des granulations on trouva, en effet, à l'autopsie, de vieux foyers caséeux ganglionnaires.

Une de ces trois malades offrit encore un exanthème infectieux survenu six jours après le début de la fièvre, neuf jours avant la mort. Cet exanthème rappelait en tout l'exanthème rubéolique. Il vous offrit un remarquable exemple de fausses rougeoles.

A propos de la tuberculose, il me faut encore vous signaler divers faits incontestables de *tuberculose pulmonaire d'origine traumatique*. Six observations de *pneumopathies chroniques du poumon non tuberculeuses* nous ont présenté un extrême intérêt au point de vue des difficultés du diagnostic. La première était un cas fort rare de sclérose du poumon avec hémoptysies répétées chez une jeune fille de vingt et un ans. Deux autres avaient trait à des catarrhes chroniques avec dilatation ampullaire des bronches. La quatrième était un cas de bronchite fétide. La cinquième et la sixième étaient des exemples curieux de lésions de cavernes consécutives, dans un cas, à l'élimination d'un foyer de gangrène, dans l'autre, à l'élimination d'un kyste hydatique du poumon.

Je vous citais, tout à l'heure, un fait de fausse rougeole. Au cours d'une broncho-pneumonie *a frigore* chez un homme de cinquante-cinq ans, j'ai pu vous montrer également ce fait rarissime d'un faux *exanthème typhique*. Vingt-quatre heures avant la défervescence, le dos et les lombes se recouvrirent de véritables taches rosées lenticulaires.

Parmi les maladies *cardio-vasculaires*, je vous rappellerai surtout les faits suivants :

Plusieurs cas de *rétrécissement de l'artère pulmonaire* se sont présentés à notre observation, soit sous la forme artérielle, soit sous la forme pré-artérielle. J'ai appelé votre attention sur les troubles de l'hématose et de la nutrition du tissu pulmonaire qu'ils avaient entraînés, sur la prédisposition que cette hypertrophie constituait pour la tuberculose. J'ai pu surtout vous démontrer ce fait, que le souffle systolique du deuxième espace intercostal gauche à deux centimètres du bord sternal n'est pas un signe certain de rétrécissement de l'artère pulmonaire. Ce souffle peut survenir en l'absence de toute lésion artérielle par une modification en plus ou en moins de la bronche gauche de cette artère. Une condition qui produit un souffle particulièrement intense est la compression de cette bronche gauche par les tubercules du poumon.

Vous n'avez pas oublié deux autres faits très rares. Le premier est un cas *d'anévrysme total du ventricule gauche* que nous avons pu diagnostiquer pendant la vie. Le deuxième est un fait *d'oblitération complète de la crosse de l'aorte* presque certainement congénitale. La circulation avait été, cependant, suffisamment assurée par l'énorme dilatation de toutes les artères issues de la crosse et de leurs anastomoses pour que la malade ait pu atteindre l'âge de cinquante-cinq ans.

Comme observations relatives à la pathologie *du rein*, je vous signalerai deux faits de *syphilis rénale*, observés en 1888. Ces deux faits vous ont bien montré l'importance de la forme précoce de la syphilis rénale, forme précoce qu'on ne peut même comparer qu'à la néphrite scarlatineuse.

Le rôle de l'obstruction glomérulo-tubulaire comme cause de *l'urémie* vous a été démontré anatomiquement dans un cas d'anurie mortelle, chez une femme de trente-huit ans.

Les difficultés, que peut présenter la recherche clinique de l'albumine, ont été rendues évidentes par plusieurs cas de *fausses albuminuries* au cours du rhumatisme articulaire aigu. Le précipité était uniquement composé de globuline sans trace de fibrine.

J'ai pu étudier avec vous les trois grandes formes du *coma diabétique* : 1° la forme gastro-intestinale si fréquente, si trompeuse, si facilement confondue avec une péritonite ; 2° la forme vertigineuse ; 3° la forme cardiaque.

Pour les *maladies de l'abdomen*, je ne veux vous rappeler qu'un seul fait d'une grande importance séméiologique. Dans bien des cas de *cancers du foie, de l'estomac*, j'ai eu l'occasion de vous montrer la valeur diagnostique de l'engorgement précoce des ganglions inguinaux.

Nos recherches thérapeutiques ont, vous le savez, été nombreuses. Je tiens surtout à insister sur trois d'entre elles. Le régime lacté intégral est, je vous l'ai montré bien des fois, le meilleur des traitements de la scarlatine. Le sublimé est le topique local le plus précieux dans l'angine diphthérique. La thalline a une action des plus intéressantes dans la fièvre et surtout la fièvre liée à la tuberculose.

DE L'EMPLOI DE LA MORPHINE DANS LES MALADIES DU CŒUR

Par M. le docteur P.-R. Hervouet.

Conclusions. — 1° La congestion passive dans les affections cardiaques n'est pas, comme on l'a dit, une contre-indication à l'emploi de la morphine et de l'opium. Cette contre-indication théorique n'est pas juste au point de vue anatomo-pathologique, puisque, dans les affections mitrales et l'asystolie, il y a, en même temps que congestion veineuse passive, de l'anémie artérielle. Et les exemples cliniques prouvent que cette contre-indication n'est généralement pas vraie dans la pratique.

2° Lorsque les autres médicaments ont échoué, la morphine peut encore agir en calmant la dyspnée et les symptômes ner-

veux, et en procurant le sommeil. Dans certains cas désespérés, où les médicaments cardiaques proprement dits sont inutiles et même nuisibles, la morphine agissant non seulement comme calmant, mais comme stimulant, calme la dyspnée, relève les forces des malades et permet ensuite aux autres médicaments d'agir.

3° La morphine n'est pas vraiment un médicament cardiaque. Quoiqu'il y ait quelques cas heureux de son emploi exclusif, elle n'agit que lentement sur les congestions passives et l'anasarque; alors, elle paraît agir plutôt comme tonique général que comme cardiaque. En relevant la force du cœur, elle peut provoquer la diurèse; cette diurèse n'est jamais considérable.

4° La présence d'albumine dans les urines n'est pas une contre-indication à l'emploi de la morphine, lorsque cette albumine dépend de l'affection cardiaque. D'ailleurs, les bons résultats obtenus par différents auteurs dans l'urémie à forme dyspnéique montrent qu'il ne faut pas exagérer le danger de l'emploi de la morphine dans le mal de Bright.

5° Lorsqu'on emploie la morphine dans l'asystolie, il est bon d'employer concurremment la digitale ou d'autres médicaments cardiaques. Si ces médicaments sont impuissants, parfois la morphine seule peut donner d'excellents résultats, mais généralement la morphine ne pourra que soulager le malade et prolonger ses jours, sans empêcher la terminaison fatale.

La caféine, en raison de son action stimulante et de son action spéciale sur le cœur, est toute indiquée pour remplacer de temps en temps les injections de morphine, lorsqu'on désire que le malade ne s'y habitue pas trop. La caféine, d'ailleurs, peut être employée en même temps que la morphine.

REVUE DE LA PRESSE

Bronchopneumonie avec accidents graves enrayés par l'insufflation. — M. J. Renault, interne de la Maternité, rapporte dans le *Progrès médical* un fait de bronchopneumonie chez un enfant de moins d'un mois avec accidents d'asphyxie graves enrayés par l'insufflation. L'enfant était comme mort, la peau froide, la face cyanosée, les lèvres bleuâtres, les mouvements respiratoires tout à fait arrêtés après être devenus de plus en plus espacés, quand l'insufflation fut pratiquée. On employa l'instrument et le procédé ordinaires. De temps à autre seulement, on dut retirer l'insufflateur pour chasser les mucosités qui l'obstruaient.

Au bout de cinq minutes, la coloration bleuâtre de la face et des lèvres commence à faire place à une teinte rosée. Ce succès inespéré engage à continuer l'insufflation et, après un quart d'heure des mêmes soins, l'enfant est ranimé. On le met aussitôt dans un bain sinapisé, on lui applique quelques ventouses sèches, on lui fait prendre quelques gorgées de grog à l'eau-de-vie, et on l'entoure d'ouate.

Mais l'asphyxie reparaît bientôt, le petit malade se cyanose, cesse de respirer, et de nouveau semble mort. De nouveau on l'insuffle, on parvient à le ranimer, et cette fois définitivement.

L'enfant, il est vrai, conserve des phénomènes thoraciques, avec de la fièvre et une accélération des mouvements respiratoires. Mais le résultat évident de l'insufflation est de l'avoir empêché de mourir dans ces deux accès d'asphyxie, qui autrement l'auraient emporté sans nul doute.

La maladie évolua ensuite dans un sens favorable, et, au bout de huit jours, l'enfant put être considéré comme guéri.

Traitement des tumeurs blanches par les injections d'huile iodoformée. — M. Boursier a obtenu de bons effets dans le traitement des tumeurs blanches multiples par les injections intra-articulaires d'huile iodoformée.

Comme véhicule de l'iodoforme, l'huile est supérieure à l'éther qui détermine de vives douleurs, à la glycérine qui ne forme avec l'iodoforme qu'un mélange sans dissolution. L'huile d'olive dissout, pour 100 grammes, de 2 gr. 50 à 3 grammes d'iodoforme, ce qui permet une absorption suffisante. On emploiera l'huile d'olive stérilisée. (Société de médecine de Bordeaux.)

Traitement de l'adénite suppurée. — M. Danzac traite avec succès les adénites suppurées par une ponction faite au point le plus déclive et suivie : 1° d'un lavage à la solution phéniquée forte; 2° de l'injection dans la cavité de l'abcès de quelques gouttes de glycérine créosotée à 2 p. 100. (Société de médecine de Bordeaux.)

Traitement de la chancrelle et du bubon par l'eau chaude. — L'eau chaude en bains, en injections, a donné à MM. Arnozan et Vigneron de bons résultats dans le traitement du chancre mou et du bubon consécutif. Cette médication modifie rapidement l'aspect ulcéreux et pourrait même enrayer la phagédénisme. (Société de médecine de Bordeaux.)

Traitement de l'angine phlegmoneuse par le salol. — Dès le début de l'angine phlegmoneuse, M. S. Philippe prescrit le salol à l'intérieur. Cette médication ferait souvent avorter complètement l'angine ou diminue tout à au moins beaucoup son intensité.

Les doses données doivent être fortes, 2 à 8 grammes par vingt-quatre heures. Chez des enfants de trois à six ans M. S. Philippe donne jusqu'à 4 grammes par jour. Les urines deviennent souvent brunâtres.

On peut se contenter d'incorporer le médicament dans une potion gommeuse. L'agitation au moment de l'administration assure un mélange suffisant.

M. Coule, discutant la communication précédente, indique le mode suivant d'administration pour le salol, le sulfonal et en général tous les médicaments peu solubles. Avant d'être délayé dans le julep gommeux, le salol est broyé très finement avec parties égales de sucre et de gomme. La suspension reste ainsi beaucoup plus parfaite. (Société de médecine de Bordeaux.)

Détermination du sexe du fœtus dans l'utérus. — Ross (de Belfast) indique, pour déterminer le sexe du fœtus avant la naissance, un moyen assez singulier mais qui, ne l'ayant, paraît-il, jamais trompé, mérite peut-être d'être pris en considération.

Ce moyen repose sur la région où la mère perçoit le plus distinctement les mouvements du fœtus. Si ces mouvements sont perçus par elle plus particulièrement du côté gauche, on pourrait prédire la naissance d'un garçon. Des mouvements perçus surtout à droite indiqueraient la naissance d'une fille.

D'après Ross il y aurait dans cette recherche non seulement un intérêt de curiosité mais un élément de pronostic pour l'accouchement. Les accouchements, lorsqu'il s'agit d'un garçon, sont toujours plus pénibles, en raison du volume plus considérable de la tête. (*Brit. Med. Journ.*)

Injections hypodermiques de camphre. — Alexander (de Berlin) a employé depuis deux ans les injections hypodermiques de camphre dans diverses affections des voies respiratoires. Le véhicule du camphre peut être l'huile, l'alcool ou l'éther. La formule suivante est particulièrement bien tolérée.

Camphre.	1 gramme
Huile d'olive.	10 —

La dose employée était de quinze gouttes par jour en injection hypodermique. Comme les effets du camphre vont en s'accumulant, on doit d'ordinaire suspendre pour une semaine les injections après quatre jours de traitement. Le mal de tête, l'insomnie sont les premiers symptômes d'intolérance.

Les phtisiques ont pour le traitement une tolérance remarquable. Dès la première dose on obtient souvent une améliora-

tion marquée portant en particulier sur les sueurs nocturnes, la toux d'irritation, l'expectoration. Ces bons effets s'observent même aux dernières périodes de la maladie.

Dans la forme hémoptoïque de la phthisie et dans les hémoptysies en général la médication semble utile pour prévenir le retour des hémorrhagies.

Dans la bronchite catarrhale, la sécrétion est tout d'abord augmentée par les injections de camphre-éther, ensuite elle diminue et finit même par disparaître.

Dans la bronchite compliquée d'emphysème, les résultats obtenus sont moins marqués et moins satisfaisants.

Dans la pneumonie, la médication paraît surtout utile pour les pneumonies survenant chez des sujets débiles ou atteints d'affections cardiaques.

Dans les affections cardiaques, Alexander a noté un effet indirect intéressant. Quand l'action de la digitale est épuisée, qu'elle paraît cesser d'agir, il suffit de faire quelques injections de camphre pour qu'une nouvelle dose de digitale reprenne toute son efficacité.

Dans les affections des enfants, les injections d'huile camphrée ne doivent être employées qu'à très petites doses, et avec beaucoup de prudence. (*Berl. Klin. Wochens.*)

Empoisonnement par la quinine. — Chez un malade de quarante-deux ans, ayant pris en une dose 1 gramme de quinine et le lendemain 2 grammes en doses fractionnées, soit 3 grammes en quarante-huit heures, Erlenmayer observa des accidents d'intoxication graves. Ces accidents consistaient surtout dans une exagération extrême des réflexes. La simple percussion des réflexes rotuliens amenait des convulsions générales, de violentes contractions des muscles, des bras et du tronc.

Dans d'autres cas, Erlenmayer a observé, au contraire, à la suite de trop fortes doses de quinine, l'abolition complète du réflexe rotulien.

L'examen de ce réflexe peut donc être utile dans les cas où de fortes doses de quinine sont nécessaires pour indiquer le moment où commence la période d'intolérance. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*)

Le pétrole brut dans le traitement des conjonctivites. — Les agents employés dans le traitement des conjonctivites (sels de cuivre, sels d'argent) sont d'un maniement assez difficile. Ils sont très douloureux pour le malade. M. Trousseau, après de nombreux essais, a trouvé dans le pétrole brut un agent moins énergique que les autres caustiques, mais doué d'un pouvoir curatif et en particulier d'une action anticatarrhale remarquable.

Les recherches bactériologiques faites par le docteur Dubief dans le laboratoire des Quinze-Vingts ont confirmé les données acquises par la clinique. Le pétrole brut possède un pouvoir antiseptique moyen.

Comme mode d'emploi, le pétrole brut doit être appliqué en badigeonnages au pinceau sur la face muqueuse des paupières retournées. Ces badigeonnages peuvent être répétés deux et trois fois par jour.

L'emploi du pétrole n'est nullement douloureux, nullement irritant pour la cornée, ne réclame aucune précaution spéciale.

Les produits dérivés du pétrole (produits raffinés) sont dénués d'action utile et plus irritants que le liquide brut.

Le pétrole du Caucase est préférable au pétrole d'Amérique.

Les sécrétions muqueuses sont rapidement modifiées. Peut-être même, en raison de son action anticatarrhale, le pétrole brut pourrait-il être essayé dans des affections des diverses muqueuses autres que la muqueuse conjonctivale. (Société de médecine de Paris.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Aujourd'hui, à midi, ont eu lieu, à l'église Saint-Thomas-d'Aquin, les obsèques de M. le professeur Alfred Richet. L'Institut, l'Académie de médecine, la Faculté de médecine avaient envoyé des députations, et un concours considérable de confrères et d'amis attestait les regrets que laisse notre vénéré maître.

— Par décret, en date du 30 décembre 1891, M. le docteur Vaysse, médecin de première classe du corps de santé colonial, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 3 janvier 1892, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur, à l'occasion de l'Exposition de Moscou :

Au grade d'officier. — M. Georges Masson, éditeur à Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Love et Socquet (de Paris; Chassaing, fabricant de produits pharmaceutiques, à Paris).

— Par décret, en date du 29 décembre 1891, ont été promus dans le corps de santé militaire et, par décision ministérielle, en date du 31 décembre 1891, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Cassedebat, en remplacement de M. Zœpfel, promu; maintenu au 2e zouaves; — Choné, en remplacement de M. Delorme; maintenu au 48e d'infanterie; — Sockeel, en remplacement de M. Boppe, promu; désigné pour le 73e d'infanterie; — Amiard-Fortinière, en remplacement de M. Mulot, retraité; désigné pour le 7e d'artillerie; — de Villegente, en remplacement de M. Deville, décédé; désigné pour le 137e d'infanterie; — Vercoutre, en remplacement de M. Joly, retraité; désigné pour le 149e d'infanterie; — Duléry, en remplacement de M. Foch, retraité; désigné pour le 10e d'infanterie; — Franchet, en remplacement de M. Dissaux, retraité; désigné pour le 158e d'infanterie; — Lauzeral, désigné pour le 80e d'infanterie; — Favier, désigné pour le 145e d'infanterie; — Grivet, désigné pour le 154e d'infanterie; — Cicile, désigné pour le 146e d'infanterie; — Bienvenue, désigné pour le 147e d'infanterie; — Tartière, désigné pour le 148e d'infanterie; — Huguenard, maintenu au 161e d'infanterie; — Lèques, désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Maljean, désigné pour le 25e d'artillerie; — Poché, désigné pour le 15e d'infanterie; — Tournade, désigné pour le 150e d'infanterie; — Bounaix, désigné pour le 133e d'infanterie; — Potheau, désigné pour le 95e d'infanterie; — Fabre, désigné pour le 153e d'infanterie; — Demeunynck, désigné pour le 162e d'infanterie; — Bouchoir, désigné pour le 62e d'infanterie; — Philippi, désigné pour le 152e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Bazin, en remplacement de M. Escard, décédé; désigné pour le 27e bataillon de chasseurs à pied; — Buot, en remplacement de M. Schoull, démissionnaire; désigné pour le 63e d'infanterie; — Carton, en remplacement de M. Martin de Saint-Semmera, démissionnaire; désigné pour le 19e chasseurs à cheval; — Viger, en remplacement de M. Duvau, démissionnaire; maintenu aux hôpitaux de la division d'Oran; — Dupard, en remplacement de M. Cassedebat, promu; désigné pour le 14e escadron du train des équipages militaires; — Camentron, en remplacement de M. Choné, promu; désigné pour la direction du service de santé du 17e corps d'armée et la place de Toulouse; — Courboulès, en remplacement de M. Sockeel, promu; désigné pour le 2e tirailleurs algériens; — Humbert, en remplacement de M. Amiard-Fortinière, promu; désigné pour le 24e d'infanterie; — Soula, en remplacement de M. de Villegente, promu; désigné pour le 4e d'infanterie; — Martin, en remplacement de M. Vercoutre, promu; désigné pour le 21e dragons; — Gruson, en remplacement de M. Duléry, promu; désigné pour le 85e d'infanterie; — Breton, en remplacement de M. Franchet, promu; désigné pour le 113e d'infanterie; — Vincent, en remplacement de M.

Lauzerat, promu; désigné pour les hôpitaux de la division de Constantine; — Verdier, en remplacement de M. Favier, promu; désigné pour le 2e d'infanterie; — Bernard, en remplacement de M. Grivet, promu; désigné pour l'emploi de surveillant à l'École du Val-de-Grâce; — Gauvin, en remplacement de M. Cicile, promu; désigné pour le 133e d'infanterie; — Girardeau, en rempl. de M. Tartière, promu; maintenu provis. aux hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie; — Ferrier, en remplacement de M. Huguenard, promu; désigné pour le 155e d'infanterie; — Dommartin, en remplacement de M. Lèques, promu; désigné pour l'École de Saint-Hippolyte-du-Fort; — Artigues, en remplacement de M. Maljean, promu; désigné pour le 1er d'infanterie; — Loison, en remplacement de M. Poché, promu; maintenu provisoirement aux hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie; — Lajoue, en remplacement de M. Tournade, promu; désigné pour le 152e d'infanterie; — Knoll, en remplacement de M. Bounaix, promu; désigné pour le 147e d'infanterie; — Folliasson, en remplacement de M. Potheau, promu; désigné pour le 13e bataillon de chasseurs à pied; — Croux, en remplacement de M. Fabre, promu; désigné pour le 106e d'infanterie; — Pilon, en remplacement de M. Demeunynck, promu; désigné pour le 75e d'infanterie; — Lebon, en remplacement de M. Bouchoir, promu; maintenu provisoirement aux hôpitaux de la division d'Oran; — Arragon, en remplacement de M. Philippi, promu; maintenu provisoirement au 96e d'infanterie.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. le pharmacien aide-major de première classe Rougon, en remplacement de M. Tillion, décédé; maintenu provisoirement à la réserve des médicaments de Marseille.

— Par décret, en date du 31 décembre 1891, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe Giraud, Michel, Peltier, Taddei dit Torella, Maisse, Rozier, Glérant, L'Eost, Hamon, Mazot, Ferrandini, Castex, Toché, Henry, Le Gall, Doucet, Béguin, Rigaut, de Saint-Germain, Rigollet, Bouchard, Le Quément et Thirion.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — MM. les pharmaciens auxiliaires de deuxième classe Lesterlin et Guichard.

— Par décision ministérielle, en date du 31 décembre 1891, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

M. le médecin principal de première classe Challan, pour l'hôpital militaire de Bordeaux (médecin-chef);

MM. les médecins principaux de deuxième classe Flament, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons (médecin-chef); Bablon, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier (médecin-chef); Bertelé, pour l'hôpital militaire de Marseille; Oberlin, pour les salles militaires de l'hospice mixte d'Angers (médecin-chef); Tachard, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Montauban (médecin-chef).

MM. les médecins-majors de première classe Weber, pour le 151e d'infanterie; Geschwind, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Etienne (médecin-chef); Crussard, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Vannes (médecin-chef); Mangenot, pour le 160e d'infanterie; Mouton, pour le 155e d'infanterie; Aubert, pour les hôpitaux militaires et la brigade d'occupation de Tunisie; Grosjean, pour l'hôpital militaire de Nancy; Fluteau, pour l'hôpital militaire de Versailles; Malinas, pour le 97e d'infanterie; Mestrude, maintenu au 29e d'infanterie; Vautrin, pour l'hôpital militaire de Toulouse; Mercier, pour le 4e zouaves; Cadot, pour le 140e d'infanterie; Nimier, pour le 89e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de 2e classe Héral, pour le 13e bataillon d'artillerie de forteresse; Leroy, pour le 157e d'infanterie; Bercher, pour la direction du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée; Lambert (F.-P.), pour le 11e escadron du train des équipages militaires; Laydeker, pour le 4e escadron du train des équipages militaires; Goebel, pour le 17e bataillon de chasseurs à pied; Génin, pour le 9e dragons; Badin, pour le 8e hussards; Colin (M.-L.-A.) pour le 3e escadron du train des équipages militaires; Mistarlet, pour le 8e escadron du train des équipages militaires; Baur (J.-B.-F.-A.) pour le 3e cuirassiers; Boucher (A.), pour le 5e bataillon d'artillerie de forteresse; Renault (F.-H.), pour le 3e bataillon d'artillerie de forteresse; Morer (E.), pour le 11e dragons; Lejeune (A.-H.-L.), pour le 5e escadron du train des équipages militaires; Noël, pour le 25e bataillon de chasseurs à pied; Coquand, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Moreau, pour le 15e escadron du train des équipages militaires; Couillault, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie; Vielle, pour le 14e bataillon d'artillerie de forteresse; Descosse, pour le régiment de sapeurs pompiers, à Paris; Lemoine (L.-F.-E-A.), pour le 159e d'infanterie; Guégan, pour le 3e dragons; Lepagnez, pour le 1er dragons; Basin, pour le 96e d'infanterie; Boucher (H.-M.), pour le 5e dragons; Guérin, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; David, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Watier, pour le 1er bataillon de chasseurs à pied;

MM. les médecins aides-majors de 1re classe, Gury, pour le 5e d'artillerie; Sabatier (R.), pour la garde républicaine à Paris; Dicquemare, pour le 86e d'infanterie; Maison, pour le 4e spahis; de Vernejoul, pour le 3e spahis; Sicard, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie; Claoué, pour le 18e d'artillerie; Lafforgue (F.-J.-U.), pour les hôpitaux militaires, de la division d'Oran; Sire, pour le 11e d'infanterie;

M. le pharmacien aide-major de 1re classe, Bonnafous, pour l'hôpital militaire de Belfort.

— M. Nègre, médecin-principal de la marine, est appelé à remplacer, comme secrétaire du Conseil supérieur de santé de la marine, M. le docteur Vincent, nommé médecin en chef de l'escadre de réserve de la Méditerranée.

— M. le médecin-principal de la marine Bertrand est nommé médecin en chef de l'escadre du Nord.

— MM. Alliot, Lestranc et Vizerie sont nommés médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Montécot, doyen des médecins de France, né à Langres, le 10 octobre 1793, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique et médaillé de Sainte-Hélène.

Engagé volontaire en 1813, et attaché comme médecin auxiliaire au corps du général Le Marois, qui tenait la place de Magdebourg, où il fut bloqué, après Leipzig, jusqu'à la fin de la guerre, le docteur Montécot fut un des deux médecins qui, sur huit, échappèrent au typhus. Il ramena en France un convoi de 1 500 typhiques convalescents, en déjouant la surveillance de l'ennemi et, après mille péripéties, parvint à faire passer le Rhin sur des barques, à tous ses malades.

Établi médecin à Langres, le docteur Montécot exerça jusqu'aux dernières années de sa vie.

— *Hôpital Saint-Louis* (service de M. E. Besnier, année 1892). — Policliniques : mardi, opérations dermatologiques, lupus, ténia, chéloïdes, cicatrices vicieuses, dermatomes, divers, etc; laboratoire Alibert, 9 heures. — Mercredi, dermatophyties, teignes, pelades, alopécies diverses, etc.; laboratoire Alibert, 9 heures. — Vendredi, consultation clinique, salle des consultations, 38, rue Bichat, 9 heures. — Clinique : samedi, clinique dermatologique et syphiliologique au lit des malades; salles Alibert et Devergie, à 9 heures et demie.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1892, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien*, par M. le docteur Constantin Paul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine. — 2° *Mémorial obstétrical*, par M. le professeur Pajot. — 3° *Formulaire magistral*, par M. Delpech. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par M. le docteur de Valcourt. — Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des docteurs en médecine, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance et des eaux minérales; les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France; les Écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 610 pages, dont 190 de calendrier et 420 de renseignements utiles.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en six cahiers (trimestres à 2 jours par page) et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille : 3 fr. — Le même à 1 jour par page, 3 fr. 50. — Trimestres seuls dorés sur tranches : à 2 jours par page, 1 fr. 75; à 1 jour par page, 2 fr. — Le « Mémorial thérapeutique » et le « Formulaire magistral » en un seul cahier séparé : 1 fr. 25. — Les « Renseignements utiles » en un seul cahier séparé : 1 f. 25.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; — n° 2, l'agenda divisé en six cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

Petit formulaire des antiseptiques, par L.-A. Adrian. 1 vol. in-32, cartonné, de 250 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le président, ayant fait part à l'Académie de la mort de M. Alfred Richet, ancien président, lève la séance en signe de deuil.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Les principaux travaux de la clinique médicale de la Pitié de 1886 à 1891 (1).

II. Travaux bactériologiques.

A côté des études cliniques anatomo-pathologiques et thérapeutiques, dont je vous ai donné le bref résumé, ces dernières années ont donné lieu, dans le service, à de nombreux travaux de bactériologie. Ces travaux ont été faits avec la collaboration de MM. Duflocq et Ménétrier. Quelques-uns des résultats obtenus par leurs patientes recherches offrent un intérêt réel.

L'*érysipèle* est, vous le savez, une maladie infectieuse locale. Les métastases y sont rares, disait-on autrefois. La migration des microbes est peu fréquente, dirons-nous aujourd'hui. La forme clinique la plus commune de l'érysipèle est celle d'un exanthème fébrile local, sans accidents à distance. L'étude bactériologique d'un cas d'érysipèle, avec double adénite suppurée des ganglions cervicaux, a permis à M. Ménétrier de constater, dans les ganglions phlegmoneux, le streptocoque pyogène de l'érysipèle. L'identité du streptocoque de l'érysipèle et de celui du phlegmon, identité controversée, en 1886, par Hajeck, se trouve donc absolument établie.

Si, dans tous les cas d'érysipèle, on retrouve les streptocoques mêmes du phlegmon, l'absence de diffusion, et c'est là une déduction clinique importante, dépend moins de l'agent infectieux que des conditions de résistance du malade atteint.

L'étude de divers cas d'érysipèle atténué nous a permis d'établir que, s'il n'y avait pas immunité morbide complète, l'agent infectieux persistant, il y avait du moins immunité symptomatique. Le degré de cette immunité symptomatique, de cette véritable accoutumance, dépend de la date plus ou moins ancienne, de l'intensité plus ou moins grande de l'attaque antérieure.

L'étude bactériologique d'un fait de *scarlatine suivie d'érysipèle* fut également intéressante. Cette association morbide est rare. Chez notre malade, une jeune femme de vingt-six ans, un érysipèle grave apparut au sixième jour d'une scarlatine légère. La guérison fut complète, mais l'érysipèle dura neuf jours, envahissant la face et le cuir chevelu. L'identité du streptocoque de l'angine initiale de la scarlatine et du streptocoque de l'érysipèle, put être encore établie.

Bien qu'elles aient été négatives, je tiens à mentionner les recherches bactériologiques faites dans le cas de fièvre ortiée, que je vous ai rappelées avec nos travaux cliniques. Examens microscopiques, cultures, inoculations, n'ont pas donné de résultat.

Négatives également ont été toutes les recherches bactériologiques faites dans le rhumatisme articulaire aigu. Malgré cet insuccès, m'appuyant d'une part sur les exemples de transmission intra-utérine du rhumatisme, de l'autre sur tout l'ensemble clinique de cette affection, je n'en continue pas moins, vous le savez, à la ranger parmi les maladies infectieuses.

J'appelle particulièrement votre attention sur les recherches suivantes relatives à la bactériologie des diverses formes de pneumonies.

Dans le cas de pneumonies à reprises, dont je vous ai entretenu, l'examen bactériologique montra la présence du pneumocoque. Ce pneumocoque manque, au contraire, dans la congestion pulmonaire, la fluxion de poitrine. Il y a là un élément différentiel important.

Dans douze cas de pneumonies grippales, le pneumocoque fut trouvé exclusivement. Il était, au contraire, associé au pseudo-bacille de Friedlander, dans les bronchites capillaires de la grippe.

A côté de ces faits bactériologiques, je ne négligeai pas de vous montrer dans quelques cas l'influence évidente qu'avait exercée le refroidissement sur l'apparition de la pneumonie. Je pus également vous démontrer cette influence dans un cas d'endocardite ulcéreuse. Je vous ai alors longuement montré la différence des affections

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 14.

extrinsèques et des auto-infections intrinsèques. Les premières sont dues à des micro-organismes qui n'existent jamais dans l'organisme normal et n'y pénètrent que par transmission. C'est le cas, par exemple, pour le charbon, la morve, la syphilis, la blennorrhagie, la variole, etc. Les autres, au contraire, sont dues à des micro-organismes existant dans l'organisme à l'état normal. C'est un affaiblissement de résistance qui suspend la tolérance et permet l'infection par les microbes persistant jusque-là à l'état d'innocuité. La cause qui a entraîné cet affaiblissement a donc autant d'importance que l'infection elle-même. Ces auto-infections, d'origines intrinsèques, se retrouvent dans la pneumonie, l'érysipèle, l'endocardite, le rhumatisme, certaines angines, certaines infections purulentes. Peut-être même faut-il ranger dans cette classe la fièvre typhoïde.

En 1890, deux faits d'une forme singulière d'*infection purulente* ont été étudiés bactériologiquement par M. Ménétrier. Dans le premier, un jeune homme de vingt-huit ans, à la suite d'une excoriation, faite à l'épaule par une courroie, devenue pustuleuse, présenta des pustules évoluant par foyers successifs. Les premiers foyers se montrèrent aux genoux, loin, vous le voyez, du foyer primitif. Le surlendemain, ils étaient généralisés à toute la surface du corps. Dans le second cas, un homme de trente-quatre ans présenta, sans aucune cause, une pustule de la main gauche. Des pustules survinrent successivement à la main droite, à la plante des deux pieds. Bientôt le malade présenta des abcès énormes de la fesse et de la cuisse, de l'hypopion, suivi d'une fonte purulente de l'œil et même un foyer de pneumonie. Dans les deux cas d'ailleurs, l'infection avait été grave, accompagnée d'une tuméfaction notable de la rate et d'une élévation de la température dépassant 40 degrés. L'évolution des foyers successifs avait eu lieu à intervalles de vingt-quatre à quarante-huit heures.

Chez le premier malade, l'infection était nettement traumatique. Chez le second, il s'agissait, semble-t-il, d'une auto-infection intrinsèque. Tous deux étaient surmenés et affaiblis. Ils offraient un terrain peu résistant, favorable à l'infection.

Dans le premier cas, l'examen bactériologique montra la présence exclusive du staphylococcus aureus. Dans le second, on trouva, à la fois, dans tous les foyers purulents, le pneumocoque et le streptocoque pyogène. Leur présence fut vérifiée tant par les cultures que par les inoculations.

En décembre 1890, une *orchite*, survenue dans la convalescence de la fièvre typhoïde chez un jeune homme de vingt ans, nous offrait une complication clinique fort rare, la fonte purulente du parenchyme testiculaire. Le pus examiné ne contenait aucun microbe pyogène. On n'y trouvait que le bacille typhique. Ce fait est d'une importance capitale. Il réfute, en effet, cette conclusion affirmée d'une façon trop absolue : « Le bacille typhique n'est pas un bacille pyogène. »

En janvier 1891, nous observions un autre fait, aussi nouveau qu'intéressant, une *angine pseudo-membraneuse à pneumocoques*. Cliniquement et histologiquement, l'identité de cette angine et de l'angine diphthéritique était absolue. Bactériologiquement, on ne trouva, par l'examen microscopique, les cultures, les inoculations, que le pneumocoque. Il n'y avait ni bacille de la diphthérie, ni microbe pyogène.

L'angine dura dix jours. Pendant tout ce temps, notre malade, un jeune homme de dix-neuf ans, eut donc le pharynx plein de pneumocoques. Pourtant il n'avait pas eu antérieurement de pneumonie, il n'en eut ni au cours, ni au déclin, ni après son angine. Malgré l'intensité du foyer d'infection locale, la résistance de l'organisme amena une défense suffisante.

A côté de la doctrine de l'infection, la doctrine des prédispositions morbides subsiste donc tout entière. Les résultats acquis par une expérience séculaire sont confirmés par nos observations actuelles et la clinique vient concilier la médecine traditionnelle avec les découvertes contemporaines.

HOPITAL DE LA CONCEPTION

Anévrysme de la crosse de l'aorte ouvert dans le péricarde.

Par P.-A. Lop,

Interne des hôpitaux de Marseille, lauréat de l'École de médecine.

I

Le 4 août 1891, mourait subitement dans le service de notre ancien maître, M. Fioupp, le nommé L..., entré à l'hôpital de la Conception depuis plusieurs mois; cet homme était porteur d'un volumineux anévrysme de la crosse de l'aorte qui, après avoir détruit le sternum, était venu faire hernie sous la peau. C'est l'histoire de ce malade que nous publions, grâce à l'obligeance de M. le docteur Fioupp, et à la bonne camaraderie de notre collègue Beltrami, interne du service, qui a bien voulu nous en laisser faire l'autopsie, afin de compléter notre observation.

Ce malade, âgé de trente-neuf ans, exerçait la profession d'ouvrier boulanger; il entra pour la première fois, dans les hôpitaux (Hôtel-Dieu), le 28 avril 1888, il y avait environ vingt-quatre mois qu'il souffrait de son affection; malgré ce, il avait toujours pu se livrer à l'exercice de sa pénible profession.

Le début de sa maladie remonte à l'année 1886; un soir, étant en train de travailler, il fut pris subitement de douleurs violentes, dans la région inter-scapulaire, qui l'obligèrent à interrompre son travail et à rentrer chez lui ; ces douleurs durèrent toute la nuit et ne disparurent qu'au jour, le laissant dans un état tel qu'il ne put reprendre son travail que quelques jours après. A dater de ce jour, ces douleurs reparurent quotidiennement, mais modifiées quant à leur intensité et à leur durée, et cela pendant six mois. La description assez exacte des douleurs, faite par le malade, nous permet de croire que ces crises douloureuses n'étaient autres que des crises d'angine de poitrine (angoisse précordiale et rétro-sternale, douleurs irradiées dans toute la sphère du plexus brachial). Malgré ce sérieux avertissement, il ne se soigna pas et continua à travailler.

Au bout de dix-huit mois, les douleurs avaient progressivement disparu, lorsqu'il commença à éprouver des palpitations violentes; puis, deux mois après, un matin, en faisant sa toilette, le malade constata la présence d'une tumeur, à battements très appréciables, faisant saillie sous la peau, à la face antérieure du sternum. A partir de ce moment, les crises d'angine reparaissent et se succèdent avec violence, il se décide alors à entrer à l'hôpital (Hôtel-Dieu), où il est admis dans le service de M. le professeur Nicolas-Duranty. Pendant son court séjour à l'Hôtel-Dieu, il fut frappé de monoplégie brachiale gauche, qui dura trois mois. Il sortit légèrement amélioré quant aux douleurs et aux palpitations, grâce à un traitement ioduré à hautes doses. En septembre 1888, apparitions de troubles vocaux (aphonie, raucité très accusées pendant six mois) ; à ces troubles, succède une dysphagie intense, d'une durée aussi longue. Puis peu à peu, au fur et à mesure que la tumeur progresse à l'extérieur, les troubles fonctionnels que nous venons de décrire s'amendent et finissent par disparaître complètement.

Dans le premier semestre de l'année 1889, nous le retrouvons

dans le service de M. le professeur Laget, où il fait un court séjour; les troubles fonctionnels n'ont plus reparu, mais les signes physiques sont très nettement accusés.

A l'examen du thorax, on constate la tumeur anévrysmatique, dont nous avons déjà parlé; son volume est notablement augmenté, elle est animée de mouvements isochrones à ceux du cœur; la mince couche de peau qui la recouvre ne présente aucune altération; à la percussion, on trouve une matité qui s'étend depuis le bord gauche du sternum, au niveau de la troisième côte, jusque sous la clavicule droite et qui descend jusqu'au quatrième espace intercostal droit.

Si l'on applique la main sur la tumeur, on perçoit des battements énergiques et rythmés. La pointe bat dans le sixième espace, en dehors de la verticale mamelonnaire.

Les pulsations radiales sont faiblement inégales, léger retard du côté droit.

A l'auscultation, double souffle perçu à la région thoracique antérieure, au niveau de la tumeur, et à la région inter-scapulaire.

Rien au poumon, rien au rein.

Quel était le siège exact de cet anévrysme? Il est quelquefois malaisé, en l'absence de tous troubles fonctionnels antérieurs et de tumeur à l'extérieur, de porter un diagnostic topographique; mais chez notre malade, la connaissance des symptômes fonctionnels énumérés plus haut, leur apparition combinée ou successive, ou isolée, ont permis de diagnostiquer le siège de cet anévrysme, qui répond assez exactement à la variété décrite par M. Dieulafoy (1) sous le nom d'*anévrysme aortique type récurrent*.

En effet, les symptômes présentés par notre malade (aphonie, raucité, voix bitonale) ont une grande analogie avec ceux dus à une excitation ou à des lésions irritatives des récurrents (surtout du gauche) et de leurs différentes branches.

Quant au diagnostic étiologique, nous croyons, en l'absence de syphilis, pouvoir peut-être le rattacher à un alcoolisme précoce et avéré; d'ailleurs, le malade nous a avoué lui-même avoir des habitudes d'intempérance très prononcées; ajoutons à cela l'influence de sa pénible profession.

Après un séjour assez long dans le service de M. Laget, L... sortit de l'hôpital, espérant pouvoir reprendre ses occupations, mais en vain; et après avoir traîné quelques mois en ville, en cessant tout traitement, nous le voyons revenir de nouveau, à l'hôpital de la Conception, en janvier 1890, dans le service de M. Fioupp, dont nous avions l'honneur d'être l'interne.

L'état local est toujours le même; quant à l'état général, il est aussi satisfaisant que possible. Six mois après, nouvelle sortie. En août de la même année, séjour de deux mois chez M. Laget, puis chez M. le professeur Villars, où un de nos anciens collègues, M. le docteur Gilles, lui pratique quelques séances d'électrolyse.

En janvier 1891, il revient encore chez M. Fioupp.

Localement, état stationnaire, mais la santé générale commence à devenir mauvaise; amaigrissement considérable, toux, expectoration muco-purulente. L'auscultation fait constater des signes évidents de tuberculose aux deux sommets. Malgré ce, il peut toujours vaquer à de petites occupations dans la salle, où il aide les infirmiers; lorsque, le 4 août au matin, au moment où il s'apprêtait à manger sa soupe, il succombe brusquement en quelques minutes, sans aucun signe extérieur.

Voici l'histoire, un peu longue peut-être, de ce malade, que nous avons pu suivre dans ses nombreuses pérégrinations hospitalières.

II

L'*autopsie*, pratiquée vingt-quatre heures après, nous a donné la clef de cette mort subite, qu'*a priori* l'on pouvait expliquer, mais sans rien pouvoir affirmer.

Avec l'aide de M. Hekel, externe de service, nous procédons tout d'abord à la dissection de la *peau* qui recouvre la tumeur; elle est considérablement amincie, dépourvue de tissu cellulaire; elle adhère intimement avec la paroi externe de la poche anévrysmale; aussi est-il impossible de disséquer la peau sans ouvrir l'anévrysme.

Le *sternum* est détruit sur une longueur d'au moins 15 centimètres.

Cage thoracique. — Remplie de sérosité sanguinolente, la paroi antérieure de la poche fait corps avec la plèvre pariétale et le médiastin antérieur, qui est, en partie, refoulé et détruit. Nous trouvons la tumeur anévrysmale qui offre le volume d'une tête de fœtus; elle part de la naissance de l'aorte, remonte jusqu'au niveau de la fourchette sternale, s'étendant jusqu'à la sixième côte du côté droit, en refoulant le poumon droit. Dans sa dilatation, l'aorte comprend toute sa convexité et les troncs qui y prennent naissance; dans l'intérieur du sac se trouve une masse de caillots organisés pesant 800 grammes. La paroi interne, débarrassée de tous ses caillots, est tapissée de plaques athéromateuses, les unes ayant subi la dégénérescence calcaire, les autres encore en voie de formation.

A l'ouverture de la cage thoracique, on était frappé du développement excessif du *péricarde*, qui ne présente rien de particulier sur son feuillet pariétal; ouvert, nous le trouvons rempli de caillots cruoriques, dont la masse représente un poids d'environ 200 grammes. Ce sang provenait de la rupture de l'anévrysme un peu au-dessus des valvules sigmoïdes de l'aorte; la déchirure a eu lieu au niveau de la partie antérieure et supérieure de l'oreillette droite, cette solution de continuité a la dimension d'une pièce de 2 francs à bords inégaux et déchiquetés.

Le *cœur* est petit, flasque, graisseux, refoulé en arrière et à droite. Rien aux orifices auriculo-ventriculaires. L'épreuve par l'eau révèle l'existence d'une insuffisance aortique. Les artères coronaires sont manifestement athéromateuses, surtout la droite qui est presque oblitérée.

Poumons. — Le droit, un peu congestionné à la base; tuberculisation en seconde période au sommet. Le gauche, induration sur une étendue d'au moins 10 centimètres, remplie de granulations tuberculeuses. Cette tuberculose pulmonaire n'a rien de très surprenant; l'on sait, en effet, depuis les recherches de M. Hanot (1), combien l'infection bacillaire des poumons est fréquente chez les malades atteints d'anévrysmes aortiques; ajoutons aussi la contamination probable par un séjour prolongé à l'hôpital.

Cavité abdominale. — Foie légèrement augmenté de volume. Rate et estomac, rien de particulier.

Reins, fortement congestionnés, diminués de volume, crient à la coupe.

Système vasculaire périphérique. — Adhérence généralisée, presque toutes les grosses artères ont leur paroi interne incrustée de plaques d'athéromes.

Rien au larynx, aux vertèbres dorsales, au cerveau et à ses annexes.

Cette observation nous a paru intéressante à publier à deux points de vue, d'abord à cause de l'évolution relativement très longue de la tumeur anévrysmale, depuis son issue hors de la cage thoracique, ensuite pour son mode de terminaison.

En effet, dans tous les traités de pathologie interne, dans tous les traités spéciaux sur la pathologie de l'appareil circulatoire, les auteurs sont unanimes à déclarer que, dans le cas d'anévrysme aortique, chaque fois que la tumeur fait hernie sous la peau, le dénouement fatal est proche, la peau ne tardant pas à se détruire et à s'ulcérer, et comme elle a contracté des adhérences avec la paroi de l'ané-

(1) Dieulafoy. *Pathologie interne*, t. Ier.

(1) Hanot. Tuberculose et anévrysme de l'aorte, *Arch. de méd.*, 1877.

vrysme, sa rupture amène celle du sac; en un mot, le pronostic médiat d'un anévrysme qui vient faire saillie à l'extérieur est toujours très sombre, bien plus que ceux qui restent toujours inclus dans le thorax.

Il n'en est pas toujours ainsi, notre cas en est la preuve évidente. En voici un second exemple que nous a très obligeamment communiqué notre collègue et ami M. Garnier :

L..., Marie, cinquante-six ans, porteuse, entrée le 23 juillet 1891 dans le service de M. le docteur Coste. Cette femme présente un volumineux anévrysme de la crosse de l'aorte, faisant saillie à l'extérieur depuis dix mois. Cette tumeur vasculaire offre le volume d'une grosse orange, située à la face antérieure du sternum, s'étendant de la quatrième côte au quatrième espace intercostal, mesurant 10 centimètres transverse, 12 en hauteur et 6 de circonférence. Tous les signes classiques des anévrysmes aortiques existent, la peau ne présente aucune altération. L'état général est très mauvais, cachexie accusée. Le 26 octobre elle succombe subitement, sans signes extérieurs.

L'autopsie confirme le diagnostic, pas de traces de rupture interne, mais myocardite, cœur flasque, petit, graisseux, décoloré.

Voici deux cas remarquables. Le premier malade a gardé son anévrysme au dehors, pendant près de cinq ans; la seconde pendant dix mois. Tous deux meurent subitement, l'un d'une rupture dans le péricarde, l'autre de cachexie et de myocardite, sans que la peau qui recouvrait la tumeur ait jamais présenté la moindre altération; jamais non plus ces deux malades n'ont pris aucune précaution pour préserver leur tumeur contre les agents extérieurs. Nous avons vu très souvent notre malade se livrer à des travaux assez pénibles, sans apporter la moindre attention à l'anévrysme dont il se sait atteint et dont on lui avait appris l'évolution probable classique, à laquelle tous ceux qui l'ont approché s'attendaient.

III

Quant aux causes qui ont pu empêcher la rupture de cet anévrysme à l'extérieur, nous avouons qu'elles nous échappent; la quantité de caillots que nous avons trouvés dans la poche a-t-elle pu protéger d'une façon efficace la paroi de la tumeur contre les violences extérieures auxquelles était exposé le malade? Ou bien est-ce l'influence du traitement ioduré à haute dose et des séances d'électrolyse pratiquées par M. le docteur Gilles, qui, en favorisant la formation de nouveaux caillots, a augmenté la solidité de la paroi adhérente à la peau?

Nous croyons devoir faire connaître, en détails, le résultat de l'intervention électrique, que nous a obligeamment communiqué M. Gilles :

... Le 30 septembre 1889, première séance d'électrolyse; deux aiguilles sont enfoncées dans la tumeur, dans le deuxième et le troisième espace intercostal, intensité 35 milliampères, durée 10 minutes; dès le lendemain la dysphagie dont se plaignait depuis peu le malade a disparu. Vers le 18 octobre apparaît une tumeur arrondie du volume d'une demi-noisette, au niveau du troisième et du quatrième espace intercostal; le 20, seconde séance; trois piqûres, une dans le troisième espace, à 2 centimètres environ du bord gauche du sternum, la deuxième sur la tumeur, la troisième dans le troisième espace intercostal à 2 centimètres du bord droit du sternum; 35 milliampères, durée 10 minutes, angoisse violente pendant l'opération.

Peu de jours après, la tumeur centrale s'affaisse, les battements deviennent plus faibles et plus profonds dans toute la portion de l'anévrysme, qui se trouve sous et à gauche du sternum; par contre, la tumeur paraît se développer à droite, là, les battements se sentent sous la main. Le 30 octobre, nouvelle opération; la tumeur a disparu sur la partie sinistro-supérieure, état général bon. Le 14 novembre, légère hémoptysie. Le malade est revu le 1er avril de l'année suivante, l'état local est stationnaire, mais les signes cliniques mentionnés plus haut ont reparu. Le malade refuse de nouvelles interventions électriques.

En résumé, on a pu noter sous l'influence de l'électrolyse une légère amélioration, malheureusement de courte durée.

Faut-il attribuer à ces trois séances la prolongation de treize mois dans l'existence de ce malade? Nous le pensons volontiers; car, à l'époque où M. Gilles a pratiqué sa première séance d'électrothérapie, la tumeur extérieure était d'un volume considérable et, par suite, plus apte à se rompre au dehors. La légère diminution du volume, la formation de nouveaux caillots ont sans nul doute renforcé la paroi et évité ainsi une rupture qui aurait très bien pu se produire au dehors.

Bien que l'on ne connaisse pas très exactement comment l'électricité agit par sa présence dans la cure des anévrysmes, l'on sait cependant, depuis les recherches de M. Dujardin-Beaumetz (1), que c'est surtout en enflammant la poche que l'électricité amène la guérison des anévrysmes de l'aorte. Le résultat des autopsies a toujours montré à M. Dujardin-Beaumetz, des caillots adhérents aux points où les aiguilles ont pénétré, qui, en favorisant la production de nouveaux caillots, augmentent ainsi la solidité des parois vasculaires. Malheureusement, le cas de notre malade homme, et celui de la malade femme dont nous relatons l'observation, rentraient dans le cadre des anévrysmes difficilement curables par ce traitement, ainsi que l'a démontré M. le docteur Petit, dans son article du Dictionnaire de Dechambre (2).

Nous avons recherché dans les auteurs classiques et dans la littérature médicale, si l'ouverture dans le péricarde était fréquente. Dans l'article AORTE, de MM. Charcot et Ball (3), nous avons trouvé la relation de huit cas de rupture dans le péricarde, extraits des *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, de l'année 1826 à l'année 1864.

Arisp, dans sa statistique publiée en Angleterre, donne, sur 98 anévrysmes de l'aorte ascendante, 30 cas d'ouverture dans le péricarde; sur 48 anévrysmes siégeant sur la crosse de l'aorte, deux ruptures dans le péricarde, et enfin quatre cas sur 21 anévrysmes de l'aorte descendante.

Ces chiffres sont un peu plus élevés qu'en France, mais cela n'a rien de très surprenant, l'on sait, en effet, depuis les recherches de Broca (4), que les anévrysmes en général, et ceux de l'aorte en particulier, sont plus fréquents en Angleterre que sur le continent.

Dans ses « Leçons de clinique médicale » faites à l'hôpital de la Pitié en 1887, M. le professeur Jaccoud consacre une de ses leçons à une observation d'anévrysme de l'aorte ascendante ouverte dans le péricarde.

En résumé, les cas de rupture d'anévrysme de l'aorte, dans le péricarde, sont extrêmement rares et constituent presque une curiosité pathologique.

Nous ferons remarquer, en outre, combien il est rare

(1) DUJARDIN-BEAUMETZ. *Clinique de thérapeutique*, t. Ier, Paris 1890.
(2) PETIT. *Diction. encycl. des sc. méd.*, art. GALVANO-PUNCTURE.
(3) CHARCOT et BALL. *Diction. encycl. des sc. méd.*, art. AORTE.
(4) BROCA. *Traité des anévrysmes*, Paris 1856.

aussi de voir un anévrysme de l'aorte, d'un volume aussi considérable, faire saillie sous la peau, sans se rompre tôt ou tard à l'extérieur. Les deux cas que nous venons de citer en sont deux exemples remarquables.

URÉMIE

Par M. le docteur G. Dupont (d'Yzernay).

M. Guyot a communiqué à la Société médicale des hôpitaux plusieurs observations d'urémie (1). Sans doute, il ne s'agit pas de faits absolument nouveaux, et il est bien certain que la plupart de nos confrères ont été à même d'observer des cas analogues; mais il n'est que trop certain, aussi, que ces faits, bien que connus, ne sont guère présents à la mémoire du médecin, lorsqu'il arrive au chevet du malade, et qu'il est bon d'attirer sur ce point l'attention du praticien.

C'est ce qui m'engage à publier l'observation suivante, datant déjà d'un an, et qui peut faire suite à celles de M. Guyot.

Le 7 décembre 1890, je fus appelé au bourg de Somloire (Maine-et-Loire), dans un hôtel, où un vieillard, le nommé V..., âgé de soixante-sept ans, de la commune d'Étusson (Deux-Sèvres), était, me dit-on, tombé sans connaissance et vomissant du sang.

Je me rendis à l'appel de mon client. Je trouvai celui-ci dans le décubitus dorsal, une écume sanglante aux lèvres, le pouls régulier, la respiration assez paisible, la température normale; il ne reconnaissait personne et ne répondait à aucune question; les pupilles étaient contractiles et peu dilatées; la langue était mordue à plusieurs endroits; de là, l'écume sanglante qui avait fait croire que le malade vomissait du sang. Mais le symptôme le plus remarquable était le suivant : au moindre attouchement, le malade était pris de mouvements convulsifs généralisés, quoique peu étendus, sauf pour la face qui grimaçait horriblement; cette phase de convulsions cloniques était précédée d'une phase tonique réelle, bien qu'à peine perceptible.

Après mon examen, les convulsions devinrent, pour ainsi dire, continues.

J'interrogeai alors l'entourage du malade. Voici ce que me raconta l'hôtelier :

Le nommé V... était entré chez lui, au sortir de la messe de six heures, pour prendre du café. Mais à peine avait-il soulevé sa tasse pour la porter à sa bouche, qu'il poussa un cri strident, et que, raide comme une barre de fer (selon l'expression du brave homme qui me parlait), il serait tombé de toute sa hauteur, s'il n'eût été soutenu à temps. Les mouvements convulsifs avaient commencé aussitôt et le malade était resté ainsi (passant successivement et régulièrement par les trois stades de convulsions toniques, cloniques et de collapsus), jusqu'à mon arrivée, deux heures environ après sa chute.

Je questionnai alors la femme et les enfants du malade, au point de vue de l'épilepsie. Ni absences, ni vertiges, ni petit, ni grand mal. Pas de syphilis; pas d'alcoolisme; pas même la moindre prédisposition nerveuse. Il fallait bien songer à l'urémie. Mais on ne put me donner aucun détail sur les mictions, cet homme étant considéré, le matin même, à son départ de la maison, comme très bien portant. Je ne pouvais me procurer d'urine, n'ayant pas de sonde à ma disposition.

Je fis immédiatement mettre vingt sangsues : dix à la partie supérieure et externe de chaque cuisse, n'ayant pu les mettre à la région lombaire; puis quatre aux apophyses mastoïdes, deux de chaque côté. En même temps, je fis administrer un lavement purgatif (sulfate de soude et sené). Les deux opérations réussirent à merveille, et une heure environ après mon arrivée, je laissais mon malade baigné dans son sang, et... mieux vaut (comme on dirait à l'Hôtel des ventes), mais toujours agité de convulsions presque incessantes. Je m'en allai, portant un pronostic sévère et presque fatal.

Je revins vers quatre heures de l'après-midi. Depuis deux heures, le malade n'avait pas eu de convulsions; celles-ci, du reste, s'étaient espacées progressivement aussitôt après la saignée et la purgation.

La torpeur était encore profonde; cependant, en secouant un peu le patient, on semblait arriver à fixer son attention; sans pouvoir cependant lui arracher un mot ni un signe évident de connaissance. Je me procurai, par le cathétérisme, un peu d'urine; elle était manifestement albumineuse.

Je recommandai, si cet homme revenait un peu à lui, de lui donner, comme nourriture et boisson, du lait, rien que du lait; comme médicament, un peu de sirop de stigmates de maïs. Et je partis un peu plus rassuré que le matin.

Le lendemain, 8 décembre 1890 au matin, mon malade me reconnut parfaitement; il put même répondre à quelques questions. Il avait pris dans la nuit trois tasses de lait et deux cuillerées à soupe de sirop de maïs. Il urina devant moi en assez grande quantité et je pus me convaincre que son urine contenait encore de l'albumine, quoique un peu moins que la veille.

Le 9, V... parle; il m'affirme lui-même n'avoir jamais éprouvé aucun accident génito-urinaire ou nerveux : « C'est, s'écrie-t-il, dans son langage un peu brutal de paysan, la première fois qu'un médecin me met la main sur le corps. » Il veut retourner chez lui, à 5 kilomètres de là; encore un peu d'albumine.

Le 10, on le transporte à son domicile. Traces d'albumine.

Le 12, V... est debout; plus d'albumine.

J'ai revu cet homme le mois dernier; il n'a éprouvé aucun malaise depuis un an; bien que, presque au lendemain de ma dernière visite, il ait repris son régime et ses travaux habituels. Il n'a, du reste, pas d'albumine dans l'urine.

Concluons donc : 1° Que des accidents très graves peuvent survenir, sans prodromes, chez un homme soi-disant bien portant; car il ignore qu'il est albuminurique, et il l'est d'ailleurs fort peu;

2° Ces accidents, sous l'influence des émissions sanguines et de la diète lactée peuvent guérir très rapidement (cinq jours dans l'observation ci-dessus) et probablement sans retour (le malade ayant été revu indemne un an après l'attaque);

3° Ces faits méritent, à tous égards, d'attirer l'attention des praticiens.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1390.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la pneumonie grippale. — Dans un travail basé sur 50 observations, recueillies pendant les trois dernières années, M. Fiessinger étudie les rapports existant entre la grippe endémique et la pneumonie, et il arrive à ces conclusions que ces deux maladies évoluent simultanément, la première atteignant de préférence les enfants, la seconde les adultes et les vieillards. La fréquence et la gravité de la pneumonie est proportionnelle à la fréquence et à la gravité de la grippe.

M. Fiessinger a, sans succès aucun, employé, dans les cas de pneumonie grippale, la digitale, la liqueur ammoniacale anisée, l'extrait de quinquina.

Il a eu ensuite recours à l'ergot et au sulfate de quinine, en raison de leur action vaso-constrictive; ces deux médicaments se sont montrés supérieurs aux précédents. Ils ont constitué l'unique médication dans un cas fort grave terminé par la guérison. Chez

un autre malade, âgé de cinquante-deux ans, en un état très grave, au huitième jour de sa pneumonie, dont le pouls battait 132 pulsations et dont la température était relativement basse (39°2), une injection sous-cutanée d'ergotine a déterminé, par suite du resserrement des vaisseaux, un frisson d'un quart d'heure suivi de sueurs abondantes; la défervescence a suivi.

Les injections sous-cutanées d'ergot et d'éther ont amené la guérison chez une jeune fille dont le pouls, très faible, atteignait 140 pulsations.

Mais le médicament par excellence des pneumonies infectieuses est la caféine, administrée en injections sous-cutanées à la dose de 25 centigrammes par injection, suivant la formule :

Caféine.	2gr50.
Benzoate de soude.	3 grammes.
Eau distillée	q. s. p. 10 cent. cubes.

Ces injections doivent être répétées toutes les trois ou quatre heures, et, dans les cas graves, on se trouvera bien d'y adjoindre des injections sous-cutanées d'éther et d'ergotine. Des lotions d'eau vinaigrée sur tout le corps sont des adjuvants utiles au traitement. (*Rev. de thérap. gén. et therm.*)

Traitement de la cystite aiguë blennorrhagique par l'essence de santal. — M. Wickham a communiqué à la Société de médecine pratique une série très intéressante d'observations sur les bons effets obtenus par M. Horteloup dans le traitement de la cystite aiguë blennorrhagique par l'essence de santal.

M. Horteloup, tout en reconnaissant les heureux effets des instillations argentiques dans ces cystites, débute toujours systématiquement par l'essence de santal; le malade prend, dans les vingt-quatre heures, environ seize capsules de 40 centigrammes chacune. Lorsque la pollakiurie marche de pair avec une perte de sang, les urines ne sont plus teintées en rouge dès le second jour; quant à la douleur, elle diminue avec rapidité. On devra recommander aux malades de ne prendre que deux par deux, et à intervalles à peu près égaux, les capsules d'essence de santal; c'est là une prescription sur laquelle il faut insister, si l'on vent constater les heureux effets de ce mode thérapeutique.

L'hématurie, la pollakiurie douloureuse sont donc rapidement modifiées, mais tandis qu'en certains cas on voit en même temps se supprimer le dépôt purulent au fond du vase contenant les urines, dans d'autres cas, cette suppression ne se fait qu'avec le temps; aussi M. Horteloup se décide-t-il, en présence d'une pyurie persistante, à instiller une vingtaine de gouttes de solution argentique au cinquantième, non seulement dans l'urèthre postérieur, mais encore au niveau du col. A la suite de deux ou trois instillations, les urines redeviennent généralement aussi claires qu'à l'état normal.

Les balsamiques autres que le santal ne font au contraire qu'exaspérer les divers symptômes de la cystite blennorrhagique; cette tolérance de l'essence de santal est explicable, puisqu'elle s'élimine par les reins sans causer de néphralgie, et par la peau, sans susciter le moindre exanthème; or, on sait qne le copahu et le cubèbe donnent souvent naissance à des éruptions dont la guérison n'est obtenue qu'au prix de la suppression du médicament. En outre, le santal ne produit jamais les désordres intestinaux que l'on observe chez les malades soumis au traitement par les autres balsamiques; bien au contraire, il a une action stimulante sur la muqueuse de l'estomac, ce qui permet une alimentation convenable.

Il a paru intéressant de rappeler l'attention sur cette méthode thérapeutique, sans doute beaucoup oubliée, si l'on en juge par le peu d'emploi que l'on en fait. Elle ne méritait pas un tel abandon; la majorité des médecins n'a pas sous la main les instruments et l'habileté nécessaires pour instiller dans l'urèthre la solution argentique. La cystite aiguë blennorrhagique est une maladie qui nécessite des soins immédiats, aussi ne saurait-on trop recommander le *modus faciendi* du docteur Horteloup; la guérison du malade est assurée par ce moyen, de même qu'avec les instillations argentiques; mais, ces dernières sont excessivement douloureuses, et le renouvellement en est difficile, si le malade n'a pas une confiance absolue dans le chirurgien qui a la direction du traitement.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Tableau d'avancement du corps de santé militaire pour l'année 1892.

Médecins principaux de deuxième classe proposés et classés pour le grade de médecin principal de première classe : 1890. M. Du Cazal. — 1891. MM. Flament, Richon, Barthélemy, Robert, Lemardeley, Czernicki, Feuvrier, Mutin, Ferron et Bouchez.

Médecins-majors de première classe proposés et classés pour le grade de médecin principal de deuxième classe : 1891. MM. Vieusse, Geschwind, Crussard, Poignon, Millet (L.-J.); Desmonceaux, Strauss, Benoît, Pierrot et Charvot.

Médecins-majors de deuxième classe proposés et classés pour le grade de major de première classe : 1891. MM. Cassedebat, Sockeel, Villegente, Duléry, Lauzeral, Grivet, Tartières, Lèques, Poché, Bounaix, Fabre, Bouchoir, Bassompierre, André (E.-L.), Sommeillier, Géraud, Dubrulle, Famechon, Trifaud, Marty, Schmit (M.-F.-A.) et de Santi.

Médecins aides-majors de première classe proposés et classés pour le grade de major de deuxième classe : 1890. MM. Carton, Camentron, Soula, Breton, Bernard (J.-R.), Ferrier et Loison. — 1891. MM. Folliasson, Lebon, Odile, Vallois, Pauzat, Fradet, Jannot, Pouillaude, de Casaubon, Brault, Simon (A.-A.-O.), Rioblanc, Munschina, Lalitte et Alvernhe.

Pharmaciens-majors de première classe proposés et classés pour le grade de pharmacien principal de deuxième classe : 1891. MM. Moullade et Barillé.

Pharmaciens-majors de deuxième classe proposés et classés pour le grade de pharmacien-major de première classe : 1889. MM. Simair et Gossard. — 1890. MM. Quiquet et Rœser.

Pharmaciens aides-majors de première classe proposés et classés pour le grade de pharmacien-major de deuxième classe : 1888. M. Daviron. — 1889. MM. Bisseri et Boutineau. — 1890. MM. Gaillard et Bonnafous.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 30 décembre 1891, sont nommés dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Rigollet et Lièvre, médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine. MM. Buisson et Lorieux, médecins de deuxième classe de la marine (pour prendre rang à la date de leur brevet).

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — MM. Spéder et Geoffroy, pharmaciens de deuxième classe de la marine.

— Par décret, en date du 31 décembre 1891, le paragraphe 3 de l'article 5 du décret du 2 juillet 1885, déterminant les conditions du concours pour les fonctions de suppléant et de chef des travaux dans les écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, est modifié ainsi qu'il suit :

« Les sujets des différentes épreuves sont choisis par le jury. — Le sort détermine l'ordre dans lequel les candidats doivent subir les épreuves orales et pratiques ».

— Par décret, en date du 5 janvier 1892, sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Darboux, doyen de la Faculté des sciences de Paris.

Au grade de chevalier. — MM. Folet, doyen de la Faculté de

médecine de Lille, et Poirier, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

— Le Conseil municipal de Paris, dans sa dernière séance, a voté, sur la proposition de M. Strauss, un crédit de 50000 francs destinés à encourager l'enseignement clinique dans les hôpitaux. L'affectation et la répartition de ce crédit seront l'objet d'une délibération ultérieure.

M. Navarre, rapporteur du budget de l'Assistance publique, a fait adopter les propositions suivantes :

1° Création d'hôpitaux spéciaux de phthisiques, teigneux, etc.;

2° Amélioration des services de chirurgie et d'obstétrique;

3° Invitation à l'Administration d'exiger une régularité plus grande des chefs de service aux consultations externes et dans les visites quotidiennes.

— L'Association générale des médecins de France procédera, le 4 février prochain, à l'élection du président, en remplacement de M. Henri Roger. — L'assemblée générale annuelle est fixée aux 24 et 25 avril 1892.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs d'Albas, ancien médecin principal de l'armée; Bertin (de Nancy), décédé à l'âge de trente ans, à Paris, où il contracta la diphthérie en se livrant à ses études sur les maladies du larynx; Dubreuil (de Bordeaux); Dupuy (de Longchène); Louis Klein (de Niederbronn), chevalier de la Légion d'honneur; Paul Laure (de Lyon); Nosley (de Clérey); Segay (de Bordeaux).

— M. le docteur A.-J. Martin donnera la prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 10 janvier 1892, à l'Hôtel de Ville (salle des machines), à neuf heures et demie très précises du matin.

— M. le docteur Madeuf, bi-licencié ès sciences, reprendra son cours de rhino-laryngologie et d'otologie à l'École pratique de la Faculté (amphithéâtre Cruveilhier), le lundi à cinq heures. — Le vendredi, conférence pratique de médecine opératoire et démonstrations cliniques.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La syphilis du poumon (1).

Par M. le docteur A.-B. MARFAN,
Ancien chef de clinique médicale.

La syphilis du poumon, soupçonnée par Ambroise Paré, a été décrite par Astruc, au XVIIIe siècle, sous le nom de *phthisie vérolique*. Son existence a été ensuite contestée par les anatomistes du commencement du XIXe siècle ; mais les travaux de MM. Lagneau, Landrieux, Lancereaux, A. Fournier, Gamberini l'ont définitivement et formellement démontrée. Puis, les recherches de MM. Cornil, Malassez, Brissaud, Colomiatti ont apporté des documents sur la structure microscopique du syphilome pulmonaire.

Plus récemment, des descriptions d'ensemble ont été écrites, en Allemagne par Pancritius, en France par MM. Jullien, Mauriac, Dieulafoy.

D'autre part, en 1851, Depaul signala des lésions spécifiques du poumon chez le *nouveau-né* syphilitique ; et les travaux ultérieurs de Ch. Robin et Lorain, de Lebert, de Virchow, de Parrot, de H. Roger, de MM. Balzer et Grandhomme ont été consacrés à l'étude de l'hérédo-syphilis pulmonaire.

Il ressort de ces recherches que les lésions syphilitiques du poumon, soit chez le nouveau-né, soit chez l'adulte, appartiennent à la variété des lésions tertiaires.

A la phase secondaire, le poumon reste indemne. La plèvre est-elle plus vulnérable ? Le seul état morbide qui ait été signalé du côté de l'appareil pleuro-pulmonaire dans la syphilis secondaire, c'est la *pleurésie du stade roséolique de la syphilis*, étudiée par MM. Chantemesse et Widal (2), et Talamon (3). Mais M. Lancereaux se refuse absolument à admettre l'existence de cette affection.

(1) Ce titre indique que nous ne nous occupons pas ici de la syphilis de la trachée et des grosses bronches.
(2) CHANTEMESSE et WIDAL. Soc. méd. des hôpit., 18 avril 1890.
(3) TALAMON. *Méd. moderne*, 1891, n° 38, p. 668.

Nous étudierons d'abord la syphilis du poumon chez le nouveau-né ; celle-ci ne présente guère qu'un intérêt anatomique, mais cet intérêt est très grand, car cette étude va nous montrer les stades initiaux des lésions dont on ne voit chez l'adulte que les stades terminaux.

I

SYPHILIS DU POUMON CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

I. La syphilis du poumon, chez le nouveau-né, n'a pas d'*histoire clinique*. Dans certains cas, le fœtus est expulsé mort-né, à terme ou avant terme. Lorsque l'enfant naît vivant, bien souvent il n'est pas viable ; il meurt au bout de quelques heures, de quelques jours, plus rarement de quelques mois. Les lésions syphilitiques congénitales du poumon ne paraissent pas compatibles avec la vie.

Elles sont presque toujours des trouvailles d'autopsie. Il est fort difficile de les diagnostiquer. A peine peut-on les soupçonner, lorsqu'on constate les signes d'une broncho-pneumonie chez un nourrisson manifestement infecté par la vérole, offrant sur les téguments des lésions syphilitiques, ayant un gros foie, des hémorrhagies multiples, et présentant tous les attributs de la cachexie syphilitique infantile si bien décrite par Trousseau.

Köbner a rapporté le fait d'un nouveau-né qui mourut d'un pyo-pneumothorax, causé par une gomme pulmonaire sous-pleurale.

Peut-être existe-t-il des cas où ces lésions sont compatibles avec la vie ; peut-être en existe-t-il d'autres où elles sont amendées par un traitement spécifique ; et peut-être les reliquats se traduisent-ils, plus tard, par de la sclérose pulmonaire avec dilatation des bronches. Mais nous ne possédons aucun document précis sur ce point.

II. Au point de vue *anatomique*, les deux lésions les plus caractéristiques de l'hérédo-syphilis pulmonaire, ce sont les *gommes* d'une part, et, de l'autre, l'altération décrite par Virchow sous le nom de *pneumonie blanche*. En outre, MM. Balzer et Grandhomme ont montré qu'on trouvait souvent, dans le poumon des nouveau-nés syphilitiques, des lésions d'apparence banale, mais qui, en réalité, doivent être considérées comme des stades initiaux, précédant le développement des gommes ou de la pneumonie blanche.

Pour l'intelligence de ce qui va suivre, nous croyons devoir, au préalable, exposer brièvement ce que des travaux

récents nous ont appris sur l'évolution du processus tertiaire en général (1).

Toutes les lésions tertiaires semblent débuter par les artérioles et les capillaires; il se produit d'abord une *congestion intense dans les capillaires avec stase leucocytique* (Willebouchewitch, Balzer et Grandhomme, Hudelo). Cet état est suivi bientôt d'altérations de la paroi vasculaire, qui tendent à l'oblitération du vaisseau. Dans les artérioles, la tunique interne et la tunique externe présentent des noyaux en prolifération manifeste; les cellules endothéliales qui constituent la paroi du capillaire se gonflent, prolifèrent, se fusionnent, et les figures histologiques qui résultent de ce processus, répondent aux *nodules gommeux* (follicules syphilitiques de Brissaud, nodules lymphoïdes ou épithélioïdes de Malassez) avec ou sans cellules géantes. Ces lésions vasculaires frappent souvent les *vasa vasorum*, ce qui explique les foyers d'artérite qu'on observe dans les artères d'un calibre assez élevé, dans les artères cérébrales en particulier. Elles sont accompagnées ou suivies d'une infiltration plus ou moins abondante, plus ou moins diffuse, de cellules rondes, dans les tissus périvasculaires. Cette infiltration a généralement pour effet de détruire les éléments préexistants. Le syphilome, ainsi formé d'un amas de cellules rondes renfermant dans son sein des nodules de capillarite, va évoluer soit vers la sclérose, soit vers la mortification gommeuse. La différence d'évolution semble dépendre (en partie tout au moins) du degré de l'oblitération vasculaire; là où le sang ne pénètre plus, il y a nécrose gommeuse; là où il pénètre, mais en quantité insuffisante, il y a sclérose (sclérose dystrophique d'Hippolyte Martin).

Dans le poumon syphilitique, on retrouve les diverses phases de cette évolution : d'abord les *stades initiaux*, caractérisés surtout par la congestion des capillaires; puis des stades d'infiltration embryonnaire avec sclérose naissante (pneumonie blanche) et des stades de nécrose gommeuse. La sclérose achevée s'observe surtout chez l'adulte; elle est très rare chez le nouveau-né.

1° *Lésions initiales.* — Pour les étudier, il faut choisir des poumons d'enfants qui ont respiré; chez les nouveau-nés qui n'ont pas respiré, l'atélectasie empêche de les distinguer nettement. Chez le nouveau-né syphilitique qui a respiré, le poumon présente fréquemment une congestion diffuse spéciale, ayant son maximum d'intensité à la partie postérieure du poumon, où elle forme une bande verticale; les parties atteintes ont une teinte violette ou hortensia (Parrot); elles crépitent peu; elles surnagent cependant si on les place dans l'eau. Au microscope, on constate cette congestion capillaire avec stase leucocytique, dont nous parlions plus haut; on voit aussi que l'artère qui accompagne la bronchiole a des parois très épaisses, et que tout autour d'elle (et par suite autour de la bronchiole), il y a une infiltration de cellules rondes qui gagne parfois les parois alvéolaires péribronchiques (D. Mollière). Il y a aussi infiltration et épaississement des cloisons péri-lobulaires et péri-alvéolaires. L'épithélium du poumon se desquame et remplit les alvéoles; cette pneumonie épithéliale semble être ici une lésion banale, conséquence des lésions vasculo-conjonctives.

En résumé, comme le disent MM. Balzer et Grandhomme, les lésions sont assez semblables à celles de la broncho-pneumonie; ce qui les distingue, c'est la prédominance des lésions du système vasculaire, des lésions interstitielles, l'abondance moindre des exsudats et de la desquamation épithéliale.

Un pas de plus et nous arrivons à une lésion beaucoup mieux caractérisée, la pneumonie blanche de Virchow.

2° *Pneumonie blanche.* — Dans cette altération, ce qui avait frappé Virchow, c'était la coloration blanche du poumon (*Pneumonia alba*). La lésion est tantôt semée sous forme de noyaux disséminés; tantôt elle est diffuse et occupe tout un lobe, ou du moins toute une bande de tissu; les parties atteintes ne crépitent pas, ont une tendance à gagner le fond de l'eau; elles sont dures, difficiles à déchirer ou à entamer avec l'ongle; la teinte n'est pas toujours blanche, elle est quelquefois grise ou rose-saumon (Parrot). Sur une coupe, le poumon apparaît presque exsangue; et la couleur blanche tient surtout à l'ischémie, laquelle est due à ce que les lésions vasculaires plus accusées rétrécissent le calibre des vaisseaux. La coloration blanche est d'autant plus facile à apprécier que le poumon des nouveau-nés ne présente aucune trace d'anthracose.

Le microscope montre les lésions de l'artérite syphilitique avec épaississement des parois et rétrécissement du calibre du vaisseau. Quant aux lésions conjonctives et épithéliales du poumon, elles ressemblent beaucoup à celles qu'on décrit sous le nom de *carnisation*. Le tissu conjonctif est profondément altéré; les cloisons péri-alvéolaires, péri-lobulaires et péri-bronchiques sont extrêmement épaissies; elles sont formées par un tissu fibroïde infiltré de cellules rondes. Les alvéoles sont rétrécis et oblitérés peu à peu par ce processus; ceux qui persistent sont remplis par un épithélium proliféré, et devenu pavimenteux ou cubique, comme à l'état embryonnaire (1).

3° *Gommes.* — Les gommes accompagnent presque toujours la pneumonie blanche. Au milieu des parties atteintes par celles-ci, on peut voir des îlots grisâtres plus durs, plus compacts, plus saillants, où toute trace de la structure du poumon a disparu et qui ne sont que des gommes à l'état cru. Dans un cas que nous avons décrit avec M. Toupet, le poumon était atteint en totalité par la lésion de Virchow; le tissu en était partout blanc grisâtre, dense, non crépitant; à la surface on voyait saillir quatre ou cinq noyaux gommeux de la grosseur d'un pois. Examinées au microscope, ces gommes présentaient les caractères suivants : toute trace de structure alvéolaire a disparu; un tissu fibroïde avec quelques rares cellules rondes remplace le parenchyme du poumon; mais dans ce tissu normal fibroïde, on aperçoit de distance en distance de petits amas cellulaires, et, avec un peu d'attention, on voit nettement que tous ces amas correspondent à des oblitérations vasculaires : ce sont des nodules gommeux. Autour d'eux, on trouve une zone très mal colorée par les réactifs, et où l'on ne distingue plus la morphologie des éléments (fibres ou cellules);

(1) Balzer et Grandhomme. Contribution à l'étude de la broncho-pneumonie syphilitique du fœtus et du nouveau-né, *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1887. — Hudelo. *Syphilis héréditaire du foie*, Th. de Paris, 1890. — Marfan et Toupet. Histologie des gommes, *Ann. de dermat. et de syphil.*, août et sept. 1890.

(1) Ch. Robin et Lorain, frappés par ces modifications de l'épithélium, comparaient la lésion du poumon du nouveau-né syphilitique à l'épithélioma du poumon.

c'est la mortification gommeuse qui commence antour de ces nodules.

Les gommes peuvent se ramollir et aboutir à la fonte caséuse complète; dans ce cas, le microscope n'y montre plus que des détritus granulo-graisseux.

Si l'on songe que les lésions syphilitiques du poumon du nouveau-né peuvent aboutir à la sclérose, si on songe que le processus se développe surtout autour des axes artério-bronchiques, et que, par suite, il peut détruire les fibres musculaires de la paroi bronchique, on concevra aisément qu'il puisse se produire de la *dilatation des bronches*. C'est, en effet, ce qu'ont vu MM. Balzer et Grandhomme dans un de leurs cas; le lobe supérieur du poumon d'un nouveau-né syphilitique était rempli de grosses vésicules, comme celles d'un rein kystique; ces auteurs constatèrent que les cavités vésiculeuses étaient des bronches dilatées dans la paroi desquelles les éléments contractiles avaient disparu. En même temps, ce poumon présentait une sclérose péri-artério-bronchique et péri-alvéolaire très marquée; les gros vaisseaux étaient sains; mais les petites artères étaient oblitérées ou en voie d'oblitération.

A propos de ce fait, MM. Balzer et Grandhomme font les réflexions suivantes : « Nous n'avons pas trouvé d'observation analogue dans la littérature de la syphilis du nouveau-né. Mais il faut convenir que les faits de bronchectasie diffuse et de bronchectasie télangiectasique, signalés chez des fœtus et des nouveau-nés par Grawitz (1), ressemblent beaucoup à celui que nous avons observé. L'auteur ne parle que d'ectasies sans mentionner la syphilis comme cause de ces lésions qui peuvent, en effet, avoir une autre étiologie. » Ajoutons que Hiller admet que la bronchectasie est un fait commun dans la syphilis et croit même que les prétendues cavernes de la phthisie syphilitique ne sont, le plus souvent, que des dilatations bronchiques (2).

Parrot donnait, comme un caractère des broncho-pneumonies du nouveau-né syphilitique, l'absence ou le faible degré de l'adénopathie. Cette adénopathie est, au contraire, la règle dans la syphilis de l'adulte.

Nous avons insisté sur l'anatomie pathologique de la syphilis pulmonaire du nouveau-né, parce que nous possédons sur elle des documents importants, et aussi parce que la nature syphilitique de ces lésions ne peut guère être contestée. Cette étude nous permettra de mieux comprendre les lésions du poumon syphilitique de l'adulte pour lesquelles la littérature médicale est beaucoup plus pauvre et dont la nature même est parfois contestable.

II

SYPHILIS PULMONAIRE DE L'ADULTE

Chronologie. — Dans la syphilis acquise de l'adulte, les manifestations pulmonaires sont essentiellement tardives; on a bien cité quelques faits de syphilis pulmonaire précoce; mais ce sont des faits très exceptionnels; et, en réalité, parmi toutes les déterminations viscérales, il n'y en a pas qui se développent à une époque plus reculée (Mauriac). On a vu survenir la syphilis du poumon dix ans, treize ans, vingt-trois ans après le chancre initial.

(1) GRAWITZ. *Arch. f. Path. u. Physiol.*, t. LXXXII, p. 217.
(2) HILLER. Ueber Lungen syphilis und syphilitische Phtisis, *Charité-Annalen*, IX Iahr, p, 184.

Fréquence. — La syphilis acquise ne frappe que rarement le poumon; la syphilis pulmonaire de l'adulte est beaucoup moins fréquente que la syphilis pulmonaire du nouveau-né. Cette rareté a été contestée par quelques auteurs; Pancritius, entre autres, considère la phthisie syphilitique comme une maladie fréquente; mais on a reproché avec raison à cet auteur de ne pas avoir été assez sévère dans le choix des observations.

Étiologie. — Les pneumopathies syphilitiques sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes (Carlier); elles sont plus fréquentes chez les sujets qui ont dépassé quarante ans.

On ne connaît pas les circonstances qui sont susceptibles de favoriser l'apparition de la syphilis pulmonaire. Les affections aiguës et chroniques du poumon, telles que bronchite, emphysème, asthme, ne constituent pas une prédisposition (Mauriac). Il en est de même de la tuberculose.

Mais la syphilis pulmonaire elle-même ne prédispose-t-elle pas à la tuberculose? M. Potain croit qu'il en est ainsi; et son opinion ne paraît pas être celle de la majorité des syphiligraphes. D'après ceux-ci, la coexistence dans le poumon de lésions tuberculeuses et de lésions syphilitiques est extrêmement rare; et dans les cas tels que celui de M. Gouguenheim, où cette coexistence a été observée, il a été démontré que la syphilis et la tuberculose restent indépendantes l'une de l'autre et ne s'influencent pas; elles ne se combinent pas pour former des produits hybrides; simplement juxtaposées, elles évoluent chacune pour leur compte; la gomme guérit sous l'influence du traitement et le tubercule, poursuivant sa marche, emporte le malade (Mauriac).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Il est vraisemblable que, chez l'adulte, la syphilis du poumon suit les mêmes phases que chez le nouveau-né; mais ici les lésions ne mettent que tardivement les jours du malade en danger; en sorte que leur évolution a le temps de s'accomplir; et à l'autopsie elles apparaissent presque toujours à une phase avancée, c'est-à-dire à l'état de lésions scléro-gommeuses, lésions qui sont l'aboutissant du processus tertiaire, mais non le processus lui-même. Comme ce qu'il y a de plus caractéristique dans tout processus morbide, c'est son évolution, on conçoit que l'histoire anatomique du poumon syphilitique chez l'adulte soit enveloppée d'obscurités.

Néanmoins, quelques faits nous montrent les stades primordiaux que nous avons étudié chez le nouveau-né. C'est ainsi que le stade de congestion et de pneumonie épithéliale (splénisation) semble avoir été vu par Virchow, qui décrit, parmi les lésions du poumon syphilitique, une altération identique à l'induration brune du poumon, mais indépendante de toute affection cardiaque. Vierling et Malassez ont chacun rapporté un cas de pneumonie blanche syphilitique chez l'adulte.

Quoi qu'il en soit, la lésion le plus communément observée dans le poumon de l'adulte, c'est la broncho-pneumonie scléro-gommeuse. C'est cette forme que nous allons décrire spécialement.

Les lésions syphilitiques du poumon peuvent siéger dans tous les points de l'organe; néanmoins leur localisation présente deux particularités très remarquables : 1° leur absence au sommet; 2° leur grande fréquence à la partie moyenne ou inférieure du lobe supérieur, souvent au voi-

sinage du hile du poumon. Ce dernier siège a fait penser à quelques auteurs que la syphilis du poumon est le résultat d'une adénopathie tertiaire, ce qui est au moins exagéré; car, dans beaucoup de cas, il est facile de s'assurer que le syphilome envahit le poumon d'emblée et sur des points où il n'y a pas de ganglions.

Le syphilome occupe plus souvent un seul poumon que deux; c'est le poumon droit qui est le plus atteint.

Deux lésions élémentaires s'observent au foyer morbide, la sclérose et la gomme; elles sont presque toujours associées; mais tantôt c'est l'une, tantôt c'est l'autre forme qui prédomine; nous décrirons donc, pour nous conformer à l'usage, une forme gommeuse et une forme scléreuse.

Forme gommeuse.— Les gommes du poumon sont en général peu nombreuses; souvent on n'en trouve qu'une; il est rare que leur nombre dépasse dix. Elles se présentent sous formes de masses arrondies, grosses comme un pois, comme une aveline, comme un œuf, comme une mandarine; elles sont quelquefois rondes, plus souvent ovoïdes et un peu aplaties. Au début elles sont dures, d'une couleur gris blanchâtre et opaques. Plus tard, elles se ramollissent par le centre qui devient jaunâtre, opaque, gélatineux ou filamenteux. Finalement, elles peuvent se transformer en bouillie jaunâtre. Autour de la gomme, il y a toujours une zone de sclérose; et cette zone est parfois très étendue; à ce niveau le tissu est gris, nacré, luisant, dur et sec. Cette zone de sclérose périphérique est constante, si bien qu'on peut dire qu'il n'y a pas de gomme sans sclérose. Mais cette zone peut se rompre en un point, et une communication peut s'établir entre le foyer gommeux et une bronche; la bouillie s'évacue et il reste une *caverne gommeuse*, entourée de sa coque fibreuse formée parfois de couches concentriques, et dont les parois sont tapissées de débris caséeux. Mais un processus réparateur peut survenir, surtout sous l'influence du traitement, et, alors, la cavité bourgeonne et se comble peu à peu; les parois se rapprochent, la cicatrisation s'opère; il reste alors une cicatrice presque caractéristique, déprimée, à tractus fibreux étoilés, au centre de laquelle il reste souvent un petit noyau sec et caséeux, vertige de l'ancienne gomme.

Le processus de réparation peut s'effectuer aussi par résorption, sans que la gomme soit évacuée au dehors.

Forme scléreuse. — On peut trouver la lésion à deux âges différents.

Lorsqu'elle n'est pas trop ancienne, on trouve des portions du poumon d'une couleur gris bleuâtre ou ardoisé, dures, élastiques, plus lourdes que l'eau, imperméables à l'air. Quand on pratique une coupe, on voit le tissu morbide s'étendre plus ou moins loin; quelquefois il forme un manchon dur et résistant autour d'une petite bronche.

Plus tard, le parenchyme syphilomateux est rétracté, ratatiné, atrophié; il en résulte à la surface du poumon des dépressions plus ou moins irrégulières, formant des cicatrices sous forme d'étoiles ou de brides. Comme le foie syphilitique, le poumon apparaît labouré de sillons profonds, comblés par du tissu fibreux, tantôt blanc grisâtre, tantôt noirâtre ou pigmenté. Les bronchioles apparaissent alternativement rétrécies et dilatées. La plèvre participe habituellement au processus; on peut observer une pleurésie chronique avec épanchement; plus souvent les deux feuillets sont adhérents, épais et sillonnés de bandes fibreuses.

Il est possible (mais nous n'avons pas de certitude à cet égard) que les sillons stellaires représentent parfois la cicatrice d'une gomme complètement résorbée; ce qui est sûr, c'est que souvent les tractus blanchâtres semblent rayonner autour d'un centre commun, et qu'à ce centre on trouve parfois une gomme classique. On voit par cette description que, si la sclérose tertiaire peut être rencontrée sans dégénérescence gommeuse, il n'existe point de gomme sans sclérose.

Nous possédons peu de documents sur l'*histologie pathologique* de la sclérose et de la gomme dans le poumon syphilitique de l'adulte. Mais il est probable que l'évolution anatomique est semblable à celle qu'on observe dans le poumon du nouveau-né. Des descriptions de Ramdohr, Wagner, Vierling et Pawlinoff, il résulte que le processus débute par une infiltration de cellules rondes s'effectuant dans le tissu conjonctif inter-lobulaire et péri-bronchique. Cette infiltration a pour point de départ la tunique adventive des vaisseaux et Brissaud la décrit comme une *périvascularite capillaire*. En même temps, il y a desquamation épithéliale dans les alvéoles pulmonaires; les cellules desquamées subissent au bout d'un certain temps la dégénérescence granulo-graisseuse; et les alvéoles finissent par s'oblitérer. Ce que Tiffany a décrit sous le nom d'*infiltration syphilitique* du poumon semble répondre à cette phase de la sclérose où la pneumonie épithéliale est très intense. Plus tard, on ne trouve plus dans les régions malades que du tissu fibroïde, formé de lamelles compactes, semées de quelques cellules plates, ramifiées ou étoilées, et de quelques cellules rondes.

Dans la gomme au début, le microscope montre, dans le tissu fibroïde semé de noyaux lymphoïdes, un assez grand nombre de *nodules gommeux*, amas de cellules cuboïdes ou rondes plus ou moins pressées les unes contre les autres; chacun de ces nodules répond à un capillaire oblitéré; tout autour on remarque souvent que les éléments anatomiques sont frappés de nécrose; ils n'ont plus de contours nets, et se colorent mal. Lorsque la mortification est complète, on constate, d'après Malassez, que la gomme est formée de trois couches concentriques; au centre, des débris de cellules dégénérées, avec de petits corps réfringents, se colorant en rouge par la purpurine; à la partie moyenne, une zone de tissu fibreux, disposé en couches concentriques, avec des nodules gommeux sous forme de cellules géantes; et enfin, à la périphérie, une zone de cellules embryonnaires envahissant les espaces inter-alvéolaires et les parois des alvéoles; cette dernière zone représente le processus syphilomateux au début.

Les ganglions du hile bronchique sont souvent atteints dans la syphilis. MM. Stackler et Hanot ont rapporté un cas où l'adénopathie syphilitique se présentait sous forme de masses volumineuses de consistance pierreuse (1).

Tels sont les caractères anatomiques ordinaires du poumon scléro-gommeux dans le poumon. L'association de la gomme à une sclérose avec cicatrices déprimées et radiées en est la marque essentielle.

Diagnostic anatomique. — Quelques auteurs ont nié la possibilité de distinguer, sur la table d'amphithéâtre, les

(1) Stakler et Hanot. Société anatomique, 1881.

lésions syphilitiques du poumon. Pour la gomme, disent-ils, elle est parfois impossible à différencier des tubercules; quant à la sclérose, elle n'a aucun caractère spécifique et ressemble aux scléroses pulmonaires de n'importe quelle origine.

Sans nier la difficulté qu'il y a à établir le diagnostic anatomique de la syphilis pulmonaire, la chose ne nous paraît pas absolument impossible.

Les gommes ne peuvent être confondues avec des tubercules que lorsqu'elles sont petites, du volume d'un pois ou d'une lentille. Mais, avec M. Fournier, nous dirons que la gomme se distingue des tubercules :

1° *Par sa situation.* — Le tubercule siège au sommet du poumon spécialement et dans les deux poumons; la gomme est ordinairement unilatérale, et siège surtout à la partie moyenne ou inférieure du lobe supérieur, souvent au voisinage du hile du poumon.

2° *Par le nombre.* — Les gommes sont, en général, peu nombreuses; c'est le contraire pour les tubercules.

3° *Par la couleur.* — Les gommes sont toujours blanches ou jaunes, jamais transparentes comme les tubercules miliaires.

4° *Par la consistance.* — Lorsqu'elle n'est pas ramollie, la gomme est plus dure que le tubercule et, même ramollie, elle est encore plus résistante que celui-ci, grâce à la coque fibreuse qui l'entoure.

Nous ajouterons qu'au point de vue histologique, la gomme se distinguera par l'intensité et la forme des lésions vasculaires, par l'apparence du nodule gommeux qui n'est pas toujours aussi semblable qu'on l'a dit au follicule tuberculeux, par ce fait que la gomme se produit dans un tissu déjà malade, tandis que le tubercule peut se développer dans un tissu absolument sain, enfin et surtout par l'absence du bacille de la tuberculose.

La sclérose syphilitique est difficile à diagnostiquer quand elle n'est pas associée avec la gomme; mais ici, il faut distinguer deux formes de sclérose; dans la première, dont les cas de Dittrich, M. E. Vidal, Virchow, Moxon, M. Lancereaux, offrent des exemples, on trouve dans le poumon l'aspect classique de la sclérose tertiaire : des tractus fibreux, des cicatrices déprimées et étoilées, des masses dures et pigmentées; ces lésions sont accompagnées parfois de bronchectasie. Leur aspect seul doit faire penser à leur origine syphilitique, et si, ensuite, on trouve des cicatrices étoilées, déprimées, sur la langue, dans la trachée et les grosses bronches, si on constate des lésions scléro-gommeuses dans le foie, la rate ou le testicule, l'origine syphilitique pourra être acceptée avec une très grande vraisemblance.

Mais dans la seconde forme, ou forme lobaire, toute une portion d'un lobe est transformée en un bloc fibroïde, compact, grisâtre, criant sous le scalpel. C'est cette forme qui peut donner lieu à de légitimes hésitations. Or, il faut remarquer qu'il n'est nullement prouvé que la syphilis puisse engendrer cette forme de sclérose; les cas cités sont rares et obscurs; ce n'est qu'à l'aide de nouvelles études qu'il pourra être établi, surtout par les caractères des lésions viscérales coïncidentes, que la sclérose lobaire peut être causée par la syphilis tertiaire.

Les lésions syphilitiques du poumon sont parfois des *lésions propagées.* Birkett a vu des productions syphilitiques des parois thoraciques développées primitivement dans le périoste costal ou dans les muscles, envahissant secondairement d'abord la plèvre, puis le poumon, et pénétrant dans le parenchyme à une profondeur plus ou moins considérable. MM. Delepine et Sisley ont vu le lobe inférieur du poumon droit envahi par une gomme du foie (1). De pareils cas ont un intérêt considérable; car ils permettent d'étudier avec toute certitude les altérations que peut développer, dans le tissu du poumon, le processus syphilitique.

On a signalé aussi des faits, où une lésion syphilitique du foie déterminait de l'adénopathie des ganglions du médiastin et de la *lymphangite* pleuro-pulmonaire [Cornil et Ranvier (2)].

Symptômes. — Si l'anatomie pathologique de la syphilis pulmonaire, envisagée surtout chez l'adulte, n'a pu être constituée qu'avec beaucoup de difficultés, la symptomatologie offre de telles obscurités que la possibilité d'un diagnostic clinique a été niée par quelques auteurs. On objecte, en effet, que cette symptomatologie n'a rien de caractéristique, et que la maladie est rare, bien que quelques médecins aient à plaisir exagéré sa fréquence.

En vérité, il n'existe pas en clinique de critérium absolu de la syphilis pulmonaire; elle ressemble à la phthisie, ou à la dilatation des bronches, ou à la sclérose pulmonaire. Néanmoins, il est des cas où le diagnostic de l'affection est appuyé sur un faisceau de preuves si serré qu'on peut l'accepter sans réserves. L'ensemble des phénomènes, leur évolution, les antécédents du malade, les effets du traitement, les altérations syphilitiques que l'on rencontre dans le reste de l'organisme, peuvent donner à la pneumopathie des caractères si nets qu'on ne peut douter de sa nature.

En 1777, nous dit M. Jullien, Brambilla rapporte, dans son *Traité sur le phlegmon*, qu'un jour on ordonna un électuaire pour un phthisique qui était dans une situation désespérée. Par une méprise d'apothicaire, l'électuaire fut donné à un malade vénérien pour s'en frotter, et le phthisique reçut l'onguent mercuriel au lieu de l'électuaire pour le prendre à l'intérieur. Celui-ci, ne se doutant pas de l'erreur, prit de cet onguent, environ la grosseur d'une noix muscade deux à trois fois par jour; et il fut radicalement guéri de sa maladie au grand étonnement du médecin qui apprit ensuite, par hasard, comment la chose s'était faite.

Ce cas peut être considéré comme un type; c'est sur des guérisons, par le traitement anti-syphilitique, de sujets considérés comme des phthisiques incurables, que l'existence clinique de la syphilis du poumon a d'abord été établie.

Aujourd'hui, nous résumerions le critérium clinique de la syphilis pulmonaire dans les caractères suivants, dont la réunion laissera peu de place au doute : syphilis antérieure, tableau morbide de la consomption pulmonaire, absence des bacilles de la tuberculose dans les crachats, constatation de lésions scléro-gommeuses dans d'autres

(1) Delepine et Sisley. *Semaine méd.*, 1890, p. 415.

(2) A titre de document, impossible à utiliser à l'heure actuelle, nous signalerons le cas de broncho-pneumonie chez un sujet syphilique, mort dans le service de M. Bouchard à l'hôpital de la Charité (1873) et examiné par M. Cornil. M. Cornil trouva de *curieuses altérations des fibres élastiques* du poumon. Ces fibres étaient épaisses, réfringentes, vitreuses, rigides, fragmentées par des cassures nettes, transversales ou irrégulières; souvent elles étaient dissociées en long. (Voy. Cornil et Ranvier. *Manuel d'histologie pathologique*, 2e édit., t. II, p. 109. La lésion est représentée par la fig. 47, p. 109.)

parties de l'organisme, effets favorables du traitement syphilitique.

Si on cherche à tracer une description didactique de la syphilis pulmonaire d'après les observations publiées, on se heurte à de grandes difficultés; rien, en effet, n'est plus variable et moins net que la symptomatologie. Néanmoins, on peut se faire une idée de la maladie en exposant d'abord le tableau d'ensemble qui répond au type vulgaire scléro-gommeux, et en montrant ensuite les formes diverses que peut revêtir l'affection suivant la marche, les lésions, l'état général du sujet.

Dans la *forme commune scléro-gommeuse*, les malades toussent dès le début; d'abord leur *toux* est sèche; puis elle devient humide, avec une expectoration muqueuse ou muco-purulente. Cette *expectoration* devient très abondante en cas de dilatation des bronches. Lorsqu'il y a une gomme qui s'ouvre dans les bronches, il se peut que l'expectoration présente des caractères tout à fait spéciaux, comme dans le cas célèbre de Cube (de Menton); le malade expulse des masses à surface granuleuse, de la grosseur d'un pois ou d'une fève, rondes ou ovales, de consistance élastique et compacte; à la coupe, ces masses sont constituées par un tissu blanc, avec des tractus gris foncé sous forme de réseau, ramolli par places. Ces masses sont privées d'air et vont au fond de l'eau. Au microscope, elles sont constituées par du tissu pulmonaire infiltré de cellules rondes et traversé par des vaisseaux altérés. Cette expectoration ne renferme point de bacilles de la tuberculose.

L'*hémoptysie* peu abondante est la règle. L'hémoptysie très abondante, observée par MM. Lancereaux et Carlier, constitue une exception. La *douleur thoracique* est, en général, très modérée.

La *dyspnée* survient tardivement, lorsque les lésions sont assez étendues; elle se présente, non sous forme de crises de suffocation avec cornage comme dans la syphilis trachéale, mais comme une dyspnée d'effort survenant à l'occasion d'une marche rapide, de la montée d'un escalier. Rarement elle va jusqu'à l'orthopnée.

L'*inspection* de la poitrine ne dénote presque jamais la déformation caractéristique du thorax des phthisiques.

La percussion et l'auscultation révèlent l'existence d'un foyer morbide localisé à la partie moyenne des poumons, surtout à droite. Le maximum des signes physiques s'observe en général : en arrière, au niveau de l'épine du scapulum; en avant, au niveau des troisième et quatrième côtes. Par la *percussion*, on perçoit de la matité ou de la submatité; s'il y a une grosse caverne gommeuse ou une grosse dilatation bronchique, on peut entendre une sonorité exagérée, voire même du bruit de pot fêlé. Dans cette même zone, la *palpation* dénote l'augmentation des vibrations vocales.

L'*auscultation* donne des résultats variables suivant la lésion et l'âge de cette lésion. Au début, le murmure vésiculaire normal est diminué; et l'on entend un bruit rude qui va jusqu'à la respiration bronchique avec bronchophonie; on perçoit en même temps des râles ronflants et sibilants plus ou moins disséminés dans toute l'étendue de la poitrine; et, au niveau du foyer morbide, des râles sous-crépitants fins, secs ou humides. Plus tard, ces signes se circonscrivent et peuvent rester tels quels, s'il ne se produit ni caverne gommeuse, ni dilatation bronchique; mais, si ces deux lésions se développent, on perçoit alors les signes cavitaires; la respiration caverneuse, le gargouillement, la pectoriloquie. En résumé, les signes sont ceux de l'imperméabilité du parenchyme pulmonaire et de la bronchite; à ces signes peuvent s'ajouter, dans certains cas et en certaines zones, les signes cavitaires. Enfin, il peut arriver, qu'à la base, on perçoive les signes d'une pleurésie avec ou sans épanchement.

MM. Peter et Vidal (d'Hyères) ont démontré qu'au niveau des foyers tuberculeux, il y avait hyperthermie locale; dans les foyers syphilitiques, au contraire, si l'on en croit Güntz, la température locale reste normale.

Pendant que cette évolution s'accomplit, que devient l'*état général?* L'état général peut rester bon pendant de longues années; et on a sous les yeux, comme le disait Bazin, un phthisique bien portant. Mais il arrive une période où l'état général s'altère; celui-ci peut se déranger de deux façons. Tantôt, il s'agit d'une *cachexie tertiaire* que n'expliquent pas les altérations limitées du poumon, mais qui est due soit aux lésions scléro-gommeuses des autres viscères, soit à l'artério-sclérose, soit à la dégénérescence amyloïde; le malade maigrit, prend un teint jaunâtre, devient albuminurique, présente des œdèmes et de la diarrhée et succombe à cette cachexie. Tantôt il s'agit d'une véritable *consomption pulmonaire* explicable par une caverne gommeuse ou une dilatation bronchique; dans ce cas, l'expectoration est abondante, l'amaigrissement est considérable, les doigts deviennent hippocratiques, la fièvre vespérale et les sueurs nocturnes s'établissent, et le sujet succombe comme un phthisique. On n'a jamais constaté la terminaison de la syphilis pulmonaire par dilatation du cœur droit et asystolie (Jullien).

La terminaison est presque fatale, si le malade n'est pas traité énergiquement; mais ajoutons immédiatement que si, par bonheur, on oppose à la maladie un traitement anti-syphilitique, on peut voir s'opérer des guérisons merveilleuses.

Ce qui donne au tableau clinique, que nous venons d'esquisser, sa caractéristique propre, c'est son association avec d'autres lésions tertiaires. Les associations les plus communes de la syphilis pulmonaire sont les suivantes : très souvent on trouve des altérations laryngées (Schnitzler), avec ou sans altérations trachéo-bronchiques; très souvent aussi la syphilis du poumon est associée à la syphilis du foie. Enfin, on peut observer toutes les manifestations du tertiarisme ; citons entre autres le fait de M. Fournier où la syphilis du poumon était associée à une ulcération phagédénique du pied.

Variétés cliniques. — L'étude des variétés cliniques est très importante; elle montre, en effet, combien est variable la symptomatologie et elle indique quels sont les cas où il est légitime de chercher l'origine syphilitique d'une pneumopathie.

I. Disons, tout d'abord, que la syphilis pulmonaire peut être absolument *latente*, et ne se manifester par aucun trouble fonctionnel, par aucun signe physique. C'est ainsi que MM. Cornil et Ranvier eurent l'occasion, dans une épidémie de choléra, de rencontrer plusieurs fois des gommes dans les poumons d'individus syphilitiques qui n'avaient jamais eu d'accidents pulmonaires.

II. D'autres fois, les lésions scléro-gommeuses des poumons sont associées à des *lésions du larynx, de la trachée et des grosses bronches* qui engendrent un rétrécissement de ces

conduits; alors la sténose se manifeste par des troubles spéciaux qui occupent la première place dans le tableau clinique et masquent complètement le processus pulmonaire.

III. *Type simulant la phthisie aiguë.* — Deux faits avec autopsie dus, le premier à Vierling, le second à MM. Cuffer et Remy (thèse de M. Jacquin), semblent montrer que, dans ces cas, la lésion est tantôt la pneumonie blanche (Vierling), tantôt une éruption gommeuse se présentant sous forme de noyaux de broncho-pneumonie (Cuffet et Remy). Quoi qu'il en soit, au point de vue clinique, cette forme est très remarquable; elle a été bien étudiée par M. Dieulafoy qui en a rapporté divers exemples, la plupart suivis de guérison par le traitement antisyphilitique.

Pour en donner une idée, nous résumerons l'observation de Giraudeau, recueillie dans le service de M. Hayem et consignée dans la thèse de M. Jacquin. Une femme de trente-cinq ans entre à l'hôpital avec de la toux et une fièvre qui dure depuis huit jours; elle présente, à la partie moyenne du poumon gauche, en arrière, de la matité, de la respiration bronchique et des râles sous-crépitants. Les jours suivants, la situation s'aggrave, la respiration devient caverneuse, et s'accompagne de gargouillements; les crachats sont nummulaires, striés de sang, et, au bout de quatre semaines, la malade amaigrie, couverte, la nuit, de sueurs profuses, toujours fébricitante, avait pris tout l'aspect d'une phthisique. Alors seulement, en raison de l'hypertrophie des ganglions occipitaux et inguinaux, en raison d'une ulcération siégeant dans le cul-de-sac vaginal droit, on songea à l'origine syphilitique possible de la pneumopathie et on administra le traitement spécifique. Au bout de six semaines, la malade quittait l'hôpital; l'appétit était revenu, les crachats nummulaires, les sueurs, la fièvre avaient disparu; à la place du souffle caverneux et du gargouillement, on ne percevait plus qu'une respiration rude et un point de matité. Quelque temps plus tard, cette femme revint se faire soigner, non pour son poumon, mais pour une nécrose du frontal qui céda au même traitement. Sept ans après, la malade revue par M. Giraudeau était très bien portante.

IV. *Type simulant la phthisie chronique. Phthisie syphilitique.* — C'est la forme la plus fréquente; elle répond à des cavernes gommeuses ou à des dilatations bronchiques. En voici un premier exemple emprunté à M. Fournier. Une jeune femme entre à Lourcine pour un ulcère phagédénique du pied, dont la nature syphilitique n'est pas douteuse. Cette malade a l'habitus extérieur d'une phthisique; elle tousse, elle crache, elle a des points de côté, de la fièvre vespérale et des sueurs nocturnes, de l'anorexie; au sommet gauche, on constate des signes cavitaires (respiration caverneuse et gargouillements). Tout cet ensemble était si net que M. Fournier posa le diagnostic de tuberculose et non celui de syphilis pulmonaire. Néanmoins, il administra la médication mercurielle et iodurée pour traiter l'ulcère phagédénique du pied. Alors, cette malade dont on eût escompté les jours à brève échéance, se prit soudainement à aller mieux; l'appétit et les forces revinrent, et lorsque M. Fournier la revit plusieurs mois après, il fallut une auscultation minutieuse pour retrouver les traces de la lésion pulmonaire.

M. Panas a cité récemment un cas où la syphilis pulmonaire avait produit une grosse caverne et simulait absolument la phthisie. Son attention fut mise en éveil par l'existence de gommes syphilitiques de l'œil et par le bon état général de la malade. Celle-ci guérit complètement par les injections hypodermiques de peptonate de mercure (1).

V. *Type simulant la sclérose pleuro-broncho-pulmonaire.* — Ici, on pense en général à une sclérose broncho-pulmonaire, avec dilatation des bronches; mais, si le médecin cherche l'origine du mal, il ne trouve pas dans les antécédents du malade les causes ordinaires de la dilatation bronchique; ni la rougeole, ni la coqueluche, ni la diphthérie, ni la fièvre typhoïde, ni la gangrène des bronches, n'ont antérieurement atteint le malade. D'autre part, on constate une lésion spécifique du larynx, de la peau, d'un os ou d'un parenchyme. On peut alors diagnostiquer une sclérose syphilitique et administrer le traitement qui améliore et guérit souvent le malade.

VI. *Forme pleurale.* — Les lésions syphilitiques de la plèvre, dit M. Dieulafoy, peuvent être rangées dans l'une des deux catégories suivantes : ou bien la lésion pleurale n'est qu'un épiphénomène, une complication anatomique de la lésion pulmonaire; ou bien la pleurésie s'accompagne d'épanchement abondant, elle est la lésion dominante et mérite bien, dans ce cas, le nom de pleurésie syphilitique. Voici une observation de ce genre due à M. Balzer et consignée dans la thèse de M. Jacquin. Un homme de trente-deux ans entre à l'hôpital avec tous les signes d'une pneumonie caséeuse; au bout d'un mois, éclate une pleurésie avec épanchement abondant; on diagnostique une pleurésie tuberculeuse; au bout de quatre jours, le malade meurt, et on trouve un foie syphilitique et un poumon farci de gommes, dont la plus superficielle effleurait la plèvre; les feuillets de celle-ci présentaient un épaississement fibreux considérable et il y avait un épaississement sanguinolent de 2 litres. Le bacille de la tuberculose ne fut pas trouvé dans ces lésions. M. Dieulafoy a observé un cas semblable où l'épanchement était aussi sanguinolent, mais où la guérison fut obtenue par le traitement anti-syphilitique.

Jusqu'ici, on n'admettait pas de pleurésies syphilitiques sans lésion pulmonaire concomitante. Cependant Nikouline (de Moscou) croit avoir observé un cas (2).

Le même auteur a attiré l'attention sur une forme très spéciale consécutive à la périostite costale syphilitique et qu'il appelle *péri-pleurésie syphilitique* : voussure limitée, signes physiques d'un épanchement pleural modéré, ponctions sans résultat, tels sont les signes que Nikouline assigne à cette péri-pleurésie, qui guérit très bien par les spécifiques.

VII. *Pneumopathie syphilitique combinée à une tuberculose qui lui est antérieure ou postérieure.* — L'association de la tuberculose et de la syphilis, étudiée par M. Potain, et dont M. Gouguenheim a rapporté un cas intéressant, peut se faire de deux façons différentes.

Quand la syphilis survient chez un tuberculeux avéré, elle aggrave toujours la tuberculose en augmentant la débi-

(1) Panas. *Méd. moderne*, 1891, p. 95.

(2) Nikouline. Sur les pleurésies syphilitiques, *Semaine méd.*, 1891, p. 116.

litation organique et en nécessitant un traitement dont l'application mal dirigée peut avoir de funestes effets.

Quand la tuberculose apparaît chez un syphilitique, elle aggrave aussi la situation, car elle ajoute une maladie ordinairement incurable à une affection souvent curable.

La caractéristique de tous ces faits, c'est que, bien qu'on puisse soupçonner la syphilis pulmonaire, on trouve dans les crachats des bacilles de la tuberculose.

Pronostic. — Sur 62 cas relevés par M. Carlier, 38 ont été suivis de mort et 24 ont guéri. Assurément, ces chiffres indiquent la gravité du pronostic de la syphilis pulmonaire. Mais, en fait, ce qui atténue beaucoup cette gravité, ce sont les résultats curatifs, parfois merveilleux, obtenus par le traitement spécifique.

Il semble probable que, dans la grande majorité des cas, si l'affection est abandonnée à elle-même, le malade est destiné à périr. Mais les pneumopathies syphilitiques, traitées par le mercure et l'iodure de potassium, guérissent souvent et très vite. Le poumon est, parmi tous les viscères, celui qu'influencent le plus favorablement et le plus rapidement les deux spécifiques (Mauriac). Cependant, il est des cas qui se montrent réfractaires à la médication. Pourquoi? Est-ce à cause du degré de consomption où est tombé le malade? Non; puisqu'on a vu guérir des sujets arrivés au dernier degré de la phthisie; et puisque d'autres moins atteints succombent malgré le traitement. Ce qui fait la gravité, ce qui fait l'inefficacité du traitement, c'est qu'avec la lésion pulmonaire, il existe des lésions du foie, du rein ou du cerveau; c'est que l'intoxication tertiaire a entraîné des lésions scléreuses du système artériel ou de la dégénérescence amyloïde.

Diagnostic. — En présence d'une pneumopathie chronique, dont l'origine, les symptômes, l'évolution s'écartent des types connus, il faut songer à la syphilis; et il faut se rappeler qu'il y a nombre de sujets atteints de syphilis pulmonaire qui doivent la vie à la perspicacité de leur médecin. Dès qu'on a songé à la syphilis, il faut fouiller le passé pour y retrouver les antécédents syphilitiques; si on les trouve, on a en mains un élément de premier ordre; si on ne les trouve pas, on ne doit pas se laisser arrêter, quand de sérieuses raisons donnent à penser qu'il s'agit de syphilis pulmonaire.

Nous avons vu que, dans la majorité des cas, la syphilis pulmonaire reproduisait le tableau clinique de la tuberculose. C'est donc avec la *tuberculose* que le diagnostic différentiel doit être surtout établi.

On examinera les antécédents du malade; chez le phthisique, on trouve dans la majorité des cas des antécédents héréditaires; chez le syphilitique, on peut trouver des accidents secondaires ou tertiaires. La syphilis pulmonaire peut durer longtemps sans altérer l'état général, tandis que, dès le début de sa maladie, le phthisique maigrit et se consume. On cherchera les coïncidences et on examinera s'il n'existe pas du côté du larynx, du foie, des os, de la peau, des lésions scléro-gommeuses. La température locale est toujours élevée chez le phthisique; elle est normale chez le syphilitique.

Mais le signe qui doit le plus éveiller l'attention, c'est le siège de ces lésions. La syphilis peut bien frapper le sommet du poumon, mais cela n'est pas la règle. En général, elle atteint le lobe moyen droit ou la partie inférieure du lobe supérieur ou la partie supérieure du lobe inférieur. M. Grandidier va jusqu'à dire : « En présence de signes cavitaires ou d'une infiltration limitée au lobe moyen du poumon droit, le diagnostic de syphilis pulmonaire doit être porté sans restriction, quand même toute autre manifestation syphilitique ancienne ou actuelle ferait défaut. » Nous n'irons pas jusque-là; mais nous appuyant sur ce fait que la syphilis n'a pas de prédilection pour le sommet, en présence d'un foyer morbide de siège anormal, nous chercherons le bacille de la tuberculose dans les crachats; et si des examens réitérés ne le montrent pas, nous penserons à la syphilis.

Il est vrai que la recherche du bacille n'a pas une valeur absolue, puisque syphilis et tuberculose peuvent évoluer dans le même poumon; mais, en vérité, dès que la présence du bacille est venue démontrer l'existence de la tuberculose, il n'est pas d'un grand intérêt de savoir si le malade a ou non une syphilis concomitante.

Enfin les résultats curatifs du traitement constituent le meilleur argument en faveur de la syphilis; cependant le défaut d'amélioration par les spécifiques ne prouve nullement qu'il ne s'agisse pas d'un processus syphilitique; ce que nous avons dit plus haut à propos du pronostic le prouve surabondamment.

La syphilis pulmonaire peut produire la *sclérose pulmonaire avec dilatation des bronches*. Peut-on diagnostiquer l'origine syphilitique de cette lésion ? On ne peut guère que la soupçonner, quand il n'y a pas de cause professionnelle ou infectieuse de sclérose pulmonaire, quand l'affection est de date récente, quand on trouve des lésions scléro-gommeuses sur d'autres viscères, sur les os ou sur la peau.

On a quelquefois confondu la syphilis du poumon avec le cancer et les kystes hydatiques. Le *cancer du poumon* se reconnaîtra aux signes de compression médiastine, à l'induration ligneuse des ganglions du cou, à l'expectoration gelée de groseille; enfin le cancer du poumon est souvent secondaire et, parfois, il sera possible de rencontrer la tumeur primitive dans un autre organe.

Les *kystes hydatiques* ne sont pas toujours faciles à reconnaître; mais les lésions sont localisées le plus souvent à la base, et les signes physiques qui les décèlent ont des limites d'une extrême netteté; les malades sont anémiques et toussent d'une façon excessive. Le kyste hydatique du poumon, commun en Australie, est extrêmement rare en France.

III

SYPHILIS PULMONAIRE HÉRÉDITAIRE TARDIVE

La syphilis héréditaire tardive du poumon n'est connue que depuis peu; en 1886, M. Fournier avait pu en recueillir cinq observations, et tout récemment M. Lancereaux en a rapporté trois cas. Elle s'observe chez l'enfant déjà avancé en âge ou chez l'adulte. Au point de vue anatomique et clinique, elle ne diffère en rien de la syphilis acquise; mêmes lésions, mêmes symptômes, mêmes formes cliniques, même efficacité du traitement anti-syphilitique.

La syphilis héréditaire tardive ne s'individualise que par le diagnostic; ici les antécédents ordinaires font défaut; souvent il est difficile de retrouver la syphilis des parents; on doit alors baser le diagnostic sur les stigmates mis en lumière par Hutchinson, Fournier et Lannelongue, comme caractéristique de l'hérédo-syphilis tardive : *mal-*

formations dentaires (dentelures, excavations cupuliformes, stries transversales; petites dimensions des incisives); *lésions oculaires* (kératite interstitielle diffuse); *lésions et troubles de l'ouïe* (surdité); *malformations du tibia* (tuméfaction de l'épiphyse, inégalités, bosselures de la diaphyse, aplatissement de la crête de l'os).

Traitement. — Le traitement doit être mixte; il faut employer simultanément le mercure et l'iodure de potassium. La meilleure forme à donner à la cure est celle-ci: friction tous les jours avec une quantité d'onguent mercuriel, grosse comme un pois, tantôt sur un point, tantôt sur un autre; administration de l'iodure, à doses croissantes, de 2 à 8 grammes par jour.

On pourra aussi employer le sirop de Gibert.

Il faut rappeler ici que, dans la syphilis pulmonaire, l'usage du mercure est indispensable; le mercure paraît plus utile que l'iodure, et autrefois, il a guéri à lui seul bien des malades.

Enfin la médecine des indications ne doit pas être négligée; il peut y avoir utilité à donner les balsamiques contre l'abondance et la fétidité de l'expectoration, à pratiquer une ponction s'il y a un épanchement assez abondant, et à relever les fonctions digestives chancelantes.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. — LAGNEAU. Maladies pulmonaires causées ou influencées par la syphilis, *Ann. des mal. de la peau*, 1851, p. 100. — LANDRIEUX. *Pneumopathies syphilitiques*, Thèse de Paris, 1872. — LANCEREAUX. Affections syphilitiques des voies respiratoires, *Arch. de méd.*, 1879, et *Leçons de clinique médicale*, 1891. — MALASSEZ, MAUNOIR, MAUNOURY. Société anotomique et *Progrès méd.*, 1875 et 1876. — COLOMIATTI. *Giornale ital. delle mal. ven.*, 1878. — A. FOURNIER. De la phthisie syphilitique, *Gazette hebdom.*, 1873 et 1875, et *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1878-1879. — PANCRITIUS. *Syphilis du poumon. Monographie*, Berlin 1881. — G. SÉE et TALAMON. *Maladies spécifiques (non tuberculeuses) du poumon*, Paris 1885. — JULLIEN. *Traité pratique des maladies vénériennes*, 2e édit., Paris 1886, p. 964 et 1131. — MAURIAC. *La syphilis tertiaire*, Paris 1890. — DIEULAFOY. Leçons sur la syphilis du poumon et de la plèvre, recueillies par F. Widal, *Gaz. hebdom.*, 1889. — CARLIER. Thèse de Paris, 1882. — JACQUIN. Thèse de Paris, 1884. — ROUBLEFF. Thèse de Paris, 1891. — HASLUND. Syphilis du poumon, *Med. Record*; analysé dans la *Gaz. des hôpit.*, 1891, nº 159, p. 1377. — DEPAUL. Altérations spécifiques du poumon dans la syphilis congénitale, *Ann. des mal. de la peau*, 1850, et *Gaz. méd. de Paris*, 1851, p. 288 et 172. — ROBIN et LORAIN. *Gaz. méd. de Paris*, 1855, p. 1186. — PARROT. *Progrès méd.*, 24 août 1877. — BALZER et GRANDHOMME. *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1886, p. 485. — H. ROGER. *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*, t. II, p. 11 et 65, Paris 1883.

FRACTURE COMMINUTIVE DU BRAS DROIT

AU TIERS INFÉRIEUR PAR COUP DE FEU CHEZ UNE ENFANT DE TROIS ANS.

Par le docteur MOUILLARD (de Criel).

Le 19 janvier, j'étais appelé auprès d'une enfant de trois ans qui venait de recevoir au bras droit un coup de fusil tiré par mégarde à bout portant. Il existait au tiers inférieur du bras une vaste plaie dans laquelle les deux fragments inférieur et supérieur de l'humérus faisaient saillie. Il y avait de nombreuses esquilles : l'avant-bras était presque complètement détaché du bras, auquel il tenait à la partie externe par un lambeau de peau, en arrière, par le muscle triceps. Les muscles de la partie antérieure et interne du bras, brachial antérieur et biceps avaient disparu. On voyait dans le fond de la plaie le nerf médian qui paraissait intact, et, sur les côtés, le tronc de l'artère et de la veine humérale sectionné; le pouls radial n'existait plus, il y avait néanmoins de la chaleur dans l'avant-bras, ce qui indiquait un rétablissement de la circulation par voies collatérales. On ne trouvait pas traces du nerf radial, ni du nerf cubital.

En présence d'une lésion aussi grave, nous avons proposé, avec mon confrère M. le docteur E. Lecomte, l'amputation du bras, elle a été refusée par les parents. Malgré le peu de chances qu'elle présente, nous tentons la conservation. Nous prescrivons des compresses d'eau phéniquée au 50e, souvent renouvelées, l'enveloppement de l'avant-bras avec de l'ouate, nous mettons provisoirement le membre dans la meilleure position possible sur des coussins de balle d'avoine.

21 janvier. Pas de fièvre, l'enfant mange. Conservation de la chaleur et de la sensibilité à l'avant-bras et à la main. Légers mouvements de flexion des doigts provoqués par la piqûre du dos de l'avant-bras. Extraction de cinq esquilles.

Les jours suivants, la fièvre reste légère, l'appétit est conservé.

1er février. Aspect gangréneux de la plaie. T. 38 degrés. L'avant-bras reste chaud. Pas de pouls radial. Pansement à l'iodoforme.

7 février. Meilleur état de la plaie qui commence à bourgeonner. T. 38°5, P. 130.

10 février. Nous pratiquons, avec M. le docteur Lecomte, la résection de la pointe des fragments dénudés. Le membre est placé dans une gouttière, enveloppé dans des compresses phéniquées. Il y a un écartement de 3 centimètres entre les deux fragments.

17 février. Amélioration sensible de l'état local et général; le fragment supérieur est recouvert, en partie, par des bourgeons charnus.

27 février. Eschare du cuir chevelu à la région occipitale droite par suite du décubitus. Dénudation de l'os, de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Pansement. Compresses phéniquées. Iodoforme.

6 mars. État satisfaisant. La plaie de la tête est en voie de cicatrisation. La plaie du bras continue à bourgeonner.

28 mars. La plaie est presque entièrement comblée. Les fragments sont recouverts par les bourgeons charnus. La cicatrisation commence à se faire en dedans du bras. Extraction d'un séquestre.

22 avril. Le bras est consolidé. L'enfant commence à faire quelques mouvements d'élévation du coude, mais ne peut encore élever l'avant-bras. Par suite de la paralysie des extenseurs, la main est en flexion sur l'avant-bras. Impossibilité des mouvements d'extension de la main et des doigts.

6 mai. Détachement d'un petit séquestre du fragment supérieur. L'enfant commence à lever le bras.

24 mai. L'enfant commence à faire exécuter au bras des mouvements de totalité d'adduction, d'abduction, de rotation et d'élévation. La flexion de la main et des doigts existe. L'enfant peut saisir et serrer les objets, mais il reste l'impossibilité du redressement de la main et des doigts, de l'abduction et de l'extension du pouce qui reste fléchi dans la paume de la main. Il n'y a ni pronation, ni supination de l'avant-bras, pas de flexion de l'avant-bras sur le bras. L'enfant ne peut pas porter la main à sa bouche.

En résumé, la conservation du bras a pu être obtenue après un traumatisme qui semblait justifier l'amputation.

Bien que l'usage du membre soit compromis, il n'est pas sans pouvoir rendre quelque service. Nous avons cru devoir publier ce fait qui nous a paru intéressant au point de vue du résultat obtenu, et qui nous montre ce qu'on peut attendre des pansements modernes.

REVUE DE LA PRESSE

Désinfection et nettoyage des instruments de chirurgie. — M. le médecin-major F.-A. Maljean vient de publier, dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, un mémoire dont les conclusions suivantes intéresseront le praticien.

Le streptococcus pyogenes et le staphylococcus aureus sont détruits en moins d'une minute par l'eau bouillante et en un quart d'heure par la solution phéniquée froide à 5 p. 100. Quand ces microbes sont inclus dans des matières albumineuses desséchées, l'acide phénique devient inefficace, même après trois heures de contact. Les germes de la septicémie gangréneuse et du tétanos résistent aux diverses solutions phéniquées ou crésylées, agissent soit à froid, soit à soixante degrés. Ils ne sont détruits que par les hautes températures.

« Des divers modes d'application de la chaleur, le plus simple est l'eau bouillante; » les spores septiques et tétaniques succombent en dix minutes, pourvu qu'elles se trouvent en couches minces. Quand ces germes sont protégés par de la rouille et de l'albumine desséchée, l'ébullition n'agit qu'au bout d'une demi-heure (vibrion septique) et deux heures (bacille du tétanos).

« On rend l'eau deux fois plus efficace en lui incorporant 5 p. 100 d'acide phénique; » mais cette addition reste impuissante contre les couches protectrices.

« Quand l'eau bouillante contient 1 p. 100 de carbonate de soude » ou de cristaux de soude, elle dissout la rouille et l'albumine et détruit les spores en quinze minutes (v. septique) et en dix-huit minutes (tétanos). Ce procédé de désinfection est plus rapide et plus pratique que tous les autres; « mais il ne s'applique qu'aux instruments entièrement métalliques », qui, au point de vue de la transmission des germes, sont de beaucoup les plus dangereux.

Les couteaux, les bistouris et les autres instruments cimentés doivent être désinfectés d'une manière différente; les lames sont stérilisées par un contact de cinq minutes avec la solution phéniquée bouillante. La désinfection des manches s'obtient en immergeant les instruments pendant quinze minutes dans la solution froide. Cette double opération n'assure pas la destruction des germes septiques ou tétaniques qui pourraient adhérer aux manches; cette lacune n'a d'importance que pour les bistouris fermants et les couteaux quadrillés de l'ancien arsenal (1); elle disparaîtra par l'adoption des manches métalliques.

Malgré la dégradation qu'elle fait subir aux instruments tranchants, la désinfection complète par la chaleur s'impose dans certaines circonstances (bistouris et couteaux couverts de rouille et de sang desséché, opérations en cas de septicémie gangréneuse ou de tétanos, etc.). Il serait donc utile de prévoir les réparations à faire aux montures comme on a déjà prévu le repassage des lames.

La stérilisation par le carbonate de soude n'exige pas de nettoyage préalable. Au contraire, les solutions phéniquées froides ou bouillantes « ne désinfectent que les instruments déjà parfaitement propres ».

Il est très facile d'enlever les souillures fraîches; le nettoyage devient impossible quand il existe de la rouille et du sang desséché. On évite ce danger en immergeant les instruments, au sortir des tissus, dans une solution tiède de carbonate de soude ayant bouilli pendant 10 minutes : elle dissout l'albumine et le sang, et empêche l'oxydation.

Les solutions phéniquées ont l'inconvénient de coaguler les liquides organiques et de produire des couches épaisses susceptibles de protéger les germes.

Les produits albumineux ayant été dissous, le savon et la brosse doivent intervenir pour enlever ce qui reste de caillots et de matières grasses. Les instruments bien essuyés sont alors prêts à subir la désinfection.

(1) On doit signaler cependant, dans la boîte nº 3 du nouvel arsenal, deux objets qui ne supportent pas l'eau bouillante et qui ne peuvent être désinfectés par aucun autre procédé : l' « aiguille tubulée » et le « stylet de Nélaton ». Le manche cimenté de l'aiguille est traversé dans toute sa longueur par un tube métallique étroit qui livre passage au fil. Les deux parties du stylet, la tige et la boule de porcelaine poreuse, sont réunies par de la colle forte.

De la récidive après l'électrolyse linéaire. — M. le docteur Fort communique à la Société de médecine pratique un travail contenant les observations de sept malades, chez lesquels l'électrolyse linéaire a eu lieu dans des conditions particulièrement graves. Trois d'entre eux étaient prêts à subir l'opération de l'uréthrotomie externe, ce qui veut dire qu'ils étaient à une période très avancée de la maladie. Le premier d'entre eux est opéré depuis trois ans et demi; le deuxième, depuis vingt mois; le troisième, depuis vingt-deux mois; le quatrième, depuis quinze mois; les cinquième et sixième, depuis deux ans; le septième, depuis un an et demi. Chez tous ces malades, l'opération a duré un temps variable entre quelques secondes et six minutes. L'opération n'a pas été douloureuse; il n'y a pas eu de fièvre après l'opération. Les malades n'ont jamais subi de dilatation consécutive par les sondes et ils ont tous conservé le calibre du canal que l'opération leur avait donné.

L'auteur de ce travail se pense donc autorisé à affirmer que les récidives, après l'électrolyse linéaire, ne sont pas aussi à craindre qu'après les autres méthodes de traitement.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

14. M. Talayrach. De la cystite tuberculeuse et de son traitement par l'iodoforme. — 15. M. Boury. Des souffles cardiaques anémiques (pathogénie et étiologie). — 16. M. Bon. Sur la prophylaxie des milieux scolaires considérés comme infectieux. — 17. M. Legendre. Du spasme de l'œsophage. — 18. M. Boy. Contribution à l'étude du traitement des pieds-bots varus équins congénitaux. — 19. M. Pillion. De l'huile d'olive en thérapeutique. — 20. M. Allain. Contribution à l'étude de l'ichthyose congénitale. — 21. M. Lenoir. Contribution à l'étude de la fracture de la rotule chez les enfants. — 22. M. Chabanne. Contribution à l'étude de l'hémiatrophie linguale. — 23. M. Marthiens. De l'extension continue combinée avec l'appareil plâtré (son application aux fractures du fémur et aux affections articulaires de la hanche). — 24. M. Vizerie. De l'exploration de l'appareil auditif. — 25. M. Letrosne. Étude clinique de la gangrène consécutive à la balano-posthite chancrelleuse. — 26. M. Guérin. Des engelures anormales. — 27. M. Alliot. Contribution à l'étude de la rubéole. — 28. M. Séréjé. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ophthalmie sympathique. — 20. M. Rosiers. Contribution à l'étude de l'ophthalmoplégie, d'origine nucléaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision présidentielle, en date du 6 janvier 1892, M. le docteur Bayol, gouverneur de troisième classe des colonies, en disponibilité, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite pour infirmités contractées au service, à compter du 1er janvier 1892, et nommé gouverneur honoraire.

— Par arrêté ministériel, en date du 7 janvier 1892, M. le médecin inspecteur général Colin est désigné pour continuer à présider, en 1892, le Comité technique de santé.

— L'Académie des sciences vient d'élire à l'unanimité, comme vice-président pour l'année 1892, M. de Lacaze-Duthiers.

— Un concours pour une place de chef de clinique des mala-

dies des voies urinaires s'ouvrira, devant la Faculté de médecine de Paris, le jeudi 28 janvier 1892, à neuf heures du matin. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine.

— La Société d'anthropologie a décerné le prix Ernest Godard à M. le docteur Carlier, médecin-major de deuxième classe au 74e d'infanterie.

— La Société française contre l'abus des boissons alcooliques décernera, au mois de décembre 1892, un prix offert par M. le Président de la République (un vase de Sèvres), à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : « Étude des meilleurs moyens à prendre, par le législateur ou par l'initiative privée, pour prévenir l'abus des boissons alcooliques et pour en combattre les dangers. »

Les mémoires écrits en français porteront une épigraphe reproduite sur un pli cacheté renfermant le nom de l'auteur. Ils devront être remis le 30 septembre 1892, au plus tard, à M. le docteur Motet, secrétaire général de la Société, rue de Charonne, 161, à Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les professeurs E. Brucke (de Wien), Loncle (de Toulouse), Parisy (d'Agen), Robert (de Carvin).

— MM. les docteurs Joffroy et Jules Voisin commenceront, à la Salpêtrière, leurs leçons sur les maladies mentales et nerveuses, le jeudi 14 janvier 1892, à neuf heures et demie, et les continueront tous les jeudis à la même heure.

— M. S. Favre, fabricant d'instruments de chirurgie, 1, rue de l'École-de-Médecine, à Paris, vient de publier un catalogue illustré des instruments de chirurgie (appareils orthopédiques, bandages, ceintures, histoire naturelle, chirurgie vétérinaire, sciences, hygiène et coutellerie fine). Ce catalogue illustré sera adressé gratuitement à tous ceux de nos abonnés qui en feront la demande.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, publiée sous la direction de M. le docteur Jules Rochard. T. IV. 20e fasc. In-8°. — Prix du fascicule : 3 fr. 50. — Paris, Vve Babé et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 5. — MARDI 12 JANVIER 1892. 65e ANNÉE. MARDI 12 JANVIER 1892. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 11 janvier 1892.

Les étudiants se sont émus de la situation qui leur était faite par la décision du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, abaissant à vingt-cinq ans la limite d'âge du concours de l'internat. Comme nous, ils ont reconnu que le Conseil de surveillance avait pris une mesure qui lui était imposée par la nouvelle loi militaire, et que sa décision avait été dictée par l'intérêt général. Mais cet arrêté, juste en soi, ne va pas sans léser assez gravement les intérêts des étudiants actuellement en cours d'études ; aussi, sur l'initiative de quelques-uns d'entre eux, une pétition, couverte actuellement de plusieurs centaines de signatures, réclame-t-elle des dispositions transitoires mieux appropriées aux intérêts du moment. Maintenir la limite d'âge à vingt-cinq ans, c'est là, les étudiants le reconnaissent, une nécessité indiscutable ; mais ils demandent que cette mesure ne soit appliquée qu'en 1896 (et non en 1893) ou mieux, qu'elle ne soit appliquée qu'aux étudiants à venir, sans avoir aucun effet pour ceux même qui n'auraient actuellement pris qu'une seule inscription.

Quel accueil les membres du Conseil de surveillance vont-ils faire à cette réclamation ? Nous ne saurions le dire ; il est probable qu'ils accorderont aux pétitionnaires les mesures exceptionnelles qu'ils réclament. Ce sera même justice, mais la question ainsi résolue ne sera que retardée, et l'abaissement à vingt-cinq ans de la limite d'âge du concours de l'internat restera, dans l'avenir, avec tous les graves inconvénients que nous avons signalés dans notre précédent article. Nos jeunes étudiants se sont placés à un point de vue trop immédiat, trop personnel, ils n'ont vu que le danger du moment, et n'ont pas regardé plus loin. En d'autres termes, ils cherchent à tirer leur épingle du jeu, laissant à leurs successeurs le soin de se débrouiller à leur tour.

Cette façon toute personnelle d'envisager la question est excusable peut-être, puisqu'elle vise à faire rapporter en partie une mesure presque immédiatement applicable, mais elle engage l'avenir, en acceptant la situation comme définitivement établie après 1896. Or, nous l'avons démontré, l'avenir de l'internat de nos hôpitaux est singulièrement compromis par la loi militaire nouvelle, il faut modifier profondément nos études médicales pour porter remède à un pareil état de choses. Aussi, nous estimons que, lorsque les étudiants auront obtenu momentanément gain de cause et fait reporter jusqu'en 1896 l'application des dispositions nouvelles, ils n'auront encore parcouru que la première étape de leurs revendications. Il faudra pour eux mettre à profit les années qui vont suivre pour s'adresser directement aux pouvoirs publics, et réclamer la transformation de la première année d'études médicales et la possibilité de pouvoir, par des sursis, reporter l'année de service militaire après vingt-cinq ans, c'est-à-dire après la nomination à l'internat, ou après les examens de doctorat. Ce serait là la seule solution remédiant à un mal dont, dès maintenant, il est facile de prévoir les funestes conséquences.

Deux communications seulement à la Société médicale des hôpitaux (séance du 8 janvier), intéressantes, il est vrai ; l'une de M. Comby sur un cas d'oblitération de la veine-cave supérieure, l'autre de M. Le Gendre sur un cas de purpura survenu au cours d'une amygdalite aiguë. C'est chose habituelle que les séances de rentrée des sociétés savantes après des vacances soient assez maigres, que les travaux présentés y soient peu nombreux.

Le malade de M. Comby, jeune homme de vingt-six ans, syphilitique et alcoolique, avait, depuis près de deux ans, des palpitations et des crises d'angine de poitrine de courte durée qui avaient fait penser à une affection du cœur. Il y a cinq semaines survint brusquement de la bouffissure de la face, avec cyanose, exophthalmie, épistaxis, vertiges, signes évidents d'une gêne considérable de la circulation veineuse. Il se fit de l'œdème qui s'étendit au buste et aux membres supérieurs. L'oblitération de la veine-cave supérieure, bien étudiée en 1855 dans un mémoire d'Oulmont, qui en avait rassemblé dix-neuf cas, pouvait, seule, avec l'anévrysme artério-veineux, expliquer une semblable stase sanguine. Les jours suivants, l'œdème et la turgescence veineuse diminuèrent, et l'on vit se dessiner sur la partie inférieure du thorax des veines saillantes dans lesquelles se fait évidemment une circulation dérivatrice, du système de la veine-cave supérieure au système de la veine-cave inférieure. M. Rendu a observé un cas analogue.

L'oblitération de la veine-cave supérieure est due le plus

souvent à la compression exercée soit par une poche anévrysmale, soit par des tumeurs ganglionnaires du médiastin. La thrombose primitive de la veine est plus rare. Elle détermine l'apparition d'un complexus symptomatique qu'on n'a guère retrouvé que dans l'anévrysme artério-veineux de la crosse de l'aorte. Les malades, quel que soit le traitement employé, succombent au bout d'un à trois mois environ.

MM. Le Gendre et Claisse ont vu, au cours d'une amygdalite cryptique, pultacée, puis ulcéreuse, survenir du purpura et des plaques d'érythème papulo-noueux. Dans l'amygdale, il y avait en quantité des microbes de suppuration, des streptocoques; on n'a pas pu en démontrer l'existence au niveau des taches purpuriques. Il s'agit bien là cependant d'un purpura d'origine infectieuse dont l'amygdale, cette porte toujours entr'ouverte au microbe, a été le point de pénétration.

Ce purpura s'accompagnait de manifestations rhumatoïdes; la coïncidence des pétéchies avec l'érythème papulo-noueux montre bien, à notre sens, qu'il y a là un élément nervo-moteur; et cela prouve une fois de plus que le purpura n'est, le plus souvent, qu'un exanthème. Ce n'est pas là une notion indifférente en pratique, car souvent l'élévation des membres inférieurs et la compression ouatée font disparaître les éruptions purpuriques qu'entretiennent, au contraire, la station debout et la stase sanguine.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. POTAIN.

Un fait de rhumatisme subaigu avec œdème rhumatismal, érythème diffus, érythème noueux.

Le 7 mai entrait, au n° 2 de la salle Bouillaud, un malade âgé de quarante et un ans atteint d'érythème noueux, d'érythème diffus et de rhumatisme subaigu. Le 18 mai, ce malade, qui offrait des accidents d'une véritable intensité, était complètement guéri. Le traitement par les bains de vapeur et le salicylate de soude que nous lui avons fait suivre a été certainement pour beaucoup dans la rapidité de la guérison.

Les antécédents morbides de ce malade sont les suivants : épistaxis fréquentes dans l'enfance, pleurésie à l'âge de dix ans qui n'a pas laissé de trace. En 1876, maladie aiguë due à un refroidissement et caractérisée par une douleur présternale, une courbature, une prostration extrême, de l'insomnie. Le diagnostic rétrospectif de cette affection reste assez difficile à préciser. Depuis, cet homme s'enrhume assez facilement, mais, en somme, il a une santé relativement bonne et n'offre en particulier aucune trace de tuberculose.

Comme cause plus immédiate de son affection, il eut dans ces derniers temps des fatigues considérables. Il travaille de plus dans un rez-de-chaussée humide. Le 27 avril, il a été pris de douleurs dans le cou de pied gauche qui est devenu rouge, enflé. Le 8 mai, à son entrée à l'hôpital, il était apyrétique; le pouls régulier n'avait que quatre-vingt-quatre pulsations, mais localement on constatait les symptômes suivants :

L'articulation tibio-tarsienne gauche était sensible, gonflée; la pression sur le côté externe de cette articulation était particulièrement douloureuse, ainsi que la pression au niveau du tendon d'Achille. Un œdème, dur en haut, mou en bas, occupait les deux tiers inférieurs de la jambe. Cet œdème était accompagné d'une rougeur diffuse. On trouvait de plus sur le membre inférieur gauche deux nodosités indurées dont l'une avait les dimensions d'une pièce de deux francs. Du côté droit, il existait une nodosité analogue; l'articulation tibio-tarsienne droite était également un peu douloureuse. L'auscultation la plus minutieuse du cœur n'a pas révélé la moindre lésion. Du côté du poumon, il existait entre le côté droit et le côté gauche une légère différence dans la sonorité à la percussion et le murmure vésiculaire, mais cette différence est trop faible pour avoir une signification pathologique.

Le traitement a consisté dans les bains de vapeur et le salicylate de soude à la dose de 3 grammes par jour. Les effets ont été véritablement remarquables. Dès le quatrième jour, la diminution des douleurs était extrêmement sensible; l'érythème allait en s'atténuant graduellement; la rougeur prenait, dans sa disparition graduelle, des teintes rosées, vertes, jaunes, analogues à celles qu'on observe dans la résorption des ecchymoses. Actuellement, sauf un peu d'œdème qui persiste, le guérison peut être regardée comme complète.

Quel diagnostic faut-il porter dans cette affection à déterminations multiples et protéiformes ? Quel rapport peut-on établir entre ces diverses déterminations?

Les douleurs dont se plaignait le malade avaient, à bien des égards, le caractère des douleurs rhumatismales. L'extension symétrique aux deux articulations tibio-tarsiennes, la localisation dans les tissus fibreux, ligaments articulaires et tendon d'Achille plus particulièrement sensibles à la pression, l'influence que le travail dans un endroit humide avait exercée sur l'apparition, l'amélioration rapide par le salicylate de soude démontraient cette nature rhumatismale. Mais l'absence de fièvre conduisait à admettre un rhumatisme subaigu. Cette forme subaiguë du rhumatisme est plus spéciale aux rhumatismes secondaires. C'est la forme de prédilection du rhumatisme scarlatineux, puerpéral, blennorrhagique. Parfois elle se trouve liée à une suppuration relativement minime. Vous avez pu en observer dans le service un bel exemple chez un malade atteint de fistule anale. Chez notre malade d'aujourd'hui, nous n'avons trouvé rien de semblable. Nous devons donc admettre une forme subaiguë primitive produite, d'une part, par les refroidissements répétés, les « fraîcheurs » auxquels il a été soumis; de l'autre, par la fatigue. Les fatigues qu'il a endurées, la station debout perpétuelle à laquelle il était soumis expliquent bien la localisation aux articulations tibio-tarsiennes.

Deuxième élément morbide, l'œdème. En dehors de l'œdème local existant au niveau des jointures atteintes, constant dans le rhumatisme, il est fréquent au cours des affections rhumatismales d'observer un œdème propre, remontant beaucoup plus haut que les articulations atteintes, pouvant même siéger sur un membre dont aucune des articulations n'est affectée d'arthrite. Cet œdème se présente sous trois formes qui ne dépendent d'ailleurs que du mode d'infiltration du liquide dans les mailles du tissu cellulaire ou dans les éléments mêmes de ce tissu. La première forme est l'œdème élastique ne gardant pas l'empreinte du doigt; la seconde, l'œdème mou, la conservant; la troisième forme est mixte. Chez notre malade, l'œdème était mou au bas de la jambe, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, élastique en haut.

Troisième élément morbide, l'érythème diffus. Dans le rhumatisme, et plus particulièrement dans le rhumatisme aigu, on peut trouver bien des variétés d'érythème; érythème diffus, érythème polymorphe, roséole rhumatismale. Chez notre malade, je vous ai fait remarquer l'addition à l'érythème spontané d'un élément artificiel dû à des frictions irritantes au baume Opodeldoch.

Quatrième élément morbide, celui-là beaucoup plus important, l'érythème noueux. Vous avez vu chez notre malade ces indurations saillantes, d'une coloration rouge cinabre, entourées d'une auréole violacée absolument caractéristique. Ces saillies n'étaient pas une exagération de l'érythème diffus, car elles existaient également sur la jambe non atteinte de cet érythème. Elles aussi se sont atténuées graduellement, devenant moins saillantes, moins colorées, moins dures. Leur consistance à la fin était comme pâteuse.

Les rapports de l'érythème noueux et du rhumatisme ont donné lieu à des discussions sans nombre. Le fait clinique de son association assez fréquente avec le rhumatisme aigu et subaigu est incontestable. Pourtant, comme l'érythème noueux peut exister aussi indépendamment de toute affection rhumatismale, on a souvent voulu en faire une affection absolument distincte et indépendante. Trousseau rapprochait l'érythème noueux des fièvres éruptives. Et pourtant l'érythème noueux n'est pas contagieux; ses récidives sont fréquentes, bien loin qu'une première atteinte mette à l'abri d'atteintes ultérieures. On a dit aussi que c'était une angionévrose spécifique. Cette spécificité n'a jamais été directement démontrée. On n'a pas démontré non plus que cette spécificité fût différente de celle du rhumatisme.

L'érythème noueux, comme le rhumatisme, survient souvent à la suite de fatigues, de refroidissement; il accompagne fréquemment la blennorrhagie et l'on voit même des sujets où cette relation est si étroite que chaque nouvelle chaudepisse est le signal d'une poussée d'érythème noueux. La fièvre assez variable ne cède qu'avec les manifestations locales. L'érythème noueux, pas plus que le rhumatisme, ne se termine par suppuration. Les complications offrent la plus grande analogie. Ce sont, même dans le cas d'érythèmes noueux les plus purs de toute association, des pleurésies, des péricardites, des endocardites. Ces endocardites peuvent laisser à la suite des lésions valvulaires. Enfin, chez notre malade, est-ce que le salicylate de soude n'a pas très favorablement influencé l'érythème noueux? Je sais qu'il faut se défier des déductions pathogènes basées sur les effets thérapeutiques. Pour l'érythème noueux en particulier, l'effet favorable que donne dans certains cas l'iodure de potassium, a pu être invoqué en faveur d'une autre origine spécifique de l'affection. On peut d'ailleurs répondre que l'iodure de potassium est un médicament qui, dans le rhumatisme, est loin d'être sans pouvoir.

L'érythème noueux me paraît donc être, non une maladie spéciale pouvant accompagner accidentellement le rhumatisme, mais une maladie ayant une origine analogue, sinon identique, à celle du rhumatisme. C'est une forme spéciale du rhumatisme qui paraît peut-être survenir de préférence sur un terrain déjà mauvais, débilité ou infecté par une suppuration, parfois par une auto-intoxication d'origine intestinale, assez fréquemment lymphatique ou même tuberculeux. La forme de rhumatisme qui s'unit le plus souvent à l'érythème noueux est la forme subaiguë. Chez notre malade, nous avons recherché avec soin la tuberculose sans la trouver; les nombreuses bronchites qu'il a eues ne semblent pas avoir été d'origine bacillaire, elles ont guéri sans laisser de traces; elles débutaient par un coryza, fait qui n'est pas le propre des bronchites tuberculeuses.

En résumé, les diverses manifestations présentées par ce malade : arthralgies, œdème, érythème diffus, érythème noueux, nous offrent un type intéressant des manifestations multiples et des formes variées que peut produire et prendre le rhumatisme subaigu.

DE LA PHTHIRIASE DES PAUPIÈRES

Par le docteur Louis JULLIEN,
Chirurgien de Saint-Lazare (service des vénériennes).

J'ai eu l'occasion de soigner, dans mon service de Saint-Lazare, une femme atteinte d'une phthiriase palpébrale, maladie extrêmement rare, et sur laquelle les auteurs, soit de la dermatologie, soit de l'oculistique, ne donnent que fort peu de détails.

I

Ce n'est pas que le pou des paupières n'ait été observé de toute antiquité. Nous le trouvons signalé dans les plus vieux auteurs. Il semble même que les pères de la médecine l'aient signalé comme un accident de pratique courante. Dans ses *Définitions médicales* (1), Galien, qui en parle à deux reprises, § 351 et § 353, s'exprime ainsi : « Phthirius est scabies circa palpebrarum radices quæ squamas furfuri similes dimittit. » Au chapitre des *Maladies des yeux* (2), Celse en parle plus longuement : « Il est aussi une espèce de maladie dans laquelle il vient des poux dans les paupières... Il arrive presque toujours qu'au bout d'un certain temps il est suivi d'un écoulement de pituite des plus opiniâtres, les yeux mêmes s'ulcèrent et la vue s'altère. » Paul d'Egine émet des préceptes de thérapeutique : « Ad palpebrarum pediculos, expurgatis prius pediculis, moninâ tepidâ palpebras colluere opportet. Deinde medicamento subscripto cilium attingere : aluminis scissi partibus duabus herbæ pedicularíæ parte unâ, trini unior (3)... »

Ambroise Paré, qui distingue parmi les parasites cutanés les poux, les morpions et les cirons, a bien reconnu que les morpions seuls s'en prenaient aux paupières (4). « Par leurs morsures, ils pénètrent le cuir jusque dedans la chair, et même aux paupières des yeux, qui cause un extrême prurit et démangeaison... et par la grande friction s'y fait défluxion qui vient à gagner et corrompre la vue... » — « Phthiriasis, écrit Guillemeau, son contemporain, est quand plusieurs petits poux et larges molestent le poil des paupières (5). » — Maître-Jan, qui composa en 1740 un *Traité des maladies de l'œil*, aborde la même question avec une grande précision en son chapitre XVIII, page 500. « On ajoute encore parmi les maladies de l'œil celle qu'on nomme Phthiriasis, qui est quand des petits poux larges et plats s'engendrent entre les cils. Je n'en ai point encore rencontré quoique j'aie exercé la chirurgie assez longtemps dans l'Hôtel-Dieu de Paris. J'ai bien vu quelquefois des morpions s'attacher à la racine des cils, comme dans les autres lieux pileux, mais cela ne constitue pas une maladie particulière, et d'ailleurs ce n'est pas de cette espèce de vermine dont nos auteurs entendent parler. »

---

(1) Édition de 1830, vol. XIX, p. 436.
(2) Liv. VI, § 15.
(3) PAUL D'ÉGINE. *Opera omnia*, 1551, p. 150.
(4) Liv. XX, chap. VI.
(5) GUILLEMEAU. *Traité des maladies de l'œil, qui sont au nombre de cent treize*, 1585.

Avec la période contemporaine les observations se font rares, on peut même dire exceptionnelles. Les dermatologistes méconnaissent cette localisation du phthirius, comme Caillault qui écrit dans son *Traité pratique des maladies de la peau chez les enfants*, 1859 (p. 241) : « Le pou du corps se voit rarement et le pou du pubis ne se rencontre jamais chez l'enfant » ; comme Bazin et son élève Baudet, pour lesquels le parasite peut occuper « non seulement les parties sexuelles, mais encore toutes les régions velues à l'exception de la tête ». Hébra en fait, à la vérité, mention dans son grand ouvrage, mais, dans son immense pratique, M. Hardy n'en observe qu'un seul cas : « A la consultation de l'hôpital Saint-Louis, j'ai trouvé, dit-il, un de ces parasites attaché à la base d'un cil ; il avait déterminé une conjonctivite intense (1). »

C'est du côté de l'ophthalmologie que la moisson des faits est la plus intéressante. Le premier en date appartient à Lawrence et parut, en France en 1830, dans la traduction de son *Traité pratique des maladies des yeux* (p. 268). On me saura gré de le reproduire ici : « On m'apporta un enfant dont les yeux étaient ulcérés, sanieux et très irrités. Je remarquai aussitôt que cette irritation était causée par un nombre infini de petits poux logés entre les cils et leurs racines. Je conseillai de faire des frictions avec la pommade de citrine, mais la mère de cet enfant, honteuse d'apprendre que telle était la cause de la maladie de son fils, ne l'apporta plus à la consultation. » Il faut arriver jusqu'en 1859 pour retrouver une nouvelle observation ; elle est due à Harkness qui la recueillit sur une juive allemande de cinquante ans, étudia le cas avec soin, fit dessiner le parasite et la région malade ; il ajouta au sien trois cas observés par un auteur anglais, Dalrymphe, chez des enfants. Autre exemple publié par Steffen en 1866 et concernant un enfant de trois ans ; cet auteur le publie parce qu'il n'en connaît pas d'autre dans la littérature et que c'est pour lui un fait absolument nouveau. En 1881, Stelwagon communique un cas rencontré chez une petite fille appartenant à une famille aisée qui ne négligeait pas les soins de propreté, et mentionne trois cas semblables observés par le docteur Morton, à Wills-Eye-Hospital (2) ; vinrent ensuite les travaux de Ring (3), Trousseau (4), Despagnet (5), sans oublier l'importante monographie de Rosenmeyer (6), et les excellents articles de Pignot (7) et de R. Blanchard (8). Je dois, enfin, la connaissance de faits inédits à MM. Diday, Corlieu, Hallopeau, Masselon, Cordier, que je prie d'accepter mes remerciements.

II

La phthiriase palpébrale est fort rare. Des chiffres produits par Ring, il résulte qu'on n'en trouve mentionné qu'un seul cas sur 57 000 malades dans les mémoires de *Manhattan Eye and Ear hospital*. De même, le docteur Webster n'en a observé qu'un seul cas pendant treize ans de pratique, c'est-à-dire sur 50 000 malades environ. Depuis vingt ans environ que j'examine des malades, j'en ai rencontré deux cas, proportion vraiment exceptionnelle quand on songe que Proseta (de Palerme) et M. Aubert (de Lyon), auquel nous sommes redevables de si intéressants travaux sur les poux, m'ont écrit tous deux que cette maladie leur était totalement inconnue.

Au point de vue étiologique, le fait le plus saillant qui ressort de ma statistique est l'*aptitude singulière des enfants*, j'en compte vingt sur trente ; leur âge varie de trois, quatre, cinq, dix à onze ans ; mais je sais que le fait a été observé sur des nourrissons. Les cas de Lawrence, Hardy, Trousseau, Cordier, Despagnet sont relatifs à des enfants que leurs parents amenaient à la consultation pour des blépharites de cause inconnue ; c'est dans les hôpitaux d'enfants que ces cas devraient être recherchés, ainsi que me l'écrit M. Cordier, et je suis convaincu que nombre d'entre eux passent inaperçus. La cause de cette prédisposition est aisée à concevoir et doit être recherchée dans les personnes qui entourent les petits malades. Pendant l'allaitement, l'insecte chemine facilement du sein de la nourrice à l'œil du nourrisson ; d'autre part, dans plusieurs de nos observations, il est permis d'incriminer les parents ; le petit garçon de Ring avait couché avec ses deux frères âgés de dix-sept et dix-huit ans ; Trousseau reconnut la phthiriase chez le père de l'un de ses deux malades, et lorsque Lawrence eut déterminé la nature du mal chez l'enfant qui lui fut amené, sa mère s'enfuit honteuse, semblant faire elle-même l'aveu de sa part de responsabilité.

En ce qui concerne *le sexe*, nous trouvons dix hommes pour cinq femmes, fait sur lequel il est inutile d'insister.

La coïncidence du phthirius dans les sourcils est notée dans un cinquième des cas ; si elle l'est beaucoup moins dans les régions pubiennes et axillaires, cela tient au grand nombre de nos impubères. Elle est de règle, en effet, chez l'adulte, et Harkness énumère expressément les trois étapes (pubis, aisselle, face), parcourues par l'animal. Exceptons les cas de transport direct, comme celui de ce médecin du dispensaire, qui, peu après une visite, portant la main à l'œil gauche pris de démangeaisons, en retira un morpion.

Une autre coïncidence, qui n'est point rare, est celle du *pediculus capitis*. La femme C..., quand elle fut envoyée dans mon service, en était un exemple ; sa chevelure fourmillait de poux et les lentes s'y voyaient en grand nombre. Toutefois, jusqu'ici, aucun observateur n'a rencontré ces derniers en habitat sur les cils ; Corlieu, à la vérité, en vit une fois sur les sourcils ; mais « il n'y avait pas de lentes, et certainement les parasites étaient seulement de passage, ils paraissaient fuir le cuir chevelu quand on avait coupé les cheveux et appliqué la pommade au sulfate de cuivre ». On sait que le morpion, qui a été vu parfois dans la chevelure (Bentarelli et Carabelli), n'a pas non plus tendance à s'y reproduire ; il faut signaler comme de très rares exceptions les cas de White (de Boston) et de Grassi. Ce dernier découvrit des œufs en abondance dans la chevelure de trois petites filles, trois sœurs, dont l'aînée avait neuf ans ; encore les parasites n'existaient-ils qu'à la périphérie du cuir chevelu.

Depuis le jour où Harkness publia le premier dessin de pou palpébral, il n'est plus permis de douter qu'il ne s'agisse du seul *phthirius inguinalis*. Plusieurs observateurs ont de nouveau confirmé cette notion ; moi-même j'ai soumis à l'examen microscopique de nombreux individus recueillis sur les cils de ma malade, et constaté tous les signes caractéristiques du morpion. Si j'insiste sur cette particularité, c'est que, dans les travaux des auteurs américains, se retrouve une préoccupation qu'il faut mentionner ici. Comme plusieurs des sujets observés venaient de la campagne ; comme quelques-uns s'infectaient de nouveau, chaque fois qu'ils y retournaient ; comme quelques-uns même avaient couché dans des poulaillers, on crut pouvoir soupçonner la pédiculose aviaire d'être l'origine de la contagion, mais c'est là une hypothèse que des observations précises ont complètement ruinée.

III

Il faut regarder de fort près pour diagnostiquer la phthiriase palpébrale et beaucoup de malades ne s'en aperçoivent pas eux-mêmes ; aussi suis-je convaincu que bien des cas échappent à l'observation. Le hasard seul peut faire reconnaître le pou isolé, de passage ; quant aux cas dans lesquels il a fait colonie, trois signes principaux les caractérisent objectivement, lesquels reposent sur la constatation des parasites, de leurs œufs, de leurs excréments.

Les parasites sont très difficiles à découvrir, en raison de leur

(1) Hardy. *Traité pratique et descriptif des maladies de la peau*, p. 492
(2) Morton. *Arch. of dermat.*, juillet 1881.
(3) Ring. *New-York Med. Record*, 1886, p. 647.
(4) Trousseau. *Bull. de la clin. ophthalmol. de l'hosp. des Quinze-Vingts*, 1886, t. IV, p. 179.
(5) Despagnet. *Rec. d'ophthalmol.*, 1887, p. 675.
(6) Rosenmeyer. *Munch. Med. Wochens.*, 1866, p. 145.
(7) Pignot. *Diction. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XXIV, p. 458.
(8) R. Blanchard. *Traité de zoologie médicale*, 1890, vol. II, p. 445.

petitesse, de leur siège tout à fait à la base du poil, de leur position, le rostre et la tête enfoncés dans l'ouverture du follicule, présentant à la vue leur face postérieure, sans aspérités, terne et d'une teinte à peine plus accentuée que celle des petites concrétions squamo-sébacées, que l'on voit si souvent aux paupières. Dans ces conditions, la loupe seule conduit à la certitude en permettant de distinguer le dos de l'animal, son contour triangulaire, sa forme légèrement bombée comme celle d'un bouclier, et les rayures transversales brunes sur un fond jaune de cire. Enfin, que l'on vienne à déranger l'animal, on le voit agiter ses trois paires de pattes, qu'on essaye de l'extraire et par les épaisses griffes qui les terminent, il s'accroche aux cils et résiste aux tractions que l'on exerce.

Ces animalcules peuvent pulluler en quantité considérable, j'en ai compté beaucoup plus de 100 sur la paupière supérieure droite de ma malade, nombre qui égale, s'il ne l'excède, celui des cils que Sappey fixe à 100 ou 120 en moyenne.

Les œufs sont autrement aisés à reconnaître; c'est par leur pointillé gris jeté à travers les cils que le diagnostic se fait dans la grande majorité des cas; c'est ce qui frappe tout d'abord. Comme au pubis, ils sont fixés aux poils, très près de leur origine; sur la plupart des cils que j'examinai, j'en comptai un ou deux, mais d'autres auteurs en ont vu jusqu'à cinq. Je les reconnus bien avant d'avoir découvert les poux eux-mêmes, et j'essayai, mais vainement, de les faire éclore en les enfermant en un tube, où je maintenais l'atmosphère humide et chaude.

Les excréments du parasite jouent également un rôle dans la physionomie particulière de la région. Harkness a surtout insisté sur ces petits corps bruns (brown bud like Budies), qui, sous forme de grains d'un noir rougeâtre, salissent la région habitée par le parasite. Ils sont figurés dans la planche annexée à son travail, mais ils faisaient complètement défaut dans le cas que j'ai pu observer de près et à maintes reprises.

Quels sont les effets produits par la présence du phthirius sur les paupières? Les observations sont sur ce point étrangement discordantes. Il va sans dire que je néglige celles où il n'est question que du passage ou de la présence fortuite d'un pou sur les paupières, pour ne tenir compte que des cas de véritable colonisation. Or, même dans ces cas, il est avéré que l'installation, la reproduction de l'animal, peuvent s'établir sans déterminer ni réaction, ni sensations anormales. Ma malade ne s'apercevait de rien, ne se plaignait de rien, pas de conjonctivite, pas de blépharite, pas même de rougeur. J'accorde que ce soit là un cas exceptionnel, peut-être cette indolence était-elle en rapport avec un début récent, mais l'ignorance, et plus encore l'inintelligence où se trouvait plongée la fille entrée dans mon service, ne me permettent pas de formuler plus qu'une hypothèse à cet égard.

Ce qui s'observe plus communément, c'est une démangeaison plus ou moins prononcée, un prurit incommode, écrit Diday, très vif (Despagnet), léger (Corlieu), insignifiant (Cordier), avec quelquefois des picotements, de la cuisson.

Dans nombre de cas, ce prurit n'est accompagné d'aucun phénomène d'irritation appréciable, tandis qu'une blépharite légère est notée par les autres observateurs. C'est pour une blépharite d'apparence eczémateuse que vinrent à la consultation les malades de Stelwagon, Morton; Harkness crut tout d'abord à une ophthalmie chronique, mais le bord des paupières n'est ni rouge, ni luisant, ni boursouflé, et l'on ne voit guère d'ulcération comme dans les inflammations de nature strumeuse ou eczémateuse; enfin, la conjonctive reste le plus souvent étrangère au processus morbide. Il faut cependant citer quelques cas contraires, à titre de rare complication. Pour un seul phthirius trouvé dans les cils, M. Hardy constate une conjonctivite intense, j'incline à croire que l'hémiptère avait gagné les cils après un séjour plus ou moins prolongé dans les culs-de-sac de la muqueuse. Ambroise Paré raconte qu'une femme était tourmentée d'un tel prurit que pour le faire cesser « elle se lavait les yeux de bien fort vinaigre », moyen de soulagement plus que douteux. Lawrence vit les yeux de son petit malade ulcérés, sanieux, très irrités. Celse l'avait déjà dit en son temps, il survient un écoulement de pituite, les yeux s'ulcèrent et la vue s'altère. Ce sont là, sans doute, les effets extrêmes d'un prurit et d'un grattage prolongés et poussés à un degré heureusement très rare, « par la grande friction s'y fait défluxion », la succession des phénomènes n'a rien qui doive étonner, mais, repétons-le, elle sort du domaine des faits habituels.

En résumé, la séméiologie est restreinte, tout se borne communément, au double point de vue objectif et subjectif, à quelque rougeur, à un pointillé donnant à la région un aspect malpropre, poussiéreux, accompagné de démangeaisons fort tolérables.

Le mal qui nous occupe sera et a été certainement pris bien des fois pour une blépharite eczémateuse desquamante; on évitera cette erreur en remarquant la forme angulaire des squames, l'irrégularité des petites concrétions cireuses, leur facile apparence, leur volume généralement supérieur à celui des poux, la rougeur plus grande du bord ciliaire, et la moindre cuisson. Ajouterai-je que j'ai failli être induit en erreur en examinant une balayeuse, dont les cils surchargés de poussières offraient d'une façon frappante l'aspect de la phthiriase. La loupe est dans chacun de ces cas l'indispensable instrument du diagnostic.

IV

Le traitement doit s'attacher d'abord à tarir la source de la contagion. Les Anciens qui croyaient à l'influence exclusive de l'état général, prodiguaient les remèdes destinés à épurer les humeurs. Voici, par exemple, et à titre de curiosité, les conseils édictés par Celse, spécialement contre la phthiriase des paupières : « Il faut prendre des lavements, se faire raser la tête et se la faire frotter souvent à jeun. On doit se promener et s'exercer beaucoup, user de gargarismes faits avec le *mulsum*, dans lequel on ait fait bouillir du calament et des figues grasses, se faire souvent dans le bain des fomentations sur la tête avec beaucoup d'eau chaude; éviter les aliments âcres, prendre de bon lait et de bon vin, boire plus qu'on ne mange, user intérieurement de médicaments adoucissants qui puissent modérer le cours de la pituite. » Guillemeau dit plus simplement : « Il faut que le malade use de bon régime de vivre et qu'il soit purgé, attendu que les poux qui molestent le poil des paupières ne proviennent que d'une cacochymie. » Inutile d'insister davantage; avec quelques grammes d'onguent gris ou la mixture pétrole et baume du Pérou, un ou deux bains de sublimé à la rigueur, on aura bien vite, soit chez le malade, si c'est un adulte, soit chez la personne de l'entourage, convaincue de parasitisme, s'il s'agit d'un enfant, supprimé toute cause de contagion nouvelle. Il ne s'agit plus que de détruire le foyer local, oculaire; voyons par quels moyens on y arrivera.

« Vif argent, écrivait Paré, est ennemi mortel des poux, morpions et cirons. » Tel est l'axiôme dont se sont inspirés presque tous les auteurs de nos observations. On a dû donner, écrit Masselon, à propos de deux cas qu'il a bien voulu nous communiquer, une pommade à base mercurielle, comme dans la blépharite d'ailleurs. Lawrence prescrivit la pommade citrine, Steffen le précipité rouge, Diday le bi-iodure, Despagnet l'oxyde jaune, Cordier la pommade Scherer, au précipité jaune, je crois. Je ne doute pas que, dans la majorité des cas, les résultats n'aient été satisfaisants, et pour avoir raison de quelques parasites isolés, cette méthode semble très suffisante.

Mais il en va tout autrement lorsqu'on a affaire à une colonie nombreuse, bien établie, avec des lentes en abondance. En pareil cas, la récidive est la règle, si tant est qu'on arrive jamais par des moyens simples à un semblant de guérison. C'est pour triompher de cette ténacité du mal, et de ces repullulations incessantes, qu'a été proposée et pratiquée, comme moyen radical, la section de tous les cils, dans le but de faire disparaître à la fois le parasite et son terrain. Mais cette exécution même peut rester inefficace.

Aucun fait n'est plus intéressant à cet égard que l'observation publiée par Ring en 1885 : « On coupa les cils au ras de la peau, de

façon à ne laisser aucune lente, et on fit sur les parties malades une application de pommade à l'oxyde rouge de mercure. Au bout de deux jours, le malade revint avec de nouveaux parasites. On en put détacher huit, puis on fit sur les deux paupières une application d'onguent bleu en recommandant au malade de ne pas se laver les yeux avant trois ou quatre heures; trois jours après il revenait à l'hôpital avec toutes les apparences de la guérison, mais quinze jours plus tard, il y faisait de nouveau son apparition avec plusieurs lentes accrochées aux tronçons de ses cils, et trois pediculi à leurs racines. » Dans l'un des deux cas qu'il eut à traiter aux Quinze-Vingts, Trousseau fit d'abord, et sans résultat, pendant cinq jours des applications de compresses trempées dans une solution de sublimé à 1/2000; puis on eut recours aux frictions d'onguent mercuriel. C'est alors qu'on se décida à couper les cils le plus ras possible, opération qui fut encore suivie de deux frictions d'onguent hydrargyrique.

Ce grand déploiement de forces thérapeutiques ne semble-t-il pas un peu exagéré pour combattre une douzaine ou deux de poux, quelquefois moins. Qu'est-il besoin, par exemple, de saturer d'onguent gris une région déboisée puis dépeuplée? Craindre la récidive en pareil cas, c'est avouer qu'on n'a pas tari la source originelle, ou qu'on admet les théories de Devergie sur la génération spontanée.

Pour procéder logiquement, j'ai cru qu'il fallait suivre une autre voie, et qu'une fois la source tarie, il suffirait de faire disparaître d'un seul coup tous les parasites et tous leurs œufs. Mais pour cet anéantissement, il me semblait superflu de sacrifier les cils, et infiniment préférable de sévir sur leurs seuls habitants. On a dit, je le sais bien, qu'il était fort difficile de saisir un phthirius et de l'extirper, et tout à fait impossible de vaincre la résistance des liens chitineux par lesquels l'œuf est relié au poil. Mais ces obstacles n'en sont pas si l'on s'arme d'une bonne loupe, d'une pince à griffes, et d'un peu de patience. Entre le mors on saisit l'animal, et quelle que soit sa situation, on le fait sans peine glisser le long des poils, moyen très simple d'emporter à la fois la bête et ses œufs sans dépouiller aucun follicule. Rien n'est plus aisé en vérité, et je n'ai même pas eu besoin de tremper mes pinces dans le vinaigre, comme le font les épouilleurs de profession pour amollir la chitine. J'ai pu, de cette façon, aidé par mon interne M. Arnaud, extraire, ainsi que je l'ai dit plus haut, plusieurs centaines de poux avec des œufs en nombre très grand. Un œil débarrassé, je le mis sous l'occlusion d'un monocle, moins pour calmer l'irritation consécutive aux traumatismes répétés, que pour éviter la réinfection d'une séance à l'autre, car je n'opérai l'œil gauche que le lendemain. La guérison fut dès lors complète, ainsi que je l'avais prévu, et trois semaines plus tard, quand je renvoyai la malade, elle ne s'était point démentie.

Tel est, à mon avis, le seul procédé rationnel et radical; s'il impose au médecin l'ennui d'une séance de fatigante attention et quelques dégoûts, il évite au patient l'irritation causée par le séjour prolongé de pommades d'une efficacité douteuse, et tout au moins les graves inconvénients qu'entraîne toujours la perte même momentanée de l'appareil protecteur constitué par les cils.

REVUE DE LA PRESSE

Pseudo-narcolepsie hystérique. — M. le docteur Parmentier résume de la manière suivante l'étude qu'il vient de publier, dans les « Archives de médecine », sur la forme narcoleptique de l'attaque de sommeil hystérique.

A côté de la forme commune et de la grande forme léthargique du sommeil hystérique, il en existe une autre qui, par ses analogies avec la maladie du sommeil, mérite le nom de forme narcoleptique. Cette forme est aux précédentes, ce que l'attaque est à l'état de mal hystéro-épileptique. Il existe entre elle et la forme commune tous les intermédiaires. Les manifestations nerveuses antérieures et actuelles de nature hystérique (attaques, stigmates), les caractères de la crise de sommeil permettent de la distinguer aisément de l'épilepsie, de la narcolepsie et des « sommeils propres à certaines formes de la névrose hypnotique ». (Charcot.)

Pseudo-épilepsie vermineuse. — M. le docteur A. Martha résume ainsi le mémoire qu'il publie dans les *Archives générales* sur les attaques épileptiformes dues à la présence du tænia :

Les accidents épileptiformes, frappant les individus atteints de tænia, surviennent chez un très petit nombre de malades, et on trouve peu d'observations dans la science. Ces attaques de pseudo-épilepsie présentent quelques caractères qui les différencient de l'épilepsie idiopathique : elles ne frappent pas le malade avec cette brusquerie caractéristique qu'on observe dans le mal caduc véritable. Le malade a le temps de prendre des précautions, de se jeter sur un lit, de demander du secours, etc.; si bien que les chutes graves et les blessures sont très exceptionnelles. La durée des périodes convulsives et comateuses est plus longue que dans l'épilepsie idiopathique. Ces attaques ont une certaine tendance à revêtir la forme périodique et reviennent chez le même individu tous les mois à époque fixe, tous les ans à la même saison, etc. Enfin, à l'inverse de ce qu'on observe dans l'épilepsie véritable, il peut se passer de très longues périodes entre deux attaques (deux ou trois années).

L'homme semble plus fréquemment atteint que la femme, et les antécédents nerveux héréditaires ou personnels ne jouent aucun rôle dans ces manifestations convulsives. La prédominance des mouvements d'un côté du corps n'existe pas d'une façon aussi régulière que dans le haut-mal. Quant au cri initial, à la morsure de la langue, à l'écume de la bouche, etc., ces signes se retrouvent et font défaut, et ne sont d'aucun secours pour le diagnostic.

La disparition du tænia fait cesser les attaques épileptiformes. Mais souvent cette disparition n'est pas concomitante et complète; le malade peut encore avoir une attaque les jours suivants, crise généralement moins forte que les précédentes. Plusieurs malades ont été suivis pendant des mois et des années (dix ans) après la cessation des attaques et l'évacuation du tænia, et les crises épileptiformes ne se sont pas reproduites.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 janvier 1892, M. le docteur Morin, ancien médecin de deuxième classe de la marine, a été nommé, dans la réserve de l'armée de mer, au grade de médecin de deuxième classe.

— *Hôtel-Dieu d'Orléans.* — M. le docteur Paul Boulle est nommé chirurgien-adjoint.

— *Hôpitaux de Poitiers.* — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Griffault, Hubert, Guillon, Orlowski, Faure, Feydeau, Roche, Lucas, Métais et Crochard.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1890-1891 :

Prix Barbier : Encouragements de 500 francs à MM. Villemin et Bonnier. — Prix Chateauvillard : Récompenses de 800 francs à M. Gasser; de 700 francs à M. Marcel Baudouin; de 500 francs à M. Springer. — Prix Jeunesse (hygiène) : 1500 francs à M. Mosny; (histologie) : 375 francs à MM. Blocq et Londe; 375 francs à M. Moreau; mention très honorable : à M. Wallich. — Le prix Montyon n'a pas été décerné.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Ont été proclamés lauréats de la faculté, pour les thèses soutenues pendant l'année scolaire 1890-1891, les docteurs dont les noms suivent :

Médaille d'or : M. Woolonghan. — Médailles d'argent :

MM. Barret de Nazaris et Jauty. — Médaille de bronze : MM. Bourru, Collin, Daraignez, Margouty et Raulin.

Prix Gintrac : M. Sigalas.

— La séance annuelle de la Société de chirurgie aura lieu le mercredi 20 janvier 1892, à trois heures et demie.

Ordre du jour : 1° Allocution de M. Terrier, président; 2° Compte rendu des travaux de l'année 1890, par M. Richelot, secrétaire annuel ; 3° Notice sur la vie et les travaux de M. Ricord, par M. Ch. Monod, secrétaire général ; 4° Proclamation des prix pour l'année 1891.

— Le troisième Congrès d'Anthropologie criminelle dans ses rapports avec la sociologie et la biologie se tiendra à Bruxelles, du 28 août au 3 septembre 1892.

— Le deuxième Congrès international de dermatologie aura lieu à Vienne, du 5 au 10 septembre 1892.

— Le onzième Congrès international de médecine se tiendra à Rome, en septembre 1893. Le comité organisateur vient de se former sous la présidence de M. le professeur Bacelli. M. Maragliano est chargé des fonctions de secrétaire général.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Antonini (de Gardannes), C.-N. Halmagrand (d'Orléans), Jeanson (de Paris), Moulin (d'Argentat), Peyrusse (de Trie-sur-Baize), G. Pierre (de Contrexéville), Queyriaux (d'Eymoutiers), Elie Rossi bey (du Caire).

— Une « Société orthopédique italienne » vient de se fonder à Milan, avec siège provisoire à l' « Istuto dei Rachitici, Milano ».

— Le bal annuel de la « Société des étudiants russes de Paris » aura lieu le 12 janvier prochain, à dix heures du soir, dans les salons Philippe, au Palais-Royal.

— M. le docteur Bourneville fera le samedi 16 janvier 1892, à huit heures et demie du soir, à la mairie du V[e] arrondissement (Panthéon), une conférence sur le « service des aliénés dans le département de la Seine ».

— M. le docteur F. Raymond reprendra ses conférences cliniques, à l'hôpital Lariboisière (salle Trousseau), le samedi 16 janvier prochain, à dix heures du matin.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Traité pratique d'électricité médicale, par MM. Charles Chardin, ingénieur, et le docteur Foveau de Courmelles. 1 vol. in-18 cartonné de 252 pages avec 80 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 6. — JEUDI 14 JANVIER 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 14 JANVIER 1892. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Tout ce qui touche à l'étiologie des épidémies de fièvre typhoïde présente un grand intérêt et l'on doit enregistrer avec soin tous les documents fournis, à cet égard, par les médecins qui ont été à même de bien suivre la marche d'une de ces épidémies et d'en déterminer, autant que possible, l'origine. A ce point de vue, la communication qu'a faite, à l'Académie, M. le docteur Arnould (de Lille) nous paraît mériter toute l'attention. Elle démontre que l'eau de boisson ne doit pas toujours être seule incriminée et que le rôle de l'homme lui-même, au point de vue de la contagion, a aussi une grande importance.

Dans la séance du 8 septembre dernier, M. Charpentier a communiqué une intéressante observation de néphrite infectieuse, avec albuminurie tardive, chez une femme en état de puerpéralité (Voy. *Gazette des hôpitaux* 1891, p. 982).

L'interprétation donnée par M. Charpentier aux phénomènes observés chez cette malade, avait été discutée, en particulier, par M. Tarnier, qui, en raison même de l'apparition si tardive de l'albuminurie, croyait plutôt devoir attribuer les accidents à une septicémie puerpérale. M. Charpentier est revenu aujourd'hui sur cette observation pour répondre de nouveau à l'objection toute naturelle de M. Tarnier.

Plusieurs autres communications intéressantes ont été faites dans cette séance; M. Robin a donné lecture d'une observation rare de calcification gypseuse des ganglions lymphatiques; on trouvera plus loin cette observation. M. Chauveau a lu, au nom de M. Gayet (de Lyon), une note sur un essai de restauration osseuse de la face, note dont on trouvera le résumé au compte rendu.

Enfin M. Berger a présenté, à l'Académie, une petite fille de sept semaines, chez laquelle il a pratiqué la cure radicale d'un spina bifida lombaire, par le procédé de M. Perier, qu'il a heureusement modifié et complété de la façon suivante : dans le procédé de M. Perier, on laisse subsister une perte de substance dans l'enveloppe osseuse du canal rachidien. Or, pour combler cette perte de substance, M. Berger y a inséré une lamelle osseuse taillée dans l'omoplate d'un jeune lapin. Les suites de l'opération ont été nulles et le résultat obtenu est parfait. Ces faits de greffes osseuses, empruntées à des animaux, se multiplient et, grâce à la méthode antiseptique, semblent donner d'excellents résultats. Nos lecteurs se rappelleront sans doute l'intéressant exemple de ce genre présenté à l'Académie par M. Ricard (Voy. *Gazette des hôpitaux* 1891, p. 785). Le résultat obtenu s'est maintenu.

HOSPICE D'ISSY. — M. Albert Robin.

Adénite gypseuse des stuccateurs.

L'observation suivante est des plus instructives, et cela à un triple point de vue. Elle montre, en effet :

1° L'utilité que peut rendre la chimie dans certains cas, pour faire un diagnostic qui resterait douteux sans son intervention;

2° Elle montre que la calcification des ganglions peut être, dans certains cas, primitive, et reconnaître une origine professionnelle;

3° Enfin, cette même observation offre également un réel intérêt au point de vue de la pathologie fonctionnelle du système des ganglions lymphatiques.

Il s'agit d'un homme de soixante-dix ans, que j'ai observé et suivi pendant cinq ans à l'hospice d'Issy et dont l'histoire pathologique remontait à l'âge de vingt ans. Depuis cette époque, cet homme avait toujours été sujet à des bronchites et des broncho-pneumonies à répétition; depuis cette même époque il avait eu des troubles digestifs, à l'état, pour ainsi dire, permanent. Le moindre écart de régime produisait chez lui des désordres sérieux, principalement du côté de l'intestin; enfin, de tout temps, il avait conservé un aspect cachectique, un état général mauvais; bref, toute sa vie, sa physionomie avait été celle d'un phthisique.

Pendant les cinq ans qu'il a passés à l'hospice, j'ai pu le suivre, pour ainsi dire, à chaque instant, car les accidents dont je viens de parler nécessitaient, à tout moment, son entrée à l'infirmerie. Une fois, entre autres, en 1890, la bronchite dont il était atteint avait tellement les apparences d'une bronchite tuberculeuse, que je le considérai comme phthisique. Je dus cependant faire des réserves, parce que

les crachats du malade ne contenaient aucun bacille; cette réserve devint bien plus accentuée, lorsque je le vis guérir de sa bronchite.

L'année suivante, en 1891, il eut un rhumatisme, puis une endocardite, et il succomba à cette dernière affection, ce qui me permit de faire l'autopsie.

Bien que l'examen bactériologique n'ait pas été pratiqué à nouveau au moment où eut lieu l'autopsie, l'examen des organes que l'on aurait pu soupçonner nous montra qu'il ne pouvait être question de tuberculose. Les poumons, sauf un ancien foyer pneumonique de la base, étaient absolument sains; rien du côté des sommets. Même constatation négative du côté de l'intestin, qui ne présentait ni lésion tuberculeuse récente, ni cicatrice de lésion tuberculeuse guérie.

Par contre, tous les ganglions mésentériques, les ganglions du médiastin, de l'aisselle, du cou avaient subi la dégénérescence calcaire.

Cette dégénérescence pouvait s'expliquer de trois façons :

1° Ce pouvait être une dégénérescence secondaire, à la suite de lésions d'organes; l'on sait que ces dégénérescences sont fréquentes chez les malades atteints de lésions tuberculeuses du poumon; mais, dans l'espèce, cette explication n'était guère plausible, en l'absence de lésions tuberculeuses anciennes ou récentes;

2° Ce pouvait être la dégénérescence calcaire de Virchow, produite par des sels tirés de l'organisme et déposés dans des ganglions primitivement malades;

3° Ce pouvait être, enfin, une calcification résultant de poussières venues de l'extérieur et qui auraient pénétré les ganglions après avoir été absorbées par le malade.

C'est à cette dernière hypothèse que je me suis rallié et voici pourquoi :

Tout d'abord, j'appris que cet homme avait été stuccateur pendant plus de quarante ans, c'est-à-dire que pendant tout ce temps, sa profession l'avait obligé à vivre dans une atmosphère de poussières impalpables de sulfate de chaux; enfin, et surtout, cette hypothèse me parut vérifiée par l'analyse chimique des ganglions. Ces ganglions, en effet, contenaient 44 p. 100 de phosphate de chaux, et près de 20 p. 100 de sulfate de chaux.

Or, les analyses de ganglions calcifiés qui ont été pratiquées à maintes reprises par différents auteurs, et que j'ai pu trouver dans tous les recueils qui traitent la question, montrent que ces calcifications ne sont jamais dues au sulfate de chaux, le sel calcaire au milieu duquel a vécu ce malade.

Ce sont ces deux raisons, jointes à l'absence de lésions pulmonaires, qui m'ont fait admettre que ce sont les poussières qu'a respirées cet homme qui ont traversé ses muqueuses pulmonaire et digestive, et sont venues se fixer dans ses ganglions.

Si cette hypothèse se vérifie par la suite, nous nous trouverons en présence d'une maladie professionnelle nouvelle, que l'on pourrait désigner sous le nom de maladie des stuccateurs ou adéno-gypsose et dont la connaissance impliquerait, bien entendu, l'adoption de mesures prophylactiques applicables aux stuccateurs.

L'histoire de ce malade présente un autre intérêt, relativement à la physiologie pathologique des ganglions :

Chez cet homme, l'envahissement primitif de ses ganglions par le plâtre a eu pour conséquence d'oblitérer la circulation de la lymphe chargée d'arrêter les produits de désintégration provenant des organes auxquels ces ganglions sont annexés.

Il en est résulté dans le fonctionnement de ces organes un trouble qui s'est traduit par les désordres intestinaux et pulmonaires, dont l'état cachectique a été la conséquence éloignée.

CURE RADICALE D'UN SPINA BIFIDA LOMBAIRE

GREFFE D'UNE PLAQUE OSSEUSE EMPRUNTÉE A L'OMOPLATE D'UN JEUNE LAPIN DANS LA PERTE DE SUBSTANCE DES LAMES VERTÉBRALES.

Par M. Paul Berger, chirurgien des hôpitaux.

Les faits de guérison du spina bifida par l'opération se multiplient, et l'on peut considérer comme positivement établie l'indication de soumettre à la cure radicale tous les cas de cette nature où la communication de la poche avec le canal rachidien et la minceur des enveloppes de la tumeur menacent celle-ci de la rupture et de ses conséquences.

Le procédé opératoire le plus sûr est celui qui a été proposé et exécuté par M. Perier; on peut lui reprocher seulement de laisser subsister une perte de substance dans l'enveloppe osseuse du canal rachidien. Pour obtenir l'oblitération de celles-ci, certains auteurs, comme Dollinger et Senenko, ont pratiqué, au niveau de la ligne de réunion des parties molles, quelques greffes de périoste de lapin; d'autres, comme Robert Hayes et Mayo Robson, ont eu recours à de véritables opérations ostéoplastiques, résection, rapprochement et suture des lames vertébrales. M. Berger, chez une petite fille âgée de sept semaines, atteinte d'un spina bifida lombaire qui menaçait de se rompre, et compliqué d'une paraplégie, a eu recours au procédé suivant :

Il a, comme le fait M. Perier, taillé deux lambeaux cutanés, l'un supérieur, l'autre inférieur, aux dépens des téguments de la tumeur.

Le sac séreux a été ouvert; un cordon, qui semblait être le prolongement de la moelle, a été détaché avec soin des enveloppes et réduit dans le canal rachidien.

Une lamelle osseuse, ayant exactement les dimensions de cet orifice, a été taillée dans l'omoplate d'un jeune lapin et insérée dans la perte de substance de la paroi postérieure du canal rachidien; puis la partie exubérante du sac méningé a été excisée et son pédicule fermé par une suture en surjet.

Enfin, on a ramené et suturé les deux lambeaux cutanés sur la réunion des parties profondes.

Les suites opératoires ont été nulles. L'enfant est guéri depuis plusieurs semaines : la cicatrice est bonne, nullement bombée, très résistante, mais l'on ne peut encore se prononcer ni sur la persistance, à l'état de cloison osseuse, de la greffe hétéroplastique qui a été introduite dans la perte de substance du rachis, ni sur la disparition de la paraplégie que présentait l'enfant et que l'opération a légèrement accrue, ni sur le développement ultérieur possible d'une hydrocéphalie.

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA GRIPPE

Par M. le docteur Debord, de Lubersac (Corrèze).

La grippe vient de sévir, pour la seconde fois depuis 1889, dans le canton de Lubersac. L'épidémie que nous venons d'observer débuta vers le 10 novembre et dura environ un mois et demi. Pendant les trois premières semaines, le nombre des individus atteints fut considérable : il n'était pas rare de rencontrer jusqu'à cinq et six malades dans la même maison. A partir du 25 décembre, les cas de grippe allèrent en décroissant et, bientôt, on ne constata que quelques cas isolés.

L'affection débutait par un malaise général, des frissons,

une céphalalgie intense durant de trois à quatre jours, des douleurs musculaires dans les lombes, les bras, les jambes, la paroi thoracique; la fièvre était modérée, la température oscillait entre 38 et 39 degrés.

Dès le lendemain, il y avait de la toux et le troisième jour l'expectoration était purulente. A partir de ce moment, la marche de la maladie était essentiellement variable.

Dans les cas bénins, les malades, *a*. après avoir présenté des signes de trachéo-bronchite avec expectoration, entraient en convalescence au bout d'une semaine.

b. Chez un assez grand nombre, vers le cinquième jour, on constatait des râles muqueux abondants « dans toute l'étendue de la poitrine » avec fièvre modérée (38°5), expectoration abondante, mais sans dyspnée. Ces malades guérissaient en moyenne en quinze jours, sauf dans les cas, assez rares du reste, où ils faisaient de la broncho-pneumonie (5 cas) vers le sixième jour.

c. Les complications les plus sérieuses ont été constatées chez les catarrheux, tousseurs habituels. Nous pouvons dire que pas un n'y a échappé. Chez ceux-là, du soir au lendemain, la poitrine était envahie par des râles sibilants et muqueux fins, il y avait de la dyspnée. La température s'élevait rapidement, l'expectoration devenait difficile, les extrémités se cyanosaient, le malade avait du délire et mourait asphyxié vers le cinquième jour après le début des accidents. Nous avons perdu huit malades dans ces conditions.

C'est donc sous la forme broncho-pulmonaire que la grippe de 1891 s'est présentée le plus souvent à notre observation.

Dans quelques cas, bien rares, la maladie débutait par des vomissements, avec langue saburrale, diarrhée, et se terminait sans complications en quelques jours.

L'épidémie de 1891 a été, ici, beaucoup plus grave que celle de 1889. Cette année-là, il y eut beaucoup de personnes atteintes, mais elles l'étaient si peu, que la plupart ne demandaient pas le médecin. En 1889, il y eut peu de complications pulmonaires, et partant peu de décès. En 1891, les complications ont été pour ainsi dire la règle. Aussi, sur 150 malades environ que nous avons observés nous avons eu 12 décès, dont :

8 par bronchite capillaire,
2 par pneumonie franche,
1 par broncho-pneumonie,
1 par gangrène pulmonaire.

Ajoutons, en terminant, que les individus atteints une première fois ont été, le plus souvent, épargnés cette année; et que presque tous nos malades ont présenté pendant leur convalescence un manque de sommeil et une inappétence absolus.

La plus grande mortalité a porté sur des hommes de quarante à cinquante ans.

Nous n'avons constaté que quelques cas chez des enfants et tous d'une très grande bénignité.

Comme traitement, nous avons employé la quinine d'une façon systématique, les révulsifs : teinture d'iode, pointes de feu, rarement les vésicatoires, les toniques de toute sorte, alcool, quinquina, injections sous-cutanées de caféine. Cela ne nous a pas empêché d'avoir une mortalité élevée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 janvier 1891. — Présidence de M. Regnault.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une note de M. Dézautière sur la dyspepsie des mineurs.

COMMUNICATION

Epidémie de fièvre typhoïde, en 1891, sur les troupes de Landrecies, Maubeuge et Avesnes. — M. Arnould (de Lille) donne la relation d'une épidémie de fièvre typhoïde qui se déclarait le 9 janvier 1891 dans la garnison de Landrecies, au mois de février effleurait Maubeuge et gagnait, le 10 mars, les troupes d'Avesnes.

Le 84e régiment d'infanterie, qui a un bataillon à Landrecies et deux à Avesnes, fit presque seul les frais de cette épidémie, pour ce qui concerne l'armée. Il compta 370 entrées de typhoïsants et 35 décès (sur un effectif d'environ 1 300 hommes).

La population civile fut à peine touchée à Landrecies; mais il n'en fut pas de même à Avesnes.

L'eau de Landrecies est une eau de source sans soupçon. Les soldats, qui ont fourni 63 cas, et les habitants qui en ont eu 6, la boivent les uns comme les autres. On la fit bouillir pour l'usage des casernes à partir du 20 janvier, et l'épidémie a duré jusqu'en mars. La garnison de Maubeuge boit trois eaux différentes; il y a eu des cas parmi les consommateurs de chacune d'elles. La plus suspecte semble être celle de la distribution municipale; une partie des troupes la partage avec les habitants, qui n'ont pas eu un cas de fièvre typhoïde. A Avesnes, l'eau est très suspecte, quoique de source. C'est l'eau même des rues de la ville qui a glissé dans les interstices des bancs calcaires du rocher en saillie et presque isolé, sur lequel Avesnes est construite. Or, la ville pratique le « tout à la rue » et les fosses fixes. En outre, le lieu de captage est dans la ville même et à vingt-cinq mètres du bord de l'Helpe, qui déborde quelquefois et pénètre dans les bassins.

Cependant, il n'est pas certain que cette eau ait été le véhicule de l'infection, qu'elle n'avait, du reste, jamais apportée, depuis dix ans qu'on la boit.

En effet : 1° l'Helpe n'a débordé qu'une fois, le 31 mars, après le début de l'épidémie; 2° la caserne, par où elle a commencé, n'a que des fosses mobiles; 3° la pratique de l'ébullition de l'eau de boisson des troupes, du 26 mars jusqu'en août, n'a produit aucun résultat; 4° les compagnies ont bu une eau différente pendant qu'elles étaient aux grèves et n'ont pas moins eu la fièvre typhoïde en rentrant; 5° il y a eu, à Avesnes même, des cas chez des personnes qui ne buvaient jamais d'eau municipale; 6° il y en a eu dans les communes environnantes; 7° il n'y en a pas eu jusqu'en juin, à la prison civile; à cette époque, on donna aux détenus de l'eau bouillie, et des condamnés prirent la fièvre typhoïde en juillet; 8° de quatre analyses bactériologiques de cette eau, la première, en mars, et la dernière, en octobre, la reconnurent très pure; les deux autres, en juin et août, y découvrirent, *après* les manifestations de l'épidémie, le bacille du côlon, jamais le bacille typhique.

En revanche, le rôle de l'homme est manifeste : 1° dans l'importation du mal de Landrecies à Maubeuge et à Avesnes; 2° dans les atteintes des médecins et de 12 infirmiers (sur 55) de l'hôpital de Maubeuge (où passèrent 250 typhiques). Ces infirmiers firent leur fièvre typhoïde en septembre-octobre, alors que pas un homme de la garnison n'y participait; 3° dans celles des soldats employés à la désinfection; 4° dans des faits très nets de transport à six localités voisines, quelquefois par des tiers indemnes.

Parmi les circonstances adjuvantes, le confinement atmosphérique et le surmenage ont eu une influence indéniable.

Pour la prophylaxie, l'eau bouillie ayant échoué, on a eu recours à l'isolement, à l'abandon des foyers, à la désinfection des

locaux et objets, dont les résultats, quoique tardifs, ne semblent pas douteux.

M. LÉON COLIN a fait une enquête à Avesnes d'où il résulte que cette épidémie lui paraît avoir été produite par l'eau de boisson, qui est souillée de diverses façons. Il est indispensable que la municipalité de cette ville se préoccupe d'amener de nouvelles eaux à l'abri de toute souillure, dans l'intérêt de la population civile et de la garnison.

M. ARNOULD a réclamé énergiquement les mesures dont vient de parler M. Colin, c'est-à-dire la captation d'eau de source à distance, dans un terrain convenable, sources qui existent en abondance et peuvent être captées facilement. Néanmoins, il persiste à déclarer que, dans cette épidémie, l'eau de boisson n'a pas été la cause déterminante de la fièvre typhoïde.

Adénite gypseuse des stuccateurs. — M. A. ROBIN fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 49.)

M. OLLIVIER demande à M. Robin s'il a examiné, au point de vue bactériologique, les organes de son malade après la mort.

M. A. ROBIN répond que, vu l'absence totale de lésions tuberculeuses dans les différents organes, cet examen n'a pas été fait.

M. OLLIVIER fait observer qu'on aurait pu avoir affaire à une tuberculose guérie et ayant laissé après elle une calcification ganglionnaire.

Il a déjà vu ce fait plusieurs fois.

On voit des tuberculoses durer ainsi très longtemps et se terminer par une calcification ganglionnaire ; au point de vue clinique, cette hypothèse semble plus admissible que celle de M. Robin.

M. A. ROBIN dit que c'est aussi l'hypothèse qui s'était présentée la première à son esprit, mais la présence insolite du sulfate de chaux, en grande quantité (18 à 20 0/0), dans les ganglions de son malade, suffit, selon lui, pour la rejeter.

LECTURES

Un essai de restauration osseuse de la face. — M. CHAUVEAU lit, au nom de M. Gayet (de Lyon), un travail basé sur l'observation d'un malade qui avait subi un violent traumatisme par enfoncement de la région sous-orbitaire gauche. Ce traumatisme avait laissé à sa suite une cicatrice difforme avec dépression de la peau et lésions osseuses sous-jacentes ; il existait, en particulier, un enfoncement persistant de la paroi antérieure de l'os maxillaire et de l'os jugal ; en outre, le rebord orbitaire avait été comme écrasé et abaissé de plus d'un centimètre ; la première indication était donc de le relever et de chercher à le fixer à sa place normale.

Les particularités du cal une fois bien établies, M. Gayet circonscrivit, dans une incision périostique, toute la portion du rebord orbitaire à soulever, puis, après l'avoir détaché en le circonscrivant par une série de trous très rapprochés et réunis ensuite au moyen d'une petite lime tournante, il le fixa par des clous de platine bicoudés, en tout semblables aux chevilles métalliques avec lesquelles on racommode les faïences. Le rebord orbitaire ne tenant plus que par le plancher, M. Gayet releva le tout au moyen d'un ciseau, sans fracturer le plancher, mais simplement en le courbant, déterminant ainsi un écartement osseux entre les lèvres duquel on apercevait l'antre d'Highmore. Pour maintenir ces lèvres écartées, M. Gayet plaça dans deux trous, en regard deux à deux, trous pratiqués sur chacune des deux lèvres osseuses, des chevilles bicoudées faites de platine et d'iridium ; pour consolider le tout, un véritable clou fut noyé dans les os au niveau de l'extrémité externe de la plaie.

Les suites de l'opération furent très simples et les résultats excellents ; la déformation de la face a été très notablement améliorée. Cette observation prouve la grande tolérance des os de la face vis-à-vis des corps métalliques, tolérance assez grande pour permettre des restaurations osseuses, quitte à fixer les os au moyen de clous.

Un cas de néphrite infectieuse puerpérale. — M. CHARPENTIER rappelle avoir rapporté récemment à l'Académie une observation de néphrite infectieuse survenue dans l'état puerpéral (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 982). La question était de savoir si la néphrite était due à la septicémie puerpérale comme le pensait M. Tarnier, ou s'il s'agissait d'une néphrite infectieuse complètement étrangère à cette septicémie.

Pour élucider cette question, M. Charpentier utilisa les recherches communiquées par M. Semmola, d'où il résulte que, par l'injection d'urine de sujets infectés à des animaux, on provoquait chez ceux-ci des symptômes comparables à ceux présentés par les malades.

Avant de faire cette expérience M. Charpentier chercha, avec M. Butte, s'il y avait des microbes dans le sang et dans l'urine de la malade ; ils n'en trouvèrent aucun.

Ils injectèrent alors à des lapins les urines de la malade et ces urines furent très toxiques, mais les animaux ne présentèrent pas les signes de la septicémie puerpérale.

Ces produits toxiques qui, au début, n'étaient pas accumulés dans l'organisme en quantité suffisante pour provoquer les phénomènes caractéristiques de l'urémie, furent cependant assez abondants pour déterminer des frissons et de l'hyperthermie.

Ces recherches conduisent aux conclusions suivantes : tout en admettant que la puerpéralité a joué un certain rôle dans les accidents présentés par cette malade, ce rôle n'a été qu'accidentel et on s'est trouvé en présence d'accidents causés par les produits toxiques de l'urine.

On peut faire deux hypothèses pour ce qui s'est passé ultérieurement :

1° Une néphrite, quelle qu'en soit la cause, s'étant produite, il y a eu rétention plus abondante qu'antérieurement des produits toxiques d'excrétion, et, partant, phénomènes graves ;

2° Les produits d'excrétion devenus plus abondants ont eux-mêmes irrité le rein au moment de leur élimination et ont été le point de départ de la néphrite.

Quelle que soit l'explication qu'on admette, les accidents morbides ont été produits par une infection due à la rétention des produits d'excrétion et non par la septicémie puerpérale.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Électrolyse linéaire. — M. FORT présente un malade atteint de rétrécissement de l'urèthre et demande qu'il soit exploré, avant l'opération de l'électrolyse linéaire, par les membres de la commission auquel a été renvoyée sa communication sur son procédé opératoire.

Le malade est soumis à l'examen de MM. Péan et Tillaux, membres de ladite commission.

Spina bifida lombaire; cure radicale. — M. BERGER présente une malade à laquelle il a pratiqué la cure radicale d'un spina bifida lombaire par la greffe d'une plaque osseuse empruntée à un jeune lapin. (Voir plus haut, p. 50.)

Encéphalocèle. — M. BERGER donne des nouvelles de l'enfant qu'il a opérée il y a deux ans pour une encéphalocèle, et qu'il a présentée à l'Académie le 14 janvier 1890.

Cette petite malade, à laquelle il avait enlevé une masse de substance cérébrale contenue dans les enveloppes méningées, s'est régulièrement développée ; elle a appris à parler et ne se distingue en rien des enfants de son âge.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Pyrophore-cautère du docteur G. Bay. — M. GUYON présente, au nom de M. le docteur C. Bay, l'appareil dont suit la description :

Cet appareil, auquel l'Académie des sciences vient de décerner le prix Montyon (arts insalubres), est destiné aux opérations chirurgicales. Il produit comme les thermocautères connus — dont il diffère cependant par le principe et le fonctionnement — le

phénomène de l'incandescence du platine en présence de vapeurs carburées.

Il offre, en outre, sur ces mêmes thermocautères, les avantages suivants :

1° Suppression de la soufflerie ; — 2° Automatisme du fonctionnement ; — 3° Réglage parfait de l'incandescence ; — 4° Suppression de l'assistance d'un aide, — l'opérateur conservant, de plus, la liberté de la main gauche.

Il existe de cet appareil deux types dont voici la description sommaire :

L'instrument dit « petit modèle » (voir figure 1) fonctionne au moyen de l'alcool mis sous pression et entraînant l'air nécessaire à la combustion. La génération de ces vapeurs est rendue automatique de la façon suivante :

A, chaudière sphérique dans laquelle on introduit une dose d'alcool par l'ouverture D à bouchon métallique.

E, prise centrale de la vapeur d'alcool.

F, orifice capillaire injecteur de vapeur — formant trompe et introduisant par le conduit JR le mélange combustible jusqu'au foyer à incandescence N contenu dans le couteau.

A son passage par la chaudière le tube adducteur des gaz mélangés s'ouvre latéralement au point L dans une chambre cylindrique B, ouverte aux deux bouts et contenant un ruban de platine C, dont l'incandescence maintient la vaporisation de l'alcool.

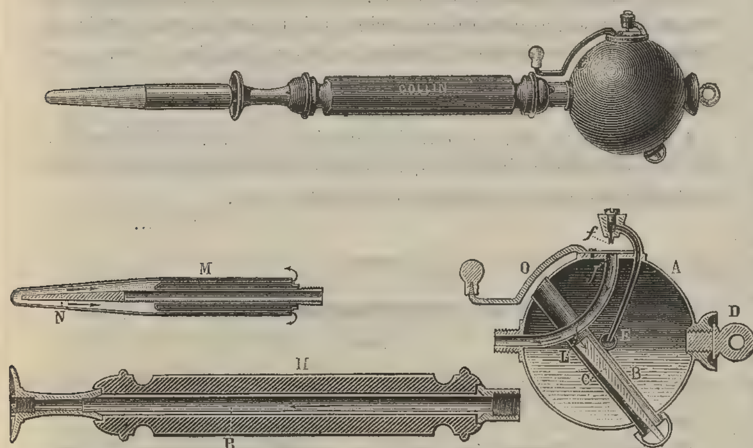


Fig. 1.

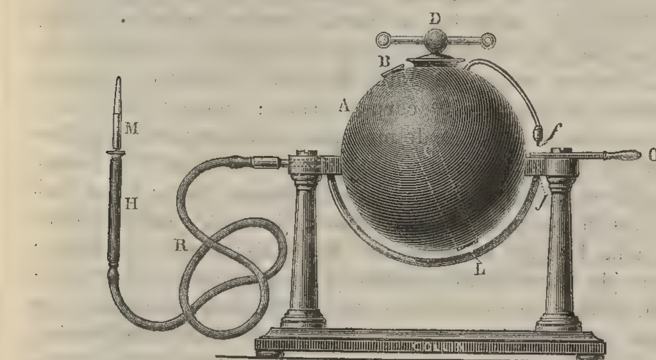


Fig. 2.

O, manette gouvernant un diaphragme mobile pour régler le mélange d'air et de vapeur et donner au couteau de platine le degré d'incandescence voulu.

Le type dit « grand modèle » (voir fig. 2), créé pour les longues opérations, comporte un générateur fixe, simplement relié au couteau de platine par un tube en caoutchouc. Il est basé et construit sur le même principe.

La vapeur souffle en F dans le tube J, pour se rendre à la pointe, laissant — chemin faisant — une partie de son courant qui passe par le trou L pour alimenter un ruban de platine C contenu dans le tube B qui traverse la chaudière de part en part. Le régulateur est en O.

Point n'est besoin d'insister — quoique la confusion ait été tentée à diverses reprises — sur ce fait que le Pyrophore-cautère, tel qu'il vient d'être décrit, ne présente, avec les thermocautères connus, aucune relation de conception. S'il offre avec ceux-ci, pour l'observateur superficiel, une similitude purement objective, c'est que, comme ces instruments, il produit le phénomène d'incandescence du platine sous l'action des vapeurs carburées; mais là, c'est-à-dire à une fraction de l'effet, au résultat brutal — abstraction faite même de ses modalités — se borne cette quasi-similitude. La cause et les moyens mis en œuvre sont absolument nouveaux, l'idée première est absolument personnelle à M. le docteur Bay, qui a, en outre, créé pour ces instruments une disposition particulière de foyers. Cette disposition peut se prêter à toutes les formes de figures spéciales, et sa caractéristique est la conservation du calorique à un degré non encore réalisé, ainsi que la restitution rapide de la chaleur vive absorbée par les tissus. Ces foyers peuvent fonctionner avec l'ancien système de soufflerie.

Le Pyrophore-cautère de M. le docteur Bay a été construit par M. Collin.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Du génie et de la folie

Une douloureuse nouvelle préoccupe, en ce moment-ci, tous ceux qui, de près ou de loin, s'intéressent aux choses de la littérature. M. Guy de Maupassant, qui, définitivement, avait marqué sa place au premier rang parmi les romanciers français, vient d'être frappé de folie, à quarante-deux ans. Dans le Midi, où il était en villégiatnre, il a eu un accès aigu, pendant lequel il a tenté de se tuer, et, le délire persistant, il a fallu le ramener précipitamment à Paris et l'interner dans un asile.

Le monde médical n'est pas plus insensible que le monde des lettres ou que le grand public à ce pénible événement. Notre métier laisse très peu de temps à consacrer à la lecture des fantaisies de l'imagination, mais l'œuvre de Maupassant, par sa virilité, par sa santé, par sa vigueur, par le choix des sujets, par la justesse de l'observation, par la simplicité et la limpidité du style, par la belle humeur du récit, était de celles que nous aimions tous. Outre cette admiration, il y a pour nous autres, dans le cas de cet homme qui semblait être le plus sain, le moins déséquilibré des artistes contemporains, et qui pourtant est un malade, un curieux problème de psychologie médicale, qui peut se formuler ainsi : « Existe-t-il vraiment une relation entre le génie et la folie, et dans quelle mesure ? »

Ceux d'entre nous qui ont, dans leur clientèle, un certain nombre d'écrivains ont été certainement frappés de la terreur presque comique qui les envahit tous en ce moment. Il nous font demander, sous prétexte d'influenza, et, quand nous les avons auscultés, ils nous disent avec un regard inquiet :

— Dites-moi donc, docteur, si j'allais devenir un toqué, moi aussi?... Depuis quelques jours, je remarque que mes idées tendent à s'embrouiller. Je me mets en colère pour un oui, pour un non... est-il vrai que le talent n'est qu'une névrose, et que la démence nous guette à peu près tous?...

Les journaux politiques et littéraires regorgent d'articles sur la folie. L'un d'eux nous la prédit comme devant envahir le genre humain entier, à bref délai. Un autre nous montre les pauvres écrivains martyrs de leur génie, succombant au poids de leurs pensées. Tel autre, plus modeste, se borne à interviewer tous les maîtres aliénistes, et, comme il n'est pas du métier, comme il n'a pas l'éducation technique nécessaire pour relier leurs opinions, il raconte au public que, selon leur coutume, les savants ont chacun leur avis différent.

Et la panique règne dans l'armée littéraire. Chacun se croit assez de génie pour devenir fou ; presque tous font emplette du volume de Lombroso sur le *Génie et la folie*, et ce livre, dont les

conclusions sont en effet terrifiantes, les obsède jusqu'à les empêcher de travailler.

Qu'y a-t-il au juste de vrai dans les affirmations du savant criminaliste italien? Que devons-nous répondre à un client littérateur qui nous demande s'il va devenir fou? C'est cela que je voudrais tenter de dire en quelques mots.

Sans sourciller, Cesare Lombroso nous affirme : 1° que presque tous les fous ont des tendances artistiques; 2° que tous les hommes de génie sont des dégénérés de la forme épileptoïde, comme il dit.

A l'appui de ces assertions, il cite un grand nombre de noms, dont quelques-uns sont ignorés en France, dont beaucoup d'autres sont assez démonstratifs, voici les plus notoires de sa liste : J. César, Pétrarque, Le Tasse, Villon, Molière, W. Scott, Swift, Edgard Poë, Hoffmann, J.-J. Rousseau, Byron, Hugo, G. de Nerval, Baudelaire, Flaubert, Jules de Goncourt, A. Comte, Ampère, Cardar, Shopenhauer, Dostojewsky, Goyol, Napoléon I[er], à peu près tous les hommes qui furent les grands initiateurs de l'humanité, sans compter les ratés, les médiocres et les humbles.

Il donne assez souvent des preuves concluantes, mais ne va-t-il pas un peu loin quand il affirme, par exemple, que chez tout homme de talent, chez les artistes en particulier, il faut considérer l'orgueil comme analogue au délire des grandeurs; le pessimisme comme semblable au délire des persécutions; la colère facile comme l'embryon de la folie furieuse; les distractions comme des absences épileptiques; l'inspiration comme un accès de morbus sacer larvé?...

Ce sont là des rapprochements bien lointains, bien peu rigoureusement scientifiques, à ce qu'il semble.

Aliénés ou non, presque tous les hommes illustres vivent et font leur œuvre sans qu'il soit besoin de les enfermer. Les statistiques nous démontrent que les asiles d'aliénés ne renferment pas proportionnellement plus d'écrivains et d'artistes que de marchands ou de militaires. Il ne faut donc pas laisser croire que la littérature est un métier qui prédispose à la folie.

N'est-il pas plus logique d'admettre que la plupart des gens de lettres, vivant d'une existence factice et surmenée, adonnés bien souvent aux excitants artificiels et ne se ménageant d'aucune sorte, sont plutôt des neurasthéniques, de simples déséquilibrés, des bizarres et non des fous? Le vieux mot des latins « genus irritabile vatum », est encore aujourd'hui le mot juste. Faibles et irritables, c'est bien ainsi que nous les connaissons, quand nous sommes appelés à les voir dans la clientèle. Ils sont fêlés, incontestablement, mais d'une fêlure bénigne, comme tous les civilisés, comme tous ceux qui sortent du commun; car il n'y a de véritablement sains que les simples d'esprit, et le repos des nerfs comme le royaume des cieux est à eux seuls.

Où Lombroso est plus digne de foi, c'est quand il traite la question de l'hérédité du talent.

Il est certain que le génie, que la vocation artistique se développent très souvent dans une famille de dégénérés. Ici, les exemples indiscutables abondent. Les gens illustres ont fréquemment des fous parmi leurs ascendants, leurs collatéraux ou leurs descendants. C'est, comme l'a dit justement le professeur Charles Richet, un arbre à bout de sève qui donne des avortons ou des fruits monstrueusement beaux. Le cas de Victor Hugo est l'un des plus typiques. Guy de Maupassant est né d'une mère malade, et son frère est mort fou. On en pourrait citer vingt autres.

Oui, il est très probable que le génie est une forme de la dégénérescence ; mais précisément, parce qu'un membre de la famille dégénérée est devenu un homme éminent, tandis que les autres ont sombré tristement, il est plus que les autres, en règle générale, à l'abri de la démence vraie.

Le cas de M. Guy de Maupassant est donc un cas exceptionnel et nous devons rassurer ses confrères qui sont péniblement hantés par son exemple.

La vérité doit être celle-ci. Un homme de lettres qui ne s'intoxique pas, qui n'est ni un alcoolique, ni un morphinomane, ni un éthéromane, ni un opiophage, ni un cocaïnomane, ne risque pas de finir dans un asile d'aliénés, s'il n'est pas un héréditaire. S'il a des fous dans sa famille, il arrive souvent que son talent même soit sa manière à lui d'être un dégénéré et un préservatif de la folie.

Les cas avérés d'hommes de génie ou de talent, perdant absolument la tête, sont assez rares, à tout prendre.

En voici un, pourtant, qui n'est pas connu que je sache, et dont le récit m'a été fait par un témoin digne de foi :

Victor Hugo, qui fut le plus puissant génie littéraire du siècle, avait en outre, dans la pratique de la vie, un merveilleux bon sens, et l'équilibre de ses facultés stupéfiait son entourage. Il se montrait presque absolument inaccessible aux douleurs physiques et morales.

Mais un soir, un peu après sa rentrée en France, après la guerre, comme on venait à parler d'un de ses fils, mort depuis des années, ses convives entendirent un grand sanglot. Pour la première fois, l'impassible pleurait. Il ne répondit rien aux questions dont on le pressait, et tous les jours suivants, il demeura silencieux et morne, repoussant toute nourriture et ne travaillant pas, lui qui n'avait pas encore passé une journée entière sans écrire.

Il fut ainsi pendant un mois. On l'envoya à Guernesey; on l'isola dans son appartement aérien qui domine la mer. Puis, un jour, il prit une plume et dessina, selon sa manière bizarre, une maison toute noire avec une fenêtre claire, voulant symboliser ainsi le retour de sa lucidité partie.

A dater de ce jour, il redevint pareil à ce qu'il était autrefois. Et cet intermède d'un mois, au cours d'une si longue vie, fut la seule faiblesse de ce cerveau génial entre tous.

D[r] Z...

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 10 janvier 1892, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bor, professeur à l'École de médecine d'Amiens; Bouchard, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Bourru, médecin en chef de la marine; Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Chalvet, maire de Saint-Marcellin; Chauvel, directeur du service de santé du 9e corps d'armée; Choquet (de Paris); Dayot, professeur à l'École de médecine de Reims; Degoix et Deschamps (de Paris); Demange, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; Duclos, professeur à l'École de Tours; Finot, médecin des écoles normales de l'Aube; Gouault, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris; Larat (de Paris); Launois (de Saint-Cloud); Leclerc (d'Arras); Marieux (de Paris) ; Martin, maire de Conches-les-Mines; Mazeirac, secrétaire des Facultes de médecine et des sciences de Toulouse; Nicaise, agrégé libre près la Faculté de médecine de Paris; Ollier (d'Espalion) ; Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux ; Pozzi, agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Pruvost (de Paris) ; Soulier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Thomas, professeur à l'École dentaire de Paris; Thierry, professeur à l'École de médecine de Rouen ; Vaissette (de Paris), Yver (de Flers).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Arnaud (de Vanves); Audoly (de Villars); Augagneur, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon ; Auvraty, médecin principal des colonies; Baldy, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth ; Barbé (d'Henrichemont); Baudin (de Bellevaux); Bécour (de Lille) ; Berlingeri (de Bastia) ; Bernard (de Sidi-bel-Abbès) ; Bertaux, prosecteur à la Faculté de médecine de Lille; Berthod (de Paris); Bottard (du Havre); Bouteloup (d'Orléansville); Bresse (de Blidah); Briot (de

Chaussin); Cartaz (de Paris); Cathala (de Cette); Cerf-Mayer (de Brest); Chalvet (de Valence); Chambellan (de Paris); Charpentier, agrégé près la Faculté de médecine de Paris; Cousin (de Paris); Cuffer, médecin en chef du Conseil d'État; Daumas et Debierre (de Paris); Defant (de Neuilly-sur-Seine); Deluermoz (de Vulbens); Demars (de Paris); Deshayes (de Rouen); Dupré, Garsaux, Guillier et Hitier (de Paris); Jacques (de Saint-Bonnet); Jeudi de Grissac (d'Argenteuil); Labouré (d'Aïn-Temouchent); Lagreula (d'Argelos); Largillière (de Roubaix); Laurens (de Nyons); Lecaudey (de Paris); Leroy (de Paris); Levrat (de Nantua); Mabille (de Lafont); A. Martin, L. Martin et Maurange (de Paris); Merz, professeur à l'École de médecine d'Alger; Noel (de Noyers-Saint-Martin); Orval (de Paris); Paoli (de Coti-Chiavari); Pelet (de Védènes); Popis (de Chécy); Pousson, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux; Renard, Ribard et Richard (de Paris); Retterer, préparateur à la Faculté de médecine de Paris; Roland, professeur à la Faculté de médecine de Poitiers; Roussel (de Romescamps); Sauvage (de Châteauneuf); Séjournet (de Bourges); Sévène (de Mont-Louis); Soulerin, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth; Thiéry, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris; Toupet (de Paris); Vautrin, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy; Ville, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier; Villebrun (de Saint-Chinian).

Mme la sage-femme Henry (de Nancy).

MM. les pharmaciens Gousselin (de Beaugé); Mayaud (de Paris); Nicard (de Vesoul); Prost (de Culoz); Savoye (de Conches-les-Mines); Valby (de Mustapha).

M. Dumez, fabricant d'instruments de chirurgie, à Paris.

— La Société de médecine de Paris vient de renouveler son bureau de la manière suivante :

Président, M. Dubuc; vice-président, M. Dubrisay; secrétaire général, M. Christian; secrétaires annuels, MM. Julien et Frémont; trésorier, M. Gillebet d'Hercourt; archiviste, M. Pellier.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur de Quatrefages, membre de l'Institut. L'éminent savant a succombé à une attaque d'influenza.

— Postes médicaux. — Indre-et-Loire : s'adresser à M. le docteur Gasté, 21, rue Saint-Claude, à Tours.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 7. — SAMEDI 16 JANVIER 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 16 JANVIER 1892. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement chirurgical des suppurations pelviennes.

Par le docteur Stéph. BONNET,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Par *suppurations pelviennes*, nous voulons entendre les suppurations développées dans la sphère des organes génitaux internes de la femme, à l'exclusion des cellulites suppurées qui peuvent s'observer aussi chez l'homme, secondairement à une affection inflammatoire ou néoplasique des organes du bassin. C'est, du reste, dans ce sens restreint, bien que trop compréhensif encore, que cette appellation a été comprise par la Société de chirurgie, lors de la discussion récente dont cette question a fait l'objet. L'expression de *suppurations péri-utérines*, adoptée par M. Segond, désigne donc mieux les lésions complexes que nous avons en vue.

Avant d'aborder leur traitement, il est bon de rappeler, en quelques lignes, les principaux caractères anatomo-pathologiques avec lesquels on a coutume de les rencontrer.

I

L'histoire la plus récente et la plus complète des suppurations pelviennes a été faite par M. Delbet (1), à qui nous ne saurions mieux faire que de renvoyer, et à qui nous avons fait de nombreux emprunts. Nous nous bornerons à signaler rapidement les principales formes contre lesquelles le chirurgien peut être appelé à intervenir.

Les formations purulentes peuvent être *intra-péritonéales*, *extra-péritonéales*, ou à la fois *intra et extra-péritonéales*.

A. Dans la première hypothèse, le pus est libre dans la cavité pelvienne, ou enkysté dans des cavités préexistantes ou néoformées. Il est libre dans certains cas d'infections puerpérales subaiguës. M. Reclus (1) en a observé et opéré quatre cas qu'il décrit comme des exemples de pelvi-péritonite, primitive en quelque sorte, c'est-à-dire sans lésion préalable et appréciable des trompes, et survenant du cinquième au quinzième jour après l'accouchement. Ces malades sont ordinairement entre les mains des accoucheurs et guérissent spontanément sans intervention aussi puissante que la laparotomie.

Dans l'immense majorité des cas, les suppurations intra-péritonéales sont chroniques et enkystées. Ce n'est pas ici le lieu de refaire l'histoire des théories pathogéniques des inflammations pelviennes : il semble certain que toutes sont justifiées par des faits et n'ont eu que le tort de vouloir expliquer trop de cas (2).

Il est généralement admis que l'inflammation de la trompe succède le plus souvent à celle de l'utérus par continuité des muqueuses (3). Celle de l'ovaire peut être, et est en réalité, souvent secondaire à la salpingite, par contiguité, et le péritoine péri-annexiel participe par cette voie, à des degrés divers, au processus. Il semble démontré aussi que l'infection, partie de l'utérus, du col plus particulièrement, peut gagner l'ovaire et la trompe par la voie lymphatique et par le hile de ces organes (4). Quelle que soit la voie suivie par les micro-organismes et quels que soient ceux-ci, la suppuration se cantonne dans la cavité de la trompe et le parenchyme de l'ovaire isolément ou simultanément. La périmétro-salpingite qui en est la conséquence se présente sous divers aspects, depuis la simple adhérence lâche et récente, jusqu'à la formation de cavités cloisonnées et pleines de pus formées par le péritoine épaissi ou la paroi des viscères voisins.

La formation du pus peut aussi n'être que secondaire : comme on l'observe parfois après inflammation d'une hémato-salpinx, d'une grossesse ectopique, d'un hématome de l'ovaire, d'un kyste de l'ovaire ou du ligament large. Si le pus est, dans les formes chroniques, souvent emprisonné dans des parois épaisses et résistantes, il parvient quelquefois à se faire jour par le vagin, la vessie, l'intestin, par

(1) DELBET. *Des suppurations pelviennes chez la femme*, Steinheil 1891.

(1) RECLUS. Congrès français de chirurgie, avril 1891; — De la pelvi-péritonite, *Semaine méd.*, n° 35, 1891.

(2) Voir DOLÉRIS et BONNET. Métrite cervicale, *Nouv. Arch. d'obst. et de gynécol.*, janvier-février-mars 1891.

(3) MONTPROFIT. Th. de Paris, 1888.

(4) DOLÉRIS et BONNET. Loc. cit. — Robert BELL. *Brit. Med. Journ.*, nov. 1891.

l'utérus lui-même (1) et la suppuration se complique de fistules.

B. *En dehors du péritoine*, l'inflammation siège dans le tissu cellulaire péri-utérin. Elle succède ordinairement à un puerpérium ou à un traumatisme septiques, surtout lorsqu'une lésion du col a ouvert la voie des lymphatiques et des veines. Suivant son siège, son degré d'évolution ou la conception pathogénique qu'on s'en est faite, on a donné au processus les noms de : *abcès phlegmoneux intra-pelviens* (Marchal), *cellulite pelvienne* (Simpson), *paramétrite* (Virchow), *adéno-phlegmon juxta-pubien* (A. Guérin), *phlegmon du ligament large*, *d'abcès pelviens proprement dits*, etc., etc... Le pus, une fois collecté, a beaucoup plus de tendance à s'évacuer au dehors que dans les hypothèses précédentes, et c'est alors qu'on le voit faire saillie et s'évacuer par les viscères voisins, par la paroi abdominale, au niveau des régions inguinale, crurale, fessière, etc.

C. Enfin, ces deux localisations, *intra et extra-péritonéale*, peuvent se compliquer, et cela, par deux processus différents. L'inflammation peut se propager concurremment vers les annexes et le péritoine, par la voie des muqueuses, et dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, par la voie vasculaire, lymphatique ou veineuse. C'est ce qui s'observe dans les infections puerpérales graves à streptocoques et à une période récente.

Ou bien, dans un autre ordre de faits, et de faits anciens surtout, le pus, primitivement collecté dans les annexes ou dans une cavité pelvi-péritonéale, finit par forcer l'obstacle que lui oppose la paroi, et par infecter directement et secondairement le tissu cellulaire sous-péritonéal. C'est dans ces cas complexes et de traitement difficile, qu'on trouve l'utérus baigné de pus, enclavé dans une masse de tissus dénaturés et qu'il est impossible de reconnaître : c'est, en un mot, cet état que décrit fort bien l'heureuse expression d'*éponge purulente*, dont on s'est servi récemment.

Ce petit hors-d'œuvre anatomique permettra peut-être d'apprécier plus facilement à quels cas particuliers conviennent les diverses méthodes de traitement que nous allons passer en revue.

II

La thérapeutique active des suppurations du bassin est l'une des conquêtes récentes et fécondes de la chirurgie moderne.

L'expectation systématique ou résignée a été longtemps la seule arme qui leur fût opposée, et le trocart ou le bistouri, sollicités par le pus, apparaissant à fleur de peau ou de muqueuse, ne faisaient que prévenir de quelques jours l'ouverture spontanée. Aujourd'hui, par une sorte de réaction que justifient si bien les ressources de l'antisepsie, on voit se multiplier les méthodes les plus variées, en même temps que les plus hardies et les plus radicales.

Toutes n'ont pas la même valeur absolue : beaucoup, inspirées par les nécessités précises d'un cas particulier, ne comptent encore que quelques rares succès à leur actif. Deux prétendent répondre à peu près à tous les besoins : la *laparotomie transpéritonéale* et l'*hystérectomie vaginale*.

Nous ne ferons qu'énumérer les procédés d'application restreinte ou d'efficacité contestable, nous réservant de consacrer un plus long chapitre aux arguments invoqués pour et contre la généralisation de chacune des deux méthodes que nous avons nommées.

(2) Delbet. Loc. cit., p. 133.

III

On a tenté d'atteindre et d'évacuer les suppurations pelviennes par les voies :

A. *Utérine*,
B. *Vaginale*,
C. *Rectale*,
D. *Sacro-coccygienne*,
E. *Périnéale*,
F. *Pariétale abdominale*,
G. — *hypogastrique*,
— *iliaque*,
— *inguinale*,
— *crurale*,
— *fessière*.

A. *Par l'utérus*, deux procédés ont été imaginés : 1° *Le cathétérisme des trompes*. Malgré quelques observations en démontrant la possibilité (1), cette pratique nous semble devoir être rejetée jusqu'à nouvel ordre comme exceptionnellement praticable, aveugle et dangereuse dans les cas de pyo-salpinx.

2° *La dilatation*, suivie ou non du curage de l'utérus. Walton (2), Doléris (3), Gottschalk (4) ont pensé qu'en poussant très loin la dilatation de la matrice, l'orifice interne de la trompe, assoupli et dilaté lui-même, permettrait l'écoulement de son contenu. Les observations de Walton ne sont pas très concluantes et les expériences cadavériques de M. Delbet (5) sont peu favorables à une théorie fort séduisante d'ailleurs. Personnellement, nous avons pu constater plusieurs fois la diminution rapide et même la disparition complète des tumeurs salpingiennes. Peut-être ne s'agissait-il que d'hydro-salpinx ou d'infiltration paramétritique. Nous pensons que cette méthode, appliquée prudemment à des cas favorables, c'est-à-dire récents, sans complication de pelvi-péritonite, peut être utilement essayée, au moins comme traitement d'attente.

B. *Par le vagin* : 1° *La ponction simple*, suivie ou non d'injections ou de drainage, n'est que rarement employée [Simpson (6), Hersot (7), Reverdin (8), Grandin (9), etc.]. Utile peut-être pour fixer un diagnostic ou pour diminuer la tension d'une poche menacée de rupture, elle est insuffisante et peut être dangereuse pour l'intestin. Suivie d'incision, elle a été préconisée par le professeur Laroyenne (10), qui a imaginé, pour la pratiquer, une sonde trocart spéciale.

2° *L'incision simple*, c'est-à-dire sans ouverture du péri-

(1) Duncan. *Edinb. Med. Journ.*, juin 1856. — Hildebrand. *Monatschr. f. Geburt*, t. XXXI, 1888.
(2) Walton. *Mém. de l'Acad. royale de Belgique*, t. VIII, 1888; — *Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, 1888, p. 102.
(3) Doléris. Soc. de biologie, déc. 1888; — *Journ. de méd. de Paris*, 1889, nos 7 et 8.
(4) Gottschalk. *Deuts. Med. Zeit.*, 1889, n° 30.
(5) Delbet. Loc. cit.
(6) Simpson. *Clinic. lect.*, Edinburgh, 1872.
(7) Hersot. Th. de Paris, 1887.
(8) Reverdin. Soc. de chirurgie, 1888.
(9) Grandin. *Arch. gyn. obst. and pœdiat.*, 1891, p. 131.
(10) Laroyenne. *Lyon méd.*, 1886.

toine, convient surtout aux collections sous-péritonéales, aux abcès pelviens proprement dits et peut suffire dans ces cas. Elle n'est applicable aux collections tubaires que lorsque celles-ci sont adhérentes et directement abordables. L'incision est faite en arrière de l'artère vaginale, antiseptiquement et couche par couche ; on l'agrandit ensuite avec le doigt et on y ajoute le lavage ou le drainage (Imlach). Byford, Munde (1) ont pratiqué quelquefois le curage de la cavité ; mais on a le droit de se demander si les bienfaits de cette manière de faire peuvent en compenser les dangers.

M. Laroyenne (2) a généralisé le procédé à toutes les suppurations pelviennes. M. Bouilly (3) l'a appliqué avec succès aux collections de la trompe et de l'ovaire. « C'est, dit-il, une opération simple et bénigne » ; mais sous les conditions qu'il indique, c'est-à-dire lorsque le pus est bien collecté, quand la poche est unique, quand l'état général est grave. MM. Routier (4), Le Dentu (5) en ont aussi trouvé l'indication. MM. Polaillon (6), Monod (7), Terrillon (8), ont observé à la suite de cette opération des fistules persistantes ou des hémorrhagies sérieuses. M. Bouilly a eu lui-même ce double accident, malgré le succès définitif. Enfin, MM. Pozzi (9) et Terrier (10) préfèrent la laparotomie, même là où l'incision simple est indiquée par M. Bouilly.

Si l'on juge la méthode par les résultats qu'elle fournit, ceux-ci sont meilleurs dans les cas de collections sous-péritonéales que dans ceux d'ovarites ou de salpingites suppurées.

3° *L'incision vaginale avec ouverture du péritoine* a été préconisée surtout par M. Gaillard Thomas (11) qui a eu de nombreux imitateurs en Amérique. En France, elle a été largement pratiquée par M. Péan (12) et a servi de prélude à la castration utérine. MM. Bouilly, Terrillon, Picqué l'ont employée un certain nombre de fois (13).

Fritsch (14) abaisse le col, incise, suture la poche à la paroi vaginale et fait des injections antiseptiques.

Cette méthode qui préserve de l'éventration et sauvegarde la vessie, est utile sans doute dans quelques cas ; mais elle n'a pas eu l'approbation de chirurgiens tels que MM. Terrier, Pozzi, Terrillon (15). Elle est passible, à plus juste titre encore, des objections qui ont été faites à l'hystérectomie vaginale.

Est-il nécessaire de parler de l'*incision en deux temps*, proposée par Hegar et Wiedow (16). Elle consiste, comme dans le procédé similaire de Volkmann, pour le traitement des kystes du foie, à provoquer des adhérences entre la paroi vaginale (ou abdominale) et la poche salpingienne, lorsque celle-ci est libre, puis à l'ouvrir par une seconde opération. Nous ne sachons pas qu'en France on ait encore préféré cette méthode à la laparotomie.

C. *Par le rectum.* — Byford (17) ayant eu à traiter un abcès pelvien ouvert dans le rectum, dilata l'anus et l'orifice fistulaire, cautérisa et draina la cavité et obtint une guérison

(1) Munde. *Amer. Journ. of obst.*, février 1886, p. 113.
(2) Blanc. Th. de Lyon, 1887.
(3 à 10) Soc. de chirurgie, 2 et 9 juillet 1890.
(11) Gaillard Thomas. *Traité des maladies des femmes.*
(12) Péan. *Cliniques* et *Gaz. des hôpit.*, 27 juin 1891.
(13) Voir Bonnecaze. Th. de Paris, 1889.
(14) Fritsch (de Breslau). IVe Congr. de la Soc. allem. de gynécologie.
(15) Soc. de chirurgie, 9 juillet 1890.
(16) Wiedow. *Centralbl. f. Gyn.*, 1885, p. 145.
(17) Byford. *Amer. Journ. of obst.*, 1886, p. 125.

complète. Ce succès lui a suggéré l'idée de proposer l'incision rectale systématique comme traitement des suppurations en rapport avec le rectum. Nous pensons que, malgré ce résultat, la crainte légitime de la persistance d'une fistule et de l'infection de la poche tiendront toujours en suspicion ce procédé.

D. Nous dirons peu de chose *de la voie périnéale*, suivie surtout pour l'extirpation de l'utérus cancéreux.

L'incision est *verticale* ou *transversale*. La première, pratiquée par Sænger (1), n'est qu'une modification de l'incision d'Hégar (2). Elle va du tiers inférieur de la grande lèvre à la partie moyenne de la ligne ischio-anale.

La deuxième, indiquée par Otto Zuckerkandl (3) est théoriquement conseillée par Sænger, comme capable de donner un large accès vers le cul-de-sac de Douglas. L'incision va d'une tubérosité ischiatique à l'autre et peut être agrandie par deux prolongements obliques en arrière et en dehors. On peut alors pénétrer dans le bassin en dédoublant la cloison recto-vaginale.

E. *La voie sacro-coccygienne* comporte aussi deux procédés : 1° *L'incision para-sacrée* de E. Zuckerkandl (4) et de Wölfler (5), qui n'a jusqu'à présent qu'un intérêt théorique.

2° *La résection préliminaire du sacrum et du coccyx*, d'après la méthode de Kraske (6). Elle n'a été employée, en gynécologie, que pour atteindre l'utérus cancéreux, par Hochenegg (7), Herzfeld (8), MM. Roux (9), Terrier (10), etc. Hégar et Wiedow (11) l'ont modifiée en ne faisant que la résection *temporaire* du sacrum et sont, croyons-nous, les premiers à l'avoir employée dans deux cas de suppurations pelviennes. Cette méthode ne peut encore être jugée par si peu de faits. Elle donne beaucoup de jour et pourrait sans doute rendre plus de services qu'on ne lui en a demandé jusqu'à présent.

F. *Voie parapéritonéale.* — M. Pozzi a appelé l'attention de la Société de chirurgie sur ce procédé qu'il appelle *laparotomie sous-péritonéale* (12). Bardenhauer (13) a tenté de le généraliser et il a été approuvé et mis en pratique par plusieurs opérateurs français. M. Picqué (14) a publié récemment trois cas de suppuration de la trompe, opérés avec succès par cette voie.

L'incision est analogue à celle de la ligature de l'iliaque externe, le péritoine est récliné et l'on recherche le pus avec le doigt jusqu'à la base du ligament large : on incise alors et on draine la poche qui ne peut être extirpée par cette voie. Cette méthode peut être employée avec avantage dans les faits de suppuration ayant envahi le tissu cellulaire iliaque, et inaccessibles par la voie vaginale ; elle est recommandable aussi dans certains cas de pyo-salpinx compliqués d'état général grave ou de néphrite infectieuse [Picqué (15)].

(1) Sænger. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. 37.
(2) Hégar et Kaltenbach. Traduct. Bar, p. 424.
(3) O. Zuckerkandl. *Wien. Med. Wochens.*, 1888-1889.
(4) E. Zuckerkandl. *Wien. Klin. Wochens.*, 1880, n° 14.
(5) Wœlfler. *Wien. Klin. Wochens.*, 1889, n° 15.
(6) Kraske. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1886, Bd. 33.
(7) Hochenegg. *Wien. Klin. Wochens.*, 1889, n° 9.
(8) Herzfeld. *Allg. Wen. Med. Zeit.*, 1888, n° 34.
(9) Roux. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1889.
(10) Terrier. Congr. franç. de chirurgie, 1891. — Terrier et Hartmann. *Ann. de gynécol.*, 1891.
(11) Wiedow. *Berl. Klin. Wochens.*, 1889, n° 9.
(12) Pozzi. Soc. de chirurgie, 1886.
(13) Bardenhauer. *Der extraperit. Explorativ*, Stuttgard 1887.
(14) Picqué. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1891, n° 45.
(15) Picqué. Loc. cit.

G. Signalons enfin les incisions *hypogastrique*, *iliaque*, *inguinale*, *crurale*, *fessière*, qui conviennent aux cas où le pus tend à se faire jour par ces régions respectives.

Nous n'avons pu faire de ces divers procédés qu'un exposé très sommaire. Tous ont leurs avocats et comptent des succès qui en sont la justification; mais tous aussi sont, bien qu'à des degrés divers, passibles de la même critique, c'est qu'ils ne peuvent être généralisés et que leur utilité se mesure au nombre restreint de cas particuliers auxquels chacun peut répondre.

Il nous reste à parler des deux méthodes qui, sans prétendre non plus satisfaire aux exigences de tous les cas de suppurations pelviennes, sont applicables au plus grand nombre : savoir, *la laparotomie* et *l'hystérectomie vaginale*. Si nous les étudions parallèlement, c'est sans préjuger de leur valeur relative, mais parce que la seconde, bien que née d'hier, s'est, grâce à la haute situation chirurgicale de ses partisans, érigée de prime abord comme rivale de la laparotomie.

IV

Il y a vingt ans que L. Tait fit la première ablation de pyo-salpinx par laparotomie. Depuis, il a tellement fait par ses publications itératives et ses statistiques, portant sur des séries de milliers de cas, qu'on a donné son nom à l'oophoro-salpingectomie transpéritonéale pour lésions inflammatoires des annexes. C'est surtout depuis 1887, après la publication de ses premiers succès (1), que la laparotomie s'est généralisée : c'est une opération connue de tous et familière à tous les chirurgiens : les statistiques s'en multiplient et s'améliorent chaque jour. Nous n'en ferons ici ni l'historique ni l'exposé ; nous renvoyons, pour les détails relatifs à sa technique et à ses résultats, aux traités spéciaux (2).

C'est aux suppurations *intra-péritonéales* enkystées et libres d'adhérences que l'opération convient le mieux; mais, pour être plus difficile en cas de pelvi-péritonite et d'adhérences, elle n'en est pas moins efficace.

Au traitement des suppurations sous-péritonéales, la laparotomie a été, et avec raison, bien plus rarement appliquée. L. Tait (3) est encore le premier à l'avoir tentée. Le but de l'opération est d'évacuer la poche, de l'isoler et de la suturer à la paroi abdominale, afin d'en assurer le drainage. Il serait très dangereux, sans doute, d'abandonner dans le péritoine, même après nettoyage et suture, une poche d'abcès, comme on a pu le faire pour des hématocèles non infectées [Martin (4), Goelet (5), Freund (6)].

Du reste, dans bon nombre des observations connues, il s'agissait plutôt de pelvi-péritonites enkystées, d'hématocèles suppurées ou de suppurations mixtes, à la fois intra et sous-péritonéales. Ces derniers cas ont fourni des succès éclatants, mais ils offrent le maximum des difficultés et des dangers, tandis que pour les cas simples d'abcès extra-péritonéaux, il suffit le plus souvent de l'un des procédés beaucoup moins graves que nous avons indiqués.

(1) L. Tait. *Amer. Journ. of obstet.*, 1887, p. 478.

(2) Voir Pozzi. *Traité de gynécologie.* — Delbet. Loc. cit., etc.

(3) L. Tait. *Med.-Chir. Trans.*, 1881, p. 306.

(4) Martin. *Amer. Journ. of obstet.*, 1886, p. 1177.

(5) Goelet. *Ann. of gyn.*, Boston, janvier 1888.

(6) Freund. *Gynæcol. Klin.*, t. I.

V

La laparotomie transpéritonéale était donc, depuis quatre ou cinq ans, la méthode héroïque de traitement des suppurations du bassin. Partant de ce principe, que l'utérus est le point de départ des suppurations pelviennes; ayant observé, d'autre part, que les phénomènes douloureux survivaient parfois à l'ablation des annexes par laparotomie, M. Péan eut l'idée, dès 1886, d'y ajouter, ou plutôt de lui substituer l'hystérectomie vaginale. Il l'a fait un grand nombre de fois et a créé la méthode en lui appliquant ses deux procédés familiers du morcellement et de la forcipressure. Ses publications répétées (1) et ses nombreux succès opératoires ne semblaient pas avoir éveillé un grand écho dans le monde chirurgical jusqu'au moment où M. Segond fit, le 25 février, à la Société de chirurgie (2), une communication qui a été le point de départ d'une discussion retentissante. Ce plaidoyer de M. Segond n'entraîna pas la conviction dans tous les esprits et, après six ou huit mois d'expérience, lors de la reprise de la discussion, au mois d'octobre dernier, les chirurgiens qui y avaient pris part n'ont pas semblé avoir sensiblement modifié leur opinion première.

La technique de l'opération diffère assez sensiblement de l'hystérectomie appliquée au cancer, pour que nous en rappelions préalablement les principaux traits (3).

La malade est dans le décubitus latéral gauche (Péan) ou dorso-sacré (Segond); la vulve est maintenue largement ouverte au moyen des écarteurs coudés de Péan et, après avoir abaissé fortement le col, on l'incise circulairement et on le libère en avant et en arrière. Les ligaments larges sont alors pincés par étages successifs et sectionnés au ras de l'utérus. Le col, divisé par une section bilatérale en deux valves, antérieure et postérieure, est excisé et l'on continue ainsi le morcellement successif, jusqu'à excision complète des deux moités de l'utérus. Le pincement hémostatique, soigneusement fait, doit toujours précéder la section.

La manœuvre bien conduite des grands écarteurs donne du jour, facilite la libération des faces de l'utérus et doit préserver la vessie et le rectum. Le morcellement permet d'abaisser et de rendre accessibles à la vue le ligament qu'on doit pincer et le fragment utérin qu'on va réséquer.

En cas d'étroitesse de la vulve ou de difficulté trop grande à atteindre l'utérus, on pourrait s'aider du débridement bilatéral de la vulve, tel que l'a pratiqué récemment M. Chaput (4).

L'ouverture du péritoine ne constitue pas un temps opératoire spécial et nécessaire.

Si les collections purulentes se sont ouvertes spontanément pendant les manœuvres, on n'a plus qu'à faire l'antisepsie du champ opératoire. Dans l'hypothèse contraire, il faut les rechercher avec le doigt, les crever et enlever, si c'est possible, après forcipressure de leur pédicule, les po-

(1) Péan. *Cliniques*; — *Gaz. des hôpit.*, 1889, p. 42, et 1891, n° 75; — Traitement des suppurations d'origine utérine ou utéro-ovarienne, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1er juillet 1890; — Xe Congr. intern. de Berlin, août 1890; — *Bull. méd.*, 1890, p. 63 (leçon publiée par M. Audain).

(2) Segond. De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri-utérines, Soc. de chirurgie, et *Ann. de gynécol.*, mars 1891.

(3) Voir pour les détails : Péan. Du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale totale par morcellement, communic. au Congr. de Berlin; et Segond. Loc. cit., p. 179.

(4) Chaput. Du débridement de la vulve comme opération préliminaire, communic. à la Soc. d'obstét. et de gynécol., séance de nov. 1891.

ches annexielles. Mais l'extirpation des annexes malades n'est en quelque sorte qu'un détail accessoire de l'opération. « Lorsque les adhérences sont plus solides, dit M. Segond, lorsqu'on a la moindre crainte de provoquer une déchirure viscérale, il faut savoir se contenter, soit d'une ablation incomplète, soit de la simple ouverture des collections purulentes accessibles à l'œil et au doigt. »

Les pinces sont laissées à demeure pendant quarante-huit heures et entourées de gaze iodoformée; après leur retrait, les pansements consistent en lavages antiseptiques.

VI

Indications. — La castration utérine vaginale, comme traitement des suppurations pelviennes, doit être pratiquée, pour M. Péan (1), dans les conditions suivantes :

1° Si la poche salpingienne est volumineuse, bilatérale, très adhérente aux organes voisins;

2° Si la suppuration est étendue aux deux ligaments larges et si elle a fusé dans plusieurs directions; si le pus s'est fait jour dans la vessie et le rectum, s'il s'agit, en un mot, de ces graves suppurations qui mettent la vie des malades en danger;

3° Dans les pelvi-péritonites suppurées, si la suppuration est très étendue et a envahi les autres portions des annexes.

En dehors des suppurations, M. Péan la préfère aussi à la castration tubo-ovarienne, pour le traitement des névralgies de l'utérus et des annexes (2).

M. Segond a intitulé sa communication : *De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri-utérines*; mais en fait et même en principe, il a étendu singulièrement le domaine des indications de l'hystérectomie et la substitue nettement à la laparotomie dans les cas « nécessitant sûrement l'ablation bilatérale des annexes »... « que les phlegmasies péri-utérines soient, ou non, suppuratives ».

M. Reclus (3) qui s'est montré, dès l'origine du débat, partisan de l'hystérectomie, conclut, dans le sens de M. Segond, qu'elle est la seule opération : 1° « dans les pelvi-péritonites anciennes et pour les ovaires scléreux, adhérents à l'utérus, perdus dans une gangue épaisse de néo-membranes résistantes; et 2° qu'il la préfère à la laparotomie, comme plus facile et plus sûre dans les doubles ovaro-salpingites volumineuses. »

Nous verrons plus loin qu'elle est admise aussi, mais avec des indications bien plus restreintes, par la plupart des chirurgiens.

Avantages. — Comparant avec la castration ovarienne par laparotomie la castration utéro-ovarienne vaginale, M. Segond préfère celle-ci pour quatre raisons principales : 1° l'opération est moins grave; 2° elle donne des guérisons plus parfaites et plus durables; 3° elle évite tous les inconvénients d'une cicatrice sus-pubienne; 4° elle ne condamne pas les opérées à porter éternellement une ceinture.

Ce qui fait le principal danger de la laparotomie, c'est la possibilité de l'infection du péritoine par le pus ou de la rupture de l'intestin; l'ablation de l'utérus suffit par contre à l'évacuation complète du foyer purulent qui se comblera rapidement, grâce au drainage et aux injections antiseptiques... or, « le pus s'écoule au dehors par une voie large, déclive, naturelle; par suite, il n'a aucune tendance à infecter le reste du péritoine » (Péan). « Les cavités purulentes sont ouvertes; leur drainage est merveilleusement assuré et, détail significatif, les adhérences intestinales sont respectées de parti pris » (Segond). « Elle ouvre un accès large et déclive et amène forcément les sécrétions au dehors, elle nous offre plus de sécurité lorsque le drainage est nécessaire » (Reclus). Du reste, « on peut énucléer, extirper, décortiquer par la voie vaginale, aussi bien que par la voie abdominale. Je crois même que l'hystérectomie préliminaire est, en réalité, plus simple » (Reclus). »

Au surplus, l'extirpation des annexes malades ou de la poche des cavités purulentes semble inutile, avec cette méthode, pour peu qu'elle soit difficile. « Si quelque chose échappe au doigt du chirurgien, la déhiscence spontanée ne tarde pas à survenir et assure la guérison...

Si l'hystérectomie n'enlève pas toujours les annexes malades, elle en détruit les nerfs et les vaisseaux et provoque l'atrophie certaine de l'organe » (Reclus). « Les lésions péri-utérines se trouvent, après ablation de l'utérus, dans les conditions les meilleures au point de vue de la guérison définitive... Il est bien plus sûr d'enlever l'utérus sans les annexes, que les annexes sans l'utérus » (Segond). « Le drainage de l'hystérectomie débarrasse bien plus facilement l'organisme des *résidus* infectés que le drainage de la laparotomie » (Reclus). « L'opération serait aussi plus facile dans les cas correspondants (Reclus) et les guérisons obtenues par cette méthode, plus parfaites et plus durables. » « Elle n'est pas contre-indiquée par la présence de fistules vaginales, rectales ou vésicales, ni par l'étendue de la poche purulente » (Péan).

Enfin « elle supprime naturellement les inconvénients de la laparotomie : cicatrice simple ou chéloïdienne, port de bandage, hernies. La plaie, cachée au fond du vagin, est invisible, solide, résistante...

Comme on le voit, la castration utérine vaginale doit être considérée comme la méthode de choix de l'avenir. Elle sauvegarde à la fois et la réputation du chirurgien, et la santé des malades » (Péan).

Ainsi, d'après son initiateur et ses partisans, dont nous n'avons cru mieux faire que de citer les propres paroles, l'hystérectomie — pour résumer ses avantages — supprime le foyer initial des inflammations péri-utérines, c'est-à-dire de l'utérus, et, par suite, annule les chances de récidives, en cas d'ablation incomplète des poches purulentes. Par l'ablation préliminaire de l'organe, elle facilite l'exploration des annexes et leur extirpation. Si celle-ci est difficile, le drainage assuré et l'atrophie prochaine des résidus laissés rendent superflue une opération plus complète. L'hytérectomie, au moins dans les cas graves, est moins dangereuse, plus facile et donne des succès plus complets et plus durables que la laparatomie. Enfin, elle sauvegarde l'esthétique et la statique abdominale en supprimant la cicatrice pariétale et ses inconvénients.

VII

Ces diverses assertions n'ont pas été acceptées sans conteste. Appuyés sur leur expérience de la laparotomie et sur des statistiques de plus en plus encourageantes, la plupart

---

(1) Péan. Traitement des suppurations d'origine utérine, *Bull. de l'Acad. de méd.*, juillet 1890.

(2) Péan. Xe Congr. intern. de Berlin.

(3) Reclus. Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale préliminaire, *Gaz. hebd.*, 25 août 1891.

des membres de la Société de chirurgie se sont élevés contre la prétention de l'hystérectomie à se substituer à la laparotomie dans tous les cas de lésions bilatérales quelconques des annexes. Manquant de faits personnels, et sans la réprouver *à priori*, tous ceux qui ont pris part à la première discussion (mars-avril) ont fait tout d'abord des réserves motivées. Après six ou huit mois d'expérience (octobre-novembre), leur impression première ne semble pas s'être sensiblement modifiée, et ils ne seraient disposés à l'admettre que dans des cas bien déterminés, plutôt rares, ou même exceptionnels.

En regard de l'opinion des partisans de l'hystérectomie, qu'il nous soit permis de rappeler celle des chirurgiens qui ne l'ont pas acceptée aussi absolument.

M. Bouilly (4 mars), malgré son expérience de la voie vaginale, en raison de la difficulté du diagnostic de la bilatéralité des lésions, et, d'autre part, de la facilité et de la bénignité de la laparotomie dans la plupart des cas, considère l'hystérectomie comme une opération d'exception, utile seulement dans certains cas non justiciables de la laparotomie. Huit mois plus tard, les indications sont, pour lui, restées les mêmes, c'est-à-dire : 1° Annexites anciennes, compliquées de poussées de pelvi-péritonite, avec adhérences et brides, confusion des organes, fistules purulentes ; et 2° Suppurations aiguës ou chroniques libres dans la cavité péritonéale du bassin.

Ces indications sont rares ; M. Bouilly ne les a rencontrées que trois fois (11 novembre).

M. Richelot (4 mars) n'acceptait aussi l'opération qu'en cas de poches purulentes multiples, avec magma d'adhérences intestinales. Les opérations complètes ont pour lui un avantage majeur. Il reconnaît cependant (5 novembre) que l'hystérectomie vaginale est une opération relativement bénigne. Il est vrai que son appréciation est basée sur sa statistique générale et que celle-ci porte surtout sur des faits autres que les suppurations pelviennes.

M. Bazy l'admettait en cas de suppurations récentes et très graves, ou anciennes, mais bien diagnostiquées et en cas de fistules persistantes (4 mars et 8 avril). Il lui a été donné, plus tard, de constater chez plusieurs malades l'insuffisance de l'opération et le retour des accidents (28 octobre). Relativement au pronostic, celui de l'hystérectomie pour cancer ne peut être assimilé à celui de la même opération pour suppuration pelvienne (5 novembre).

M. Terrillon avait déjà proclamé la difficulté de la voie vaginale (9 juillet 1890). Il admet cependant que l'hystérectomie est préférable en cas de suppurations pelviennes volumineuses, fistuleuses ou non, d'hémato-salpinx et de salpingites atrophiques, et il rapporte deux séries de quatre opérations (11 mars et 21 octobre). Il conclut enfin qu'elle doit être réservée aux cas de suppurations fistuleuses, que les accidents consécutifs ne sont pas rares et que l'opération est moins bénigne qu'on ne l'a prétendu (28 octobre).

M. Routier (18 mars) ne l'accepterait que là où la laparotomie semble impraticable; encore pourrait-il y avoir avantage à faire une laparotomie exploratrice préalable.

M. Lucas-Championnière (12 mars) ne conteste pas l'opportunité de l'hystérectomie dans certains cas de pelvimétrite ou de péritonite suppurée, mais il n'en a pas encore rencontré d'assez nets pour la pratiquer, et il s'élève contre la généralisation qu'on voudrait en faire. Quant aux suites éloignées on ne peut les apprécier encore et la difficulté du diagnostic peut rendre trop souvent l'hystérectomie regrettable.

M. Terrier (18 mars) l'admettait *à priori* pour les cas de double pyo-salpinx avec pelvi-péritonite suppurée et lorsque la suppuration persiste après ablation des annexes par laparotomie. Il consentait à la discuter, bien qu'il lui préférât la laparotomie, en cas de pyo ou d'hémato-salpinx non compliqués.

En huit mois, il n'a trouvé que deux faits vraiment justiciables de l'opération, et, de leur histoire, il conclut que c'est une intervention, non de choix, mais de nécessité, et qu'il faut compter avec sa gravité (5 novembre).

M. Reynier avait partagé tout d'abord l'opinion de MM. Bouilly et Terrier (8 mars). Il a pratiqué ultérieurement l'hystérectomie deux fois et il a eu un succès et une mort par hémorrhagie (11 novembre).

M. Reclus avait été seul à adopter à peu près absolument la conclusion de M. Segond (25 mars).

A la reprise récente de la discussion, deux nouveaux orateurs y ont pris part avec des faits à l'appui. M. Peyrot (11 novembre) a opéré deux fois avec deux échecs thérapeutiques, alors que la laparotomie ne lui a donné que des succès.

M. Quénu (11 novembre) a relaté onze cas personnels avec une mort et dix succès dont un incomplet : il ne s'agissait de suppurations pelviennes que six fois. Il modifie, lorsque l'utérus est abaissable, la technique de M. Péan, en faisant antéro-postérieure la section de l'organe et en substituant parfois au pincement de la partie inférieure des ligaments, la ligature à la soie. Sauf pour les salpingites catarrhales, les ovaires scléro-kystiques et les pyo-salpinx facilement énucléables, il se montre partisan de l'hystérectomie vaginale.

Enfin, M. Pozzi, à la Société de chirurgie et dans deux mémoires successifs (1), s'est déclaré franchement hostile à l'innovation de l'hystérectomie appliquée au traitement des suppurations pelviennes, et il la considère comme « très inférieure à la laparotomie ». L'importance de son argumentation vaut que nous lui consacrions quelques lignes. Une fois sur quatre, au moins, dit-il, le diagnostic de la nature et de la bilatéralité des lésions est incertain. Il est donc facile de conclure au double danger « d'enlever l'utérus à une femme dont les annexes ne sont irrémédiablement compromises que d'un côté et de laisser des trompes ou des ovaires malades adhérents aux parois pelviennes ».

Il classe les suppurations en poches *libres*, poches *adhérentes*, *mais énucléables*, et poches *très adhérentes*, *non énucléables*, fistuleuses ou non. Leur volume n'a qu'une importance secondaire. Dans les deux premières catégories qui comprennent l'immense majorité des cas, « la laparotomie est bénigne et toute-puissante ». Elle lui a toujours suffi également dans le cas de la troisième catégorie et il a pu souvent tout enlever dans les faits les plus complexes de pelvi-péritonite et de fistules (2). Ce n'est que pour les cas de cet ordre qu'il pourrait admettre l'hystérec-

(1) Pozzi. Le traitement des suppurations pelviennes et des lésions inflammatoires des annexes par l'hystérectomie vaginale, *Gaz. hebd.*, 18 avril 1891. — Pozzi et Baudron. Quelques faits pour servir à la discussion sur le traitement des inflammations des annexes par la laparotomie ou l'hystérectomie, *Rev. de chir.*, août 1891.

(2) Voir Pozzi et Baudron. Loc. cit.

tomie « comme *ultima ratio* et pratiquée *secondairement*, après une laparotomie suivie d'un résultat incomplet ». Il ne croit pas indifférent de laisser les poches et les organes qu'on ne peut atteindre, et il se défie du *microbisme latent* qui pourra se révéler plus tard dans les résidus infectés, abandonnés forcément. La difficulté de l'*opération* est incontestable et sa gravité est affirmée par les statistiques. Il insiste en outre sur la gravité de la *méthode* qui consacre fatalement la stérilité de la femme, sans permettre de réparer, ou même de contrôler une erreur de diagnostic.

Enfin les petites incisions de la laparotomie, suturées par étages, laissent une cicatrice linéaire négligeable au point de vue *cosmétique* et assez résistante pour écarter toute crainte d'éventration.

M. Doléris (1) soutient énergiquement la même thèse et l'appuie sur des considérations de physiologie et d'anatomie pathologiques, auxquelles on n'a peut-être pas donné, dans la discussion, une suffisante importance. Il insiste, avec raison, sur l'âge et l'allure de la maladie, sur le siège sous ou intra-péritonéal des lésions, sur la nature des exsudats et du processus, sur le degré de la lésion et la valeur fonctionnelle des organes affectés.

Pour lui, si l'on sait attendre et user des ressources multiples qu'offre la gynécologie conservatrice, on pourra bien souvent sauvegarder des organes qui ont paru d'abord fonctionnellement perdus. L'hystérectomie n'est acceptable qu'à titre exceptionnel, c'est-à-dire lorsqu'une autre opération n'est pas possible.

VIII

On peut voir, par ce rapide exposé de l'opinion des chirurgiens les plus compétents, que l'hystérectomie vaginale n'a pas encore conquis, de prime saut, tous les suffrages et que la laparotomie conservera longtemps encore, dans les statistiques futures, au moins sa supériorité numérique.

Examinons encore quelques-uns des éléments de la discussion :

A. La persistance de l'utérus dans le bassin, après la laparotomie, est-elle si redoutable, lorsqu'on a supprimé les annexes ? C'est surtout comme voie de propagation et en raison de ses connexions étroites avec les annexes et le péritoine, qu'il est dangereux. La métrite n'est à craindre que par ses complications extra-utérines et combien de fois, ou combien de temps a-t-elle survécu, comme entité propre, à l'extirpation des annexes malades ? On sait que la matrice s'atrophie vite alors. En est-il de même d'un ovaire malade laissé en place après hystérectomie ? Dans le fonctionnement génital, « c'est le rôle de l'ovaire qui est primordial » (Doléris) ; l'utérus est fonction de l'ovaire (Pozzi) et, cliniquement, chacun sait qu'une ovaro-salpingite, un peu ancienne, s'individualise comme lésion, la métrite initiale ne laissant guère plus de traces. Est-il bien logique, théoriquement au moins, de laisser des organes individuellement malades, si leur ablation est difficile (or elle l'est d'autant plus qu'ils sont plus malades), et d'enlever un utérus dont les lésions sont éteintes ou céderaient vite, au besoin, à un curetage inoffensif? En somme, cette proposition : qu'il est plus sûr d'enlever l'utérus sans les annexes, que les annexes sans l'utérus, ne nous semble pas encore suffisamment justifiée en théorie non plus qu'en pratique. M. Doléris (1) a pu constater une salpingite survenue plus d'un an après l'extirpation vaginale d'un utérus fibromateux.

B. L'hystérectomie ouvre sans doute une large voie à l'exploration ; mais si cette exploration fait constater une erreur de diagnostic, cette erreur est irréparable. Or, cette difficulté du diagnostic restera toujours un gros argument contre l'hystérectomie et un obstacle à sa généralisation. Le diagnostic reste incertain pour les plus habiles dans un tiers ou un quart des cas. Il est arrivé que, croyant avoir affaire à une lésion annexielle bilatérale, on s'est trouvé, après ouverture de l'abdomen, en présence d'une entérocèle adhésive [Doléris (2)], d'une surcharge graisseuse du gros intestin [Pozzi et Baudron (3)], d'un petit kyste du ligament large d'un côté, avec annexes saines et salpingite unilatérale [Pichevin (4)], d'une simple infiltration séreuse ou de salpingites catarrhales curables, avec adhérences légères, qu'il a suffi de détruire, etc.

La laparotomie pourra toujours, dans des cas analogues, se contenter d'être exploratrice, de contrôler le diagnostic sans dommage pour la fonction génératrice, tandis que cette fonction est irrémédiablement sacrifiée avec l'autre méthode.

Les opérations partielles et conservatrices prennent, du reste, tous les jours une faveur justifiée [Polk (5)]. Martin (6), après 21 cas de résection partielle de l'ovaire et 24 de la trompe, a noté déjà 8 grossesses. Et combien de salpingites catarrhales guérissent sans intervention ou après traitement de la métrite du corps ou du col !

C. L'hystérectomie, dit-on même, si elle ne permet pas l'extirpation de toutes les poches, en assure la déhiscence spontanée et le drainage.

Il n'est pas de laparotomiste qui n'ait rencontré de ces poches haut situées, entre les anses intestinales, le mésentère et la trompe : il en est que l'hystérectomie ne pourra atteindre, à moins qu'on ne se livre, avec le doigt, à des investigations plus dangereuses probablement que l'abandon de ces foyers.

Le drainage est largement assuré sans doute, mais pour les poches ouvertes ou accessibles, et à condition que le besoin ne s'en prolonge pas longtemps —, on sait avec quelle rapidité se soude la plaie vaginale après le retrait des pinces — ou bien il faudra compter avec les inconvénients d'une fistule plus ou moins persistante. Et ce drainage est-il toujours d'une efficacité parfaite ?

L'une des deux opérées de M. Terrier a succombé à la septicémie (7). Le drainage abdominal a bien aussi ses beaux résultats et la laparotomie, entre des mains habiles, a pu satisfaire aux cas les plus compliqués (Pozzi et Baudron).

D. La bénignité de l'hystérectomie ne ressort pas nettement des statistiques comparées des deux méthodes et pour n'en citer que deux, des plus comparables, M. Bouilly a eu

(1) Doléris. L'autre voie, *Nouv. Arch. d'obst. et de gynécol.*, mai 1891 ; — Trop de mutilations inutiles, *Idem*, juillet et août 1891 ; — De la thérapeutique conservatrice dans la salpingo-ovarite, *Ibid.*, 25 déc. 1891.

(1) Doléris. Loc. cit.

(2) Doléris. *Nouv. Arch. d'obst. et de gynécol.*, août 1889.

(3) Pozzi et Baudron. Loc. cit.

(4) Pichevin. A propos de la castration utérine, *Méd. moderne*, 10 décembre 1891.

(5) Polk. *Amer. Journ. of obstet.*, 1887, p. 422 et 1015.

(6) Martin. *Centralbl. f. Gyn.*, 20 juin 1891.

(7) Terrier. Soc. de chirurgie, nov. 1891.

9 morts pour 75 laparotomies et M. Segond 8 sur 64 hystérectomies.

Il y a des cas de morts par septicémie (Terrier), par hémorrhagie (Reynier), par blessure de la vessie (Quénu), de l'uretère (Boiffin), etc. Les insuccès thérapeutiques commencent à faire nombre (Peyrot, Segond, Bazy, etc.) et l'on a eu à déplorer un certain nombre d'accidents ou de complications, tels que : fistules vésicales, vaginales, rectales, hématome suppuré (Segond), etc.

E. Relativement à la difficulté de l'opération, on ne peut avoir d'opinion absolue : il est évident que les cas diffèrent. Facile et d'exécution rapide, dans les cas simples, avec un utérus mobile et abaissable et une large vulve de multipare, elle devient extrêmement longue et laborieuse dans les conditions inverses, c'est-à-dire chez une multipare à périnée résistant et avec un utérus enclavé, immobilisé par des adhérences et un vagin étroit et encombré de pinces. Il suffit de l'avoir vue pratiquer dans ces conditions opposées, pour apprécier la dissemblance des cas. Ce n'est là, du reste, qu'une objection de valeur secondaire, et, au point de vue de la difficulté, les deux méthodes sont comparables.

F. L'hystérectomie donne des résultats immédiats satisfaisants et brillants; mais la laparotomie peut soutenir la comparaison. Quant aux résultats éloignés, comme il existe déjà des insuccès, il faut encore accorder à la méthode le crédit sollicité par M. Segond.

G. Enfin, en ce qui concerne le désagrément esthétique d'une cicatrice abdominale, son appréciation doit être purement personnelle à la malade, et, à égalité d'indications, on devrait sans doute tenir compte de son choix.

Quant à la nécessité du port momentané d'une ceinture et aux risques d'une éventration, on sait que ces inconvénients sont réduits au minimum, sinon annulés par les dimensions minimes qu'on donne aujourd'hui à l'incision et grâce au perfectionnement de la suture.

S'il nous est permis de formuler, dans ce débat, notre impression personnelle, nous dirons, avec la plupart des chirurgiens, que la laparotomie reste l'opération de choix dans le traitement des suppurations pelviennes. L'hystérectomie est, contre elles, une ressource de plus, et une ressource incontestablement précieuse, puisqu'elle convient aux cas qui échappent à la laparotomie; mais elle ne peut lui être systématiquement substituée. Elle sera la ressource suprême contre ces cas complexes, heureusement rares, de pyo-salpinx ou d'ovaro-salpingites compliquées de pachypelvi-péritonite (Reclus), de suppuration secondaire du tissu cellulaire, avec ou sans fistules. Elle sera aussi l'opération de choix après échec ou insuffisance de la laparotomie.

Limitée à ces indications, à côté, mais non à la place de la laparotomie, elle échappera à tous les reproches qu'elle a pu encourir et rendra d'incontestables services.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Poncet.

Plaie pénétrante du cœur par instrument tranchant; hémorrhagie intra-péricardique; mort vingt-quatre heures après la blessure.

Par G.-N. Josserand, interne des hôpitaux.

Nous avons observé dans le service de notre maître, M. le professeur Poncet, un malade atteint de plaie pénétrante du cœur, dont l'histoire peut donner lieu à quelques considérations intéressantes.

Voici d'abord les renseignements que nous avons pu recueillir pour reconstituer l'histoire de ce malade :

X., âgé de trente-ans, cordonnier, est un homme vigoureux et paraissant bien portant.

Le 31 décembre, vers onze heures du matin, à la suite de chagrins de famille, il s'est porté dans la région précordiale un violent coup de tranchet.

Les phénomènes survenus aussitôt après le traumatisme nous sont restés inconnus ; tout ce que nous savons c'est que, au moment de son arrivée à l'hôpital, vers midi et demi, les symptômes notés ont été les suivants :

Etat général mauvais, grande faiblesse, somnolence, pas d'état syncopal.

Sur la paroi thoracique antérieure à 4 ou 5 centimètres à gauche du sternum, à 2 centimètres au-dessous de la ligne mamelonnaire se trouve une plaie linéaire longue de 1 centimètre et demi, à direction transversale légèrement oblique en bas et en dedans. Cette plaie ne donne issue qu'à un écoulement sanguin insignifiant.

Pas d'hémoptysie ; on ne constate aucun symptôme du côté du système respiratoire : pas de dyspnée bien notable, pas de cyanose. L'auscultation du cœur et l'examen de la circulation périphérique n'ont pas été pratiqués.

Le malade est mort à trois heures de l'après-midi, c'est-à-dire environ quatre heures après l'accident, sans présenter aucun autre symptôme que du refroidissement de plus en plus marqué des extrémités et, dans les dernières minutes, quelques mouvements convulsifs.

Autopsie pratiquée quarante-huit heures après la mort, avec l'assistance de M. Jaboulay. — Incision de la peau sur la ligne médiane et dénudation de la paroi thoracique. En arrivant au niveau de la plaie cutanée, on trouve une légère infiltration sanguine et une plaie de la paroi thoracique portant sur le cartilage de la cinquième côte au niveau de son tiers externe. Cette plaie est, comme la plaie cutanée, oblique en bas et en dedans ; elle traverse le cartilage dans toute son épaisseur et on la retrouve avec les mêmes caractères sur la face interne de la côte.

A l'ouverture du thorax, on ne trouve pas d'épanchement dans les plèvres, rien à noter du côté du poumon. Le péricarde est notablement augmenté de volume, il paraît distendu comme il le serait par une injection faite à son intérieur. En l'ouvrant, on fait écouler du sang noir en partie coagulé et en assez grande abondance.

Au milieu des caillots se trouve le cœur, refoulé dans la partie postéro-supérieure de la cavité péricardique. Il est petit, comme ratatiné, et présente près de sa pointe, à environ 2 centimètres de celle-ci et à gauche de la ligne médiane, une plaie nette à direction semblable à celle de la plaie cutanée et thoracique, à bords légèrement écartés. Elle perfore le myocarde et va jusque dans le ventricule gauche, où l'on introduit facilement un stylet, sans intéresser aucune branche importante des vaisseaux coronaires.

A l'ouverture du cœur on trouve les cavités vides de sang ; l'examen du ventricule gauche montre que l'orifice interne du trajet créé par l'instrument vulnérant vient s'ouvrir au niveau de l'extrême pointe du ventricule où il est marqué par les saillies résultant de l'insertion des muscles papillaires. Aucun pilier important n'a été intéressé.

En résumé, plaie pénétrante du ventricule gauche, épanchement sanguin dans le péricarde, mort résultant vraisemblablement de la compression du cœur par cet épanchement.

Les circonstances ne nous ont pas permis de recueillir tous les renseignements qui seraient nécessaires pour que notre observation soit complète au point de vue clinique.

Nous croyons pourtant qu'ils suffisent à établir que très probablement le diagnostic de plaie du cœur aurait pu être posé du vivant de notre malade, sinon d'une façon absolue, du moins avec beaucoup de probabilités. L'état général grave du malade, d'une part, et, de l'autre, le siège de la plaie cutanée, exactement dans la région où bat normalement la pointe du cœur, faisaient aussitôt penser à une lésion de cet organe, et l'examen ultérieur n'aurait probablement pu que confirmer ce diagnostic.

Dans ces conditions se pose la question de savoir si une intervention aurait dû être tentée, puisque le malade a survécu quatre heures, c'est-à-dire beaucoup plus longtemps qu'il ne fallait pour la pratiquer. Il est classique de rappeler à ce sujet les hésitations des chirurgiens tels que Roux, Dubois, Dupuytren, au chevet du duc de Berry frappé en plein cœur d'un coup de poignard, et bien que les cas analogues soient rares, il est permis de penser que plus d'un chirurgien a dû se trouver en pareille situation et en saisir toute la difficulté. Actuellement, la doctrine qui semble prévaloir est celle de l'abstention. Malgré les expériences de Block, montrant que l'on peut, sur le lapin et sur le chien, pratiquer en quelques minutes et avec succès la suture d'une plaie du cœur, la majorité des auteurs pense que les avantages à espérer d'une semblable intervention sont fort aléatoires et qu'il vaut mieux courir les chances, minimes il est vrai, de guérison spontanée que de s'exposer par une intervention inopportune à détruire ou à déplacer le caillot qui, en fermant la plaie, peut amener la guérison.

Telle est l'opinion que soutiennent MM. Reclus et Forgues dans leur traité tout récent de thérapeutique chirurgicale, et qui semble être généralement admise.

Mais n'est-il pas permis de penser que, dans certaines circonstances, cette règle générale peut admettre des exceptions, et qu'une intervention peut devenir rationnelle? M. le professeur Poncet estime que, chez notre malade, il eût été indiqué d'intervenir, et une telle conduite paraît bien légitime, lorsque, comme ici, il s'agit d'une petite plaie par instrument piquant ou tranchant, ayant par conséquent des bords nets, favorables à une réunion immédiate; lorsque, de plus, le diagnostic est suffisamment certain et que, d'autre part, la terminaison paraissant devoir être rapidement fatale, une intervention chirurgicale apparaît comme la dernière chance de succès.

A notre connaissance, pareille intervention n'a jamais été pratiquée sur l'homme, et il est bien probable que de longtemps encore on ne possédera pas un nombre de faits suffisants pour juger par eux seuls une telle pratique. En effet, il n'y a pas là d'indication absolue, c'est plutôt une question de tact chirurgical dans chaque cas particulier, et de plus, une intervention aussi difficile et aussi grave ne peut être entreprise que si l'on a sous la main une organisation chirurgicale suffisante et devant soi le temps nécessaire, toutes conditions qui devront se trouver bien rarement réunies. Mais ces cas fussent-ils très rares, ils peuvent se présenter, et nous croyons, avec notre maître, qu'alors il ne faut pas délaisser, *a priori* et sans discussion, toute idée d'intervention. L'avenir nous dira peut-être si la suture du cœur, théoriquement et expérimentalement possible, peut être pratiquement utile dans des cas analogues au nôtre.

MÉDECINE PRATIQUE

De la fièvre dite de croissance. — M. le docteur Barbillon résume, comme suit, dans la *Revue des maladies de l'enfance*, quelques considérations générales sur la fièvre dite de croissance :

La fièvre de croissance n'existe pas en tant qu'entité morbide. La croissance ne peut pas déterminer de la fièvre, pas plus que la grossesse, l'établissement de la puberté, l'involution sénile. Les faits que l'on a groupés sous le chef de fièvre de croissance sont de causes multiples : les uns sont des états fébriles plus ou moins caractérisés (fièvres éphémères, fièvres de surmenage, etc.); les autres sont des formes atténuées de l'ostéomyélite aiguë. Leur affinité provient de caractères secondaires, tels que la douleur épiphysaire et l'accroissement de la taille. Les douleurs épiphysaires peuvent s'observer chez les jeunes sujets dans tous les états fébriles quels qu'ils soient. L'accroissement notable de la taille peut également se montrer à la suite de toutes les maladies de l'enfance ou de l'adolescence, que ces maladies soient aiguës ou chroniques. Il n'y a donc pas lieu d'établir sur cette base un groupe morbide qui ne saurait être constitué que par la réunion artificielle de cas dissemblables.

Fièvre typhoïde et bains froids. — Dans une étude, publiée, dans le *Languedoc médical*, sur l'influence pathogénique des variations de la température, M. A. Rémond n'ose ni se déclarer partisan résolu des bains froids, ni les déconseiller formellement. Il lui semble que la méthode de M. Bouchard est encore à ce point de vue ce que l'on peut conseiller de plus actif et de plus inoffensif en même temps.

La température initiale du bain est de 2 degrés inférieure à la température centrale du malade; on refroidit insensiblement l'eau d'un dixième de degré par minute, jusqu'à trente degrés, jamais au-dessous. Le bain est donné huit fois par jour jusqu'à ce que la température ne dépasse plus 37 degrés. En outre, on applique les prescriptions suivantes :

a. Tous les jours, à doses fractionnées, 4 grammes de naphtol et 2 de salicylate de bismuth. Matin et soir, lavement d'eau naphtolée.

b. Au début, pendant quatre jours consécutifs, 2 centigrammes de calomel par heure, pendant vingt heures sur vingt-quatre.

c. Tous les quinze jours, 15 grammes de sulfate de magnésie.

Telles sont les indications que l'on devra appliquer, lorsque les circonstances le permettront.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 janvier 1891. — Présidence de M. Chauvel.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES ACCIDENTS PRODUITS PAR LA COCAINE

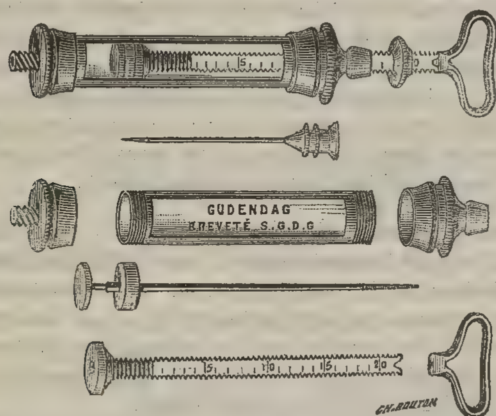
M. Berger signale un article de M. Germain Sée dans la *Médecine moderne*, dans lequel se trouvent deux statistiques : la première porte sur 90 cas, parmi lesquels on compte 10 cas de mort par la cocaïne; la seconde relève 170 cas dans lesquels il y a eu des accidents, dont 11 mortels. Après l'exposé de ces faits, M. G. Sée se déclare adversaire décidé de la cocaïne, qu'il considère comme dangereuse et infidèle.

Un médecin militaire rapporte le fait suivant : il s'agissait de l'extraction d'une dent chez un jeune militaire; pour obtenir l'anesthésie, on injecte IV à V gouttes d'une solution concentrée de cocaïne à 1 p. 5. Il n'y eut pas de douleur. Comme il restait une vieille racine à arracher, on refait une nouvelle injection de III à IV gouttes. Le médecin allait quitter le malade quand celui-ci est pris d'une grande anxiété, d'une perte de connaissance, de convulsions cloniques; le pouls était à peine perceptible. Ces accidents, pendant vingt minutes, furent très sérieux et très in-

quiétants; le malade fut plus de deux heures avant de se remettre complètement, puis il ne resta plus rien.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Seringue antiseptique du docteur Félizet. — M. FELIZET présente une seringue spécialement destinée à la pratique des injections interstitielles, chlorure de zinc (méthode Lannelongue), naphtol camphré (méthode Luton), teinture d'iode (méthode Duguet), injections de cocaïne à dose diluée (méthode Reclus) et à plus forte raison aux injections hypodermiques ordinaires. Cette seringue, construite par M. Gudendag, fabricant d'instruments, a pour avantage principal, outre la résistance parfaite, que le piston oppose à l'action irritante des divers liquides employés, la facilité avec laquelle elle peut être aseptisée, par la chaleur, à l'étuve ou par l'immersion dans des bains antiseptiques chauds.



La seringue se décompose, en effet, avec une extrême facilité, en plusieurs pièces qui résistent parfaitement aux températures les plus élevées.

L'organe pneumatique de l'appareil est un disque de caoutchouc spécialement préparé. L'expansion et l'effort contre la paroi intérieure du corps de pompe, sont réglés aussi exactement que possible par le rapprochement automatique des deux pièces constituant le piston.

La construction en a été minutieusement soignée, jusque dans les plus petits détails, et l'appareil présente les avantages d'un jeu de piston régulier, d'une puissance de propulsion irrésistible avec une extrême commodité de maniement.

COMMUNICATION

Occlusion intestinale par péritonite plastique. — M. NÉLATON rapporte un cas rare d'occlusion intestinale par épaississement des parois de l'intestin. Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans, bien portante jusqu'au 3 septembre dernier. Pendant ses règles, elle fut alors prise de coliques très vives, avec maximum dans la fosse iliaque droite; le soir même un lavement purgatif, le lendemain de l'huile de ricin furent administrés sans résultat. Les coliques persistaient; des vomissements, du météorisme, l'arrêt des gaz et des matières ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une occlusion intestinale. M. Juhel-Rénoy fit conduire cette malade à l'hôpital, pensant qu'il y avait lieu d'intervenir. Cependant, le troisième jour, il n'y avait plus de vomissements, les coliques et le météorisme étaient modérés; le toucher rectal ne donnait aucun renseignement. M. Nélaton pensa qu'il était préférable d'attendre et prescrivit l'extrait thébaïque à la dose de 15 centigrammes par jour, par pilules de 1 centigramme. Même état le lendemain. Le cinquième jour elle rendit des gaz; trois jours après, l'huile de ricin produisit une débâcle, et elle eut de la diarrhée qui dura jusqu'au 24 septembre. Le 26, en même temps que les règles, les symptômes d'occlusion intestinale se reproduisirent et furent heureusement combattus par le même traitement médical.

En examinant de nouveau cette malade, M. Nélaton constata, à 6 centimètres au-dessus de la marge de l'anus, un rétrécissement en forme de fer à cheval, constitué par du tissu scléreux ayant envahi les parois antérieures et latérales du rectum. Cette masse se continuait avec l'utérus et semblait résulter d'une hématocèle ancienne, ou d'un hémato-salpinx. Il était donc nécessaire de débarrasser la malade de cette cause d'étranglement intestinal. M. Nélaton, jugeant qu'une masse aussi profondément située serait difficile à atteindre par la laparotomie, préféra suivre la voie vaginale. La malade étant chloroformée, il incisa le cul-de-sac postérieur du vagin et divisa les adhérences qui réunissaient le rectum à l'utérus situé en rétroversion; il fut alors facile de remettre cet organe en place. La trompe était atteinte de salpingite catarrhale légère et ne fut pas extirpée. Examinant ensuite le rectum, il constata que l'étranglement n'existait plus depuis que l'intestin avait été libéré de l'utérus. Les suites de cette opération furent extrêmement simples, la malade quitta l'hôpital au bout de quinze jours et n'a jamais représenté d'accident de ce genre.

ÉLECTIONS

MM. Delarabrie, Grippa, Deibner, Phocas, Logeot et Delagenière sont élus membres correspondants nationaux.

La Société se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 12 janvier 1892, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Leblanc, membre de l'Académie de médecine.

Au grade de chevalier. — M. Laulanié, directeur de l'École vétérinaire de Toulouse.

— Par décret, en date du 12 janvier 1892, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — M. Carles, ancien pharmacien de deuxième classe de la marine.

— Par arrêté ministériel, en date du 7 janvier 1892, le nombre des places d'agrégés près des Facultés de médecine mises au concours par l'arrêté du 13 juin 1891, est porté de quarante-six à quarante-huit. — Ces deux nouvelles places (une pour la chimie, une pour la pharmacie) seront comprises dans la section des sciences physiques et seront réservées à la Faculté de médecine de Lyon.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 janvier 1892, la chaire de pharmacologie de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

— Les médecins auxiliaires de réserve des classes de 1882 et 1885, seront appelés en 1892, en même temps que les réservistes des corps auxquels ils sont affectés.

— Un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie, vacantes au 1er juillet 1892 dans les hôpitaux de Paris, s'ouvrira le mercredi 16 mars 1892, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47.

— La Société scientifique et médicale de l'Ouest, autorisée par arrêté préfectoral, en date du 9 septembre 1891, tiendra ses réunions mensuelles régulières les vendredis, à partir du 5 février 1892, à huit heures du soir, à l'École de médecine de Rennes, et les continuera les premiers vendredis de chaque mois, à la même heure.

Le bureau provisoire est formé comme suit : M. le docteur Delacour, président; M. Sirodot, vice-président; M. le docteur Perrin de La Touche, secrétaire général; MM. les docteurs Dayot et Joubin, secrétaires; M. Lenormand, trésorier.

— Les amis et élèves de M. Poirier, chef des travaux anatomiques, lui offriront un banquet le mercredi 28 janvier, à l'occasion de sa nomination de chevalier de la Légion d'honneur.

Les personnes qui désirent y prendre part sont priées d'adresser leur adhésion et leur cotisation, fixée à 20 francs, à M. le docteur Paul Thiéry, 6, rue de Seine, avant le 22 janvier.

Une lettre personnelle indiquant le lieu de la réunion, leur sera ultérieurement adressée.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera la prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 17 janvier 1892, au Musée d'hygiène, rue de l'École-de-Médecine, 21, à neuf heures et demie très précises du matin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

41

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.....................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux.....................		
Chlorure de sodium.....................		
Matières organiques.....................		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

36

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes ph^ies.

39

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 3 francs par semaine. GAZ, 2 f. 50 le ballon de 30 litres. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, **130** fr. Ph^ie LIMOUSIN, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

36

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** (*caféine, iodoforme et strophantus*). Dép^t Ph^ie Cie F^g Montmartre, Paris.

51

KOLA-ROY

Donne la force aux débilités.

2 à 4 cuillerées par jour aux repas.

Th. ROY, pharmacien, Asnières (Seine).

5

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

66

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis plus de trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays contre les diverses **Maladies du cœur. Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes**, enfin dans tous les **troubles de la circulation.**

Dépôt général : LABELONYE et Cie, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

7

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

27

MALADIES DES VOIES URINAIRES

PEPTO-SANTAL VICARIO

Ce produit, obtenu par digestion pancréatique artificielle, est très rapidement absorbé. Grâce à cette assimilation facile, il **peut seul être employé à haute dose** sans provoquer de phénomènes douloureux du tube digestif. Il constitue par conséquent la préparation la meilleure et la plus active contre la blennorrhagie et, en général, contre les affections des voies urinaires.

Dose : DE 1 A 4 CUILLERÉES A SOUPE DANS UN PEU D'EAU.

Ph^ie VICARIO, 13, boulev. Haussmann, Paris.

79

PILULES SUISSES

Pilules de coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

69

LE QUINA RAGOUCY

Elixir à base d'Extrait de quinquina,

est riche en alcaloïdes et renferme les principes tanniques complètement inaltérés. Cet agent de tonification agit efficacement dans tous les cas d'*anémie*, sans amener de *constipation* ni de *maux d'estomac*. — **4 fr. 25.**

Se trouve dans toutes les Pharmacies. — Paris, Pharmacie, 13, boulevard Haussmann.

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100^r**.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

50

SANATORIUM DU CANIGOU

à VERNET-LES-BAINS (Pyrénées-Orientales).

Affections lympatiques : Tuberculoses chirurgicales, Tumeurs, Scrofules, Maladies cutanées.

Affections des voies respiratoires : Laryngites, Bronchites chroniques.

Traitement spécial par la cure d'air des affections pulmonaires chroniques, phthisie, etc.

HOTELS DE PREMIER ORDRE, VILLAS, CHALETS CASINO, THÉATRE ET PARCS

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

25

PEPTONATE DE FER ROBIN

OU

FER ROBIN ASSIMILABLE

Admis dans les hôpitaux de Paris

Présenté à l'Académie, en 1885, par Berthelot.

Le seul obtenu à l'état de véritable sel ferrugineux, en gouttes concentrées.

DOSE : 10 à 20 gouttes par repas.

DÉTAIL : Dans toutes les Pharmacies.

62

QUINA-LAROCHE

Extrait complet des trois quinquinas. Laroche

10

SANTAL SAVARESSE

en capsules anglaises de MEMBRANE ORGANIQUE

Ces capsules se dissolvent dans les **intestins**, sans nausées ni troubles digestifs.

EVANS LESCHER ET WEBB, LONDRES.

Paris : BÉRAL, ph^ien., r. de la Paix ; MARCHAND, r. Grenier-St-Lazare ; CONOR, r. Barbette, et ph^ies.

62

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

4

VIN DE BELLINI (ET QUINA COLOMBO)

Fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

DETHAN, à Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger. Bellini

67

PANSEMENT VAGINAL

OVULES GIBART

Topique vaginal A BASE DE GLYCÉRINE SOLIDIFIÉE A TOUS MÉDICAMENTS

GAUTHIER, ph^ien, 121, r. de Turenne, Paris, et ph^ies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 18 janvier 1892.

Par décret, en date du 12 janvier 1892, M. le docteur Albert Brochin a été nommé chevalier de la Légion d'honneur. Nos lecteurs accueilleront avec une vive sympathie cette haute distinction accordée à notre très cher collaborateur qui continue si dignement ici la tradition paternelle.

La thèse, qui termine les études médicales, est depuis longtemps une simple formalité conservée par l'usage. Chacun en convient; tous, professeurs et élèves, sont, sur ce point, d'accord. Mais rien n'est difficile à déraciner comme certaines plantes inutiles, et nous craignons que la campagne entreprise par le *Nouveau Montpellier médical* ne soit destinée à rester sans écho. Cependant, la suppression de la thèse de doctorat en médecine serait chose légitime que, pour notre part, nous ne pouvons qu'approuver.

Sans nous prévaloir de ce qui s'est passé dans les Facultés de droit, où la thèse pour la licence a été supprimée; sans rappeler que, pour la pharmacie, la thèse est facultative, nous trouverons suffisamment d'arguments dans l'examen de ce qui se passe dans nos Facultés de médecine.

Actuellement, la thèse telle qu'elle est comprise n'est qu'une formalité inutile et coûteuse. Coûteuse, le candidat le sait, point n'est besoin d'insister, et, comme le dit fort justement notre confrère de Montpellier, « la plupart des dissertations inaugurales encombrent la science au profit exclusif des imprimeurs, des bouquinistes et même des... boutiquiers ».

Que la thèse soit une formalité inutile et sans valeur, il est également facile de le démontrer. Prenez cent thèses de Faculté de médecine, de Paris ou de la province, lisez-les avec soin et dites-nous ce qu'en vaut l'aune? Ce serait le cas de rééditer le fameux *apparent rari nantes*... A peine quelques thèses se distinguent des autres et se recommandent à l'attention. Presque toutes, écourtées, écrites à la hâte, sans expérience personnelle, sans recherches sérieuses, sont sans valeur scientifique réelle. Presque toujours l'étudiant, pressé de partir et de s'installer, l'a bâclée ou *fait bâcler* à la hâte, d'après un tarif d'ailleurs établi et parfaitement adopté. Les juges le savent, quelques-uns même s'ingénient à chercher noise au malheureux candidat et à le troubler dans la soutenance d'un sujet qui lui est peu familier et qu'il connaît seulement pour en avoir corrigé les épreuves, très imparfaitement d'ailleurs. Mais, comme ces thèses, sortant de la fabrique, sont souvent parmi les moins mauvaises, elles sont toujours et constamment acceptées. D'ailleurs on ne refuse plus un candidat qui vient soutenir sa thèse. Il faudrait une insuffisance telle, que la thèse soit au-dessous d'un chapitre de petit manuel de pathologie ou que ce soit une œuvre blessant la morale publique ou constituant pour le futur docteur une réclame déjà prête. Encore, dans ce dernier cas, vaut-il mieux enterrer cette thèse sous une banale acceptation, que de la refuser et la couronner des palmes du martyre. Aussi l'on peut dire que la tolérance la plus grande s'est établie, d'un commun accord, entre juges et candidats.

Les juges sont si bien convaincus de l'inutilité de cette formalité dernière, que la plupart ne lisent jamais le travail qu'ils sont chargés d'argumenter. Un coup d'œil à l'introduction, la lecture rapide des conclusions, cela suffit pour parler, en général agréablement, au candidat qui va devenir confrère. On le chicane sur un mot, on lui donne de bons conseils pour la deuxième édition de sa thèse, que l'on sait d'avance mort-née et condamnée à l'enfouissement immédiat. Le président, toujours choisi par le candidat, ajoute, en général, aux éloges, souhaite la bienvenue, et prononce le *dignus es intrare*. Puis, c'est fini, l'étudiant enlève sa robe, en paie la location, donne le classique pourboire à l'appariteur qui « est heureux d'être le premier à le saluer docteur » et, pour notre jeune confrère, cette intéressante formalité n'est plus qu'une dernière dépense qui termine ses études médicales.

Il faut donc supprimer la thèse de doctorat en médecine, telle qu'elle est aujourd'hui comprise. Nous verrons comment il convient de la remplacer.

A la Société médicale des hôpitaux (15 janvier), présentation très intéressante d'une malade par M. Marie. Une femme de vingt-neuf ans porte des tuméfactions osseuses des tibias, des fémurs, des humérus et du maxillaire supérieur. Il s'agit là de lésions symétriques qui ont commencé à se montrer il y a deux ou trois ans. Cette femme ne paraît pas syphilitique; le traitement spécifique a du reste été employé sans succès. Ce ne sont là, d'autre part, ni les allures du léontiasis osseux de Virchow, ni de l'ostéo-

arthropatie pneumique de M. Marie. Dans l'ostéite déformante de Paget, il y a des déviations des os longs suivant leur axe que l'on ne rencontre pas ici. S'agirait-il donc d'une maladie nouvelle? La malade, qui est tuberculeuse, n'a pas de corps thyroïde appréciable. Y a-t-il un rapport entre ce peu de développement, ou l'atrophie de cet organe, et les lésions osseuses? Rien ne le démontre. A noter de plus une teinte brunâtre de la peau, comparable à la teinte bronzée de la maladie d'Addison. Est-ce l'indice d'un trouble trophique général, d'où dépendent également les ostéopathies? Impossible de répondre à ces diverses questions.

M. Rendu a vu, chez une femme atteinte de pneumonie grippale, se produire de la gangrène des deux extrémités inférieures. Il y avait oblitération des deux iliaques primitives et des fémorales jusqu'à l'origine des fémorales profondes. Dans le cœur, il y avait un caillot à centre puriforme, ce qui expliquait l'état de collapsus cardiaque observé, et ouvrait l'hypothèse d'une embolie. Dans ce caillot, il y avait des pneumocoques : les microbes pathogènes de la pneumonie ont donc été sans doute la cause de la thrombose artérielle, soit directement *in situ*, soit indirectement par embolie. Sur les divers points des artères observés, il n'y avait pas de lésion d'artérite appréciable.

M. Netter, qui a beaucoup étudié tout ce qui se rapporte au pneumocoque, ne connaît que deux cas d'artérite et de thrombose par infection pneumococcique. En semblable condition, on a vu aussi la coagulation veineuse et la phlegmatia alba dolens.

A l'actif ou au passif de l'infection pneumonique, et, par conséquent, du microbe qui paraît en être le facteur, il faut donc inscrire les coagulations veineuses ou artérielles et leurs conséquences.

A la Société de dermatologie (14 janvier), M. Brocq a présenté, pour la seconde fois, un malade atteint de sclérodermie en bandes de l'avant-bras, qu'il a soigné, depuis le mois de juin 1890, par l'électrolyse. L'amélioration obtenue est très grande et équivaut à une véritable guérison. C'est là un succès des plus remarquables, car bien que, d'après M. Besnier, le cas en question appartînt à une forme curable, il est probable que, sans l'intervention thérapeutique, la guérison spontanée n'eût pas encore été obtenue. On a également de bons résultats avec l'électrolyse dans certains cas de chéloïde. D'après les indications minutieuses données par M. Brocq, l'électricité doit être dosée avec soin. Il faut se servir d'aiguilles uniques, ne les enfoncer que dans le tissu malade, sans le dépasser, sous peine d'augmenter la sclérose; il faut se servir de courants d'une faible intensité (5 à 10 milliampères). Chose curieuse, ce n'est pas au point même d'implantation de l'aiguille, mais à distance, que l'effet utile se fait sentir.

M. Jacquet continue la série de ses présentations de malades atteints de lichen plan et améliorés ou guéris par l'usage des douches chaudes. Chez les deux femmes qu'il fait voir, les lésions cutanées persistent encore, mais le prurit a rapidement disparu, et c'est là un point capital, la démangeaison étant le phénomène de beaucoup le plus désagréable dans cette dermatose rebelle. M. Besnier dit, à ce propos, qu'on peut voir le contraire se produire, ainsi qu'il l'a constaté une fois; le prurit n'a nullement diminué sous l'influence des douches tièdes; il a, au contraire, plutôt augmenté. Par contre, les lésions cutanées se sont sensiblement atténuées.

Une présentation de M. Feulard soulève incidemment une discussion sur un point important de pratique en syphilithérapie : l'excision du chancre, qui compte un certain nombre de partisans convaincus, mais un nombre encore plus grand de chauds adversaires. Le malade de M. Feulard est un enfant de quinze mois, atteint d'une ulcération ecthymateuse de la verge simulant absolument le chancre induré, érosion, induration au pourtour, pléiade ganglionnaire.

Comme le fait remarquer M. Fournier à ce propos, des cas semblables soulèvent de nombreuses questions théoriques et pratiques. Diagnostiquer un chancre en cas semblable peut amener une action médico-légale de grave conséquence. D'autre part, lorsqu'on a diagnostiqué un chancre induré et que ce chancre n'a pas été suivi d'accidents syphilitiques, n'a-t-on pas commis une erreur de ce genre? Lorsqu'on a excisé le chancre, et qu'on a cru ainsi avoir empêché l'infection syphilitique de se produire, n'a-t-on pas fait encore une erreur de diagnostic? Il faut reconnaître que l'érosion, l'induration et la pléiade ganglionnaire sont d'excellents signes du chancre induré; ils sont également des signes dangereux, puisqu'ils ne lui appartiennent pas exclusivement.

M. Darier, interpellé par M. Besnier, déclare que l'histologie elle-même ne fournit, à l'heure actuelle, aucun point de repère pathognomonique.

On a, dit M. Fournier, cité peut-être 5 ou 600 observations d'excision du chancre ayant arrêté la syphilis dans l'œuf, mais bien peu répondent aux conditions voulues pour être probantes : l'absence de rapports avec une autre femme que la femme reconnue syphilitique par confrontation depuis quatre semaines au moins.

Et encore est-ce absolument démonstratif? Non évidemment. La preuve absolue serait seule l'inoculation à un individu exempt de syphilis; elle est irréalisable; à moins de faire ce qu'on a fait pour la lèpre, et de consacrer à cette expérience des condamnés à mort. Ils auraient au moins servi à quelque chose, et il n'y aurait pas là un acte bien grand d'inhumanité.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

CONFÉRENCES COMPLÉMENTAIRES DU MERCREDI.

L'ophthalmie blennorrhagique.

(Leçon faite par le docteur A. Trousseau, médecin de la Clinique des Quinze-Vingts.)

L'ophthalmie, ou mieux conjonctivite blennorrhagique, peut faire un aveugle; signaler ce fait c'est appeler d'emblée votre attention sur la gravité de la maladie et sur l'importance des moyens que nous possédons pour la combattre victorieusement.

Avant d'entrer dans la description détaillée de cette affection, permettez-moi de vous dire comment elle se développe et quel est l'aspect du malade qui vient réclamer vos soins.

Un jeune homme de vingt à trente ans, atteint d'une blennorrhagie le plus souvent aiguë, a porté à ses yeux les doigts souillés de pus; il n'a pas tardé à percevoir du côté

des organes visuels une sensation de gêne, de brûlure vive, augmentant jusqu'à provoquer une véritable douleur qui s'accompagne bientôt de rougeur et de larmoiement. Rapidement, les paupières ont gonflé, les larmes se sont mêlées de flocons muqueux, l'écoulement purulent s'est établi. Vingt-quatre, quarante-huit heures après le contact suspect, vous verrez s'avancer vers vous un individu aux paupières énormes, rouges et tendues, entre les lèvres desquelles s'écoule un pus jaunâtre ou verdâtre se répandant même sur les joues. Le patient ne pourra ouvrir les yeux et si vous voulez vous livrer à une exploration complète, tenter de retourner les paupières, voire même de les entr'ouvrir, il se dérobera à votre examen en accusant la plus violente douleur. Et pourtant, sous peine de devenir responsable d'un cataclysme, vous devez préciser le diagnostic et appliquer hâtivement le traitement.

Pour remplir ce double but, commencez par étancher avec du coton hydrophile le pus qui sort des fentes palpébrales, entr'ouvrez légèrement celles-ci de façon à ce que les liquides puissent s'écouler progressivement au dehors et ne viennent pas vous jaillir à la figure au moment où vous ferez l'écartement complet. Vous ne l'obtiendrez, du reste, qu'en vous servant des releveurs palpébraux, qui, seuls, vous permettront de constater l'état de la conjonctive bulbaire et de la cornée. La première est rouge, violette, œdématiée, souvent soulevée par un chémosis intense entourant d'un bourrelet la cornée, qui, elle, peut être saine, c'est-à-dire claire, transparente ou déjà trouble, infiltrée, ulcérée, vous faisant pressentir une des graves complications sur lesquelles j'insisterai plus tard. Pour faire ces constatations, vous aurez dû, les paupières une fois ouvertes, étancher à nouveau le pus que vous voyez sourdre de toutes parts.

Maintenant, bien fixés sur la nature du mal, sur l'étendue des désordres, vous avertirez le sujet sur la gravité de la maladie et de la nécessité d'un traitement rigoureux que vous ne pourrez appliquer sans retrousser complètement les paupières. Je vous indiquerai le moyen de procéder à cette petite opération, en parlant du traitement; je dois auparavant vous tracer la marche de la maladie.

La conjonctivite blennorrhagique a une marche franchement aiguë et elle atteint très rapidement sa période d'état. De douze à vingt-quatre heures après l'inoculation, les phénomènes réactionnels sont des plus intenses. C'est à ce moment que les paupières sont parfois si tendues qu'il est presque impossible de les entr'ouvrir, que la douleur est la plus vive. Dès que la sécrétion, qui a pris le caractère franchement purulent, commence à devenir abondante, le gonflement des paupières diminue, la douleur se fait moins atroce. Il y a une sorte de détente qui ne doit pas faire croire à une amélioration, c'est, au contraire, la période dangereuse qui commence, la période des surveillances incessantes. Dès cette époque, il ne faut pas perdre de vue la cornée et il faut se tenir prêt à agir au moindre signe de souffrance qu'elle donnera. Peu à peu, sous l'influence du traitement, les paupières s'affaissent, la sécrétion diminue, les yeux s'entr'ouvrent; alors les gros dangers sont conjurés, mais vous ne devrez être absolument rassurés que quand la sécrétion aura totalement disparu, vous rappelant que tant qu'elle persiste elle peut redevenir abondante et nocive. Il faut environ trois à quatre semaines pour guérir la conjonctivite blennorrhagique, mais, après ce laps de temps, la muqueuse reste encore rouge, elle offre des papilles hypertrophiées et peut présenter un état d'inflammation chronique qui se modifie très lentement.

Je l'ai dit tout à l'heure et je le répète, vous devez prendre, pendant tout le cours de la maladie, de fréquentes nouvelles de la cornée, qui peut être le siège des complications les plus graves. Tantôt elle s'infiltrera, prenant une teinte grise, teinte qui peut devenir assez vite jaunâtre, alors il existe du pus dans les lames de la membrane, un abcès ou une vraie infiltration purulente. Tantôt elle sera le siège d'ulcérations superficielles ou profondes, centrales ou périphériques, qui pourront aboutir à une perforation dont vous connaissez les redoutables conséquences : hernies de l'iris qui apparaît dans la plaie sous forme d'un bourgeon noirâtre, staphylomes opaques, atrophies du globe, etc. Parfois on a vu la cornée rongée par un ulcère circulaire suinter en bloc, d'où danger d'une panophthalmie ou suppuration totale du globe oculaire, qui amène les plus vives douleurs, les conséquences les plus désastreuses.

J'en ai assez dit pour vous faire comprendre toute la gravité du pronostic de l'ophthalmie blennorrhagique. Comme elle est toujours ou presque toujours double, vous voyez qu'elle peut entraîner le cécité complète. Certes bien soignée dès le début, avant l'apparition des désordres cornéens, elle peut guérir sans laisser de traces, mais il est rare qu'elle évolue sans altérer, au moins en une partie limitée, la transparence de la cornée. La persistance d'une taie peut être considérée comme un résultat relativement heureux quand on n'a été appelé que tardivement.

L'ophthalmie blennorrhagique est une maladie à grand fracas dans 95 p. 100 des cas, mais, comme je l'ai signalé à l'avant-dernier congrès d'ophthalmologie (1890), elle peut affecter une forme insidieuse non moins grave, dans laquelle les paupières sont moyennement gonflées, la suppuration peu abondante, ce qui n'empêche pas les désordres cornéens d'être précoces et redoutables, d'où cette conclusion pratique que vous devez toujours considérer comme grave toute ophthalmie blennorrhagique, quelle que soit sa bénignité apparente, et agir en conséquence.

Le diagnostic de la conjonctivite blennorrhagique est généralement des plus faciles, le gonflement considérable des paupières, l'abondance de la suppuration sont les deux signes capitaux qui ne peuvent guère se rencontrer que dans cette affection, dont la cause, aisément constatable, sert à préciser la nature. L'orgelet peut amener un gonflement énorme de la paupière et un écoulement catarrhal assez abondant, mais l'affection est unilatérale, l'écoulement n'est pas vraiment purulent et surtout il est facile de trouver sur le bord de la paupière un point induré et douloureux qui facilite le diagnostic. Le phlegmon de l'œil ou de l'orbite est toujours unilatéral, s'accompagne de douleurs beaucoup plus violentes que celles de l'ophthalmie blennorrhagique et d'un état fébrile marqué. La conjonctivite catarrhale intense peut simuler la conjonctivite blennorrhagique, mais le gonflement et la rougeur des paupières sont peu accentués et l'écoulement n'est pas franchement purulent, le pus, moins lié, n'est jamais verdâtre. Toutefois, il faudrait surveiller rigoureusement un blennorrhagique qui vous semblerait atteint de conjonctivite catarrhale. L'erreur qui consisterait à prendre le début d'une conjonctivite blennorrhagique pour une simple hyperhémie de la conjonctivite ou pour un iritis, serait

sans grande importance et de courte durée, à cause de la rapide apparition du gonflement palpébral et de l'écoulement purulent.

Au premier moment, il est plus difficile de distinguer l'ophthalmie blennorrhagique vulgaire amenée par l'inoculation du pus uréthral chargé de gonocoques d'une autre affection à laquelle le docteur Fournier a consacré une magistrale leçon (13 novembre 1885) et qu'il a app à juste raison, conjonctivite blennorrhagique spontanée ou de cause interne, sans inoculation. J'ai moi-même, après Haltenhoff, Armaignac, rapporté une intéressante observation de cette maladie assez rare qui débute insidieusement sans douleur, sans photophobie, sans augmentation de la sécrétion lacrymale.

Seul un chimosis séreux intense entoure la partie interne et inférieure de la cornée. L'affection augmente progressivement, reste stationnaire, puis décroît peu à peu; elle prend le second œil après le premier, puis revient souvent au premier, mais jamais elle ne quitte son caractère bénin. Elle a pour caractéristique de récidiver presque à chaque chaudepisse et de coexister avec le rhumatisme blennorrhagique.

On a voulu faire de cette affection une conjonctivite d'inoculation atténuée, ceci n'est pas soutenable; comme l'a fort bien dit M. le professeur Fournier, il s'agit là d'un symptôme secondaire de la blennorrhagie, comme la variole et les plaques muqueuses sont un symptôme secondaire de la syphilis; c'est un mode d'expression du rhumatisme blennorrhagique comparable à l'iritis blennorrhagique. Ricord lui avait donné le nom pittoresque d'arthrite de l'œil.

Jamais les savants les plus habiles (Sattler Davies, de Saint-Louis) n'ont pu trouver de gonocoques dans la sécrétion de la conjonctivite spontanée, tandis qu'on les rencontre constamment dans la conjonctivite due à l'inoculation.

Nous ne sommes plus à l'époque où l'on discutait l'origine de celle-ci, les uns l'attribuant à la métastase, les autres au contact du pus nocif. Nous savons aujourd'hui que cette dernière cause est constante; le transport du pus de l'urèthe à l'œil se fait, soit par les linges, soit par les pièces de pansement, soit par les doigts, soit, s'il s'agit d'une contagion d'individu à individu, par des contacts sur lesquels il est inutile d'insister. Cullerier a rapporté un cas bizarre d'inoculation : un malade blennorrhagique, porteur d'un œil d'émail, ôtait cet œil artificiel chaque soir, et le mettait dans un verre d'eau qui lui servait à laver sa verge. Il fut pris subitement d'une inflammation intense du moignon et de la conjonctive qui tapisse l'orbite.

En parlant des symptômes et des complications de l'ophthalmie blennorrhagique, je vous ai montré le danger, je vais, maintenant, vous donner les moyens de le combattre. Les procédés pour lutter contre les ravages de cette grave conjonctivite ne doivent pas rester entre les mains des seuls spécialistes. Il s'agit ici d'une médication d'urgence qui, bien conduite, peut donner des résultats vraiment surprenants. Rappelez-vous qu'une ophthalmie, traitée à temps et bien traitée, peut guérir sans laisser de traces, mais que le moindre retard, la moindre faute peuvent amener des conséquences désastreuses. N'oubliez pas que vous avez à remplir un rôle prophylactique et que vous devez toujours avertir les individus atteints de chaudepisse du danger que peut offrir le transport du pus à l'œil, leur dire de ne jamais porter aux yeux les mains souillées d'un contact impur, de brûler les linges tachés par l'écoulement uréthral, de ne négliger aucun soin de propreté.

Le traitement de la conjonctivite blennorrhagique repose presque exclusivement sur l'emploi des cautérisations au nitrate d'argent, c'est un fait qu'il faut proclamer hautement.

Beaucoup de médecins sont embarrassés pour appliquer ces cautérisations, parce qu'ils ont de la difficulté à retourner les paupières du malade. Aussi je crois devoir insister sur cette petite manœuvre. Avant de la tenter, il sera bon d'essuyer les paupières et de débarrasser les cils du pus qui peut s'y être attaché; ainsi, les doigts ne glisseront pas.

Pour retourner la paupière supérieure, vous saisirez d'une main les cils ou même le bord libre, que vous abaisserez légèrement, pendant que de l'autre main vous appuierez le manche d'un stylet ou d'un pinceau dans le sillon orbito-palpébral, vous n'aurez plus alors qu'à faire basculer la paupière sur cette partie résistante. Pour retourner la paupière inférieure, vous placerez le bout de l'index le plus près possible du bord ciliaire, que vous abaisserez en enfonçant l'extrémité du doigt entre le globe et le rebord orbitaire. Les deux paupières peuvent être maintenues retournées simultanément au moyen de l'index et du pouce gauches, appuyés sur la face conjonctivale des bords ciliaires supérieur et inférieur. Dans cette situation, la main droite est libre et prête à saisir le pinceau. Avant d'entreprendre quoi que ce soit, nettoyez convenablement la face conjonctivale des paupières avec une solution de sublimé à 1 p. 2000.

Pour faciliter l'étude du traitement, je supposerai deux cas :

1° Il n'y a pas de complications cornéennes;

2° Ces complications se sont produites.

S'il n'y a pas de complications cornéennes, vous cautériserez la muqueuse au moyen d'un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent à 3 p. 100. Cette cautérisation doit être faite (après avoir étanché légèrement le pinceau sur le bord du verre), avec le plus grand soin et sans timidité; elle sera prolongée jusqu'à ce que la conjonctive soit devenue *blanche* et devra atteindre les *culs-de-sac*; ce sont là deux points de première importance dont dépend le succès. Proscrivez sans pitié les caustiques solides, les différents crayons dont l'action est irrégulière, difficile à doser et qui, s'effritant, peuvent laisser après eux des parcelles capables d'entretenir une violente irritation.

Les cautérisations doivent être renouvelées toutes les douze heures, jusqu'à ce que les paupières s'affaissent et s'entr'ouvrent, puis toutes les vingt-quatre heures, jusqu'à siccité absolue de la muqueuse.

Si la muqueuse est épaissie, chémotique, faites, parallèlement au diamètre horizontal des paupières, des scarifications que vous ne pratiquerez qu'après les cautérisations.

Dans l'intervalle des cautérisations, lavez fréquemment les yeux, en faisant couler entre les paupières une solution de sublimé à 1 p. 2000. Ne laissez jamais séjourner le pus. Il faut aussi maintenir en permanence sur les yeux des compresses perpétuellement trempées dans le sublimé *glacé*. Les compresses glacées seront continuées jusqu'à défervescence. Si, au moment où vous avez obtenu une bonne amélioration, le sublimé vous semblait irritant, vous pourriez le remplacer par l'eau boriquée à 4 p. 100 ou l'eau

phéniquée à 1 p. 100, mais ce sont là des antiseptiques d'ordre inférieur.

S'il y a complication cornéenne, ne cessez pas les cautérisations, mais agissez ainsi qu'il suit. Le trouble cornéen est-il léger, instillez le collyre à l'ésérine (5 centigrammes pour 10 grammes) deux ou trois fois par jour. Y a-t-il ulcère, abcès, infiltration purulente, continuez l'ésérine et touchez hardiment toute la surface ulcérée ou infiltrée avec la pointe rougie du galvanocautère. S'il y a menace de perforation, n'attendez pas que celle-ci se produise, rompez le fond de l'ulcère avec un stylet ou mieux avec le cautère actuel, instillez l'ésérine et installez le bandeau compressif (avec pansement antiseptique), que vous lèverez fréquemment pour nettoyer l'œil. Si la perforation s'est produite, tenez la même conduite, insistez sur les lavages. Si l'iris fait hernie, réséquez-le ou touchez-le au galvanocautère.

A la période de déclin, vous supprimerez les compresses tout en continuant les lavages, vous espacerez de plus en plus les cautérisations, en remplaçant la solution de nitrate d'argent à 3 p. 100 par celles à 2, puis à 1 p. 100.

Vous pourrez même, dès que la sécrétion sera réduite au minimum, cesser les cautérisations à l'argent et faire à leur place des badigeonnages de la muqueuse avec un pinceau trempé dans du pétrole brut, dont j'ai indiqué les propriétés bienfaisantes au dernier Congrès d'ophthalmologie, ceci deux ou trois fois par jour. Si la conjonctivite tend à la chronicité, abandonnez toute cautérisation et remplacez les lotions antiseptiques par des lavages astringents. Employez, par exemple, en compresses froides, matin et soir, une solution de sulfate de zinc à 1 p. 100.

Vous me pardonnerez de ne pas avoir élevé le ton de cette conférence, d'avoir à peine effleuré quelques problèmes scientifiques (gonocoques, etc.); j'ai pensé que je vous serais plus utile en vous fournissant des renseignements rigoureusement pratiques.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement prophylactique des attaques de goutte. — Il y a une dizaine d'années, M. le docteur Foucaut (d'Orléans) attirait l'attention de son confrère M. Bérenger-Féraud sur les bons effets qu'il obtenait de l'emploi de l'acide lactique dans le traitement prophylactique de la goutte. Donner aux goutteux, d'une manière persistante et prolongée, deux grammes d'acide lactique par jour, pendant trois semaines de chaque mois, éloigne les accès, les diminue d'intensité et même parfois les fait disparaître de la manière la plus heureuse.

M. Bérenger-Féraud expose dans le *Bulletin de thérapeutique* le « modus faciendi » très simple de ce traitement. Le malade se d'une provision de quarante grammes d'acide lactique, additionnés d'une égale quantité d'eau, de manière à ce qu'une cuillerée à café de solution représente deux grammes de principe actif. Tous les matins, il verse une cuillerée à café de cette solution dans deux, trois ou quatre verres d'eau, suivant son goût. Il édulcore, si besoin est, cette mixture, qu'il prend par verrées dans le cours de la journée. Au bout de vingt jours, étant arrivé à la fin de sa provision, il suspend la médication pendant dix ou onze jours, pour recommencer ensuite de la même manière, et cela durant une période qui doit être de plusieurs années.

L'usage prolongé de l'acide lactique n'a paru avoir aucune action nuisible sur la nutrition, les fonctions digestives, etc.

Hernies du gros intestin. — M. le docteur Gangolphe résume ainsi, dans le *Lyon médical*, une étude de ces hernies.

Les hernies du gros intestin peuvent s'accompagner d'appendicite dans le sac herniaire. La localisation des phénomènes inflammatoires à la hernie, l'apparition d'une suppuration fétide sans issue de gaz ni de matières, sans troubles sérieux des fonctions intestinales, permettront peut-être à l'avenir de diagnostiquer cette complication. La cure radicale entreprise après un délai suffisant est rendue particulièrement pénible par les adhérences et surtout par les difficultés que l'on peut éprouver à reconnaître la présence de l'intestin. D'une manière générale, les incisions pour kélotomies devront être faites de préférence à la partie antéro-interne des hernies ; on évitera ainsi la blessure du gros intestin dans le cas où celui-ci est hernié.

Le salicylate de soude dans les épanchements pleurétiques. — Deri a employé avec succès le salicylate de soude à la dose de 4 grammes par jour dans les pleurésies avec épanchement. Il rapporte, en particulier, l'observation d'un jeune homme de vingt-neuf ans, dont l'épanchement était resté stationnaire, malgré les diurétiques les plus variés. Après cinq jours d'administration du salicylate, la diminution était considérable. Après neuf jours, la résorption était complète. Il est vrai que cette pleurésie était survenue au cours d'une attaque de rhumatisme.

Deri n'est pas éloigné, en pareil cas, d'accorder au salicylate une action spécifique analogue à celle qu'il exerce dans les manifestations articulaires du rhumatisme. Il croit que ce médicament contribuera à diminuer les indications de la thoracentèse. (*Pester med. chir. Presse.*)

Influence des bains de mer et de l'atmosphère marine sur la tuberculose cérébrale chez les enfants. — M. Dubrisay, après avoir rapporté trois observations de méningites tuberculeuses, rapidement mortelles, développées sous l'influence d'un véritable coup de fouet produit sur l'affection tuberculeuse latente par les effets congestionnants des bains de mer et de l'atmosphère maritime, arrive aux conclusions suivantes qui résument bien les principales contre-indications du traitement marin :

« Les rachitiques, les scrofuleux, les anémiques, les tuberculeux osseux, quand la période aiguë est terminée, doivent à peu près tous être envoyés à la mer, et le nombre en sera grand. Mais les arthritiques, les cardiaques, les albuminuriques, et, pardessus tout, les nerveux, et tous ceux qui, à un titre quelconque, méritent l'épithète de cérébraux, doivent en être éloignés. Rien de plus ordinaire que de voir sur les bords de la mer de jeunes enfants devenir grognons, irritables, perdre l'appétit et surtout le sommeil. Les ramener à l'intérieur des terres suffit pour faire disparaître les accidents. Mais s'ils sont sous le coup d'une tuberculose latente et jusque-là méconnue, la diathèse peut éclater, et, en quelques semaines, ils succombent comme l'ont fait les trois enfants dont je viens d'esquisser l'histoire. » (Société de médecine pratique.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Des aliénés criminels (1), par M. le docteur Camille Allaman.

Conclusions. — Bien que tout aliéné puisse devenir criminel à un moment donné, la fréquence des actes délictueux ou criminels varie cependant considérablement selon la forme d'aliénation mentale.

On peut ainsi ranger, par ordre de bénignité criminelle décroissante, les différents genres d'aliénation : paralysie générale; infirmités cérébrales (imbécillité, idiotie, démence); états mélancoliques; états maniaques (folie circulaire, hystérie); folie puer-

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

pérale; folies toxiques (alcoolisme, intoxication morphinique, etc.); folies partielles (délire des persécutions, folie religieuse); épilepsie; folie impulsive.

Il est extrêmement difficile de pouvoir affirmer si un aliéné criminel, rendu à la liberté après un certain temps, ne recommencera pas un nouvel attentat. La persistance des hallucinations peut seule servir, dans un grand nombre de cas, à être fixé sur les appréhensions que doivent susciter ces malades. L'autorité judiciaire interviendrait pour statuer sur les cas de mise en liberté.

Quant à leur responsabilité, elle est évidemment nulle dans tous les cas où leur aliénation est nettement confirmée, et elle doit être établie dans le sens le plus large, dans les cas de rémission et d'intermittence, car on ne peut jamais préciser très exactement dans quelle mesure ces malades sont encore sous le joug de leur affection latente.

Il existe une classe d'individus, fous moraux, type intermédiaire hybride, à instincts éminemment vicieux et pervers, pour lesquels nuire est, pour ainsi dire, une véritable fonction. Ceux-ci forment une véritable population flottant entre l'asile d'aliénés et la prison. Puisque leur place n'est ni dans l'un ni dans l'autre, elle est dans un établissement intermédiaire qui serait l'asile d'aliénés criminels, qui existe d'ailleurs dans un grand nombre de pays civilisés. On placerait également dans cet établissement les criminels devenus aliénés, les aliénés à rechutes, tels que les alcooliques, les épileptiques et tous les aliénés véritablement dangereux, c'est-à-dire ceux qui auraient prouvé « par un acte » que leur liberté met en péril l'ordre public et la sûreté des citoyens.

Ces diverses catégories forment un contraste frappant avec un très grand nombre d'aliénés, à mœurs douces et inoffensives, vieillards frappés de démence sénile, idiots, imbéciles, apoplectiques, gâteux, etc., tous affaiblis de l'intelligence, mais n'offrant aucun danger.

Cette grande distinction entre deux catégories d'individus, les aliénés criminels et les pervertis, d'une part, et les inoffensifs de l'autre, ainsi que la différence de placement, aurait, entre autres avantages, celui de permettre d'exercer une surveillance plus étroite sur les malades de la première catégorie et d'accorder une liberté plus grande à ceux de la seconde. Le placement des premiers se ferait dans un établissement qui se rapprocherait davantage de la prison, celui des seconds dans des asiles qui ressembleraient plutôt aux hôpitaux.

Le public, pénétrant plus facilement et presque comme dans un hôpital dans ces derniers asiles, qu'il considère actuellement comme des Bastilles, se convaincrait davantage qu'il n'y a pas de séquestration arbitraire et laisserait de côté les injustes préventions qui existent dans son esprit, contre les asiles en général et les médecins aliénistes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 12 janvier 1892, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le professeur Charcot.

Au grade d'officier. — MM. les professeurs Dieulafoy et Tillaux, M. le docteur Mène (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Brochin, de Cours, Porak, Richelot et Sevestre (de Paris); Balestre (de Nice), Brugère (d'Uzerche), Brun (de Châtillon-sur-Indre), Flain (d'Aubigny), Gerlier (de Ferney-Voltaire), Langlois (de Maréville), Mercier (de Mer), Pujos (d'Auch), Sainton (de Bar-sur-Seine), Sigallas (de Plan-de-la-Tour).

— Par décret, en date du 11 janvier 1892, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Galereau, Touret, Mordagne, Ropiteau, Clavaud, Déru, Michel, Douilhet, Bizot, Barral, Kraus et Marette.

— Par arrêtés ministériels, en date du 13 janvier 1892, des concours s'ouvriront :

1° Le 15 juillet 1892, devant l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, pour l'emploi des chaires de pharmacie et matière médicale à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

2° Le 20 juillet 1892, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

3° Le 20 juillet 1892, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à ladite École.

— Par arrêté ministériel, en date du 16 janvier 1892, il est institué au ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts un comité consultatif des distinctions universitaires.

Ce comité est composé de la manière suivante : le ministre, président; le vice-recteur de l'Académie de Paris, vice-président; deux sénateurs; deux députés; un membre du Conseil supérieur de l'instruction publique; un membre du Conseil supérieur des beaux-arts; un inspecteur général de l'instruction publique, nommés par arrêté ministériel et annuellement renouvelables; les directeurs du ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts; le chef du cabinet du ministre. Deux inspecteurs de l'Académie de Paris et un inspecteur des beaux-arts, délégués par le ministre et chargés de la préparation des affaires, sont adjoints à la commission avec voix délibérative dans les affaires dont ils seront rapporteurs.

Le comité fixe semestriellement le contingent de distinctions à attribuer à chacune des catégories de personnes énumérées au décret du 24 décembre 1885. Il examine et classe les titres des candidats n'appartenant pas à l'un des trois ordres d'enseignement ou n'étant point fonctionnaires de l'administration de l'instruction publique.

Aucune nomination ne peut être faite si la commission n'a déclaré que le candidat réunissait les conditions exigées par les décrets et règlements.

— Un concours public pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central s'ouvrira, le samedi 27 février 1892, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Le registre d'inscription des candidats, ouvert le lundi 1er février à midi, sera clos le samedi 13 du même mois, à trois heures.

— *Facultés de médecine.* — Sont élevés : 1° De la deuxième à la première classe : M. le professeur Poincarré (de Nancy); — 2° De la troisième à la deuxième classe : M. le professeur Bertin (de Montpellier); — 3° De la quatrième à la troisième classe : MM. les professeurs Teissier (de Lyon), Moussous (de Bordeaux), Lambling (de Lille), Demons (de Bordeaux).

— M. le docteur Thonion est nommé député de la Haute-Savoie, pour l'arrondissement d'Annecy.

— La Société belge de gynécologie et d'obstétrique prend l'initiative de fonder un Congrès international périodique de gynécologie et d'obstétrique, qui tiendrait ses sessions tous les quatre ans, alternativement en Suisse et en Belgique. La première session aura lieu à Bruxelles, du 14 au 19 septembre 1892 inclus.

Trois questions ont été portées à l'ordre du jour : 1° Des suppurations pelviennes, rapporteur M. le docteur P. Segond, de Paris; — 2° Des grossesses extra-utérines, rapporteur M. le docteurs A. Martin, de Berlin; — 3° Du placenta prævia, rapporteur M. le docteur Berry Hart, d'Édimbourg.

Le montant des cotisations est fixé comme il suit : 1° Membre fondateur : 300 francs. Cette cotisation opère le rachat des cotisations ultérieures; — 2° Membre participant à la première session : 30 francs. Cette cotisation donne droit au titre de membre

et à la réception ultérieure du compte rendu des travaux du Congrès.

Les inscriptions pour communications, discours, démonstrations, etc., doivent être adressées au secrétaire général, M. le docteur Jacobs, 12, rue des Petits-Carmes, à Bruxelles (jusqu'au 1er juillet 1892).

Le Comité d'organisation a entrepris d'annexer au premier Congrès une Exposition internationale d'instruments et appareils se rapportant à la gynécologie et à l'obstétrique, qui aura lieu dans les locaux du Congrès et à la Maternité de Bruxelles. — Prière d'adresser toutes les correspondances concernant le Congrès et l'Exposition au secrétaire général.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bouchard, à Bakel (Soudan) ; Cabasse (de Bourbonne-les-Bains) ; Chabrun (d'Andouillé) ; Deville, médecin-major au 75e d'infanterie ; Dubois (de Gand) ; Fraissex du Bost (de Saint-Léonard) ; Hubert (de Sommesous) ; A. Joire (de Lille) ; A.-J. Meunier (de Mettet) ; P. Quatrefages (de Saint-Laurent-le-Minier) ; Rativeau (de Seignelay) ; Richez (d'Ascq) ; Ricordeau (de Poitiers) ; Roussel (de Plestin-les-Grèves) ; Saroléa (d'Hasselt) ; Staès père (de Camphin-en-Pévèle) ; Trossat (de Saint-Loup-de-la-Salle).

— M. le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux, recommencera son cours de gynécologie, à sa clinique privée, 15, rue Malebranche, le mardi 2 février 1892, à une heure, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément coûte 30 centimes.

— Postes médicaux. — Orne : s'adresser à M. Loncle, pharmacien à Laigle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de thérapeutique chirurgicale, par Émile Forgue, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Montpellier, médecin-major de l'armée, et Paul Reclus, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Broussais, membre de la Société de chirurgie. 2 vol. in-8°, avec 368 figures dans le texte. — Prix : 32 francs. — Paris, G. Masson.

Leçons de clinique médicale, faites à l'hôpital de la Pitié et à l'Hôtel-Dieu (années 1879-1891), par M. le docteur E. Lancereaux. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, Vve Babé et Cie.

Atlas of clinical medicine, by Byrom Bramwell, M.-D. Assistant physician to the Edinburgh royal Infirmary. Vol. I, 3e partie. — Prix du 1er volume : 40 francs. — Edinburgh, MM. Constable, University Press.

Une mission en Espagne. L'hygiène scolaire et les exercices physiques, par le docteur C. Delvaille. 1 broch. in-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Ch. Delagrave.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 20 janvier 1892.

Aujourd'hui a eu lieu la séance solennelle de la Société de chirurgie. M. Monod, secrétaire général, a prononcé l'éloge de Ricord. Nous sommes heureux de pouvoir placer sous les yeux de nos lecteurs ce remarquable discours qui retrace si nettement le portrait d'une de nos grandes figures médicales.

Le nom des lauréats a ensuite été proclamé, la liste en est fort courte. Il est bien regrettable de voir l'abandon où l'on paraît laisser les concours de la Société de chirurgie. Un seul prix décerné pour l'année 1891 et c'est là tout!

Pour quatre prix, deux mémoires ont seuls été envoyés et encore l'un deux, concourant pour le prix Duval, a-t-il été déclaré insuffisant!

Il en résulte que, pour l'année 1892, il y aura 600 francs à distribuer pour le prix Duval au lieu de 300, 2400 francs pour le prix Laborie au lieu de 1200 et pour l'année 1893, le prix Gerdy sera de 4000 francs au lieu de 2000 sans compter, le prix Demarquay de 700 et le nouveau prix Ricord de 300 francs.

Il nous semble qu'il y a là, cependant, de quoi tenter les travailleurs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle du 20 janvier 1891. — Présidence de M. Terrier.

ÉLOGE DE PHILIPPE RICORD

Messieurs,

Ce n'est pas sans appréhension que j'aborde aujourd'hui la partie la plus difficile de la tâche qui incombe à votre secrétaire général. Lorsque je fus appelé par vos suffrages à ce poste d'honneur, j'étais tout à la satisfaction, légitime assurément, d'avoir été par vous jugé digne de l'occuper. L'obligation d'être assidu à vos séances et de prendre part à la direction de vos travaux ne m'effrayait pas; il ne fallait pour cela qu'un peu de zèle et de bonne volonté. J'oubliais volontiers que, l'année écoulée, vous attendriez de moi davantage; que j'aurais, à l'exemple de mes prédécesseurs, ces maîtres dans l'art de bien dire, à rappeler dans cette enceinte le souvenir de ceux de nos collègues qui ne sont plus, et à les louer dignement. Combien d'entre vous eussent été mieux qualifiés pour une pareille entreprise! Vous en avez décidé autrement et je m'incline, me souvenant que, si mon inexpérience est grande, votre indulgence ne l'est pas moins.

Aussi bien, par une sorte de bonne fortune, dirais-je, si le mot était ici de mise, Ricord, dont je vais essayer de retracer la vie et de rappeler les travaux, occupe-t-il dans l'histoire médicale contemporaine une place dont il serait difficile à l'écrivain le moins habile de diminuer l'importance.

Puissé-je réussir, du moins, à mettre en bonne lumière l'existence si mouvementée de notre collègue, si brillante à la fois et si féconde; à vous montrer cet homme, par certains côtés vraiment remarquable : arrivant à Paris dans sa vingtième année, presque sans ressources; franchissant à force de travail et d'intelligence les premières étapes de sa carrière; emportant de haute lutte la position qu'il ambitionnait dès sa jeunesse; gagnant par sa science, par sa pratique heureuse, et, je puis bien le dire, par la grâce et le charme de son commerce, un renom auquel bien peu parmi nous sont parvenus; — mourant enfin chargé d'ans et de gloire, et laissant après lui une œuvre, qui dans ses grandes lignes lui survit et semble, comme la vérité même, à l'épreuve du temps et de la critique.

Philippe Ricord naquit à Baltimore (Maryland, États-Unis), le 10 décembre 1800. Originaire de Grasse (Alpes-Maritimes), sa famille était depuis longtemps établie à Marseille, où son grand-père, médecin des hôpitaux de la ville, avait exercé avec succès la profession que devait illustrer son petit-fils. Le père de Ricord ne fut pas médecin; il se voua au commerce et occupait un rang honorable parmi les armateurs de Marseille. Il serait sans doute resté dans cette ville sa vie durant, s'il n'avait été contraint d'émigrer. Ricord aimait à raconter les circonstances de la fuite de ses parents. On était sous la Terreur. Un soir, où Ricord père était allé au bal avec sa famille, on vint l'avertir qu'il était inscrit sur la liste des suspects et que son arrestation aurait lieu le lendemain matin, peut-être même dans la nuit. Son parti est vite pris. Il ne rentre pas dans sa maison, se dirige en toute hâte avec les siens, tous en habit de soirée, vers le port et monte dans une barque, qui le conduit en rade rejoindre un bateau qu'il savait en partance. Le lendemain, au point du jour, il faisait voile pour l'Amérique.

Mme Ricord, mariée avant quinze ans, avait alors un fils et trois filles. Trois autres enfants naquirent en Amérique, une fille et deux fils. L'un de ceux-ci, né en 1798, était Alexandre Ricord, qui suivit aussi la carrière médicale et fut correspondant de notre Académie de médecine; l'autre était Philippe Ricord, notre collègue. Ces enfants, que deux années séparaient à peine, furent élevés ensemble sous la direction de leur frère aîné, de vingt ans plus âgé qu'eux, devenu, par la mort de leur père, le véritable chef de la famille.

Les réfugiés français étaient nombreux, à cette époque, aux États-Unis. La plupart étaient sans ressources. Un homme de bien, royaliste passionné, mais qui eut le mérite, rare à toute époque, de conformer sa conduite à ses convictions politiques, le baron Hyde de Neuville, était parvenu à se soustraire aux recherches de la police de Bonaparte et avait, lui aussi, gagné les Etats-Unis. Il eut l'idée de venir en aide à ses compagnons d'infortune, en leur procurant les moyens de donner quelque instruction à leurs enfants, et fonda à New-York, sous le nom d' « Economical school », une école où les fils de réfugiés français étaient reçus à des conditions très modestes. Cette institution eut un plein succès. Elle comptait, en 1810, plus de deux cents élèves, parmi lesquels les deux jeunes Ricord.

Il ne paraît pas cependant que les deux frères aient longtemps profité de ce bienfait. Leur instruction primaire achevée, ils furent retirés de l'école. Il fallait vivre, gagner le pain de chaque jour, le leur, celui de leur mère veuve et de leurs sœurs. Le frère aîné, reçu docteur et exerçant sa profession avec activité, ne pouvait suffire à tout.

Philippe Ricord accepta, pour venir en aide aux siens, les positions les plus humbles. Il entra successivement chez un boulanger, où il fut préposé à la vente; dans un bazar, où il émer-

veilla son patron par la façon dont il sut « faire l'article »; enfin chez un pharmacien, dont il améliora la situation en apportant plus de soin à l'apparence extérieure des médicaments. Partout il faisait preuve de zèle, en même temps que d'ingéniosité et de bon goût. Partout aussi, l'estimant à sa valeur et désirant le conserver dans leurs maisons, ses patrons lui faisaient des propositions d'avenir. Il n'en accepta aucune; son ambition était autre. En s'engageant, il spécifiait toujours qu'il aurait ses soirées libres; il les consacrait, ainsi qu'une bonne partie de ses nuits, au travail. Il avait à cœur de compléter son instruction et de se mettre en état d'embrasser une profession libérale. Déjà, sans doute, il songeait à la médecine.

Il y préludait en s'occupant avec ardeur d'histoire naturelle, sous la direction de son frère aîné, J.-B. Ricord. Celui-ci, naturaliste distingué (1), n'hésitait pas, pour poursuivre ou compléter ses recherches, à faire aux Etats-Unis, au Canada, en Virginie, dans l'Archipel Colombien, de véritables voyages scientifiques. Lorsque ses jeunes frères furent en âge de l'aider, il les emmena avec lui. C'est dans une de ces excursions qu'ils firent la connaissance du célèbre naturaliste Lesueur (2).

Cette rencontre eut sur la fortune de Ricord une influence capitale.

Le baron Hyde de Neuville, que nous voyons apparaître pour la seconde fois dans la vie de Ricord, avait quitté les Etats-Unis en 1814, lors de la chute de Napoléon; il y revint en 1816, non plus comme réfugié politique, mais comme ministre de France. Il eut l'idée de profiter de la haute situation qu'il occupait en Amérique pour envoyer à Paris certains spécimens (oiseaux, reptiles et poissons) qni manquaient à notre Muséum. Il s'entendit à ce sujet avec Lesueur, qui accepta cette mission et pria les frères Ricord de l'aider à la remplir.

Lorsque la collection fut prête, Lesueur proposa à l'ambassadeur de France de confier aux deux jeunes Ricord, qu'il savait désireux de gagner Paris, le soin d'accompagner le précieux envoi. Hyde de Neuville saisit avec empressement cette occasion d'être utile à des compatriotes dont il connaissait la valeur. Il leur donna, en même temps que les fonds nécessaires au voyage, une recommandation pour Cuvier (3).

Ricord n'oublia jamais l'importance du service que lui avait rendu en cette circonstance son éminent protecteur. Bien des années plus tard, arrivé à la haute situation qu'il occupait à Paris, il recevait, dans son bel hôtel de la rue de Tournon, la visite du baron Hyde de Neuville. — « Que de magnificences! mon cher ami, s'écria celui-ci, je me perds dans votre palais. — Comment cela se fait-il? répondit Ricord, c'est vous qui l'avez bâti. »

Ricord avait vingt ans lorsqu'il arriva à Paris. Les commencements furent pénibles. Les deux frères, sur la recommandation d'Hyde de Neuville, avaient été nommés conservateurs des collections qu'ils avaient apportées, mais les émoluments attachés à cette place ne suffisaient pas pour les faire vivre tous deux. Ph. Ricord, pour augmenter ses ressources, utilisa sa connaissance de l'anglais; il donna des leçons dans quelques pensionnats du quartier latin, et traduisit pour le chevalier de Férussac des ouvrages d'histoire naturelle.

Hyde de Neuville, de retour à Paris, touché de son infortune, lui proposa une place de voyageur naturaliste attaché à l'ambassade. C'était le pain assuré et une situation en rapport avec ses goûts. Il n'accepta pas cependant : il aurait été obligé de quitter Paris et de renoncer à la carrière médicale.

Devenir médecin, comme son grand-père, comme son frère aîné, demeurait le véritable objectif de Ricord. Un an avant son départ d'Amérique, il avait commencé, sous la direction du docteur Rousseau, des études en ce sens. Il voulait les continuer. Aussi suivit-il avec empressement le conseil de Cuvier, qui l'engageait à entrer au Val-de-Grâce, dans le service de Broussais, alors en pleine gloire. Il n'y resta pas longtemps, trois semaines plus tard, il était admis en qualité d'élève externe dans le service de Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu.

Ce fut pour Ricord une époque de travail acharné. Retenu par l'hôpital le matin, par ses leçons dans la journée, il ne lui restait que ses soirées et ses nuits pour le travail. Grâce à un savant entraînement, il arriva à raccourcir le temps qu'il passait dans son lit et put bientôt, sans compromettre sa santé, ne donner que cinq heures sur vingt-quatre au sommeil.

(1) J.-B. Ricord a publié sous le titre de : *Histoire et recherches expérimentales sur les plantes vénéneuses des Antilles*, un ouvrage estimé.

(2) Lesueur venait de faire, de concert avec Péron, un voyage scientifique aux terres australes sous la direction du capitaine Baudin et de L. de Freycinet (1800-1804).

(3) Les archives du Muséum font en effet mention — ainsi qu'a bien voulu s'en assurer, à ma demande, mon ami le docteur Fischer — d'un envoi fait en 1820, par Hyde de Neuville, ambassadeur aux Etats-Unis, et Lesueur, naturaliste, de caisses d'animaux (oiseaux, reptiles, poissons) confiées aux soins des frères Ricord.

De tels efforts ne tardèrent pas à avoir leur récompense. Le 4 décembre 1822, Ricord était nommé, au concours, interne des hôpitaux, le douzième de sa promotion.

Il fut d'abord attaché au service de Dupuytren; mais, après peu de temps, il dut se retirer, voici dans quelle occasion : Dupuytren venait d'inventer son entérotome pour la section de l'anus contre nature; il pria son interne de rechercher ce qui avait été fait à l'étranger sur ce sujet. Ricord n'eut pas de peine à établir que le docteur Physik (de Philadelphie) avait, en 1809, exécuté une opération analogue à celle dont le chirurgien français avait eu l'idée en 1813. Il avait inscrit ces mots en tête de son travail :

Amicus Plato, sed magis amica veritas.

Dupuytren ne lui sut aucun gré ni de sa découverte ni de sa franchise. Il eut avec lui une vive discussion, à la suite de laquelle Ricord quitta l'Hôtel-Dieu.

Il passa à la Pitié, dans le service de Béclard, qui, peu après (1825), mourait et était remplacé par Lisfranc.

Le 5 juin 1826, Ricord soutenait sa thèse sur *Diverses propositions de chirurgie* et était reçu docteur en médecine. Ce titre ne lui suffisait pas. Il rêvait de concourir pour les hôpitaux et d'arriver, à son tour, à être compté parmi les maîtres. Mais aucune place n'était vacante, aucun concours n'était annoncé. Il dut en attendant, pour vivre, se résigner à s'éloigner de Paris.

Il s'installa à Olivet, près d'Orléans, où il mena, pendant un an, la rude vie de médecin campagnard. C'était là encore un souvenir de jeunesse qu'il aimait à rappeler dans ses vieux jours. Il faisait ses visites à cheval, monté sur une maigre et vieille haridelle, abandonnée par les cosaques lors de l'invasion; pauvre bête qui ne méritait pas assurément le nom de *Fend l'air*, que Ricord lui avait donné par ironie. La sage allure du coursier était au reste précieuse au cavalier, qui consacrait au travail les longues chevauchées à travers la campagne. Jamais il ne partait sans avoir dans les fontes de sa selle, avec quelques médicaments d'urgence, des livres ou ses notes d'étudiant qu'il consultait en route. Il savait que, d'un jour à l'autre, il pouvait être rappelé à Paris par l'annonce d'un concours pour le Bureau central et il se tenait prêt à affronter la lutte.

Ce jour tant désiré arrive enfin. Ricord abandonne aussitôt sa clientèle naissante et, après de brillantes épreuves, est nommé chirurgien du Bureau central.

Par malheur, le concours, pour je ne sais quel vice de forme, fut cassé. Un esprit moins bien trempé se serait abandonné au découragement. Ricord ne se laissa pas abattre. Il prit vite son parti. Rester à Paris, attendre l'ouverture d'un nouveau concours, il n'y pouvait songer. Il repartit donc, mais cette fois s'éloigna moins de la capitale : c'est à Crouy-sur-Ourq, près de Meaux, qu'il planta sa tente.

Il y eut grand succès et laissa dans le pays un souvenir aujourd'hui encore vivant. Il avait, pour ne pas porter ombrage à ses confrères et pour se réserver plus de temps pour le travail, trouvé un moyen fort ingénieux. Il fit savoir qu'il ne verrait de malades qu'en consultation avec les médecins du pays. Ceux-ci étaient, pour la plupart, des officiers de santé, pour qui les conseils d'un homme de la valeur de Ricord étaient précieux. Ayant, d'autre part, la certitude qu'il ne ferait rien pour détourner leurs clients, ils n'hésitaient pas à s'adresser à lui. Cette combinaison avait, pour Ricord, cet avantage qu'en se donnant moins de peine, il gagnait plus d'argent. Trois ans plus tard, lorsqu'il revint à Paris, appelé par l'annonce de l'ouverture d'un nouveau concours, il emportait avec lui 10000 francs d'économies.

Cette fois, il fut bien et dûment nommé. Ce n'était pas un mince succès. Ricord n'avait passé ni par l'adjuvat, ni par le prosectorat, étapes que devaient nécessairement franchir ceux qui aspiraient alors au titre de chirurgien des hôpitaux; d'autre part, parmi ses concurrents, on comptait des hommes tels que Laugier, Guersant fils, les Bérard, qui avaient en leur faveur, outre leurs mérites personnels, de puissants patronages.

Ricord touchait donc enfin au but; mais le jeune chirurgien des hôpitaux restait pauvre, presque inconnu à Paris, et ne pouvait espérer un rapide succès de clientèle. Il ouvrit alors, à la Pitié, un cours particulier de médecine opératoire très suivi, qu'il continua pendant trois ans.

Il attendait ainsi le moment où, de chirurgien du Bureau central, il deviendrait chirurgien titulaire. L'attente menaçait d'être longue. Une circonstance heureuse le servit. La place de chirurgien de l'hôpital du Midi devint vacante; l'administration exigea, de celui qui la prendrait, l'engagement de la conserver pendant cinq ans. Aucun des collègues de Ricord, auxquels l'ancienneté donnait le droit de choisir, ne voulut accepter cette condition. Ricord, mieux avisé, n'hésita pas à s'y soumettre. On sait ce qui en résulta pour lui : ce prodigieux changement de fortune qui, en quelques années, fit du jeune docteur, toujours préoccupé de subvenir à ses moyens d'existence, le praticien le plus connu des deux mondes.

On a proposé de donner à l'hôpital du Midi le nom d'hôpital

Ricord. Aucun changement de dénomination ne serait mieux justifié. Ricord passa au Midi trente ans, toute la période de sa vie active. Il y fit des leçons qui eurent un éclat et un retentissement inouïs, et sut s'y entourer d'une pléiade d'élèves, qui allèrent vulgariser en France et à l'étranger les doctrines du maître. Plusieurs d'entre eux, devenus célèbres à leur tour, se glorifient d'appartenir à l'*Ecole du Midi* qui prendrait justement, elle aussi, le nom d'*Ecole Ricord*.

Aujourd'hui que les idées défendues par Ricord sont tombées dans le domaine public et devenues de connaissance vulgaire, il est difficile de se rendre exactement compte du chaos où se débattaient ceux qui, en 1830, s'occupaient de maladies vénériennes (1).

Les syphiliographes se partageaient, à cette époque, entre deux écoles, soutenant des doctrines diamétralement opposées.

L'une, l'école ancienne, traditionnelle, admettait l'existence d'un virus syphilitique, dont l'introduction dans l'économie déterminait l'apparition d'accidents primitifs et consécutifs, locaux et constitutionnels, contre lesquels le médicament le plus sûr et le plus actif était le mercure. Ainsi formulée, la doctrine que défendaient les maîtres de cette école était simple et à l'abri de toute objection. Malheureusement les *identistes*, comme on les a appelés, avaient trop étendu le cadre du mal syphilitique vrai ; ils *identifiaient* tous les accidents vénériens, chancres, bubons, plaques muqueuses, végétations, blennorrhagie, etc..., les rapportant tous à la même et unique cause, la contamination par le virus syphilitique. Ils étaient ainsi amenés à administrer partout et toujours le mercure, s'exposant à discréditer, par l'abus même qu'ils en faisaient, un médicament d'une incontestable efficacité.

Bien différent était le langage de la seconde école, de l'école dite physiologique, celle de Broussais et de ses élèves. Pour elle, la syphilis était une affection d'ordre et d'origine purement inflammatoire, le prétendu virus vénérien n'existait pas, partant toute médication spécifique devenait absolument inutile. Le mercure était proscrit comme un médicament dangereux, véritable poison auquel on rapportait la plupart des accidents ultimes de la maladie.

Ricord n'eut pas de peine à triompher de ces derniers adversaires. Leurs théories étaient évidemment poussées à l'extrême et les arguments, sur lesquels ils les appuyaient, singulièrement fragiles.

Il n'en fut pas de même pour les *identistes*. Leur enseignement, qui se rattachait à des idées devenues classiques depuis Hunter, contenait une certaine part de vérité et était professé par des hommes tels que les Cullerier, l'oncle et le neveu, Lagneau et l'Ecole de l'hôpital Saint-Louis, représentée par Cazenave, Devergie, Gibert. A ses côtés même, à l'hôpital du Midi, Ricord devait trouver un contradicteur opiniâtre, Vidal (de Cassis), aigri par la maladie et par l'adversité, qui combattit son collègue avec un véritable acharnement.

De quelles forces disposait Ricord pour la lutte qu'il allait soutenir? Son bagage personnel était médiocre, pour ne pas dire nul. Il s'était, nous l'avons vu, jusqu'à son entrée à l'hôpital du Midi, occupé d'histoire naturelle, d'anatomie, de chirurgie, de médecine opératoire, mais jamais, d'une façon spéciale, d'affections vénériennes. Les données qu'il avait pu recueillir sur ce point, soit dans l'enseignement de ses maîtres, soit dans leurs livres, étaient plus qu'insuffisantes. Mais il avait pour lui un bon sens qu'aucune argutie ne pouvait troubler, une volonté ferme de ne reconnaître pour vrai que ce qu'il aurait observé par lui-même, et, par-dessus tout, un merveilleux instinct clinique qui l'aidait à marcher d'un pas sûr au milieu de toutes les difficultés du diagnostic.

J'ajoute qu'il put disposer, pendant un temps trop court malheureusement, d'un magnifique champ d'étude. En 1830, Lourcine n'existait pas ; l'hôpital du Midi réunissait encore les vénériens des deux sexes et de tous les âges. Aucune des formes des maladies vénériennes ne pouvait donc échapper à sa patiente investigation.

Il se mit aussitôt à l'œuvre. Et tout d'abord il songea à améliorer les méthodes d'examen des malades. Faute d'instrument approprié, les affections profondes des organes génitaux de la femme étaient mal connues. Ricord modifia le spéculum, il en vulgarisa l'emploi, et montra quelles ressources peut offrir cet instrument convenablement manié « pour l'étude des maladies vénériennes et leur prophylaxie ». C'est le titre même d'un mémoire qu'il présenta à l'Académie de médecine en 1833.

Il fut aussi le premier à mettre en relief le profit que l'on pouvait tirer, pour la bonne observation des malades, de la méthode des inoculations, véritable méthode expérimentale, dont les résultats sont incontestables.

(1) Voir, à ce sujet, les deux curieuses et intéressantes leçons faites, par M. le professeur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, peu après la mort de Ricord (*Union méd.*, 1889, t. I, p. 709 et suiv.)

Il sut enfin soumettre ses malades à un interrogatoire rigoureux, devinant leurs réticences, se défiant, par-dessus tout, de leurs affirmations. Un malade se présente à vous, disait-il plaisamment à ses élèves : « Docteur, j'ai mal à la bouche. — Mal à la bouche?... très bien, mon ami : eh bien! montrez-moi l'anus. »

Peu à peu la clarté, née de l'étude impartiale des faits, se fit dans son esprit, et il commença son enseignement, cet enseignement célèbre dont le souvenir demeurera vivant dans la mémoire des nombreuses générations d'élèves qui se sont succédé à l'hôpital du Midi. En été, abandonnant l'amphithéâtre, devenu trop étroit, il réunissait ses auditeurs sous les tilleuls du jardin. Là, familièrement, comme un père entouré de ses enfants, pendant une heure, parfois plus, il causait. C'était, en effet, une causerie plutôt qu'une leçon, causerie aimable, sans pédanterie, d'une langue claire et imagée, qui donnait aux faits un singulier relief, souvent égayée d'histoires recueillies à l'hôpital ou en ville, de jeux de mots, de saillies spirituelles tenant constamment l'attention en éveil.

Une vraie foule se pressait autour de lui, foule dans laquelle on comptait de nombreux étrangers attirés par sa réputation grandissante, et bien souvent des hommes du monde, que remplissaient d'aise les propos salés et les gauloiseries du docteur. Je n'ai pas besoin d'ajouter que, sous cette forme plaisante, se cachait le fonds le plus solide. On en jugera par celles de ses leçons qui ont été publiées et, en particulier, par ses *Leçons sur le chancre*, recueillies, il est vrai, par l'un de ses meilleurs élèves, devenu maître à son tour.

Sur tous les points alors en discussion, il savait prendre parti, appuyant son opinion par une argumentation serrée, qui ne paraissait donner prise à aucune critique.

Il n'arriva pas du premier coup, cela va sans dire, à une conception complète des maladies vénériennes. Tous les jours, il s'instruisait lui-même et ne craignait pas de modifier une opinion déjà émise, lorsqu'un argument irréfutable venait lui en montrer la fausseté. Il eut occasion, plus tard, de donner publiquement, et dans une circonstance mémorable, cette preuve d'honnêteté scientifique.

Je ne saurais suivre notre collègue pas à pas dans cette longue lutte pour la découverte de la vérité ; j'en rappellerai seulement les principales étapes : Séparation absolue de la blennorrhagie et de la syphilis — individualité propre de celle-ci, qui débute toujours par un chancre « exorde obligé de la syphilis », selon son expression favorite — le chancre est toujours lui-même accompagné d'un bubon, son compagnon fidèle, « qui le suit comme l'ombre suit le corps ». C'est là l'accident primitif, auquel succèdent, dans un ordre régulier, les accidents secondaires, puis les tertiaires.

A la syphilis ainsi constituée s'applique seul le traitement par le mercure. Ricord formule le mode d'administration de ce médicament, qu'il réserve aux premières périodes de la maladie. Il montre que, plus tard, pour combattre les accidents dits tertiaires, rien n'égale l'iodure de potassium, déjà préconisé par Wallace, donné suivant certaines règles qu'il indique.

C'est à lui que l'on doit rapporter la découverte de la dualité du chancre : chancre *vrai* ou *infectant*, ne se reproduisant pas par inoculation sur le sujet qui en est porteur, mais toujours suivi d'infection constitutionnelle ; — chancre *mou*, *simple* ou *non infectant*, se reproduisant à l'infini par auto-inoculation, mais ne donnant jamais lieu qu'à des accidents locaux.

A vrai dire, il fut longtemps avant de formuler nettement cette distinction. Il avait bien écrit que le chancre simple était un « chancre sans vérole », mais il attendait encore pour le rejeter définitivement hors du cadre des accidents syphilitiques vrais. Ce fut un de ses élèves, Bassereau, qui, montrant que les deux formes d'ulcérations avaient des origines différentes, établit nettement qu'il y avait là deux lésions ou mieux deux affections, ayant chacune leur individualité propre. Ricord accueillit avec empressement cette doctrine, qui dérivait, du reste, directement de son enseignement. Bassereau a toujours rapporté à son maître l'honneur de sa découverte; il ne se considérait, suivant l'heureuse expression de M. Fournier, que comme le parrain du dualisme, dont Ricord demeurait le véritable fondateur, le père.

Cet épisode de la vie scientifique de Ricord montre avec quelle prudence il s'avançait dans les voies nouvelles que l'observation ouvrait devant lui, et comme il savait, ainsi qu'on l'a dit ailleurs, non sans une pointe de malice, suivre le progrès lorsqu'il n'avait pu se mettre à sa tête. Combien sont plus nombreux, et vraiment néfastes pour la science, ceux qui ferment volontairement les yeux à la lumière lorsqu'ils n'ont pas su la faire luire eux-mêmes!

Ce n'était pas seulement à l'hôpital, et par son enseignement quotidien au lit des malades ou à l'amphithéâtre, que Ricord répandait dans le public médical les idées qu'il défendait.

Je ne saurais citer les nombreux articles publiés par lui dans divers journaux de médecine. C'est dans l'*Union médicale* que

parurent, en 1850, ses fameuses *Lettres sur la syphilis*, qui eurent un immense retentissement. Sous la forme familière que permet le style épistolaire, Ricord résumait, comme en se jouant, ses idées sur l'évolution et le traitement des maladies vénériennes. Trois éditions successives de ces « Lettres » n'en épuisèrent pas le succès.

Bien auparavant, en 1838, il publiait son *Traité pratique des maladies vénériennes*, avec ce sous-titre : *Recherches critiques et expérimentales sur l'inoculation appliquée à l'étude de ces maladies.* C'est dans cet ouvrage, devenu aujourd'hui une rareté bibliographique, qu'il exposait les importants résultats auxquels l'avait conduit la méthode expérimentale des inoculations.

L'année suivante paraissait la traduction du *Traité de la maladie vénérienne*, de Hunter, traduction faite avec le concours de Richelot père. Les nombreuses notes ajoutées par Ricord à l'ouvrage de Hunter en faisaient un livre d'actualité scientifique.

Son bel atlas, intitulé : *Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens*, complétait cette série de travaux didactiques, qui ne forment cependant qu'une partie de l'œuvre de Ricord.

Nommé, en 1850, membre de l'Académie de médecine, qu'il eut l'honneur de présider en 1868, il trouva, dans cette enceinte, une tribune où sa parole, partie de plus haut que dans sa modeste chaire d'hôpital, devait retentir plus loin. Mais la tâche était aussi moins facile. Il n'avait plus là, devant lui, des élèves bienveillants, comme suspendus à ses lèvres, mais de redoutables adversaires, des maîtres eux aussi, vieillis dans la lutte, orateurs habiles, tous unis pour le bon combat contre le novateur qui venait troubler d'antiques croyances.

La lecture des comptes rendus des séances ne peut donner qu'une faible idée des joutes oratoires dont la salle de la rue des Saint-Pères fut alors le théâtre. Les jours de grande discussion, ceux où Ricord devait être aux prises avec ses contradicteurs, étaient jours de fête. L'enceinte réservée au public devenait trop étroite. La ville, la cour même, où Ricord avait des admirateurs, et, dit-on, des clients, s'y donnaient rendez-vous; mais on y voyait surtout de nombreux confrères, partagés eux-mêmes en deux camps, et prenant, presque malgré eux, parti pour l'une ou l'autre des opinions en présence. Combien de fois quelque saillie ou quelque répartie heureuse ne fit-elle pas éclater des rires et des applaudissements, ou, au contraire, des murmures, que le président était impuissant à réprimer !

Ce fut dans une de ces séances mémorables que Ricord subit une chute éclatante; de moins solides que lui ne s'en seraient pas relevés. Il s'agissait de la *contagiosité des accidents secondaires de la syphilis*. Trompé par ses inoculations faites sur des malades en puissance de vérole, et, par conséquent, réfractaires au virus, Ricord n'avait cessé de soutenir, en dépit de toutes les preuves cliniques, que les accidents secondaires n'étaient pas contagieux. Rien, jusque-là, n'avait pu le faire renoncer à cette doctrine.

Or, il arriva, en 1859, que l'Académie fut elle-même appelée à se prononcer sur ce point. Le ministre lui demanda son avis sur la question suivante : « Le nourrisson peut-il, en période secondaire, infecter sa nourrice, et *vice versa?* »

Une commission fut nommée pour élaborer la réponse à faire. Gibert en faisait partie et fut chargé du rapport. Dans un langage excellent, après une suite d'arguments irréfutables, il finit par conclure à la contagiosité des accidents secondaires. La lecture du rapport achevée, un grand silence se fait dans l'assemblée; tous les regards se tournent vers celui que les paroles de Gibert ont dû toucher profondément. Parlera-t-il et quelle sera sa réponse? Ricord n'hésite pas : il se lève, gagne lentement la tribune, et, en quelques mots, qui ne sont pas sans grandeur, se déclare enfin convaincu, confesse qu'il s'est trompé et, devant l'évidence, renie ses convictions de vingt ans.

Un des nombreux biographes de Ricord raconte que, le jour où il soutenait sa thèse de doctorat à la Faculté, il fut argumenté par Richerand, qui lui reprochait d'avoir trop chaudement défendu certaines doctrines, reconnues plus tard fausses, de son maître Lisfranc. Richerand ajoutait : « J'ai commencé ma carrière chirurgicale comme vous, environné d'obstacles; comme vous, j'avais commis des erreurs, mais je les ai corrigées plus tard. — Je m'estimerai heureux, répondit Ricord, si je parviens à vous imiter, et, si un jour je reconnais mes erreurs, je promets de faire tous mes efforts pour m'en corriger. » Trente ans plus tard, le vétéran des luttes d'Ecole et d'Académie tenait la promesse que le jeune docteur avait faite à son maître.

J'ai dit que la chute fut retentissante. Telle fut, en effet, l'impression du moment. Mais aujourd'hui que ces temps sont loin de nous, on oublie volontiers cette erreur de Ricord qui ne compromettait pas, en somme, l'ensemble de sa doctrine. On se souvient plus volontiers de quelles armes ses adversaires avaient usé pour remporter la victoire. Gibert, pour établir la contagiosité des accidents secondaires, n'avait pas hésité à communiquer la syphilis à des individus sains en leur inoculant la sécrétion d'une plaque muqueuse.

L'argument était sans réplique, mais le procédé employé pour l'établir, contraire à la morale la plus élémentaire. Ricord s'était toujours refusé à se servir de pareils moyens. Ses inoculations n'avaient jamais porté que sur des individus malades.

Ce fut aussi à l'Académie que Ricord prononça ses fameux discours sur, ou mieux, contre la syphilisation. Ce n'est pas ici le lieu d'exposer les longues recherches entreprises par Auzias-Turenne pour établir que l'inoculation du virus vénérien peut rendre un individu réfractaire à la syphilis, ou le guérir s'il est déjà infecté, syphilisation préventive dans le premier cas, curative dans le second.

Quel que soit l'avenir que la doctrine de l'atténuation des virus, entrevue par Auzias-Turenne, devenue depuis les travaux de Pasteur une réalité scientifique, réserve à des tentatives de ce genre, il n'est pas douteux que Ricord rendit service à la science et à l'humanité en s'élevant avec force contre les dangereuses pratiques de l'inventeur de la syphilisation.

Il n'eut pas de peine à montrer que la syphilisation préventive, alors même qu'elle donnerait le résultat qu'on en pouvait attendre, était une monstruosité morale. Auzias-Turenne ne tarda pas lui-même à abandonner ce singulier mode de prophylaxie de la syphilis.

Restait la syphilisation curative. Mal accueillie en France, elle trouva à l'étranger d'ardents défenseurs. Sperino, en Italie; Bœck, à Christiania, pour ne citer que les principaux, la pratiquèrent sur une large échelle. Sperino alla jusqu'à faire au même individu soixante et même quatre-vingts inoculations dans une seule séance, et, des relevés de Bœck, il ressort que le nombre de chancres inoculés par lui à chacun de ses malades a été, en moyenne, de 345; chez beaucoup, ce chiffre s'est élevé au delà de 700. Or, malgré cette abondante « irrigation chancreuse » — l'expression est de Ricord — la syphilis, dans la plupart des cas, poursuivait son cours.

Eût-on d'ailleurs obtenu quelques résultats favorables, à quel prix n'eussent-ils pas été achetés? N'était-ce rien que d'imposer à un malade cette succession d'ulcères, dont plusieurs devenaient phagédéniques et pouvaient être l'origine de complications graves?

Bien plus, en ces temps où la distinction du chancre simple et du chancre infectant n'était pas solidement établie, il pouvait arriver, et il arriva, qun l'inoculation hâtivement appliquée à des malades atteints d'ulcération de nature douteuse, leur communiquait une infection dont ils seraient, sans ce remède intempestif, demeurés exempts.

Il n'y avait rien à répondre à une pareille argumentation. Aussi, au Congrès international de 1867, lorsque la question revint en discussion, Auzias-Turenne resta-t-il à peu près seul à défendre sa pratique.

Sur un point cependant, Ricord, à son insu, fut injuste envers son adversaire. Il lui reprocha, à diverses reprises, et non sans une certaine âpreté, de n'avoir pas voulu expérimenter sur lui-même la méthode qu'il préconisait. Telle était, en effet, la croyance générale, Auzias n'ayant jamais consenti à faire savoir, de son vivant, s'il s'était ou non inoculé. Il refusait de porter le débat sur ce terrain, ne voulant pas, disait-il, laisser transformer une discussion scientifique en question personnelle. Or, à l'examen que l'on fit de son corps après sa mort, et qu'il avait imposé à ses héritiers, on constata la trace certaine d'inoculations anciennes. Il était, comme il l'écrivait dans son testament, le plus ancien syphilisé du monde. Pendant vingt ans, il avait supporté avec courage, et en silence, les railleries et les sarcasmes de ses contradicteurs, croyant par là mieux servir la cause à laquelle il se dévouait tout entier.

Ricord ne fut pas seulement un maître en syphiligraphie. Il était aussi chirurgien et tenait à le rappeler. Peu de temps après son entrée à l'hôpital du Midi, il avait pris part à un concours pour l'agrégation de chirurgie (1832). Il ne fut pas nommé et ne se représenta pas. L'hôpital lui restait. Ses salles renfermaient toujours, à côté des vénériens, nombre de malades atteints de lésions chirurgicales diverses, mais intéressant, pour la plupart, les organes génito-urinaires. Il sut appliquer au traitement de ces affections, ses qualités de chirurgien et d'opérateur habile. Certains de ses procédés opératoires sont devenus classiques.

Je rappellerai ceux qu'il inventa pour la cure du varicocèle, et qu'il étendit au traitement des varices des membres inférieurs ; ceux pour l'opération du phimosis; pour l'amputation de la verge, avec suture disposée de telle sorte que l'on évite à coup sûr l'oblitération de l'urèthre; pour la castration ; pour l'uréthroplastie par transplantation d'un lambeau du scrotum, et d'autres moins importants.

Dans un relevé de ses publications fait par lui-même, je compte jusqu'à vingt-trois mémoires, exclusivement consacrés à la chi-

rurgie, témoignage de sa ferme volonté de ne pas se laisser absorber tout entier par la spécialité à laquelle il consacrait cependant le meilleur de son temps.

Nommé membre de notre Société en 1844, il cessa bientôt d'être assidu à nos séances. Il n'en continua pas moins à s'intéresser à nos travaux et y prenait même une part active, lorsque venaient à l'ordre du jour des sujets qui lui étaient familiers. Il reparut notamment à plusieurs reprises parmi nous, en 1855, lors de la discussion du rapport de Broca sur la contagiosité des accidents secondaires, de celui de Cullerier sur l'unicité du virus syphilitique, et de la communication de Bonnet (de Lyon) sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre. Le prix qu'il a fondé, à l'exemple de ses généreux prédécesseurs, et dont il nous a confié la distribution, est une dernière marque du bon souvenir qu'il conservait de la Société, dont il avait été l'un des premiers membres actifs. Le peu de loisir que lui laissait sa clientèle incessamment croissante l'avait seul éloigné de nous.

En effet, dès qu'il eut pris possession de l'hôpital du Midi, et commencé à frapper l'attention par ses leçons et ses premiers travaux, les malades affluèrent. Il dut bientôt quitter sa modeste installation de la rue de Seine, puis celle de la rue de Vaugirard, pour l'hôtel de la rue de Tournon, bien connu des Parisiens, où il a terminé ses jours.

On a souvent décrit les merveilles de ses salons de réception, peuplés d'objets précieux et d'œuvres d'art. Les clients y étaient répartis suivant leurs conditions et suivant leurs sexes, de façon à ménager toutes les susceptibilités, car on ne se vantait pas volontiers d'avoir pris le chemin de la rue de Tournon.

La consultation de Ricord commençait tard et se prolongeait toujours fort avant dans la nuit. La tâche était rude. On raconte qu'il savait parfois s'y soustraire. Sortant par une porte dérobée, il allait faire une rapide apparition soit dans quelque fête mondaine où il tenait à se montrer, soit dans un théâtre où se donnait une représentation importante. Au bout d'une heure, il rentrait chez lui et reprenait sa place dans son cabinet.

Homme du monde, causeur charmant, fin et spirituel, il jouissait manifestement de son succès. Ne l'avons-nous pas vu, l'année même de sa mort, se transporter à l'Hôtel de Ville, à un grand bal donné en l'honneur des étudiants et là, succombant presque à la fatigue, mais plein de vie cependant et le regard joyeux, remerciant d'un signe de tête la foule qui l'entourait et l'acclamait. Ce fut un de ses derniers triomphes.

Vers la fin de sa carrière, Ricord n'était plus que l'ombre de lui-même. Qui de nous eût reconnu le brillant praticien d'autrefois dans ce vieillard affaibli, qui ne pouvait faire un pas sans aide? « Je me porte bien, disait-il, ce sont mes jambes qui me portent mal. » Mais s'approchait-on de lui, lui adressait-on la parole, quel changement! L'œil brillait, un bon sourire se dessinait sur ses lèvres, et dans une de ces longues causeries dont il avait le secret, on le retrouvait tout entier.

C'est à cette époque de sa vie que je l'ai connu. A la suite d'une opération faite chez un ami commun, il avait manifesté le désir de voir le fils de son ancien camarade d'internat. Je reçus de lui le plus aimable et le plus gracieux accueil. M'entretenant de mon père, du bon souvenir qu'il en avait conservé, il fut entraîné à me faire, de ses débuts dans la vie, un récit vivant, qui ne s'est pas effacé de ma mémoire. J'y ai emprunté bien des faits reproduits dans cette notice.

De Ricord plus jeune, je serais embarrassé de vous tracer un portrait ressemblant. Un de ses contemporains l'a dépeint en quelques lignes que je me contenterai de reproduire :

« Sous ses cheveux châtains, souples, soyeux, fins et luisants, mettez un front un peu bas, mais droit et ferme; des yeux bleu pâle, saillants, très fins et bien vivants; un nez légèrement empâté, une bouche grande, bien garnie, deux lèvres épaisses, sensuelles et mobiles; animez le tout par la physionomie la plus intelligente et la plus bienveillante, et vous aurez le portrait de Ricord dans la force de l'âge. »

Ceux qui ont approché notre collègue dans la période active de sa vie diront si la description est exacte. Elle doit l'être, si par un trait il est permis de juger de l'ensemble. L'expression bienveillante que l'auteur signale chez Ricord dans ses plus belles années, demeura jusque dans la vieillesse un caractère distinctif de cette aimable physionomie. Ricord était bon. Si, dans la lutte, ses ripostes n'étaient pas toujours sans malice, jamais elles ne furent méchantes. Il savait même, à l'occasion, pratiquer l'oubli des injures. Je tiens d'un de ses élèves que le jour où l'on vint, à l'hôpital, lui annoncer que Vidal de Cassis était mort, il ne put dominer son émotion; ses yeux se mouillèrent de larmes. Il oubliait les attaques dont son collègue l'avait abreuvé; il songeait au confrère malheureux, aux longues et cruelles souffrances qui l'avaient conduit à la tombe. Sans doute aussi il regrettait de n'avoir pu, au moment suprême, lui tendre une main fraternelle.

Bon envers ses ennemis, il le fut, ai-je besoin de le dire, avec ses amis, au premier rang desquels il plaçait ses élèves. Il les aimait et se faisait aimer d'eux. Tous, jusqu'à la fin, l'entourèrent d'une affection vraie, dont il recevait avec joie les multiples témoignages.

Il fut bon aussi et charitable envers ses malades, à l'hôpital : ses *enfants gâtés* comme il les appelait. Son dévouement pour eux alla un jour presque jusqu'à l'héroïsme. Vous connaissez tous l'histoire de ce malheureux, atteint de laryngite syphilitique, trachéotomisé, mais asphyxiant néanmoins, qu'il arracha à la mort en pratiquant la respiration artificielle par insufflation directe. « La manœuvre, répétée quinze à vingt fois, écrit un témoin oculaire, rendit la vie à un cadavre, que nous vîmes renaître aux applaudissements de nombreux assistants. M. Ricord, la figure ensanglantée, la bouche pleine de pus, ne songea à se laver que lorsque l'opéré fut hors de danger. »

Tous les ans, à la Saint-Philippe, élèves, malades, employés du service se réunissaient pour offrir à Ricord un bouquet; le plus disert y joignait un petit discours, auquel le maître répondait avec bonhomie. Vraie fête de famille à laquelle les anciens élèves de l'hôpital du Midi aimaient à venir prendre part.

La générosité de Ricord, comme sa bonté, était sans bornes. Combien d'infortunes n'a-t-il pas soulagées! mais combien aussi de sommes petites ou grandes arrachées à sa charité par des indignes! Pas de chétif rimeur, pas de petit homme de lettres qui ne prît, quand il se voyait dans la gêne, le chemin de la rue de Tournon. A l'hôpital, sa bourse était toujours ouverte. Les gamins du quartier connaissaient le moyen d'y puiser. Ils se glissaient à la consultation du bon docteur, pleurant pour une bosse ou quelque méchante écorchure. Une petite pièce les consolait vite. A ceux qui les voulaient repousser : « Laissez venir à moi les petits enfants », disait Ricord, content de son bon mot, plus content encore d'avoir fait un heureux.

Ricord dépensait sans compter, pour lui comme pour les autres. Il aimait la vie large, et menait habituellement grand train. Outre son hôtel de la rue de Tournon, il eut de bonne heure de belles résidences à la campagne : d'abord à Morsang-sur-Orge, où il acheta un château qui avait autrefois appartenu à Chomel; puis à Chaulnay, près Versailles, propriété superbe, embellie encore par ses soins; il y avait installé, à grands frais, une magnifique culture d'ananas qui fut, au reste, pendant un temps, de bon rapport. Il se fit enfin construire à Deauville, sur le bord de la mer, une belle villa, où il ne passait que quelques semaines, y transportant tout son personnel, ses chevaux et ses voitures. Partout, il tenait maison ouverte, sachant mal se débarrasser des importuns, ou de ceux qui abusaient de sa trop large hospitalité.

Une telle vie n'allait pas sans de grandes dépenses. Aussi, bien que ses gains aient été considérables, connut-il parfois de véritables embarras financiers, dont il se tira toujours à son honneur.

On a dit de Ricord qu'il était l'homme le plus décoré de France. Il aurait pu, en effet, orner sa poitrine de presque tous les ordres connus, dont princes et rois lui avaient envoyé les insignes. Il s'amusait à dire, dans l'intimité, qu'il n'aurait dû porter que l'ordre de la couronne du Chêne!... je vous laisse en deviner la raison. En fait, de toutes ces décorations, il n'en estimait qu'une seule, celle de la Légion d'honneur. Il en avait obtenu les divers grades. Le dernier, celui de grand-officier, lui fut accordé en 1871, après le siège de Paris. Il n'avait pas hésité, pendant l'année terrible, malgré ses soixante et dix ans bien sonnés, à occuper le poste de chirurgien en chef des ambulances de la Presse. Il ne se borna pas à organiser le service, mais prit une part active à l'œuvre. Il courut même, un jour, de sérieux dangers en donnant ses soins à des blessés dans un lieu exposé au feu de l'ennemi. A un officier qui lui conseillait de se retirer : « Laissez donc, dit-il; les Prussiens savent bien que je ne reçois pas ici. »

Cette esquisse de ce que fut Ricord ne serait pas complète, si je ne parlais de son esprit. Les bons mots de Ricord! ah! Messieurs, ils sont légion. Qui de vous n'en a entendu citer quelques-uns? Il en fit jusque sur son lit de mort. A l'un de ses médecins, qui s'approchait de lui un matin et le complimentait sur sa bonne mine : « Ah! mon cher, répliqua-t-il, vous ne prendriez pas beaucoup d'actions de cette *mine*-là. » C'est à l'hôpital surtout que sa verve se donnait libre carrière. Il ne savait pas résister au plaisir d'amuser ses interlocuteurs par ces heureuses saillies qui lui venaient aux lèvres comme malgré lui. Vous me pardonnerez de ne pas reproduire ici ses traits d'esprit qui, s'ils font partie de la physionomie de Ricord, n'ajoutent rien à sa gloire. J'ai même entendu un de ses admirateurs regretter qu'il eût trop plaisanté sur les misères qu'il savait si bien soulager; d'avoir mis à la mode, dirai-je, une syphilis un peu trop égrillarde, au gré de ceux qui y voient une des plus tristes plaies qui désolent l'humanité. Le reproche n'est pas bien grave, mais peut-être pas sans fondement.

Ricord s'est trouvé souvent, je l'ai montré, en face d'adversaires ardents. Il n'avait pas d'ennemis. Comme tous les hommes en vue, il n'a cependant pas échappé à la critique. Séduit par les

beaux côtés de mon modèle, ne l'ai-je pas trop oublié? N'ai-je pas trop versé vers la louange? N'y a-t-il vraiment, me dira-t-on, aucune ombre dans cette longue vie? Enfant gâté de la fortune, entouré de tout un peuple d'admirateurs, Ricord ne s'est-il jamais exagéré ses mérites? N'a-t-il pas pris trop de souci de sa renommée, et parfois été au-devant d'elle au lieu d'en attendre le paisible avènement? L'homme était-il toujours chez lui à la hauteur du praticien et du savant? Dans les progrès mêmes qu'il a fait faire à la science, ne convient-il pas d'attribuer une juste part à ses élèves, aux Diday, aux Bassereau, aux Rollet, aux Fournier, pour ne citer que les plus célèbres?

Laissons, Messieurs, à ceux qui posent ces questions le soin d'y répondre. Pour moi, et dans la circonstance qui nous réunit, je n'ai voulu voir, en notre regretté collègue, que le maître éminent, le médecin attentif et bon, le brillant esprit, l'homme généreux et charitable, le travailleur obstiné qui ne s'est reposé que dans la tombe. Ce n'est pas vous qui me le reprocherez.

Ricord quitta l'hôpital du Midi le 1er octobre 1860, trois mois avant d'être atteint par la limite d'âge. Il avait mis une certaine coquetterie à donner sa démission en pleine activité, ne voulant pas se laisser mettre à la retraite.

Au reste, bien que touchant à sa soixante et unième année, il conservait presque les allures et l'apparence de la jeunesse. Il portait bien son âge. Peu de temps auparavant, il était à Londres, et visitait le Collège royal des chirurgiens, où il recevait le meilleur accueil. « Approchez, monsieur Ricord, lui dit sir Charles Laurence, au nom de ses collègues, nous sommes heureux de saluer le fils de celui dont nous admirons les beaux travaux et que l'Angleterre se plaît à placer à côté de son grand Hunter. — Je vous remercie, répondit Ricord, des compliments que vous voulez bien adresser à mon père, mais mon père c'est moi! »

L'hôpital lui manquant, Ricord put se donner complètement à la clientèle. Jamais sa vogue ne fut plus grande. Déjà médecin du prince Napoléon, il fut, en 1869, nommé médecin consultant de l'Empereur. C'est à ce titre qu'en juillet 1870, peu avant la déclaration de guerre, il prit part avec Nélaton, Rayer et le professeur Germain Sée, à la consultation célèbre provoquée par M. Sée, qui affirmait que Napoléon III avait la pierre. Ricord partageait le sentiment de son collègue. Ils ne purent malheureusement obtenir un examen immédiat, qui eût sans doute modifié la marche des événements qui se préparaient.

Jusqu'à la fin, il fut sur la brèche. Bien souvent, dans les dernières années de sa vie, on le rencontrait parcourant les rues de Paris, dans son coupé à deux chevaux, conduits par le cocher légendaire au chapeau galonné. Mais il attendait plutôt chez lui les clients toujours nombreux, qu'attirait encore la renommée du célèbre praticien. Je ne résiste pas au plaisir de transcrire ici le charmant tableau qu'a donné du vieux maître, dans son cabinet de consultations, un de nos confrères, expert dans l'art de tracer les profils des médecins du jour :

« Frileusement assis près de la cheminée, dans un fauteuil empire à cuivres, qui tient du trône et de la chaise curule, une main s'appuyant à la table, l'autre main frictionnant un genou, Ricord accueille le visiteur avec le plus charmant sourire, en s'excusant de ne point se lever. Puis il écoute, les paupières mi-closes, les lèvres entr'ouvertes, les cheveux frisés et grisonnants sous la calotte de soie noire; sa pâle et grasse figure glabre s'immobilise, inclinée en avant; son triple menton rabelaisien s'écrase un peu sur sa cravate, jusqu'à venir toucher la rouge rosette de sa boutonnière; et il a l'air, ainsi, d'un vieux silène qui va dormir. Mais ne vous y trompez pas : il n'a pas perdu la moindre de vos paroles, vous interroge avec la plus parfaite lucidité, et relève de temps en temps les paupières pour vous scruter très finement; puis il parle, évitant les gestes à ses membres rhumatisants, émaillant son discours de ses plus goguenardes plaisanteries sur la trop charmante déesse dont il a tant de fois conjuré les traîtrises; après quoi, il vous congédie du même sourire inoubliable. »

Ricord ne s'est pas marié, et ses derniers jours se seraient passés dans l'isolement, s'il n'avait eu auprès de lui sa nièce et ses petits-neveux, qui l'entouraient de soins et de tendresse. Il vivait heureux dans cette paisible atmosphère, et s'il songeait à la mort, il ne s'en faisait pas un épouvantail. Il avait demandé à son vieil ami Batta, le violoncelliste bien connu, de qui je tiens ce détail, de lui faire entendre, à ses derniers moments, les *Adieux de Marie Stuart*, de Niedermeyer, un de ses morceaux préférés. Ce dernier souhait ne fut pas exaucé. Il se souvint cependant qu'il l'avait formulé. La nuit même de sa mort, ayant déjà perdu l'usage de la parole, et semblant sans connaissance, on le vit promener les doigts en cadence sur ses draps, et répéter le mouvement à plusieurs reprises, comme impatient de n'être pas compris. Les médecins qui le veillaient n'eurent que plus tard l'explication de ce geste, avec le regret de n'en avoir pas saisi la signification.

Depuis longtemps sa sépulture au Père-Lachaise était prête; il en avait donné lui-même le plan. Il avait aussi par avance composé son épitaphe. Il a bien souvent récité à ses amis ce morceau dont il n'était pas mécontent :

Aux portes de l'Éternité,
Quand j'aurai fini ma carrière,
S'il me reste un peu de poussière,
De cette triste humanité,
Que le tombeau seul s'en empare :
Que de mon âme se sépare
Cette cause de mes douleurs;
Car l'âme pure et sans matière
Doit être un rayon de lumière
Que ne troubleront plus les pleurs.

Beaucoup s'étonneront de trouver de telles pensées sous la plume de Ricord. L'éternel rieur savait-il donc, lui aussi, regarder au delà de ce monde? Était-il de ceux, toujours plus rares, qui estiment que tout ne finit pas avec la tombe, qu'il est en nous quelque parcelle « pure et sans matière » qui ne meurt pas avec le corps? Ne serait-ce pas là le secret de cette fin si calme, attendue sans crainte, qui fut comme « le soir d'un beau jour »?

La dernière maladie de Ricord fut courte. Déjà un peu souffrant, il crut devoir venir à Paris pour voter, aux élections générales d'octobre 1889. Il prit froid, dut s'aliter quelques jours plus tard, et ne se releva pas.

Une foule immense se pressa à ses funérailles. Beaucoup voulaient, en y assistant, rendre un dernier hommage au médecin illustre dont, pendant près d'un demi-siècle, le nom avait été dans toutes les bouches. D'autres, plus nombreux, amis, élèves, malades, pleuraient « le bon Ricord », le maître aimé, le docteur compatissant, dont la devise avait été : *Ægrotantis animam reconfortare conor.*

PROCLAMATION DES PRIX POUR 1891.

Prix Duval. — Le prix n'est pas décerné. La seule thèse adressée n'ayant pas été jugée digne de récompense.

Prix Laborie. — Le prix n'est pas décerné. Aucun mémoire n'a été envoyé pour concourir à ce prix.

Prix Gerdy. — *De la cure radicale des hernies ombilicales.* — Aucun mémoire n'a été adressé. Le même sujet est remis en concours pour 1893.

Prix Demarquay. — *Du traitement chirurgical des calculs biliaires.* — Le prix est décerné à M. le docteur Sieur, médecin-major de deuxième classe à l'École du service de santé militaire à Lyon.

PRIX PROPOSÉS POUR 1892.

Prix Duval à l'auteur (ancien interne titulaire des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1892. Le prix n'ayant pas été décerné en 1891, la somme à distribuer en 1892 sera de 600 francs.

Prix Laborie à l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société avant le 1er novembre 1892. Le prix n'ayant pas été décerné en 1891, la somme à distribuer en 1892 sera de 2 400 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR 1893.

Prix Duval (300 francs).

Prix Laborie (1 200 francs).

Prix Gerdy. — *De la cure radicale des hernies ombilicales.* — Le prix n'ayant pas été décerné en 1891, la somme à distribuer en 1892 sera de 4 000 francs.

Prix Demarquay. — *Des opérations pratiquées par la voie sacrée. Indications. Résultats. Manuel opératoire* (700 francs).

Prix Ricord (300 francs), à l'auteur d'un mémoire de chirurgie publié dans le courant des années 1892 et 1893 ou d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre société.

Pour les autres conditions de ces concours, voir le premier fascicule du *Bulletin de la Société de chirurgie* de l'année courante.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les étudiants en médecine intéressés à la question de l'internat ont signé une pétition qui sera soumise au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, à sa séance du 21 janvier, séance dans laquelle le Conseil doit trancher la question.

— Par décret, en date du 16 janvier 1892, M. Roule, docteur ès sciences, est nommé professeur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Toulouse, à dater du 1er janvier 1892.

— Par décision ministérielle, en date du 17 janvier 1892, ont été affectés aux postes ci-après indiqués :

M. le médecin-major de première classe Grivet, pour le 94e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Tardif, pour le 16e d'infanterie ; Renard (L.-C.), pour le 20e dragons.

— *Corps de santé de la marine.* — M. Rey, élève du service de santé, est nommé médecin auxiliaire de deuxième classe et affecté au port de Toulon.

— M. le docteur Joubin, maître de conférences à la Faculté des sciences de Rennes, est nommé officier d'Académie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Théophile Barière, médecin de colonisation à Saint-Cloud-Oran. Notre malheureux confrère a succombé, victime de son dévouement, aux atteintes de la diphthérie, contractée au lit d'un malade ; V. Raoult-Deslongchamps, ancien médecin principal de première classe, auquel on doit une méthode ingénieuse du traitement des fractures des membres par des appareils en zinc laminé ; Royer (d'Avrigney).

— M. le docteur Piogey est nommé vice-président du groupe VI (travaux d'art féminins) de l'Exposition internationale moderne et rétrospective des arts de la femme. Cette exposition qui aura lieu au palais de l'Industrie, pendant les mois d'août, septembre et octobre 1892, est due à l'initiative de l'Union centrale des arts décoratifs.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera la prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le 24 janvier 1892, à l'usine de MM. Appert, maîtres verriers, rue des Chasses, à Clichy. — Départ à neuf heures et demie très précises du matin, par la gare Saint-Lazare, pour la station de Clichy-Levallois.

— POSTES MÉDICAUX. — Ille-et-Vilaine : s'adresser à M. Pachon, étudiant en médecine, boulevard Saint-Marcel, 53, à Paris. — Nord : s'adresser au maire de Glageon.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

5

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

93

NI GASTRALGIES, NI ENTERALGIES!

ROB LECHAUX

La cuillerée à soupe contient :

Iodure de potassium recristallisé.	0gr 40
Extrait de quinquina calisaia. . .	0 20
Extrait de salsepareille	0 25

RACHITISME, SYPHILIS
ANÉMIES GRAVES
MALADIES DE LA PEAU
ADÉNOPATHIES STRUMEUSES

Envoi gracieux d'échantillons aux médecins.

164, rue Ste-Catherine, Bordeaux, et phies.

14

MALADIES DE POITRINE

Bronchites chroniques, catarrhes pulmonaires, laryngites, exctinctions de voix, etc., etc.

TRAITEMENT RATIONNEL PAR LE

Sirop balsamo-sulfureux Le Brun

monosulfure de sodium chimiquement pur. Goudron, Tolu et Alcoolatre de racine d'aconit. 3f. Dépôt : Phie Cle, 50, fg Montmartre, Paris et Phies.

77

SOLUTION DE BIPHOSPHATE DE CHAUX DES

FRÈRES MARISTES

Employée avec succès pour combattre les *scrofules*, la *débilité générale*, le *ramollissement* et la *carie des os*, les *bronchites chroniques*, les *catarrhes invétérés*, la *phtisie*, surtout aux 1er et 2e degrés Notice fo.— 5f le litre, 3f le 1/2 litre. *Exiger les signatures* L. Arsac et Fre Chrysogone.

Dépots : Chez les Frères Maristes : à St-Paul-Trois-Châteaux (Drôme); à St-Genis-Laval (Rhône); à l'Hermitage, par St-Chamond (Loire); à Aubenas (Ardèche); à Beaucamps, près Lille (Nord); à Lacabane, par Terrasson (Dordogne); à Varennes-sur-Allier (Allier) et ds les phies. Remises par quantité.

20

VIN DE SECRETAN

au Quinquina, à l'Extrait fluide de Malt et aux Écorces d'Oranges amères.

Le seul vin de Quinquina ne constipant pas et n'irritant pas les voies intestinales, grâce à l'action tempérante *correctrice* que les principes adoucissants, digestifs et nutritifs de l'Extrait fluide de Malt exercent sur les éléments astringents du quinquina.

Dépôt central : Secretan, 52, r. Decamps, Paris.

43

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurés et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

33

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

HYSTÉRIE

Le **BROMIDIA,** en excellent produit qu'il est, a tenu, chez la plupart de mes clients qui ont été soumis à son action, ses principales promesses, et je le recommande d'autant plus volontiers qu'il se recommande parfaitement luimême.

Je l'ai essayé chez quatre clients des deux sexes pris d'insomnie, sans cause appréciable, et j'ai constaté chez chacun d'eux une efficacité hypnotique incontestable. J'ai également obtenu un plein succès dans deux cas de gastralgie intense, et dans différentes névroses généralisées ou localisées, aiguës ou chroniques.

Le résultat le plus précieux dû au **BROMIDIA,** dans le cours de mes expériences, est l'arrêt définitif de deux crises hystériques, chez une jeune fille, à quatre mois d'intervalle. L'hystérie affectant simultanément l'intelligence, la sensibilité et la motilité, le médicament a donc cumulé une triple puissance d'action que l'on demanderait en vain à n'importe quel autre médicament éprouvé.

En somme, je ne crains pas d'affirmer que l'avenir de votre produit est assuré par la satisfaction qu'il fait éprouver à la plupart de ceux qui en usent.

Je demeure auprès du malade aussi longtemps que l'expérience l'exige, et j'ai toujours employé le médicament largement, sans avoir constaté une seule menace d'accident.

Permettez-moi de vous offrir l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr Ruffieur.

Villers-Forlay, Jura (France), 7 juin 1887.

UNE BROCHURE ET ÉCHANTILLON

DE

BROMIDIA

seront envoyés franco sur demande

aux Médecins.

DÉPOT GÉNÉRAL

Pour la France et ses Colonies :

ROBERTS & Co,

PHARMACIENS-DROGUISTES

5, RUE DE LA PAIX, 5

PARIS

Prix au public : 5 francs.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30o.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

52

VICHY, SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS

GRANDE-GRILLE

HOPITAL

Avoir soin de désigner la source.

PASTILLES AUX SELS NATURELS

SAISON DES BAINS

DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

34

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Prix : 4 fr. le flacon.

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

72

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux,** du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, phien, ex-préparatr à l'Ecole de médecine et de pharmacie, rue Victor-Hugo, 14, LYON.

46

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie,** *la* **dyspepsie atonique,** *les* **fièvres intermittentes,** *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds*, on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café d'**ELIXIR de BOLDO-VERNE.**—Dépt : Verne, phien, Grenoble (France), et ds les princip. phies de France et de l'Étranger.

N° 10. — SAMEDI 23 JANVIER 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 23 JANVIER 1892. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le cas intéressant de néphrite infectieuse puerpérale, récemment communiqué par M. Charpentier (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 982), est devenu le point de départ d'une discussion. On se rappelle que M. Charpentier s'est appliqué à démontrer que, dans ce cas, l'état puerpéral n'a joué qu'un rôle secondaire. Tel n'est pas l'avis de ses collègues, MM. Tarnier et Hervieux, qui considèrent la septicémie puerpérale comme la cause première, réelle, efficiente de tous les accidents observés chez cette malade, y compris la néphrite terminale. L'interprétation donnée de ce fait par M. Charpentier semblerait indiquer qu'on perd peut-être un peu trop de vue la septicémie puerpérale depuis que, grâce à l'antisepsie, les méfaits de la puerpéralité sont devenus si rares.

Voilà déjà, croyons-nous, plusieurs années que M. le professeur Gautier a signalé à l'Académie les dangers du chauffage des voitures par des briquettes de charbon de Paris. L'autorité semblait s'en être émue et la préfecture de police avait décidé de prohiber ce mode de chauffage. Cette prohibition est restée lettre morte et, actuellement encore, les voitures de place sont toutes chauffées par ces briquettes. M. Laborde, en son nom et au nom de M. Gréhant, vient d'appeler de nouveau l'attention de l'Académie sur les dangers qui résultent de cette pratique. M. Gréhant en a donné une démonstration expérimentale, qui devrait suffire pour faire proscrire définitivement ce mode de chauffage des voitures.

L'Académie a entendu deux rapports, l'un de M. Ollivier, sur la communication de M. Thoinot relative à une épidémie de typhus, observée à l'île de Tudy (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1084) ; l'autre de M. Chauvel qui a analysé la communication de M. Poncet (de Lyon), sur la transparence de certaines tumeurs (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1891, pp. 571 et 1084).

Nous signalerons, parmi les pièces de la correspondance, une note de M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro), sur une nouvelle détermination du paludisme, l'érythème noueux. A défaut des autres caractères, l'efficacité notoire de la quinine contre ces accidents cutanés ne pourrait laisser aucun doute sur leur nature.

Enfin, la parole a été donnée à M. Routier pour la lecture d'une intéressante observation de péritonite purulente généralisée par perforation intestinale, très heureusement guérie par la laparotomie et le lavage. Il y a là, dans la laparotomie combinée avec le lavage, une ressource bien précieuse pour le traitement de ces sortes de péritonites qui, abandonnées à elles-mêmes, se terminent fatalement par la mort. On ne saurait donc trop appeler sur ces faits l'attention des médecins qui ne pensent peut-être pas toujours assez, en pareil cas, à l'indication du traitement chirurgical.

REVUE GÉNÉRALE

Des « stigmates » hystériques.

Par le docteur Paul BLOCQ,
Chef des travaux anatomo-pathologiques à la Salpêtrière.

Il est devenu banal, actuellement, d'affirmer que les symptômes de l'hystérie sont aussi nombreux que variés, et il est presque superflu de rappeler que ses manifestations portent, non seulement sur les fonctions de tout ordre du système nerveux : *intellect*, *sensibilité*, *motilité*, mais encore qu'elles empiètent sur celles de tous les autres appareils : *circulatoire*, *respiratoire*, *digestif*, *sécrétoire*, et entraînent même des désordres de l'état général : *fièvre*, et de la nutrition des tissus : *œdèmes*, *éruptions*, *atrophies musculaires*...

Il importe plus d'être mis en garde contre les combinaisons multiples de ces troubles, grâce auxquelles la névrose « protéiforme » arrive à se dissimuler sous les apparences de bon nombre de maladies organiques. Qu'il nous suffise, parmi les affections dont elle emprunte le masque, de citer : les *cérébropathies*, comme la syphilis du cerveau, l'hémorrhagie cérébrale, l'aphasie, la migraine ophthalmique ; les lésions *bulbaires*, telles que le syndrome de Weber ; les *myélopathies*, sclérose en plaques, mal de Pott, tabès, syringomyélie ; les altérations des *nerfs*, paralysies radiculaires, névrites, sans compter les *pseudo-méningites*, les *pseudo-tuberculoses pulmonaires*, les *pseudo-péritonites*, etc.

L'hystérie mérite donc, à juste titre, d'être appelée « la grande simulatrice », selon l'expression de M. Charcot, à

qui nous devons, pour la plus grande part, les notions sur lesquelles est fondée cette propriété de la névrose.

Aussi bien, le médecin se trouverait-il souvent aux prises avec des difficultés, parfois insurmontables, si, dans le plus grand nombre des cas où l'hystérie *joue un rôle*, elle n'offrait des points de repère.

En effet, encore que ses allures soient capricieuses, l'hystérie a sa physionomie propre, laquelle résulte de la constance et de la similitude de quelques-uns de ses traits, qui sont précisément : les *stigmates*.

I

Définition. Division. — Selon l'enseignement de M. le professeur Charcot, nous désignons, sous ce terme de *stigmates*, des signes qui, par la fréquence de leur constatation, la spécificité de leurs caractères, la fixité de leur durée, peuvent être regardés comme pathognomoniques, en quelque sorte, de l'hystérie.

Si cette définition, et nous ne nous le dissimulons pas, ne répond, en somme, qu'à une sélection clinique, dépourvue qu'elle est de tout substratum anatomique ou physiologique, nous n'hésitons pas à avouer qu'elle n'a pas d'autres prétentions; nous nous en autoriserons, cependant, pour, dès l'abord, éliminer de notre cadre certain symptôme auquel on a conféré traditionnellement, mais indûment, à notre avis, une valeur presque absolue; nous faisons allusion à la mobilité, à la versatilité de l'*état mental*.

Considérant que, sans idées fantasques et sans bizarrerie psychique, on ne pouvait être hystérique, bon nombre d'auteurs se sont refusés à faire rentrer dans l'hystérie des cas où, au contraire, la mélancolie de l'esprit dominait. Les auteurs ont donc dû créer, pour ces hystériques tristes, une nouvelle espèce nosographique, la *névrose traumatique*.

Il est une autre question, de même controversée, celle de savoir si l'aptitude à être hypnotisé constitue ou non un stigmate hystérique. La conclusion qui me paraît s'imposer, à la suite des débats récents (1) qui ont eu lieu sur ce sujet, est que la *prédisposition* hystérique, tout au moins, est indéniable, pour peu que le sommeil provoqué soit caractérisé par des phénomènes somatiques contrôlables.

L'hypnose acquiert alors la valeur d'un stigmate et peut même, comme nous aurons occasion de le montrer, décider du diagnostic en des faits douteux.

Les stigmates sur lesquels l'accord est unanime, les seuls que nous allons étudier, ressortissent : A. à la sphère de la motilité, *diathèse de contracture;* B. à celle de la sensibilité, générale : *anesthésies*, *hyperesthésies*, *zones hystérogènes*, et spéciale : *certains troubles de la vision*, *du goût*, *de l'ouïe et de l'odorat;* C. à celle de la nutrition : *variations particulières des excreta urinaires*.

Stigmates hystériques	A. Motilité.		Contractures.
	B. Sensibilité.	1. Générale.	*a.* Anesthésies.
			b. Hyperesthésies.
		2. Spéciale.	*a.* Vision.
			b. Audition.
			c. Odorat.
			d. Goût.
	C. Trophicité		Troubles urinaires.

(1) Babinski. Hypnotisme et hystérie. Du rôle de l'hypnotisme en thérapeutique, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1891, n°s 30 et 31. — Bernheim. Hypnotisme et hystérie, réponse à M. le docteur Babinski, *Idem*, n° 32. — Babinski. Hypnotisme et hystérie, réponse à M. le docteur Bernheim, *Idem*, n° 33. — Voir la fin de la polémique, *même journal*, n° 34, p. 409.

II

Description. — A) M. Charcot et M. Paul Richer ont, depuis longtemps, montré que, par différentes manœuvres, on pouvait provoquer des contractures chez les hystériques, à l'état de veille, et M. Charcot a appelé *diathèse de contracture* la tendance spasmodique que présentent ces malades dans ces cas (1).

Les procédés à l'aide desquels on produit ces contractures artificielles sont nombreux : la pression des masses musculaires, le tiraillement du membre, la percussion des tendons, la faradisation, l'application d'un diapason en vibration sur les tendons ou sur le muscle lui-même, enfin, et ce serait là le moyen le plus efficace, la constriction à l'aide d'un lien élastique, les réalisent.

Par l'un quelconque de ces artifices, on détermine, parfois, la contracture chez les hystériques hémi-anesthésiques, le plus souvent du côté anesthésié, mais non exclusivement de ce côté : les parties sensibles sont assez fréquemment contracturables aussi, mais d'ordinaire à un degré moindre.

Le phénomène apparaît brusquement sous l'une des influences que nous avons énumérées et atteint d'emblée son summum d'intensité ; lorsqu'on a eu recours à la ligature élastique pour le mettre en évidence, la raideur apparaît et se limite d'habitude à la partie du membre située au-dessous du lien ; mais, d'autres fois, elle peut, non seulement gagner le membre entier, mais encore se généraliser à tous les muscles.

Dans quelques cas, la contracture produite par le lien circulaire cesse dès que celui-ci est enlevé ; mais il est loin d'en être toujours ainsi, et, pour faire disparaître la raideur artificiellement produite, on a recours à des frictions opérées sur le membre, au niveau des antagonistes des muscles dont l'action prédomine.

M. Charcot insiste sur ce point que la contracture provoquée est, dans un membre, d'autant plus accentuée et d'autant plus durable, après la cessation de l'action de l'agent provocateur, que l'expérience a été plus souvent répétée et plus longtemps prolongée. Il semble y avoir là une ébauche d'organisation d'un centre fonctionnel, analogue à un phénomène d'éducation qui exige la participation des centres nerveux.

On note aussi, lorsqu'on détermine la contracture par pression sur les masses musculaires, que plus cette pression est accusée, plus la contracture s'exagère.

Cette contracture appartient très évidemment au genre spasmodique, et on y constate expérimentalement, pour ainsi dire, le jeu des antagonistes. Si, par exemple, on imprime à la main un violent mouvement d'extension, on tiraille de cette façon les muscles fléchisseurs, excitation suffisante, chez le sujet en diathèse de contracture, pour produire la rigidité, et on relâche les muscles extenseurs ;

(1) Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III. — Brissaud et Richer. *Progrès méd.*, 1880. — Brissaud. Th. de Paris, 1880. — Ballet et Delanef. *Gaz. méd. de Paris*, 1882. — Charcot et Richet. Soc. de biol., et *Progrès méd.*. 1883. — Brunet. Th. de Paris, 1883. — Berbez. *Progr. méd.*, 1886. — P. Blocq. Th. de Paris, 1888. — Pitres. *Leçons cliniques sur l'hystérie*, t. I, 1891. — Voir aussi le récent Traité de M. Gilles de la Tourette, qui a paru alors que ce travail était déjà à l'impression, et que, pour ce motif, nous n'avons pu mettre à contribution.

mais, bien que l'excitation ait porté sur les fléchisseurs, la main se contracture en extension forcée et on s'assure aisément que fléchisseurs et extenseurs participent également au maintien de l'extrémité supérieure dans sa position anormale. Le même phénomène se produit inversement, si l'on fléchit fortement la main ; le tiraillement des extenseurs aboutit à une contracture en flexion.

Disons enfin que si, après avoir produit la contracture d'un membre par l'application de la bande d'Esmarch, on laisse cette bande en place, un temps suffisant, la rigidité finit par disparaître, lorsque l'ischémie est assez prononcée : ce qui montre que le lien n'agit que par excitation des parties périphériques.

La « diathèse de contracture » constitue un stigmate hystérique par excellence ; nous verrons plus loin quelle en est la valeur séméiologique.

B) Le plus grand nombre des stigmates de l'hystérie ressortissent au domaine de la *sensibilité*. Ces troubles offrent beaucoup de caractères communs, auxquels ils sont, en partie, redevables de leur qualité *stigmatisante*, et qui nous aideront à comprendre quelques considérations pathogéniques préliminaires. En ce qui concerne les anesthésies hystériques, les plus fréquents de ces troubles, les lois de la physiologie sont encore insuffisantes à nous expliquer complètement les faits. Elles nous paraissent même *à priori* contradictoires avec certains d'entre eux : les brusques modifications que subissent les anesthésies sous diverses influences, celle de la suggestion notamment, et surtout le rappel possible de sensations antérieurement produites sur des parties anesthésiées. Aussi, est-ce aux données de la psychologie que nous aurons recours pour l'interprétation proposée.

Le simple fait de la perception d'un objet, exprimé par ces mots : « Je touche un livre », suppose la mise en œuvre d'une série de phénomènes complexes (1).

L'excitation produite par le contact de l'objet sur les terminaisons nerveuses des nerfs de la peau est transmise par la voie des nerfs sensitifs aux centres médullaires, protubérantiels et corticaux ; d'autre part, des excitations naissent corrélativement par suite des mouvements des muscles qui ont mis le membre dans les positions successives, nécessaires pour le contact. Les voies suivies par ces excitations sont, de plus, liées à celles qu'ont suivies les excitations homologues antérieures, et, comme auparavant, le même objet a pu donner lieu à des excitations complexes (de la vue, par exemple, d'où, et par cela seul, des excitations optiques, de couleur, du tact de l'œil, du sens musculaire d'accommodation et de celui des muscles directeurs du même organe, sans parler de l'ouïe, de l'olfaction, du goût, du sens musculaire), les excitations actuelles vont arriver finalement dans une région de leur centre cortical spécifique, où elles seront plus ou moins associées aux centres divers qui correspondent aux autres excitations.

Là s'opère un travail de sélection, ou mieux une synthèse consistant à fondre, d'une certaine façon, ces divers éléments des excitations, travail qui constitue, d'une façon générale, la perception.

La perception serait ainsi « la faculté de synthétiser les sensations » (Pierre Janet), ou « le processus par lequel l'esprit complète une impression des sens par une escorte d'images » (Binet).

Pour les deux auteurs que nous venons de citer, l'anesthésie hystérique consisterait dans une dissociation de la perception. Cette manière de voir, pour juste qu'elle nous paraisse est néanmoins une vue purement subjective, qui nous éclaire insuffisamment.

Voici comment, avec M. Onanoff (1), nous comprenons le mécanisme de la perception et de celles de ses modifications auxquelles correspondent les anesthésies hystériques. Les excitations parties des surfaces sensibles sont transportées par les nerfs, d'abord aux centres réflexes inférieurs, puis de là, après une première élaboration, elles parviennent aux centres supérieurs, où se fait une association aboutissant à une sélection qui constitue le stade de perception.

De la synthèse en laquelle consiste cette perception résulte la mise en action d'un centre moteur ; un mouvement a lieu, et, selon que les excitations, dues aux impressions consécutives à ce mouvement, font retour ou non aux centres d'association et s'y identifient, la perception est dite consciente (aperception) ou non.

Ce mécanisme délicat est plus ou moins faussé dans l'anesthésie hystérique. Le plus souvent, la série des phénomènes est incomplète. L'excitation venue du dehors n'est pas perçue consciemment, parce que le jeu des centres d'association est déréglé ; certains de ces centres, trop unis entre eux, ne laissent pas rompre leurs liens par l'excitation nouvelle ; il s'ensuit que le produit émané de la zone de ces centres est mal élaboré et par suite insuffisant à provoquer la chaîne complète des phénomènes qui aboutit normalement à l'identification et à la conscience.

Il y a *perception inconsciente* (anesthésie, objectivement). On s'explique ainsi, d'abord, la conservation des réflexes dont les centres fonctionnent. On conçoit aussi qu'il suffise d'une faible influence psychique, la suggestion, l'attention, pour rompre l'union des centres d'association, en raison de laquelle l'excitation n'est pas consciente (instabilité de l'anesthésie). Et, d'autre part, comme bien que non perçue consciemment, lors de son accomplissement, l'excitation avait été cependant enregistrée dans les centres supérieurs, on conçoit qu'elle puisse ultérieurement entrer dans le domaine de la conscience (rappel des sensations).

Avant d'établir les signes cliniques généraux des anesthésies hystériques, nous devons dire quelques mots d'un caractère psychologique qui leur est commun, car il permet de déjouer la simulation.

Il consiste en ce que la durée du temps de la réaction simple (temps qui s'écoule entre le moment d'une excitation et l'apparition du mouvement consécutif) est diminué dans l'anesthésie hystérique.

Si, chez une hystérique hémi-anesthésique, par exemple, on mesure comparativement la durée du temps de cette réaction des deux côtés, on trouve que cette durée est toujours plus longue du côté non anesthésié.

C'est là, comme l'a établi M. Onanoff, un caractère fondamental *objectif* de l'anesthésie hystérique (2) — il s'explique par la diminution des actes de cérébration, dont certains font défaut, comme nous venons de le voir —, ca-

(1) Nous prenons un exemple ressortissant au domaine du toucher ; le même raisonnement est applicable aux perceptions correspondant à l'exercice des autres sens.

(1) Voir notre *Séméiologie et diagnostic des maladies nerveuses*, Paris 1891.

(2) ONANOFF. De la perception inconsciente, *Arch. de neurol.*, n° 53.

ractère qui peut même donner, en cas de doute, la certitude de l'existence de cette anesthésie.

1. Les altérations de la sensibilité générale coexistent, le plus souvent, avec des troubles sensoriels; nous les en séparerons, toutefois, pour la facilité de la description.

a. Anesthésies. — Les anesthésies hystériques ont un assez grand nombre de *caractères génériques* qui leur sont propres et permettent de les reconnaître (1).

C'est, tout d'abord, la *conservation des réflexes* de tout ordre, réflexes qui, on ne l'ignore pas, sont abolis dans la plupart des anesthésies organiques.

Les réflexes *cutanés*, au niveau des surfaces anesthésiées, sont indemnes, et il en est de même des réflexes tendineux.

Le pincement de la peau anesthésique provoque la *dilatation pupillaire*, de la même façon que le pincement d'une partie intacte. Les réflexes *vaso-moteurs* sont également normaux, au niveau des zones d'anesthésie hystérique, alors que, dans l'analgésie syringomyélique, par exemple, ils sont tout à fait abolis (Hallion). Ce sont là des données très importantes, et utilisables pour le diagnostic, avec les anesthésies par névrites ou par lésions médullaires (2).

Les anesthésies hystériques sont encore remarquables, en général, par leur *intensité*. Le plus souvent, en effet, ce n'est pas de diminution seulement de la sensibilité qu'il s'agit, mais d'absence complète, alors qu'il est loin d'en être ainsi pour les anesthésies organiques, qui sont, au contraire, plus fréquemment de simples hypo-esthésies.

Toutefois, ce dernier signe est moins spécial; le *mode de distribution* qu'affectent les anesthésies est plus particulier. Les zones d'anesthésie ne correspondent pas, en effet, à des territoires nerveux anatomiquement délimités, mais plutôt à des régions fonctionnellement différenciées, pour ainsi dire. L'anesthésie est circonscrite par des lignes régulières, soit qu'il s'agisse d'hémi-anesthésie, c'est-à-dire d'une insensibilité de la moitié du corps, ce qui est le cas le plus fréquent, soit qu'on ait affaire à des anesthésies de membres ou de segments de membre. Dans ces derniers cas, l'anesthésie se limite par des lignes circulaires et perpendiculaires à l'axe des membres, d'où les expressions : anesthésie « en gant », « en botte », « en manchette », « en gigot », « en manche de veste », imaginées par M. Charcot, qui rendent bien compte de ce caractère.

Les anesthésies hystériques se distinguent, enfin, par leur *évolution*. Elles peuvent apparaître brusquement, et disparaître de même. Des anesthésies de longue durée se suppriment parfois pendant un temps variable, pour se réinstaller ensuite. Elles sont, le plus souvent, influencées par des causes qui seraient sans effet sur des troubles organiques, par la suggestion hypnotique notamment. De plus, elles présentent, en certains cas, le phénomène du transfert d'un côté à l'autre (lorsqu'elles sont unilatérales), à la suite de l'application de divers corps (œsthésiogènes) et plus particulièrement de l'aimant.

En dehors de ces *caractères génériques*, les anesthésies hystériques offrent des signes variables selon les cas, quant aux genres de sensibilité qui sont atteints, et quant à leurs dispositions topographiques.

On sait que la sensibilité générale comporte : la sensibilité au *tact*, à la *douleur* et à la *température*. On a coutume, cliniquement, d'y comprendre la sensibilité *profonde* — muscles, aponévroses, ligaments articulaires, os — et le *sens musculaire*.

Très souvent, tous ces modes de sensibilité font en même temps défaut, alors qu'il est rare d'observer des troubles aussi complets dans les anesthésies organiques. On peut alors toucher, piquer, brûler le membre, en tordre les jointures, sans que le sujet accuse aucune sensation : la notion de l'existence et de la situation du membre fait en même temps défaut. Il semble s'agir, pour le malade, d'une sorte de corps étranger, qui ne lui est rien, lorsque, à l'anesthésie, vient se joindre de la paralysie.

D'autres fois, tous les modes de sensibilité ne sont pas atteints en même temps; il existe alors ce qu'on a appelé une dissociation de la sensibilité. M. Charcot a attiré l'attention sur un genre de dissociation hystérique analogue à la dissociation dite syringomyélique. Ce trouble consiste en ce que la sensibilité au tact est conservée, alors que la sensibilité à la douleur et à la température est abolie.

Outre les caractères topographiques généraux que nous avons indiqués, les anesthésies hystériques possèdent, selon les cas, des modes de distribution qui leur sont propres.

Lorsqu'il existe des troubles, quels qu'ils soient : paralysies, spasmes, contractures, œdèmes, etc., l'anesthésie se superpose, le plus souvent, à toute la région qui est le siège de ces désordres. Cette remarque, déjà établie à un point de vue général, par M. Charcot, a été démontrée, en ce qui concerne en particulier le spasme glosso-labié et le spasme des paupières, par M. Gilles de la Tourette (1).

L'anesthésie atteint alors, non seulement la surface cutanée, mais encore les muqueuses, comme nous aurons occasion de le voir à l'occasion du blépharospasme.

Dans les autres cas, l'anesthésie peut être limitée à quelques points isolés de la peau, ou à quelques organes des sens, ou bien frapper simultanément la peau, les muqueuses, les organes des sens, les tissus profonds, soit dans toute l'étendue du corps, soit hémilatéralement [Pitres (2)].

Lorsque l'anesthésie est généralisée, il existe souvent des différences d'intensité selon les régions, et même quelques îlots sensibles.

Quant à l'hémi-anesthésie, elle peut être régulière; mais, d'autres fois, elle atteint, par exemple, toute une moitié du corps, moins le pied ou la main à droite, et se complète par l'anesthésie corrélative du pied ou de la main du côté sensible.

L'anesthésie est encore disposée quelquefois en petits îlots, plus ou moins irrégulièrement disséminés, en aires d'étendue variable sur la face, le tronc et les membres, aires qui ne correspondent en aucune façon à des territoires anatomiques, nerveux ou vasculaires.

b. Les *hyperalgésies* méritent aussi d'être considérées comme de véritables stigmates. Avec les hyperalgésies,

(1) Ces caractères sont rarement notés dans les observations, où l'on se contente de signaler la distribution de l'anesthésie et son intensité.

(2) Le réflexe de la cornée (mouvement de clignement des paupières qui succède aux attouchements de cette membrane) semble faire exception à cette règle. Nous ferons remarquer qu'il ne s'agit pas là d'un véritable réflexe, car ce mouvement n'est pas tout à fait automatique, mais soumis, au contraire, à la volonté : c'est plutôt un mouvement de défense qu'un acte réflexe. Du reste, on l'a vu souvent persister chez les hystériques, lors d'anesthésie conjonctivo-cornéenne.

(1) Gilles de la Tourette. De la superposition des troubles de la sensibilité et des spasmes de la face et du cou chez les hystériques, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1889.

(2) Pitres. *Leçons cliniques sur l'hystérie*, t. I, Paris 1891.

nous étudierons les zones hystérogènes et spasmo-frénatrices, et dirons aussi quelques mots d'une paresthésie spéciale que M. Pitres a désignée du nom d'*haphalgésie*.

Les *hyperalgésies* consistent en ce que toutes les impressions sensitives sont perçues comme de véritables douleurs. Le moindre attouchement, le frôlement de la surface cutanée qui en est atteinte, donne naissance à une sensation très pénible. Les hyperalgésies siègent le plus souvent sur les téguments, et là même elles affectent une distribution en zones, très remarquable.

Toutefois, à l'instar des anesthésies, elles sont susceptibles de se superposer aux autres troubles hystériques, et, c'est ainsi que la plupart des arthralgies hystériques s'accompagnent d'une hyperalgésie de la région articulaire. Le frottement ou le pincement superficiel de la surface de la peau correspondant à la région, détermine des douleurs vives.

D'autres fois, les plaques hyperalgésiques ne semblent pas être régies, dans leur distribution, par des troubles autres. Leurs sièges de prédilection, ceux où il conviendra de les rechercher, sont alors, par ordre de fréquence, les régions ovariennes et testiculaires, la région dorsale médiane, les espaces sous-claviculaires et sous-mammaires.

Très souvent, le frôlement des zones hyperalgésiques ne provoque que de la douleur; mais, parfois, le sujet ressent en même temps des sensations d'*aura*, et, dans certains cas même, une attaque convulsive survient à la suite de cette manœuvre. C'est que la zone hyperalgésique en question est en même temps, dans ce cas, une zone *hystérogène* ou *spasmogène*. La pression plus forte des mêmes zones suffit, très fréquemment, pour arrêter les convulsions : ces zones sont, comme on dit, *hystéro* ou *spasmo-frénatrices*.

Les zones spasmogènes peuvent occuper les divers points du corps; tantôt il n'en existe qu'une, tantôt on en observe plusieurs. Elles affectent, elles aussi, les sièges de prédilection que nous venons d'indiquer à propos des zones hyperalgésiques : soit unilatéralement, dans les cas où il existe de l'hémi-anesthésie, soit des deux côtés. Elles peuvent se rencontrer, non seulement sur la surface cutanée mais encore sur les muqueuses, le tissu cellulaire sous-cutané et les organes [mamelle, testicule, zones cutanées, sous-cutanées et viscérales (Pitres)].

Parfois, les qualités excitatrice et inhibitrice ne se trouvent pas réunies dans la même zone, et, chez certaines malades, telle zone est spasmogène, telle autre spasmo-frénatrice. Ces zones sont, enfin, aussi instables que les anesthésies, apparaissant et disparaissant, soit spontanément, soit sous diverses influences : réfrigération, électrisation, révulsion..., etc.

L'*haphalgésie* (ἁφή, contact, et ἄλγος, douleur) est « une variété de paresthésie caractérisée par la production d'une sensation douloureuse intense à la suite de la simple application sur la peau, de certaines substances qui ne provoquent, à l'état normal, qu'une sensation banale de contact » (Pitres).

Ce phénomène aurait une valeur séméiologique d'autant plus sérieuse qu'il n'a encore été rencontré que chez des malades atteints d'hystérie avérée. Les substances dont le contact déterminait des sensations pénibles, dans les cas de ce genre, étaient certains métaux (cuivre, laiton, or, argent); les plantes, l'ivoire, le caoutchouc ne provoquaient rien de semblable.

2. Les altérations de la sensibilité *spéciale*, ou mieux les troubles fonctionnels des organes des sens, sont tout aussi fréquents et significatifs que ceux de la sensibilité générale.

a. C'est du côté de l'*œil* et de ses annexes que seront recherchés les stigmates les plus significatifs.

Le *blépharospasme* a la plus grande valeur à cet égard, car il n'existe guère que dans l'hystérie, avec les caractères que nous allons énumérer.

Le blépharospasme peut revêtir différentes formes (Richer). On observe, en premier lieu, un blépharospasme *clonique*, dans lequel l'occlusion de l'œil se fait par d'incessants clignements des paupières. Ce spasme s'accompagne ordinairement de photophobie.

En second lieu, c'est d'un blépharospasme *tonique* qu'il s'agit. Cette fois, l'occlusion des paupières est permanente : il existe, ou non, de la photophobie, mais il est commun que la contracture de l'orbiculaire soit accompagnée du spasme des muscles du côté de la face correspondant.

On pourrait observer, enfin, une dernière forme que M. Pitres a nommée, avec M. Parinaud (1), *blépharoptose pseudo-paralytique*, dans laquelle les deux antagonistes de la paupière présentent des troubles complexes.

Le blépharospasme se présente donc sous l'apparence d'une occlusion des paupières. Les voiles palpébraux donnent au toucher une sensation vibratoire, et opposent une certaine résistance quand on essaye d'ouvrir l'œil. M. Charcot a fait observer que le sourcil était abaissé par rapport à celui du côté sain, alors que, dans l'occlusion de l'œil, par chute de la paupière, par ptosis (paralytique), le sourcil était, au contraire, relevé. C'est là un signe diagnostique d'une très grande valeur.

Le blépharospasme est également d'ordinaire accompagné de troubles de la sensibilité, qui ont surtout été mis en lumière par M. Gilles de la Tourette. L'œil lui-même serait le plus souvent amaurotique; de plus, la cornée et la conjonctive deviendraient complètement insensibles; enfin, on constaterait autour de l'organe une zone circulaire d'anesthésie tégumentaire.

Le blépharospasme est relativement fréquent chez les hystériques, et il est maintes fois rapporté à tort, par les oculistes, à une origine réflexe (2). De même que les autres troubles que nous avons rapportés, il est susceptible d'apparaître et de disparaître brusquement. Toutefois, tant que l'anesthésie de la région persiste, même si le spasme semble guéri, il est susceptible de réapparaître (Gilles de la Tourette).

Ce serait aussi à des troubles musculaires (3) (muscles de l'accommodation), qu'on devrait rapporter ces signes, dignes, en tous cas, de figurer parmi nos stigmates, car, en dehors de l'hystérie, ils ne s'observent guère qu'en cas de lésions du cristallin; je veux parler de la *polyopie*, de la *mégalopsie* et de la *micropsie* monoculaire, décrites par M. Parinaud.

La *polyopie* monoculaire consiste en ce que, dans la vision rapprochée, le malade voit deux ou plusieurs objets (d'un seul œil) au lieu d'un seul. On place verticalement un objet

(1) Parinaud. Anesthésie de la rétine. Contribution à l'étude de la sensibilité visuelle, *Annales d'oculistique*, août 1886; — Spasmes et paralysies des muscles de l'œil, *Gaz. hebd.*, 1877, nos 46 et 47.

(2) Borel. *Arch. d'ophthalmol.*, 1886-1887.

(3) M. Duret a rapporté récemment un cas de polyopie monoculaire qu'il prétend attribuable à une lésion centrale.

à une certaine distance variable de l'œil, distance à laquelle cet objet est vu normalement; on l'éloigne ensuite progressivement, et deux ou trois images apparaissent par cette simple manœuvre.

De la même façon, dans la *mégalopsie* et dans la *micropsie*, les objets semblent augmenter ou diminuer de grandeur.

C'est, plus souvent encore, sur la fonction visuelle elle-même que portent les troubles caractéristiques de l'hystérie, qui sont représentés alors par l'*amaurose*, et surtout par le *rétrécissement concentrique* du champ visuel.

L'*amaurose* consiste dans l'affaiblissement de la vue allant jusqu'à la cécité complète. Elle apparaît ordinairement d'une façon brusque, et peut disparaître de même. Elle accompagne ou non d'autres troubles de la vision et, en particulier, le blépharospasme, ainsi que nous venons de le voir. Tantôt elle est bilatérale, plus souvent elle est unilatérale, complétant, dans ce cas, l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle. Il est à peine besoin de faire remarquer que l'examen ophthalmologique ne révèle aucune lésion des milieux ni du fond de l'œil. Elle offre le plus souvent une particularité des plus significatives, lorsqu'elle est unilatérale, et qui consiste en ce qu'elle ne se manifeste *que dans la vision monoculaire.* Telle malade amaurotique, de l'œil droit, par exemple, n'est capable de rien distinguer lorsqu'on lui ferme l'œil gauche, et, les deux yeux ouverts, elle voit dans tout le champ de la vision binoculaire : diverses expériences permettent de se rendre compte de la réalité de ce phénomène, à savoir que, dans l'amaurose unilatérale, le sujet voit de son œil aveugle dans la vision par les deux yeux.

Le *rétrécissement concentrique, régulier et permanent du champ visuel*, mérite d'être considéré comme le stigmate le plus important de l'hystérie. Il est, en effet, extrêmement fréquent et, de plus, il *appartient presque exclusivement à l'hystérie.* Tout récemment encore, M. Möbius (1) confirmait, une fois de plus, cette donnée de l'enseignement de M. Charcot.

On a observé, il est vrai, du rétrécissement du champ visuel dans l'épilepsie; mais là le trouble était transitoire, survenant après l'accès et lui survivant peu.

Quant au rétrécissement permanent du champ visuel, que MM. Dejerine et Tuilant (2) ont signalé dans la syringomyélie, étant donné le petit nombre de leurs observations, les faits contradictoires qui ont été opposés (3), la discussion encore ouverte à cet égard (4), on ne saurait, actuellement, et tout au moins au point de vue clinique, que nous considérons, s'en autoriser pour diminuer la valeur séméiologique que nous attribuons à ce symptôme.

Le rétrécissement concentrique du champ visuel consiste en ce que les parties périphériques de la rétine paraissent ne pas fonctionner. Seule une partie centrale d'étendue variable, et qui peut être presque punctiforme, semble avoir conservé son activité fonctionnelle. Le malade voit distinctement les seuls objets qu'il fixe, et le champ de sa vision ne s'étend pas au delà. On détermine exactement les limites du champ visuel à l'aide du périmètre. Le rétrécissement permanent du champ visuel dans l'hystérie peut s'observer, en l'absence de tout autre stigmate, ou coexister avec divers troubles. Dans les cas d'hémi-anesthésie, il est plus accusé du côté anesthésique que de l'autre côté. Il se montre, du reste, des deux côtés, c'est le cas le plus fréquent, ou simple, et varie dans des limites assez étendues.

Les troubles de la *vision des couleurs* ne sont pas rares dans l'hystérie où ils offrent des caractères spéciaux. L'anesthésie chromatique peut être complète (*achromatopsie*) ou incomplète (*dyschromatopsie*).

Le second cas est le plus habituel; mais il est à remarquer que la dyschromatopsie est plus souvent observée chez les hystériques femmes, sans qu'on sache encore la raison de cette prédilection.

C'est dans un ordre assez régulier, presque toujours le même, que disparaît la notion des couleurs, et cet ordre diffère absolument de celui qu'on observe dans les dyschromatopsies organiques, dans celle du tabes, notamment. Dans la dyschromatopsie hystérique, le violet disparaît en premier, alors que le rouge persiste ordinairement dans la grande majorité des cas; la gamme de disparition des perceptions colorées se ferait dans l'ordre suivant : violet, vert, bleu, jaune, rouge. Dans le *tabes*, au contraire, et dans les affections (intoxications), où la dyschromatopsie intervient, c'est le rouge qui est perdu en premier lieu.

b. Audition. — La surdité complète ou l'*hypo-acousie*, hémi-latérale (du même côté que l'hémi-anesthésie) ou bilatérale, constitue un stigmate hystérique, lorsqu'il n'existe aucune lésion de l'appareil auditif susceptible d'en rendre compte, ce que confirme non seulement l'examen otoscopique, mais encore l'intégrité des réflexes binauriculaires (1).

c. Odorat. — L'anesthésie olfactive, *anosmie*, hémi-latérale, *hémi-anosmie*, ou complète, est rare en dehors de l'hystérie, puisqu'elle ne se voit guère qu'en cas de fracture du frontal, ou de néoplasme de la base, quand elle n'est pas congénitale, et ne dépend pas d'altérations organiques de la région.

d. Gustation. — La perte des sensations gustatives, *agueustie*, hémi-latérale, *hémi-agueustie*, ou totale, qui n'est pas liée à une lésion de la langue, est aussi, presque toujours, d'origine hystérique.

Dans tous ces cas, les troubles des sensibilités spéciales peuvent s'accompagner ou non de perte de la sensibilité générale de la muqueuse des organes. Parfois, il existe une corrélation entre la disparition de l'une et l'autre sensibilité; mais il est également possible que la sensibilité gustative, par exemple, ait disparu, alors que la sensibilité à la douleur, dans la partie correspondante de la muqueuse, est conservée, et réciproquement.

Ainsi en est-il, en ce qui concerne la vue (amblyopie, avec ou sans anesthésie conjonctivo-cornéenne), l'audition (surdité, avec ou sans anesthésie du conduit auditif), et l'odorat (anosmie, avec ou sans anesthésie tactile de la pituitaire).

C. *Trophicité.* — Il paraît établi, du moins, d'après les re-

(1) Möbius. Weitere Bernerkungen über simulation bei Unfall-Nervenkrankheiten, *Munch. Med. Wochens.*, 29 sept. 1891, n° 29, p. 681.

(2) Dejerine. *Bull. de la Soc. de biol.*, 12 juillet 1890. — Dejerine et Tuilant. Sur l'existence d'un rétrécissement du champ visuel dans la syringomyélie, *Méd. moderne*, 28 août 1890.

(3) Charcot. Syringomyélie, type Morvan, leçon recueillie par M. P. Blocq, *Gaz. hebd.*, 11 avril 1891.

(4) Souques. *Étude des syndromes hystériques « simulateurs », etc.*, Th. de Paris, 1891, p. 205.

(1) Gellé. Clinique otologique, *Progrès méd.*, 19 sept. 1891, n° 38, p. 202.

cherches de MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau (1), que les paroxysmes hystériques (attaques) et leurs divers équivalents (sommeils, hypnose, délires, crises névralgiformes, méningitiformes, etc.), sinon l'hystérie elle-même, déterminent une variation constante dans la composition de l'urine. Cette variation mériterait, à cet égard, d'être considérée comme un stigmate des paroxysmes hystériques. Elle consiste en un abaissement du taux de l'urée, du résidu fixe, et en une inversion de la formule des phosphates, à savoir : que le rapport des phosphates terreux qui, chez l'hystérique *normal* (non en état de crise), de même que chez l'individu sain, est aux phosphates alcalins comme 1 est à 3, devient, pendant la durée du paroxysme, comme 1 est à 2 ou 1 est à 1.

IV

Étiologie. — La fréquence dans l'hystérie des stigmates, considérés *en général*, est difficile à établir. On peut dire toutefois qu'ils sont plus fréquents dans l'hystérie des *adultes* que dans celle des *enfants*, et que leur nombre et l'intensité de leurs diverses manifestations est en rapport avec le plus ou moins de gravité de la forme de la névrose.

Cependant, il est juste d'ajouter qu'ils font souvent défaut, et cela notamment dans des cas rebelles où l'hystérie ne se manifeste que par un seul syndrome, dans les hystéries dites *monosymptomatiques*.

Quant à la fréquence de quelques stigmates, *en particulier*, nous ne pouvons faire mieux que de relater les résultats des recherches des auteurs à ce sujet.

M. Berbez a recherché la présence de la diathèse de contracture sur 70 malades dont 43 femmes et 27 hommes. Il a trouvé 52 sujets contracturables dont 19 hommes et 33 femmes (2). M. le professeur Pitres (3) rapporte que, sur un total de 235 observations, Briquet a trouvé 4 cas d'anesthésie générale, 93 cas d'hémi-anesthésie et 138 cas d'anesthésie en îlots. Lui-même, sur 40 observations d'hystérie, a rencontré 2 cas (5 p. 100) où l'anesthésie faisait totalement défaut, 8 cas d'anesthésie générale (20 p. 100), 18 cas d'hémi-anesthésie (45 p. 100) et 10 cas d'anesthésie en îlots (25 p. 100). Il signale que, sur 142 cas d'hémi-anesthésie hystérique qu'il a rassemblés dans la littérature, il se trouve 107 exemples d'hémi-anesthésie gauche contre 35 d'hémi-anesthésie droite.

V

Diagnostic. — Un certain nombre de stigmates hystériques ne peuvent prêter à l'erreur, d'autres sont difficilement confondus, et, dans la description que nous en avons donnée, nous avons signalé, chemin faisant, leurs caractères différentiels.

Aussi, n'avons-nous réservé pour ce paragraphe que le diagnostic le plus difficile que l'on ait parfois à faire de l'un des stigmates les plus fréquents de l'hystérie : nous voulons parler de la différenciation de l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle hystérique de l'organique (par lésion du tiers postérieur du segment postérieur — carrefour sensitif — de la capsule interne). Dans l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle organique, de même que dans l'hystérique, on trouve, en effet, une anesthésie de la sensibilité générale totale, c'est-à-dire portant sur tous les modes de la sensibilité, avec intégrité des réflexes, et une anesthésie de la sensibilité spéciale (avec rétrécissement concentrique du champ visuel en ce qui concerne la vision).

Le mode de début peut, il est vrai, avoir lieu par un ictus apoplectique, en cas de lésion capsulaire ; mais nous savons que l'hystérie procède aussi par des attaques tout à fait semblables à de l'apoplexie (apoplexie hystérique de MM. Debove et Achard).

Si l'hémi-anesthésie capsulaire s'accompagne fréquemment d'hémi-chorée, d'hémi-athétose et d'hémi-tremblement, on n'ignore pas que des manifestations analogues se rencontrent plus d'une fois chez les hystériques.

On pourra, quoi qu'il en soit, établir le diagnostic sur les considérations suivantes dans le plus grand nombre des cas : fréquence de l'ictus apoplectique, à l'origine de l'hémi-anesthésie, moindre intensité de l'anesthésie portant rarement sur le sens musculaire, exagération des réflexes tendineux, concommitance d'accidents choréiques permanents, absence d'attaques convulsives, non-instabilité des manifestations, dans l'anesthésie *organique*.

Au contraire : rareté de l'ictus apoplectique et fréquence de l'attaque à l'origine de l'hémi-anesthésie, grande intensité de l'anesthésie avec perte absolue du sens musculaire, non-concomitance d'accidents choréiques, instabilité des manifestations, présence de zones spasmogènes, dans l'hémi-anesthésie hystérique.

Il importe de savoir qu'en certains cas, ces divers signes différentiels ou bien n'existent pas, ou bien ne sont pas suffisamment marqués, et qu'alors l'évolution seule permettra, à la longue, de juger la question; le diagnostic est alors impossible, extemporanément.

VI

Valeur séméiologique. — La présence des stigmates hystériques, tantôt met sur la voie d'un diagnostic, tantôt décide d'un diagnostic hésitant, tantôt, enfin, confirme un diagnostic déjà porté.

Lorsque les stigmates existent seuls, sans aucun paroxysme hystérique, ils suffisent à indiquer que le malade a été, est, ou peut devenir sujet à des paroxysmes hystériques.

Lorsqu'on les constate en même temps que d'autres troubles, il ne faut pas oublier que leur présence ne suffit pas, à elle seule, pour permettre d'affirmer la nature hystérique de tous les épisodes pathologiques susceptibles de survenir chez le sujet stigmatisé, pas plus, du reste, que leur absence n'est incompatible avec le diagnostic d'hystérie.

A cet égard, deux cas peuvent se présenter, selon que les troubles supposés sont propres à l'hystérie ou qu'ils peuvent appartenir à une autre affection, et sont par suite indéterminés; cette éventualité se produit dans les associations hystéro-organiques, par exemple. Le diagnostic, dans ces cas, sera établi en déterminant la valeur de divers arguments : aspect symptomatique, de l'évolution, de l'étiologie, tirés de l'étude de l'influence du traitement, des renseignements fournis par l'expérimentation chez les hypno-

(1) Gilles de la Tourette et Cathelineau. La nutrition dans l'hystérie, Paris 1890.

(2) P. Berbez. Sur la diathèse de contracture et, en particulier, sur la contracture produite chez les sujets hystériques (hommes et femmes) par l'application d'une ligature, *Progrès méd.*, 9 oct. 1886, n° 41, p. 835.

(3) Pitres. Loc. cit.

tiques (1), parmi lesquels les stigmates ne figurent qu'à leur rang, mais pour une part importante.

Leur constatation, enfin, dans des cas d'hystérie avérée, indiquera le plus souvent qu'il s'agit d'une forme grave de la névrose.

En raison de l'extension prise par l'hystérie, de la simulation des affections organiques dont elle est capable (2) et de son immixtion dans un grand nombre de maladies nerveuses, on peut presque dire qu'il est devenu nécessaire, en neuropathologie, de rechercher systématiquement les stigmates hystériques dans toute exploration clinique.

(1) Babinski. De la migraine ophthalmique hystérique. *Arch. de neurol.*, 1890, n° 60, p. 313.

(2) Souques. Loc. cit.

PÉRITONITE PURULENTE GÉNÉRALISÉE

PAR PERFORATION INTESTINALE ; LAPAROTOMIE, LAVAGE, GUÉRISON.

Par M. A. Routier, chirurgien des hôpitaux.

La péritonite purulente généralisée, suite de perforation intestinale, est, le plus souvent, considérée comme fatalement mortelle : un succès obtenu par le traitement chirurgical que nous osons aujourd'hui employer en pareil cas, est encore chose trop rare, ce me semble, pour ne pas mériter d'être publié, tant pour donner confiance aux médecins que pour indiquer aux chirurgiens la conduite tenue, afin qu'ils puissent s'en inspirer le cas échéant.

Le jeune garçon, âgé de quinze ans, que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, fut pris brusquement, en pleine santé, le 22 janvier 1890, de douleurs violentes dans le ventre et de vomissements.

Six jours après, il fut porté dans le service de M. le professeur Grancher où je fus appelé à le voir.

Son état était des plus alarmants : un facies péritonéal accentué, les narines pulvérulentes, la langue sèche et rouge sur ses bords, le ventre météorisé, la dyspnée intense, le pouls filiforme et incomptable, les vomissements incessants et fécaloïdes, une diarrhée profuse, fétide, composée de matières filantes, que le malade rendait inconsciemment, rien n'y manquait; on avait bien tous les signes d'une péritonite grave généralisée. Le ventre, très tendu et douloureux, était sonore partout, sauf dans la fosse iliaque droite, où la sensibilité était aussi plus exquise.

Ce garçon paraissait irrévocablement perdu.

J'hésitai un instant, n'osant me résoudre à une intervention, dans la crainte de le voir mourir sur la table d'opérations. Cependant, malgré le peu de chances que la chirurgie pouvait lui offrir, une opération me paraissait devoir être sa seule planche de salut, et je me décidai.

L'anesthésie fut facilement obtenue ; explorant alors l'abdomen plus à l'aise, il me sembla que tout le mal partait de la fosse iliaque droite, et je pensai à une appendicite suppurée, suivie de propagation à la grande séreuse.

Guidé par cette idée, je fis une large incision courbe dans cette fosse iliaque; il s'écoula un demi-litre environ de pus verdâtre et crémeux.

Je crus, d'abord, que tout se bornait là ; explorant alors avec soin la cavité avec le doigt, je déplaçai une anse intestinale; un écoulement de pus aussi abondant que le premier se produisit, et chaque fois que je relevais une anse quelconque, il revenait un flot de pus.

Voyant que la suppuration était généralisée à tout le péritoine, je fis une seconde incision, médiane cette fois, et sous-ombilicale. J'évacuai encore une énorme quantité de pus. Tout en surveillant avec anxiété l'état du pouls et de la respiration, je pratiquai un lavage du péritoine avec la solution naphtolée; mais j'avais usé déjà plus de cinq ou six litres de solution, et le liquide était toujours louche. Pendant tout le temps du lavage, avec ma main gauche presque tout entière enfoncée dans le ventre, j'agitais la masse des intestins pour tâcher de faire pénétrer la solution de naphtol dans tous les recoins de la séreuse.

L'eau sortait encore teintée, mais, vu l'état du malade, je crus devoir m'arrêter et ne pas refermer le ventre par des sutures, comme on a l'habitude de le faire.

Au contraire, je laissai les plaies ouvertes et plaçai une série de longues bandes de gaze iodoformée qui plongeaient profondément dans les masses intestinales, vers le diaphragme, vers les fosses iliaques, dans le petit bassin, et je quittai le malade, heureux d'avoir pu arriver au bout de mon opération sans accident.

Dès le lendemain, l'aspect était totalement changé ; les vomissements étaient arrêtés, le pouls était à 84 et la température à 37°4. Mais le pansement était souillé et traversé ; il fallut le renouveler jusqu'à trois fois par jour près de quinze jours durant (1).

Par la plaie iliaque, il sortait, outre le pus, du lait et du bouillon, preuve évidente d'une perforation dont nous n'avons pu déterminer le siège exact.

Tout n'alla cependant pas sans encombre; ce malheureux garçon eut une forte pneumonie et une parotidite suppurée à droite.

Malgré tout cela, nous arrivâmes à la guérison, et, le 30 mars 1890, deux mois jour pour jour après mon intervention, il était complètement guéri, les plaies étaient cicatrisées.

La péritonite était bien purulente et généralisée ; la perforation était évidente et cependant la laparotomie et le lavage ont permis d'obtenir un succès.

Je suis convaincu que je n'aurais pas eu cette guérison si j'avais, comme on le fait souvent, suturé les plaies, me contentant d'un simple drain : j'attribue à ce drainage multiplié, fait avec les lanières de gaze iodoformée, plongeant dans tous les sens, le succès que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui; et je recommande tout spécialement cette façon de procéder dans le traitement de la péritonite purulente.

Le bon état du malade, quinze mois après mon intervention, permet, je crois, d'éloigner l'idée de la tuberculose. Il a repris son état de charbonnier, porte des charges de 50 kilogrammes et ne souffre en rien du ventre.

(1) Je dois ici des remerciements à mon interne, M. Gauthier, qui, par son concours, m'a grandement aidé dans cette cure.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'action diurétique du calomel, par le docteur Bezon. — Le calomel a été employé depuis très longtemps dans le traitement des hydropisies.

La diurèse ne se montre pas immédiatement, mais d'habitude le deuxième jour après l'administration du calomel. Son maximum est généralement le quatrième jour, et sa marche paraît coïncider avec celle de l'élimination rénale, dont le maximum survient à peu près au même moment.

La quantité moyenne de la diurèse est de deux à trois litres, quoiqu'on puisse observer des chiffres bien supérieurs.

De toutes les théories qui cherchent à expliquer le mécanisme de la polyurie, la plus vraisemblable est celle qui fait jouer le principal rôle à l'excitation épithéliale du rein.

L'absorption de calomel est diversement interprétée par les auteurs : les uns veulent que ce sel se combine aux chlorures de l'économie pour former du sublimé ou un chlorure double de mercure et de sodium, qui eux-mêmes formeraient un composé albumino-mercuriel : les autres pensent qu'il circule dans le sang à l'état métallique très divisé. On retrouve le mercure du calomel dans tout l'organisme, mais de préférence dans le foie et le rein.

L'élimination du calomel, très rapide après une seule dose de mercure ingéré, est, au contraire, lente et continue quand le calomel a été administré pendant plusieurs jours consécutifs. Son maximum d'élimination est approximativement de 6 milligrammes dans les vingt-quatre heures, soit 4 milligrammes par les urines, 2 milligrammes par la salive et les fèces, il se produit généralement aux environs du quatrième jour du traitement.

Si le calomel est un médicament précieux dans le traitement des hydropisies cardiaques avec ascite, œdème, dyspnée, oligurie, etc., il donne aussi de bons résultats dans les cirrhoses hépatiques et dans les néphrites. Toutefois, il ne saurait réussir que dans les cas où la lésion cardiaque, hépatique ou rénale n'est pas trop avancée.

La dose qu'on emploie habituellement est celle de 40 à 60 centigrammes à prendre en trois paquets dans la journée. Cependant, on peut le prescrire avec succès à des doses beaucoup plus faibles.

La durée du traitement par le calomel ne doit pas excéder en général plus de quatre ou cinq jours, si on veut éviter la salivation et le catarrhe intestinal hydrargyriques. On reconnaîtra que l'emploi du calomel devient dangereux, à deux symptômes qui ont une certaine valeur : 1° l'apparition de l'albumine dans les urines ; 2° la diminution de la polyurie.

Si on ne surveille pas attentivement la fonction rénale, on s'exposera aux dangers de l'intoxication mercurielle, dont un des principaux accidents, l'infiltration calcaire du rein, paraît dû à la dissolution du carbonate de chaux des os dans l'acide lactique, produit en quantité anormale. (Thèse de Paris, 1891.)

Traitement des angines aiguës. — D'après J. Constantinescu, pour traiter avec succès les angines et les amygdalites aiguës, c'est au traitement antiseptique qu'il faut avoir recours. On fera donc le lavage de la bouche et de la gorge avec un liquide antiseptique, tel que l'acide borique ou l'acide salicylique.

M. Bouchard recommande le gargarisme suivant :

Borate de soude	6	grammes.
Teinture de benjoin.	18	—
Infusion de feuilles de roses. .	250	—

En tant que maladie infectieuse, l'angine devra être traitée par la méthode de l'antisepsie interne.

M. Bouchard prescrit le naphtol, M. Gouguenheim le salol qui, d'après lui, a une action très manifeste.

Traitement des symptômes généraux. — Le malade a-t-il beaucoup de fièvre, les antithermiques seront indiqués. Nous préférons le sulfate de quinine dont l'action, comme antiseptique intérieur, est évidente. Contre l'abattement et la prostration, l'alcool, l'éther, la caféine doivent être recommandés.

Contre les phénomènes nerveux, le chloral à la dose de 2 à 4 grammes. (Thèse de Paris, 1891.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux (1), par le docteur F. Pactet.

Conclusions. — Les tribunaux condamnent un certain nombre d'aliénés dont la maladie mentale n'a pas éveillé les soupçons des magistrats. — Dans tous les cas que nous avons observés, ces condamnations auraient pu être évitées si le prévenu, après son arrestation, avait été soumis à l'examen d'un médecin aliéniste. — Le médecin, préparé à ce rôle par l'étude des maladies mentales, est seul en possession des notions scientifiques qui permettent de reconnaître sûrement un aliéné.

Le prévenu, supposé ne pas jouir de l'intégrité de ses facultés mentales, devrait séjourner, pendant la durée de l'expertise médico-légale, dans un local particulier, tel que l'Infirmerie spéciale, et ne jamais franchir le seuil de la prison. — Une visite médicale quotidienne des prévenus envoyés au Dépôt, pratiquée par un aliéniste qui signalerait, à l'attention des juges, les individus lui paraissant nécessiter un examen plus sérieux au point de vue mental, permettrait d'épargner une condamnation à un grand nombre d'aliénés.

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, G. Steinheil.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 janvier. — Présidence de M. Regnauld.

RAPPORTS

De l'érythème noueux palustre. — M. CADET DE GASSICOURT lit, au nom de M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro), un travail sur ce sujet.

Au nombre des déterminations si variées que provoque le paludisme, il y a lieu d'ajouter l'érythème noueux.

Cet érythème noueux est, presque sans exception, précédé de l'apparition d'un ou de plusieurs accès de fièvre palustre, dont il suit de près l'évolution en s'atténuant ou en s'aggravant, d'après la marche du cycle thermométrique.

Cette efflorescence revêt, dans tous les cas, les caractères morphologiques de l'érythème noueux, survenu également dans le cours d'autres affections telles que le rhumatisme.

Cet érythème semble constituer l'apanage de l'enfance, car sur un total de 26 cas, les seuls jusqu'ici recueillis, on ne rencontre que des enfants de trois mois à onze ans, et c'est à peine si, une seule fois, l'érythème, quoique ayant débuté à l'âge de huit ans, s'était reproduit jusqu'à l'âge de dix-sept ans.

Dans tous les cas observés jusqu'ici, l'emploi de la quinine s'est montré d'une efficacité notoire en amenant la régression immédiate des accidents cutanés, et, à la suite, leur complète disparition.

Transparence des tumeurs solides. — M. CHAUVEL lit un rapport relatif à un travail de M. Poncet, de Lyon (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 571 et 1084).

Épidémie de typhus observée à l'île de Tudy. — M. OLLIVIER lit un rapport sur la communication de M. Thoinot sur ce sujet. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1084.)

DISCUSSION

Sur un cas de néphrite puerpérale infectieuse. — M. HERVIEUX, revenant sur la communication de M. Charpentier (V. *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 982), ne peut admettre sa conclusion, à savoir que, dans la néphrite qu'il a décrite, l'état puerpéral n'a joué qu'un rôle accessoire. M. Hervieux croit, au contraire, que la septicémie puerpérale a été, non seulement la cause première des accidents généraux, mais encore la cause réelle, efficiente de la néphrite terminale.

Le début seulement au huitième jour n'a pas l'importance que lui attribue M. Charpentier, car le début tardif n'est pas rare.

L'absence de toute lésion des organes génitaux offre, aux yeux de M. Charpentier, une grande importance ; M. Hervieux, sachant combien il suffit d'une petite érosion pour l'introduction du poison puerpéral, n'accorde aucune valeur à cet argument.

L'involution utérine, régulière jusqu'au huitième jour, n'a pas plus de valeur pour faire rejeter l'hypothèse d'une septicémie puerpérale.

On peut bien admettre que tout se passe régulièrement et dans l'ordre physiologique, tant qu'il n'y a pas contamination et que les accidents sont apparus presque aussitôt après la contamination.

La première manifestation ayant eu lieu le huitième jour, on pourrait se demander pourquoi la détermination locale définitive ne s'est produite qu'à une époque très éloignée. Par cela seul que

l'apparition des premiers symptômes a été tardive, les manifestations de la lésion locale peuvent se faire attendre.

Lorsque la maladie apparaît deux ou trois jours après l'accouchement, le principe infectieux qui a imprégné l'économie se trouvant en présence d'un certain nombre d'organes en état d'imminence morbide, on conçoit que les déterminations locales soient plus tardives et que le principe infectieux reste quelque temps inactif avant de se fixer.

M. Charpentier a appliqué à sa malade le traitement classique de la septicémie puerpérale ; il croyait donc à l'existence de cette septicémie. Il a d'ailleurs intitulé son observation : Néphrite puerpérale infectieuse.

Qu'elle soit plus ou moins d'origine puerpérale, l'infection est puerpérale, M. Charpentier l'avoue. C'est bien l'infection puerpérale qui, par son évolution progressive, a abouti à la néphrite.

M. CHARPENTIER ne conteste pas que la puerpéralité ait joué un rôle dans ce cas, mais il ne peut admettre, avec M. Hervieux, que la puerpéralité soit la cause unique, ou même la cause principale des accidents. Il n'a jamais trouvé aucune manifestation puerpérale proprement dite, et un traitement institué en vue d'une septicémie possible échoua complètement.

M. Charpentier connaît les manifestations tardives de la puerpéralité. Mais, parfois aussi, dans ces cas, on trouve une cause extérieure à la malade elle-même et à l'accouchement. Il cite, à ce propos, le cas de la femme d'un médecin qui était arrivée sans aucun accident puerpéral au dix-septième jour de son accouchement. Ce jour-là, son mari, qui venait d'ouvrir un phlegmon de la cuisse, la toucha et... l'infecta. Il persiste à croire que, dans son cas, la cause des accidents a été la rétention des produits toxiques de l'urine.

M. TARNIER considère, dans le cas de M. Charpentier, la néphrite et l'albuminurie comme étant de cause puerpérale. On voit des femmes, nouvellement accouchées, et n'offrant aucune lésion apparente, être prises brusquement de fièvre, avec ou sans frisson. Or, dans ces cas, si on pratique des injections intra-utérines, on voit très souvent tous les accidents disparaître après deux ou trois injections, quelquefois même après une seule — preuve qu'il y avait dans l'utérus quelque chose qu'on n'avait pas vu.

Dans d'autres circonstances moins favorables, la maladie continue en dépit des injections, en dépit même d'un curetage, et si les femmes succombent, on s'aperçoit, à l'autopsie, qu'il était resté, malgré tout, quelque petit débris du placenta ou des membranes dans l'intérieur de la cavité utérine.

Dans le cas de M. Charpentier, une femme, accouchée depuis huit jours, est prise de fièvre, de frissons, etc. Ces phénomènes persistent, et, au trente-quatrième jour, on constate de l'albuminurie. C'est là une infection putride qui s'est continuée, et l'on pourrait ainsi intituler cette observation : infection putride avec empoisonnement et albuminurie.

M. CHARPENTIER fait observer que, dans les cas auxquels fait allusion M. Tarnier, il y a toujours infection putride et l'on trouve toujours le corps du délit, soit à l'autopsie, soit qu'il ait été entraîné par les injections; mais, chez cette malade, il n'y avait rien. M. Tarnier dit que le curetage ne suffit pas toujours à amener à l'extérieur le corps étranger. Oui, si on se borne au curetage, mais si on le fait suivre d'un écouvillonnage avec un gros écouvillon et d'une injection, on peut voir le liquide, d'abord trouble, revenir clair et limpide, et il n'y a plus de débris ramenés par l'injection à partir de ce moment, et la malade guérit parce qu'on a tout enlevé.

M. TARNIER n'admet pas comme M. Charpentier que si le curetage, employé seul, est insuffisant à ramener tous les débris membraneux ou placentaires, il n'en est plus de même quand, au curetage, on joint un écouvillonnage soigneux. Il est convaincu qu'il n'en est rien et qu'on n'est jamais absolument sûr, même dans ces conditions, de n'avoir rien laissé dans quelque coin de l'utérus.

Dangers du chauffage des voitures par des briquettes de charbon de Paris. — **M. LABORDE** fait une communication sur ce sujet, en son nom et au nom de M. Gréhant. Il rappelle que M. Gautier a montré que les briquettes, en brûlant, produisent surtout de l'oxyde de carbone. Leur combustion est très lente et M. Gautier considère comme très dangereux, dans certains cas, et pour le moins très imprudent, de respirer même quinze ou vingt minutes, dans un espace clos tel que celui d'une voiture fermée, où se produit lentement, mais continuellement, un grand dégagement d'oxyde de carbone.

M. Gréhant vient d'ajouter à ces recherches déjà anciennes, et qui devraient suffire pour faire proscrire ce mode de chauffage des voitures, une démonstration expérimentale.

Il a fait respirer un chien dans un courant d'air chargé des produits de combustion d'une briquette : au bout de douze minutes, affaiblissement; après vingt minutes, agitation, convulsions; l'expérience est arrêtée. Or, on eut beaucoup de peine à ramener l'animal à l'état normal.

Le point le plus intéressant de cette expérience est le suivant :

Le sang du chien examiné avant l'expérience avait une capacité respiratoire de 27; après l'expérience, cette capacité était tombée à 10. C'est-à-dire que 17 parties d'oxygène avaient été remplacées par 17 parties d'oxyde de carbone.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 janvier 1892, ont été nommés membres du Conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique, à Paris :

MM. Félix Voisin, conseiller à la Cour de cassation; Horteloup, chirurgien des hôpitaux; Émile Ferry et Thomas, maires des IXe et Xe arrondissements; Pignon, administrateur des bureaux de bienfaisance et M. le docteur Dubrisay.

— Par décret, en date du 19 janvier 1892, M. Chateau, ancien pharmacien de deuxième classe de la marine, a été nommé pharmacien de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par arrêté ministériel, en date du 19 janvier 1892, des concours s'ouvriront : 1° devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Rennes; 2° devant la Faculté de médecine de Lille pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de médecine d'Amiens.

— Par arrêtés ministériels, en date du 20 janvier 1892, les chaires de physique appliquée aux sciences naturelles et de géologie du Muséum d'histoire naturelle sont déclarées vacantes.

— Par décision ministérielle, en date du 19 janvier 1892, M. le pharmacien major de première classe Janin a été désigné pour l'hôpital militaire de Versailles.

— M. le docteur Jolicœur (de Reims) et M. Laval, pharmacien à Carpentras, sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

— *Hôpitaux de Paris.* — MM. les élèves internes et externes actuellement en fonctions et ceux qui seront nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les hôpitaux et hospices pour l'année 1892. En conséquence, MM. les élèves devront se présenter au chef-lieu de l'Administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements.

Ces cartes seront délivrées : 1° à MM. les élèves internes de deuxième, troisième et quatrième année, le samedi 23 janvier, à une heure et demie, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3; à MM. les élèves internes de première année et à MM. les internes provisoires, le mercredi 27 janvier, à une heure et demie;

2° à MM. les élèves externes de troisième et de deuxième année

(première moitié de la liste), le jeudi 28 janvier, à dix heures et demie du matin; de deuxième année (deuxième moitié de la liste), le même jour à quatre heures; de première année (première moitié de la liste), le vendredi 29 janvier, à dix heures et demie du matin (deuxième moitié de la liste), le même jour, à trois heures.

— Le banquet offert à M. le docteur Poirier, à l'occasion de sa nomination de chevalier de la Légion d'honneur, aura lieu le mercredi 27 janvier, à sept heures et demie précises, au restaurant Lemardelay, 98, rue Richelieu. — La cotisation est fixée à 20 francs. Prière d'adresser, avant le 24 janvier, les adhésions à M. le docteur P. Thiéry, 6, rue de Seine.

— Le conseil général des Sociétés médicales d'arrondissements est constitué de la manière suivante, pour l'année 1892 : président, M. Chouppe; secrétaire général, M. Philbert; secrétaire adjoint, M. Cayla. — Membres honoraires, MM. Brouardel, Chevandier (de la Drôme), Cornil, David, Gibert, Goujon, Lannelongue, Th. Roussel et Thorel. — Membres titulaires : MM. Allard, Barbulée, Berthod, Bezançon, de Bosia, Celières, Chevallereau, Desnos, Destray, Genesteix, Lebouc, Le Coin, Michel, Naulin, Polaillon, Putel, Richer, Socquet, Tolédano, Tournay, Tripet, Vétault.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 11. — MARDI 26 JANVIER 1892. 65e ANNÉE. MARDI 26 JANVIER 1892. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 25 janvier 1892.

M. Lesage vient de faire à la Société médicale des hôpitaux (22 janvier) une importante communication qui jette un jour très net sur la production, le mode de propagation de certaines diarrhées infantiles, et aussi sur l'apparition des complications pulmonaires qui s'y surajoutent quelquefois.

L'agent pathogène cause de ces diarrhées serait le bacillus coli communis, ou, par abréviation, *colibacille*, dont il a été si souvent question depuis quelque temps. Il semble qu'il doive prendre dans la pathologie intestinale un rôle aussi important que le pneumocoque dans la pathologie des voies respiratoires et du poumon. Comme son nom l'indique, il existe à l'état normal dans le contenu du gros intestin. Survienne la diarrhée chez un enfant, sous l'influence de la chaleur, d'une alimentation de mauvaise nature, mal proportionnée au jeune âge du sujet, d'une purgation intempestive, et l'on voit le nombre de ces bacilles augmenter considérablement dans le liquide des selles. Elles finissent par n'être plus que des cultures pures d'un colibacille dont la virulence s'est beaucoup accrue. Il peut alors pénétrer dans les viscères, même pendant la vie, et donner lieu, ainsi que l'a vu M. Lesage dans 5 cas sur 22, à des lésions pulmonaires et même à une véritable broncho-pneumonie.

Ainsi se trouve justifiée et prend corps la théorie émise par M. Sevestre, lorsqu'il admettait que les matières intestinales, en voie de putréfaction, peuvent donner naissance à des produits infectieux ou toxiques, capables, en particulier, de provoquer l'éclosion d'une broncho-pneumonie. C'est ainsi du moins qu'il expliquait la survenue de broncho-pneumonies succédant à des accidents d'entérite chez les enfants. Au point de vue de la pathologie générale des infections à porte d'entrée intestinale, la communication de M. Lesage est donc d'un très grand intérêt.

Ce n'est pas tout. Dans les hôpitaux d'enfants, on se sert du lait stérilisé. La stérilisation est en effet parfaite dans les bouteilles non encore débouchées qui le renferment. Dès que ce lait est distribué dans les biberons et laissé au contact de l'air, il ne tarde pas à se charger de microbes et à devenir une véritable *culture pure* de colibacille. Ainsi se trouve prise sur le fait la contagion de la diarrhée infantile par voie atmosphérique.

La conclusion pratique, c'est qu'il faut veiller avec grand soin à la désinfection de tout ce qui vient des enfants contaminés, et qu'il serait bon même d'isoler les sujets diarrhéiques, au même titre que ceux qui sont atteints de fièvres éruptives par exemple, qu'il faut user largement à leur égard des moyens de désinfection que l'on peut appliquer aux matières fécales et aux linges souillés. Il serait bon aussi, comme le demande de nouveau M. Sevestre, de ne pas loger les enfants hospitalisés dans de grandes salles communes, mais dans de petites salles séparées, dont la désinfection serait beaucoup plus facile.

On sait combien différents dans leurs allures peuvent être les tremblements hystériques. On sait, depuis les travaux de M. Rendu, de M. Charcot, de M. Debove et de leurs élèves, qu'ils peuvent prendre l'aspect du tremblement de la sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, les allures desordonnées de la chorée de Sydenham, etc. C'est avec les tremblements que l'hystérie se montre bien la grande simulatrice. M. Raymond, à son tour, insiste sur ce fait que le tremblement hystérique est souvent complexe, ainsi on peut, chez le même malade, trouver à la fois des oscillations rythmiques de chorée hystérique et des gestes indisciplinés, arythmiques de chorée vulgaire. On peut, chez le même malade, à des périodes différentes de sa vie, voir le tremblement semblable au tremblement sénile succéder au tremblement intentionnel de la sclérose en plaques. Cette variabilité, cette complexité que M. Rendu a constatées de son côté, ont leur intérêt. La névrose protéiforme ne se fixe pas plus facilement sous le masque du tremblement que sous d'autres masques morbides.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. GOUGUENHEIM.

Des végétations adénoïdes.

(Leçon recueillie par M. MENDEL, interne du service.)

J'ai choisi pour sujet de notre leçon d'aujourd'hui les *végétations adénoïdes* qui, comme vous le savez, constituent une maladie très commune, indispensable à reconnaître et à traiter. Ce n'est pourtant que depuis une vingtaine

d'années que cet important côté de la pathologie spéciale est bien décrit. On peut se demander comment les végétations adénoïdes ont pu passer si longtemps inaperçues, puisque, pour les découvrir, il suffisait de pratiquer le toucher du rhino-pharynx, manœuvre qui, à la rigueur, aurait pu être tentée, puisque la symptomatologie de l'affection qui nous occupe, attribuée, il est vrai, à une autre maladie, était fort bien connue. On croyait seulement être en face de l'hypertrophie des amygdales, à laquelle tous les symptômes étaient rapportés.

En 1854, Chassaignac a fait dans cet hôpital des leçons cliniques sur l'affection dont nous parlons. Dans ces leçons très complètes, il passait en revue les symptômes d'obstruction respiratoire, les troubles auditifs et les signes généraux, et attribuait tout aux amygdales hypertrophiées. Cette erreur était d'autant plus étrange que Chassaignac pratiquait couramment le toucher de la région et qu'il avait même imaginé, pour faciliter cette manœuvre, un ouvre-bouche spécial. Il est vrai qu'il hésitait beaucoup à attribuer à l'amygdale hypertrophiée l'obstruction de la trompe d'Eustache, qui, comme vous le savez, en est assez éloignée. Dans les observations qu'il citait, Chassaignac semblait croire avoir guéri ses malades par l'amygdalotomie ; mais il faut dire que ces opérés n'étaient pas assez longtemps suivis. On peut dire seulement, à la décharge de ce chirurgien, qu'il exerçait dans un hôpital d'adultes et vous savez que les végétations adénoïdes s'observent bien plus fréquemment chez les enfants.

Avant Chassaignac, en 1843, Robert, chirurgien de Necker et ensuite de Beaujon, avait attiré l'attention sur ces mêmes faits en les attribuant à la même cause.

Je citerai aussi Dupuytren qui, déjà, en 1828, avait constaté que l'ablation des amygdales ne fait pas cesser les troubles respiratoires, résultat que Chassaignac n'avait pas signalé.

Les premiers rhinologistes passèrent à côté des végétations adénoïdes.

Czermak, en 1860, vit dans le pharynx nasal une tumeur en forme de crête de coq, mais il n'alla pas plus loin. De même, en 1865, Voltolini y constata des tumeurs en forme de stalactites ; il les cautérisait simplement, sans se rendre un compte exact de leur signification pathologique.

La même année, Lœwenberg observa quelques-uns de ces faits chez des sourds et rapprocha ces irrégularités du pharynx nasal des granulations pharyngées. Une idée analogue a été soutenue, depuis, par M. Chatellier, pour qui les végétations adénoïdes seraient la cause première des granulations du pharynx qui se développeraient aux dépens du même tissu.

La description complète des végétations adénoïdes ne date que de 1870 ; elle est due à un médecin danois, Wilhelm Meyer, qui donna à ces petites tumeurs le nom qu'elles portent encore. Il semble que ce nom ne soit pas parfaitement approprié et que le terme de tumeur eût pu paraître préférable. Meyer créa en même temps la thérapeutique, en conseillant et en pratiquant l'ablation.

Je ne crains pas de dire que c'est là une des plus grandes découvertes du siècle et que Meyer devrait être considéré comme un vrai bienfaiteur de l'humanité pour les services immenses qu'ont rendus sa description et sa thérapeutique. Plusieurs noms se rattachent encore à l'histoire des végétations adénoïdes, ceux de Guye (d'Amsterdam), Michel (de Cologne), Lange, Solis Cohen, Lœwenberg, Chatellier.

Cette question fut discutée au Congrès international de Londres, en 1881, et Woakes y présenta une étude sur les troubles causés par les végétations adénoïdes.

C'est chez les individus de dix à vingt ans que les végétations adénoïdes se présentent dans tout leur développement et donnent lieu aux symptômes les plus typiques. Regardez le malade que voici et que j'ai tenu à vous montrer, car son aspect est bien caractéristique. Il a vingt ans, voyez comme sa figure est allongée et comme sa face est étroite : le nez est effilé et les ailes en sont rapprochées ; il a la bouche constamment entr'ouverte, ses dents sont mal plantées et notamment ses incisives qui sont imbriquées ; enfin son maxillaire inférieur est très développé, si on le compare aux autres os de la face. Ces déformations sont bien établies chez ce malade, car c'est un adolescent ; chez l'enfant, elles n'ont pas eu le temps de s'affirmer autant.

La symptomatologie des végétations adénoïdes comporte plusieurs types :

Le *type ordinaire* et le plus facile à dépister, puisque c'est celui de l'obstruction nasale ;

Le *type auditif pur*, dans lequel les déformations sont bien moins accusées, et où la surdité constitue le signe prédominant ;

Le *type pharyngien*, dans lequel les symptômes principaux sont les maux de gorge, le râclement, l'expuition de matières souvent fétides, car elles peuvent rester plus ou moins longtemps confinées dans la cavité du rhino-pharynx. Ce type se rencontre souvent chez l'adulte, et un de mes anciens internes, M. le docteur Cuvillier, l'a décrit dans sa thèse inaugurale. Il a montré combien ces végétations peuvent se dissimuler et comment il faut savoir les découvrir.

Enfin le *type névralgique*, où les maux de tête, l'inaptitude au travail peuvent absolument dominer tous les autres signes, et produire quelquefois des accidents nerveux, causes fréquentes d'erreur de diagnostic.

Les végétations adénoïdes ont pour siège soit la voûte du pharynx, soit sa face postérieure ; on peut en voir aussi à la partie supérieure des choanes, à la fossette de Rosenmüller, et peut-être sur les trompes, mais ce dernier point est contesté.

Pour les reconnaître, on pratique la rhinoscopie postérieure, manœuvre possible chez l'adulte, mais tout à fait impraticable chez les 9/10 au moins des enfants. On voit par ce moyen le pharynx rempli par des tumeurs rougeâtres, irrégulières, cachant les choanes, tapissées elles-mêmes de muco-pus. D'autres fois, notamment chez l'adulte, les tumeurs sont plus espacées et alors elles sont plus dures ; ou bien elles forment simplement une nappe de tissu proéminent, cachant le quart supérieur des choanes.

Le signe le plus important est l'impression qu'elles donnent au toucher. Chez les enfants qui présentent le plus souvent la forme diffuse, on a une sensation de *vers de terre emmêlés* (Meyer) ou bien de tumeurs isolées, plus fermes, qu'on peut localiser assez exactement avant d'opérer. Le doigt, quand on le retire, est imprégné de sang ou de mucosités, ou même de fragments de tumeur.

Les troubles les plus frappants et les plus fréquents sont, comme je vous l'ai dit, ceux de la respiration, dus à l'obstruction nasale. Chez les jeunes sujets, ils sont très marqués, surtout pendant la nuit. Alors, les malades tiennent la bouche largement ouverte ; ils ronflent vigoureusement ; ils prennent, pour faciliter la respiration, les positions les

plus diverses ; enfin, quand ils se réveillent, et ils sont fréquemment réveillés en sursaut, ils sont couverts de sueurs profuses, et leur oreiller est couvert de mucosités descendues du rhino-pharynx. Quelquefois, les malades — surtout les jeunes enfants — sont pris de véritables accès de suffocation arrivant à produire le complexus de la laryngite stridulente. On a même dit que les enfants pouvaient mourir subitement d'un accès semblable. Je n'ai jamais observé un pareil dénouement.

Plus tard, à un âge plus avancé, les jeunes gens se plaignent d'essoufflement, de fatigue au moindre exercice, le sommeil est pénible et agité, et ces fatigues, jointes à leur aspect spécial, leur inculquent un air d'hébêtement particulier, surtout quand l'ouïe est intéressée.

Les troubles de la respiration influent grandement sur le développement de l'enfance. La poitrine est étroite, aplatie latéralement, quelquefois déformée ; le sternum peut proéminer ; enfin, pendant le sommeil, le creux épigastrique peut être rétracté et présente là un aspect de tirage incontestable.

Les petits malades ne se développent pas, ne grandissent pas ; chez les filles, les règles tardent à s'établir. L'estomac envahi par des mucosités réagit par des troubles dyspeptiques. Et tous ces signes, indices d'une grande détérioration de l'économie, disparaissent comme par enchantement dès que l'opération salutaire a été accomplie.

A côté de ces troubles importants, les végétations adénoïdes produisent encore des symptômes intéressants. Le pharynx altéré agit d'une façon réflexe sur le larynx pour produire des troubles vocaux qui peuvent aller jusqu'à l'aphonie. La voix est d'ordinaire faible, *morte* (Mayer), sans éclat. On voit quelquefois du spasme laryngé.

La pharynx buccal est altéré dans presque tous les cas. Les amygdales sont hypertrophiées le plus souvent : je dois vous dire, en passant, que l'ablation des végétations adénoïdes a souvent la plus heureuse influence sur cette hypertrophie. Enfin, on observe souvent en même temps des granulations pharyngées et de l'épaississement de la muqueuse pharyngienne, des mucosités s'écoulent continuellement de l'arrière-gorge.

Quant au squelette nasal, il supporte aussi les atteintes de cette obstruction. Les parois nasales ont une tendance à se rapprocher; les sinus maxillaires se rétrécissent. La cloison peut se dévier sous l'influence des efforts respiratoires. D'autres fois, elle s'abaisse et peut traverser la voûte palatine et produire une crête dans l'intérieur de la bouche. Les cornets sont plus ou moins tuméfiés, à cause de la congestion veineuse du rhino-pharynx.

L'*émission des sons* souffre aussi de tous ces troubles. Les voyelles ont un son nasal tout spécial. Certaines consonnes ne peuvent être prononcées, telles que les lettres *m* et *n*.

Je vous ai montré chez notre malade les troubles apportés dans l'arrangement des incisives supérieures qui chevauchent les unes sur les autres, à cause du défaut de développement en largeur du maxillaire supérieur. Je vous citerai à ce sujet les recherches du docteur David, dentiste à Paris.

Je vous ai dit déjà combien les *troubles de l'ouïe* peuvent dominer la scène; presque toujours, les enfants porteurs de végétations adénoïdes sont plus ou moins sourds. Ces tumeurs produisent-elles ce résultat en bouchant la trompe à la manière d'une soupape, ou bien la trompe porte-t-elle elle-même des végétations, ou bien encore cette maladie produit-elle une rhino-pharyngite chronique ? Les trois explications sont admissibles.

Quoi qu'il en soit, on constate l'enfoncement de la membrane tympanique, l'enfoncement de l'étrier consécutivement et, quelquefois, des otites moyennes, que peut guérir rapidement l'ablation des végétations.

Le *diagnostic* de cette affection est facile par la rhinoscopie postérieure et le toucher surtout. On devra examiner à ce point de vue les enfants porteurs de grosses amygdales ou de granulations pharyngées. On soupçonnera les végétations chez les adultes atteints de pharyngite rebelle. Enfin, les enfants hébétés, paresseux à l'école, devront être spécialement examinés au point de vue des végétations ; ainsi que les enfants nerveux atteints de ces maux de tête continuels décrits, il n'y a pas longtemps, dans une bonne leçon clinique de M. Jules Simon.

Les *causes* des végétations adénoïdes sont nombreuses : les climats chauds en fournissent presque autant que les climats froids.

Meyer nie l'influence de la scrofule sur leur production.

Les seules causes un peu sérieuses nous paraissent être l'hérédité, les refroidissements répétés.

Enfin, je vous ai dit que le jeune âge nous fournit le plus grand nombre de malades.

Quant aux adultes, une question se pose : leurs végétations datent-elles de l'enfance, ou peuvent-elles se produire plus tard ? Moldenhauer pense que les deux hypothèses sont possibles ; nous nous rattachons à cette opinion.

Je ne vous dirai qu'un mot de l'*anatomie pathologique* des végétations adénoïdes : elles sont constituées par du tissu adénoïde typique, qu'il suffit d'avoir vu une fois sous l'objectif du microscope pour ne jamais l'oublier.

Nous arrivons enfin à l'importante question du *traitement*. Il est fort simple, car il consiste dans l'ablation. On s'est demandé s'il valait mieux opérer en une séance ou en plusieurs. Il y a sur ce point d'assez grandes divergences ; je préfère opérer en une seule fois, car, dans le cas contraire, on serait aux prises avec des tissus déjà meurtris et les chances d'hémorrhagies en seraient augmentées d'autant.

L'*anesthésie* n'est pas indispensable chez les adultes. Pour opérer les enfants, on peut employer le chloroforme, mais cet agent nécessite la position horizontale, désavantageuse pour opérer dans le pharynx ; le bromure d'éthyle permet l'opération dans la position debout, et cet anesthésique est plus facile et plus rapide à donner que le chloroforme. Enfin, on peut se servir aussi de la cocaïne ; une solution de un dixième de substance est portée dans le rhino-pharynx soit par la bouche, soit par le nez, à l'aide de pinceaux assez longs.

Quant à l'opération, on l'a faite par les fosses nasales; c'est la pratique de Zaufal, de Meyer et de nombre de spécialistes allemands. A mon dernier voyage à Vienne, comme je faisais remarquer à Chiari que nous n'opérons point les végétations adénoïdes par les fosses nasales, parce que le passage nous paraissait trop étroit, il me répondit que les nez germains étaient peut-être plus favorables que les nez français.

Pour pratiquer par la bouche, il faut un abaisse-langue d'abord, puis, soit la *pince de Lœwenberg*, modifiée par Mathieu, instrument que je vous recommande, soit *différentes curettes*, celles de Gottstein ou de Moritz Schmidt.

Les curettes, dont la courbure est variable, sont d'une

application facile, mais la section des végétations est quelquefois infidèle avec elles et, de plus, les tumeurs sont le plus souvent avalées. Ce dernier point n'a pas d'importance dans une clinique hospitalière, mais, en ville, il faut convenir que c'est un détail désagréable. En somme, les curettes n'ont comme avantage que la rapidité. Quant à la pince, si son application dure un peu plus, puisqu'elle doit être répétée pour prendre les différents paquets de végétations, elle permet de voir ce que l'on extrait, et, de plus, elle peut être dirigée sur les points où le toucher a montré la présence des végétations adénoïdes.

La pince de Mathieu, que nous employons, opère transversalement : on pourrait se servir d'un autre instrument de ce genre à écartement antéro-postérieur; un instrument de ce genre est celui qu'emploie Delstanche (de Bruxelles) sous le nom d'adénotome. Enfin, pour pratiquer le curetage latéral, nous employons les petites curettes d'Hartmann.

L'opération terminée, il faut pratiquer une irrigation nasale avec de l'eau boriquée tiède pour chasser le sang du rhino-pharynx et nettoyer la région. Le malade sucera de la glace pour arrêter ou prévenir l'hémorrhagie, et, dans les quelques jours qui suivront l'opération, il pratiquera de nouveau plusieurs irrigations nasales par jour.

Les complications de l'opération sont assez rares : telle est l'hémorrhagie; je n'en ai vu que très rarement jusqu'à présent, après l'ablation des végétations, et encore était-ce plutôt chez l'adulte où ces tumeurs sont plus dures. Chez l'enfant, cet accident est peu à redouter dans l'immense majorité des cas. Mais il ne faut pas oublier qne M. Cartaz, dans un mémoire récent, en a cité des cas.

Un accident possible, consécutivement à l'opération, est l'otite moyenne suppurée, mais cette complication est facile à éviter par des soins antiseptiques; on aura soin surtout de recommander au malade de ne pas se refroidir.

Pour lutter contre l'enfoncement du tympan, quelques auteurs donnent au malade une douche de Politzer après l'opération. Je préfère attendre quelque temps pour ne pas risquer d'envoyer des matières septiques dans la trompe. D'ailleurs, l'équilibre atmosphérique se rétablit bien souvent de lui-même dans la caisse du tympan.

UN CAS DE PHLÉBITE GRIPPALE

Par M. le docteur Dauriac (de Bordeaux).

Pendant l'épidémie d'influenza que nous traversons, j'ai eu l'occasion d'observer une malade qui a présenté, dans le cours de son affection grippale, des accidents de phlébite. Ce fait, bien que déjà signalé par certains auteurs, est assez rare pour mériter d'être rapporté.

Observation. — Une femme de soixante-deux ans, bien portante, mais manifestement athéromateuse, sans traces de varices, est prise, le 28 novembre dans la soirée, de légers frissons, de fièvre, de céphalalgie.

Le lendemain matin, quand je vois la malade, elle se plaint d'un violent mal de tête, de douleurs lombaires, et d'une toux pénible, quinteuse, qui l'a tenue éveillée une partie de la nuit. Il existe en même temps un léger coryza. La température est à 38°2; le pouls à 120.

A la percussion du thorax, la sonorité est normale dans toute la poitrine; à l'auscultation, on trouve des râles sibilants de bronchite.

Le lendemain et les jours suivants, les symptômes s'amendent, la fièvre disparaît, la toux devient plus grasse et, le huitième jour, il ne persistait plus que cette anorexie et cette dépression des forces qui accompagnent toujours la grippe.

La malade se considérait comme à peu près guérie et commençait à se lever, lorsque le lendemain, c'est-à-dire le 7 décembre, elle se sent prise à la jambe droite de vives douleurs qui l'obligent à se recoucher.

En examinant la jambe, je constate une vive rougeur qui occupe les deux tiers supérieurs du membre et est surtout marquée à la région du mollet. Sur ce fond de coloration rougeâtre, les veines dilatées et flexueuses forment un lacis bleuâtre.

A la palpation, on sent la peau brûlante et une pression, même légère, réveille de vives douleurs. En même temps, la fièvre a reparu; la peau est chaude, le visage est injecté, le pouls est plein et accéléré. Température : 38 degrés. Le pouls est à 120. Je prescris l'immobilisation du membre, des frictions d'onguent napolitain belladoné et de larges cataplasmes sur la partie malade.

8 décembre. Le lendemain, l'inflammation encore très vive à la jambe a gagné, par propagation, la face interne de la cuisse jusqu'au niveau de sa partie moyenne.

9 décembre. Les douleurs ont un peu diminué, mais la rougeur et le gonflement persistent.

Enfin peu à peu tous ces phénomènes se dissipent graduellement. La fièvre disparaît, la douleur et le gonflement diminuent par degrés, de sorte que, le 19 décembre, la malade peut commencer à s'appuyer sur sa jambe.

La grippe étant une maladie microbienne, comme semblent le démontrer les recherches récentes de Pfeffer, Kitasato et Canon (de Berlin), la phlébite grippale rentre dans le cadre des phlébites infectieuses et peut être assimilée aux phlébites qui surviennent après la fièvre typhoïde, l'état puerpéral. Comme on a pu le voir par la lecture de notre observation, c'est au déclin de la grippe qu'est apparue la phlébite.

INHIBITION DU HOQUET

PAR UNE PRESSION SUR LE NERF PHRÉNIQUE

Par M. Leloir.

(Note présentée à l'Académie des sciences par M. Bouchard.)

Il y a cinq ans, je fus consulté pour une petite fille de douze ans, atteinte, depuis un an, de hoquet incoercible, se produisant toutes les demi-minutes, entravant le sommeil, la nutrition, et amenant le dépérissement de l'enfant. On avait prescrit en vain les antispasmodiques. L'idée me vint de comprimer fortement le nerf phrénique gauche, entre les deux attaches sterno-claviculaires du muscle sterno-cléido-mastoïdien. La compression digitale, assez douloureuse, dura trois minutes, au bout de ce temps, le hoquet avait complètement disparu, et je fus surpris de constater qu'il ne s'est plus reproduit depuis cette époque.

J'ai, depuis lors, appliqué un grand nombre de fois cette méthode pour faire disparaître des hoquets chroniques ou aigus, résistant à tout autre traitement. J'ai toujours réussi, en comprimant pendant quelques minutes, quelques secondes dans certains cas, le nerf phrénique au point indiqué.

Cette méthode me semble constituer une application intéressante des recherches de Vulpian, de M. Charcot et de M. Brown-Séquard sur l'action thérapeutique de l'excitation des nerfs périphériques.

MÉDECINE PRATIQUE

De la rétention du liquide des injections vaginales. — M. le docteur Ballenghien (de Roubaix) rapporte, dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, le cas suivant :

Une femme, sous l'influence d'un avortement ovulaire, présente une hémorrhagie inquiétante. Au toucher, le doigt après avoir franchi le sphincter de la vulve décrit un cône à large base sans rencontrer les parois du vagin. Celui-ci semble être de forme sphéroïdale. Après l'avoir débarrassé de nombreux caillots, vu l'odeur infecte qui s'exhale, je fais une injection à l'eau phéniquée au 100e avant le tamponnement que je juge nécessaire. Seize tampons de dimensions ordinaires sont aisément placés à l'aide du spéculum, et je suis frappé de voir la quantité du liquide d'injection qui s'échappe au moment de l'introduction de l'instrument.

Quatre heures après, j'enlève les tampons et je fais une nouvelle injection phéniquée au 100e. Toutefois, me défiant du vagin que je vous ai décrit, je commande, aussitôt après, à la malade de s'asseoir sur le bassin plat. Ce changement de position n'amène pas la sortie du reliquat de l'injection. Je déprime d'abord la fourchette avec l'index, puis jugeant cette manœuvre insuffisante, j'introduis, la femme étant toujours assise, le médius dans le vagin, et dans l'intervalle des deux doigts écartés, un fort jet de liquide jaillit, rappelant celui de la miction. J'ai pu apprécier alors qu'il était resté dans le vagin au moins un quart de litre.

Supposez qu'il se fût agi d'un accouchement suivi d'une injection de sublimé à 1/2000e (c'est ainsi qu'on les pratique encore dans bien des maternités) il est évident qu'en tenant compte des déchirures si fréquentes du col utérin, et sans les précautions précitées, on aurait à craindre des phénomènes d'intoxication.

La remarque de notre confrère est absolument exacte, il y a des femmes dont le constricteur de la vulve se contracte après une injection vaginale, de façon à fermer presque complètement l'orifice du vagin. Cette contraction réflexe s'observe surtout à la suite d'injections chaudes ou légèrement irritantes, mais elle peut s'observer à la suite de toutes les injections, chez certaines femmes. Aussi, n'est-il pas rare, en dehors des intoxications générales, d'observer, chez ces malades, un certain degré d'inflammation de la muqueuse vaginale et même des ulcérations douloureuses à la suite d'injections au sublimé.

Cette rétention anormale doit être connue du praticien. On y remédie en faisant déprimer le périnée, avec le doigt introduit dans le vagin.

Contagion de la fièvre typhoïde. — Dans un travail, publié dans la « Revue d'hygiène », M. G. Lemoine, médecin-major de deuxième classe, fait quelques réflexions qui doivent rester toujours présentes à l'esprit du praticien.

Nous savons, dit-il, que les selles déposées dans un vase ne sont guère dangereuses tant qu'elles sont fraîches. Mais on peut concevoir qu'il n'en sera pas de même, lorsque quelques parties de ces selles venant à se déposer sur un objet pourront se dessécher, se transformer en poussières, et souiller, d'une façon quelconque, un individu en contact avec cet objet.

Le voisinage d'un typhique n'est point dangereux par lui-même; mais les objets qui l'entourent, ses vêtements, sa literie, les vases destinés à recevoir ses déjections, forment autant d'intermédiaires suspects, et il serait souhaitable pour toutes ces raisons que le malade ait au moins sa place à part dans une salle de malades. En temps d'épidémie, ce sont des locaux spéciaux qui devraient être réservés à ces malades. Là est la plus sûre garantie contre la contagion, tant que nous n'aurons pas à notre disposition des moyens de désinfection sur lesquels nous puissions compter à coup sûr.

C'est là une règle générale qui, toutes les fois, cependant, qu'elle ne pourra être mise en pratique, devra avoir pour conséquence au moins l'isolement absolu et immédiat de tous les objets ayant pu être souillés par le typhique, et principalement l'affectation à cette catégorie de malades de vases spéciaux faciles à désinfecter et désinfectés chaque jour.

Remarques sur la décomposition des solutions d'iodoforme dans le collodion. — Plusieurs chimistes ont déjà signalé la décomposition, rapide dans l'obscurité, plus encore à la lumière solaire, de l'iodoforme en solution. Il est probable, en effet, selon l'opinion de quelques observateurs, que l'iodoforme approchant du terme de la saturation acquiert une instabilité assez grande, et une quantité notable d'iode est mise en liberté. Il est intéressant de doser cet iode mis en liberté, dans les solutions faites dans le collodion, et, en même temps, de rechercher les causes qui présidaient à leur décomposition plus ou moins rapide. M. Étiévant rend compte, dans le *Répertoire de pharmacie*, du résultat de ses expériences.

A la lumière, la décomposition est plus rapide que dans l'obscurité. De plus, la quantité d'iode dégagée croît avec le poids d'iodoforme en solution.

D'après ses remarques, fondées sur de nombreux dosages, M. Étiévant ajoute que les verres jaunes retardent la décomposition de l'iodoforme, mieux que les verres bleus; que la chaleur l'avance, tandis qu'une basse température la retarde.

Enfin, de nombreuses expériences sur des iodoformes obtenus par différents procédés, en solution dans l'huile d'amandes douces, le collodion, l'éther, l'alcool et le chloroforme, presque neutres, il résulte que cette décomposition tend même à être nulle.

Les solutions faites, au contraire, dans des véhicules impurs, à réaction acide, dans des huiles rances, sont décomposées d'autant plus rapidement que le degré d'acidité est plus grand.

En résumé, il importe, avant tout, que les solutions d'iodoforme soient faites dans des véhicules d'une pureté aussi irréprochable que possible, qu'elles soient enfermées dans des flacons jaunes, bien bouchés et placés dans des endroits frais. Employées de plus en plus en chirurgie, par leur altération et la mise en liberté d'iode caustique, loin d'être utiles pour le pansement des plaies, elles peuvent devenir nuisibles et entraver leur cicatrisation.

Prophylaxie de la tuberculose à l'hôpital. — M. Bard, médecin des hôpitaux de Lyon, nous fait connaître, dans la « Revue d'hygiène », deux mesures intéressantes qu'il a appliquées dans son service de Saint-Pothin.

Il désinfecte les crachoirs de ses tuberculeux au moyen de l'eau bouillante. Son appareil se compose de deux parties : un réservoir en tôle où s'opère la désinfection, et des paniers, d'ailleurs très légers, en fil de fer galvanisé, qui servent à recueillir les crachoirs aux lits des malades, à les apporter au réservoir, à les y plonger avec eux et à les en sortir sans avoir été déplacés. L'eau du réservoir est amenée à l'ébullition, en huit ou dix minutes, par une prise de vapeur largement ouverte. On modère ensuite l'arrivée de la vapeur de façon à maintenir l'ébullition pendant toute la durée nécessaire. Dix minutes suffiraient à la désinfection mais, dans la pratique, on peut les dépasser largement sans inconvénients puisque l'appareil n'a besoin d'aucune surveillance, et que l'infirmier chargé de ce service peut se livrer pendant ce temps à une autre besogne. Au sortir du réservoir, il suffit de rincer à l'eau froide les crachoirs désinfectés.

La suppression du balayage des planchers est une mesure prophylactique au moins aussi nécessaire que la désinfection des crachoirs. M. Bard, pour rendre imperméables les planchers de ses salles, emploie la paraffine, que l'on étend à froid après disso-

lution dans le pétrole. Le parquet présente alors une teinte brune un peu mate.

Il y a plus de deux ans que M. Bard a imperméabilisé ainsi une salle où se trouvent les tuberculeux, et, malgré l'usage ininterrompu de la salle avec toutes les causes de détérioration qu'il comporte, les lavages ont suffi à l'entretien du parquet sans nouvelle application de paraffine. Toutefois celle-ci deviendra bientôt utile car, si l'imperméabilisation paraît encore assurée sur la plus grande partie du parquet, il est manifeste que l'eau commence à mouiller sur quelques points plus exposés, tels que le voisinage de la porte d'entrée.

Chauffage des habitations. — M. Émile Trélat, après avoir étudié, dans la *Revue d'hygiène*, la théorie du chauffage des habitations, termine ce travail par une définition et un précepte.

La tenue de salubrité thermique d'un local habité dépend uniquement de l'entretien à une température convenable de surfaces murales et mobilières enveloppant l'habitant. C'est cet entretien qui constitue le chauffage des habitations.

Les appareils qui y pourvoiront doivent affecter aussi peu que possible la température de l'atmosphère intérieure pendant l'occupation des localités. Cette règle ne contredit en rien les satisfactions de confortable que les cheminées, avec leur foyer découvert, apportent dans les intérieurs.

Acide sulfureux et bactéries pathogènes. — L'action des vapeurs sulfureuses sur les virus est très diversement appréciée. A la suite des expériences qu'il a faites au laboratoire de M. le professeur Rietsch, à l'École de médecine de Marseille, M. le docteur Cassedebat déclare, dans la *Revue d'hygiène*, que :

« L'acide sulfureux, aux plus hautes doses qu'il soit possible d'atteindre dans la pratique, même en saturant l'air d'humidité, est un antiseptique trop inconstant pour le préconiser dans la désinfection des virus étudiés. »

Du traitement de l'entérite des jeunes enfants. — Le docteur Schtein considère, au point de vue du traitement et du pronostic, deux formes d'entérite : la forme primitive et la forme secondaire.

La forme secondaire est l'expression d'une débilité générale dans le cours d'une maladie infectieuse ou bien d'une diathèse (tuberculose, syphilis, impaludisme). On ne peut espérer la guérison que si la cause de la maladie infectieuse ou diathésique a disparu.

La forme primitive est le résultat d'un vice d'alimentation. Ce vice d'alimentation se rencontre surtout dans le cours de l'alimentation artificielle. Un nombre considérable de micro-organismes est apporté avec les aliments dans le tube gastro-intestinal et par sa présence produit des fermentations anormales et des substances toxiques.

Il n'y a pas de microbes spécifiques qui créent les troubles gastro-intestinaux, excepté peut-être dans le choléra infantile. Généralement l'entérite est sous la dépendance de microbes saprogènes. Ces microbes produisent des fermentations exagérées qui donnent naissance à quantité de toxines. Celles-ci, absorbées au niveau de la muqueuse intestinale, passent dans la circulation générale et empoisonnent l'organisme. A côté de cette intoxication produite dans toutes les entérites, quel que soit le microbe causal, il peut se produire, dans certains cas, une infection de tout l'organisme, les microbes pénétrant dans la circulation par les effractions de la muqueuse intestinale (tuberculose).

Il y a plusieurs complications de l'entérite : la plus grave est la broncho-pneumonie. L'organisme, affaibli sous l'influence de troubles d'alimentation et de nutrition, devient moins résistant, et les microbes qui se trouvent en permanence dans la bouche ou dans la partie supérieure des voies aériennes trouvent dans le poumon de l'enfant affaibli un excellent terrain pour se développer.

La tétanie, qui est aussi une des complications de l'entérite infantile, doit être rattachée à l'intoxication qui a son point de départ dans les fermentations intestinales.

Il y a lieu de prendre des mesures prophylactiques sérieuses pour s'opposer à l'éclosion de l'entérite, parce que l'entérite, grave par elle-même, affaiblit l'organisme et le rend apte à contracter différentes maladies infectieuses. Ces mesures doivent surtout viser l'alimentation : la mère, la nourrice dans l'alimentation naturelle, et les vaches dans l'alimentation artificielle doivent être examinées sérieusement pour voir si elles ne sont pas atteintes d'une maladie quelconque.

Les bases du traitement sont :

1° Surveiller l'alimentation. M. le docteur Schtein n'est pas partisan d'une diète sévère, il faut nourrir l'enfant, et la diète ne doit être appliquée que quand l'enfant manifeste une intolérance absolue pour le lait.

Le meilleur aliment, si l'enfant ne peut avoir une nourrice, est du lait d'ânesse ou du lait de vache bouilli et même stérilisé.

2° Lutter contre les troubles gastro-intestinaux. On y arrive par les deux moyens suivants : lavage de l'estomac et de l'intestin, d'une part, et les antiseptiques d'autre part.

Le lavage de l'estomac agit très bien sur l'organisme infantile : il permet l'élimination immédiate des matières toxiques et stimule les parois stomacales.

Comme antiseptiques les plus efficaces sont le calomel et le salol.

On donne le calomel à la dose de 5 à 10 centigrammes suivant l'âge de l'enfant.

Le salol a donné un grand nombre de guérisons. Il est presque toujours bien toléré par l'organisme. Mais il faut cependant être prudent dans son emploi : 5 à 20 centigrammes par jour sont suffisants pour les enfants; il n'est pas utile de recourir à des doses plus fortes.

Les opiacés sont moins efficaces et plus dangereux que les antiseptiques.

3° Relever l'état général. Il faut donner de l'alcool, faire des injections de caféine et exciter la peau par des bains chauds sinapisés ou non. Si l'enfant avait une fièvre très forte, on tirerait avantage de lui faire des lotions froides et même de lui donner un bain froid. (Thèse de Paris, 1891.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous devons adresser toutes nos félicitations au Conseil général des sociétés médicales des arrondissements de Paris et à leur président pour la ténacité et la vigueur avec laquelle ils poursuivent l'exercice illégal de la médecine à Paris. C'est grâce à leur intervention énergiquement persistante que le Parquet s'est décidé à poursuivre Mme X..., qui, sous le nom de docteur Verneuil, exerçait illégalement la médecine dans la banlieue de Paris. La 10e chambre correctionnelle vient de condamner, par défaut, Mme X... à *un an d'emprisonnement et à 500 francs d'amende.*

Si les tribunaux montraient toujours la même sévérité, et si les sociétés médicales faisaient toujours preuve de la même énergie et de la même persévérance, l'exercice illégal de la médecine serait près de disparaître, au moins dans ses formes les plus préjudiciables à notre profession et les plus dangereuses pour la sécurité publique.

— Le Sénat a repoussé le projet de loi relatif à la gratuité des études dans les Écoles de médecine militaire et navale.

— *Corps de santé de la marine.* — M. Piton, médecin de première classe, est nommé professeur de petite chirurgie à l'École de médecine navale de Brest.

M. Pfilh, médecin de première classe, est nommé médecin-major du « Marceau ».

M. Lafaye de Michaux, médecin de deuxième classe, est appelé à servir au Tonkin, en remplacement de M. Chauvreau.

M. Buisine, élève du service de santé, est nommé médecin auxiliaire de deuxième classe et affecté au port de Brest.

M. Darius, dit Sévère, médecin de deuxième classe, est autorisé à substituer à son nom celui de « Sévère » et à s'appeler, à l'avenir, Sévère (Stanislas-Albert).

— Le ministre de la Guerre vient de déléguer, près des sociétés de secours aux blessés, les médecins militaires dont les noms suivent, pour l'étude technique des questions relatives à l'organisation et au fonctionnement du service de ces sociétés en temps de guerre :

M. le médecin principal Lemardeley, pour la Société de secours aux blessés (Croix rouge) ; M. le médecin-major de première classe Benech, pour l'Association des Dames françaises ; M. le médecin-major de première classe Schneider, pour l'Union des Femmes de France.

— *Hôpitaux de Toulouse.* — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Pierre, Pech et Soulié.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Le conseil de la Faculté a autorisé, à l'unanimité, la permutation de M. le professeur A. Poncet, qui demandait à passer de la chaire de médecine opératoire à la chaire de clinique chirurgicale, devenue vacante par le décès de M. le professeur L. Tripier.

MM. les professeurs Arloing et Lépine sont délégués au conseil des Facultés.

— M. le docteur Charles Reboul (de Lyon) est nommé chevalier de Saint-Sylvestre.

— M. Foucart, étudiant en médecine, est nommé membre du comité de l'Association générale des étudiants, pour l'année 1892.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Brengues (de Marseille).

— Les amis et élèves de M. le docteur G. Richelot lui offriront un banquet le samedi 30 janvier, à l'occasion de sa nomination de chevalier de la Légion d'honneur.

Les personnes qui désirent y prendre part sont priées d'adresser leur adhésion avant le jeudi 28 janvier, à M. Morestin, interne à l'hôpital Tenon.

— Postes médicaux. — Haute-Marne : s'adresser au maire de Varennes-sur-Amance ; — Loire : s'adresser au maire de Violay.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Anatomie descriptive et dissection, contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et des tissus, avec des aperçus physiologiques et pathologiques et 1 276 figures intercalées dans le texte. Cinquième édition entièrement refondue, par le docteur J.-A. Fort, ancien professeur libre d'anatomie. — Prix : 30 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 12. — JEUDI 28 JANVIER 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 28 JANVIER 1892. — N° 12.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion qu'a soulevée le fait de néphrite infectieuse puerpérale, communiqué par M. Charpentier, se prolonge et tend même à s'élargir. M. Alphonse Guérin, à l'occasion du procès-verbal, a reproché à M. Hervieux d'avoir admis la possibilité de l'infection par la voie pulmonaire ou par la voie cutanée, dans la partie de son argumentation relative aux origines de la fièvre puerpérale. C'est sur ce terrain, la pathogénie de l'infection purulente et de l'infection puerpérale, que portera la suite de la discussion à laquelle doivent prendre part M. Guéniot et d'autres orateurs.

L'Académie a entendu diverses communications intéressantes ; M. Bérenger-Féraud, s'est livré à une enquête dans les services hospitaliers de la Marine, de la Guerre et de l'Assistance publique, sur les cas de tænias; il résulte de cette enquête que, depuis cinquante ans, les cas de tænias sont devenus de plus en plus fréquents et que le tænia inerme, provenant du bœuf, a presque complètement remplacé le tænia armé provenant du porc.

Si M. Bérenger-Féraud a su déterminer les causes de cet accroissement toujours progressif et de la substitution du tænia inerme au tænia armé, il a dû faire l'aveu qu'on n'avait pas encore trouvé un moyen prophylactique sûr, propre à combattre cet état de choses. De la petite discussion qui a suivi cette communication, il faut retenir ce fait, signalé par M. Laborde, que les sels de strontium détruisent les œufs de tænias chez le chien.

M. Colin (d'Alfort), retenu éloigné de l'Académie, a prié son collègue, M. Albert Robin, de lire, en son nom, un travail sur la calcification ganglionnaire, étrangère à la tuberculose, observée chez les grands ruminants. Ce travail vient confirmer les faits avancés par M. Albert Robin (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 49).

M. Javal, qui poursuit avec ardeur l'étude des causes de la myopie et les moyens de la prévenir, a vivement intéressé l'Académie par l'exposé de ses recherches sur le meilleur mode d'enseignement de l'écriture. Il a démontré qu'on arriverait à diminuer singulièrement le nombre des myopes en apprenant aux enfants à écrire droit au lieu d'écrire penché. Pour obtenir l'écriture penchée, il suffirait, à un moment donné, de leur faire changer la position du papier. Les vues exposées à ce sujet par M. Javal paraissent fort ingénieuses et d'une application très facile.

La séance, fort chargée, s'est terminée par deux lectures : l'une qui n'a pu être achevée, l'auteur, contre les règlements, y discutant une communication faite par un membre de l'Académie; l'autre de M. Prengrueber, sur les résultats immédiats d'une craniectomie, qu'il a pratiquée selon la méthode de M. Lannelongue, sur un enfant de neuf ans, atteint de microcéphalie avec arrêt de développement intellectuel. Les résultats immédiats, obtenus dans ce cas, sont assez encourageants.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DUPLAY.

Un cas d'hématocèle rétro-utérine.

Au n° 12 de la salle Gosselin, est une malade âgée de trente-huit ans, qui nous a offert un exemple très intéressant d'hématocèle rétro-utérine. Depuis de longues années, cette malade souffrait d'accidents divers du côté des organes génitaux : douleurs de ventre, dysménorrhée, métrorrhagies. Elle eut même, il y a deux ans, une endométrite assez intense pour nécessiter le curetage. Cette opération ne fut suivie que d'une amélioration momentanée. Un an après, elle revenait à la consultation de cet hôpital où l'on diagnostiquait, dit-elle, un début de salpingite. Elle s'était à peu près remise, continuait tout au moins son travail, quand, il y a six semaines, elle fut prise d'accidents brusques, aigus. Etant au moment de ses règles, elle passa une journée fatigante à travailler dans un lavoir, exposée au froid et à l'humidité. Le soir, elle fut prise de douleurs très vives dans le ventre, de frissons, de vomissements; sa figure était décomposée, elle eut même plusieurs syncopes. On dut, devant cet état alarmant, la transporter d'urgence à l'hôpital.

Le matin de l'entrée, ces accidents avaient perdu de leur acuité première. La température n'était que de 38 degrés. Elle tomba rapidement par le repos à la normale. Mais, si les accidents généraux avaient cessé d'être menaçants, nous nous sommes, depuis, trouvé en présence d'accidents locaux, dont le diagnostic est extrêmement important.

Voici tout d'abord les résultats du toucher vaginal : le

col de l'utérus est abaissé, repoussé en avant, placé contre et en arrière de la symphyse. Le doigt atteint de suite, dans le cul-de-sac postérieur du vagin, une tumeur du volume du poing, convexe, presque entièrement fixe, résistante et même fluctuante au centre. Sur un point, on sent nettement le choc en retour. Il n'y a nulle part de battements.

En combinant le toucher vaginal et le palper abdominal, on sent que l'utérus est indépendant de la tumeur, qui a gardé une certaine mobilité. A droite et à gauche du pubis, on trouve un empâtement résistant remontant à deux travers de doigt environ au-dessus de la symphise. La fluctuation se transmet de cet empâtement à la partie centrale de la tumeur située dans le cul-de-sac postérieur.

Au toucher rectal, on sent facilement la tuméfaction résistante du cul-de-sac postérieur. La fluctuation se transmet très nettement d'une main à l'autre quand on combine le toucher rectal et le toucher abdominal.

Il s'agit donc évidemment d'une tumeur liquide. La localisation dans le cul-de-sac postérieur entre l'utérus et le rectum n'est pas moins évidente. Mais quelle est la nature du liquide? S'agit-il de sérosité, de pus ou de sang?

Les kystes à contenu séreux, kystes de l'ovaire, de la trompe, ne sont pas aussi exactement limités au cul-de-sac postérieur. Leur marche est essentiellement chronique, sans début brusque. Un kyste hydatique pourrait avoir la même localisation dans le cul-de-sac postérieur, mais sa marche aurait été lente, insidieuse, sans ce début aigu.

Une pelvi-péritonite terminée par suppuration pourrait donner une collection fluctuante du cul-de-sac postérieur. Mais la suppuration aurait été bien rapide. En dehors de l'état puerpéral, ce n'est pas en quelques jours qu'apparaît une collection aussi volumineuse. Il y aurait, d'ailleurs, eu de la fièvre. Enfin, la fluctuation liquide serait moins nette, la tumeur liquide moins isolée. On sentirait, autour de l'empâtement de l'œdème, de l'induration.

Le contenu ne peut donc être ni de la sérosité, ni du pus. C'est, par conséquent, du sang. Certes, il eût été facile de porter d'emblée, en se fondant sur les notions classiques, ce diagnostic d'hématocèle. Mais j'ai tenu à procéder à cette analyse de tous les symptômes, à ce travail d'élimination successif. Il faut toujours éviter, en effet, les diagnostics trop rapides et non discutés.

D'où provenait le sang épanché ? La pathogénie de l'hématocèle a, vous le savez, donné lieu à de nombreuses discussions. Pour vous signaler d'abord les causes les plus rares, Richet a signalé divers cas d'hématocèles à la suite de rupture de varices des plexus veineux du ligament large. Mais l'épanchement est très abondant; souvent même la mort survient par hémorrhagie. L'épanchement est plutôt extra-péritonéal. Bœckel a rapporté quelques observations d'hématocèles par apoplexie ovarienne à la suite de dégénérescences diverses de l'ovaire. Bernutz a montré qu'à la suite des oblitérations soit congénitales, soit acquises du canal cervical, le sang des règles pouvait refluer à travers une trompe. Nous n'avons de raison d'admettre chez notre malade aucune de ces causes rares.

Les hématocèles volumineuses résultent ordinairement, ainsi que Gallard l'a bien montré, de la rupture précoce d'un kyste fœtal, d'une grossesse extra-utérine tubaire. Le volume de la collection est, chez notre malade, trop peu considérable pour qu'on puisse admettre cette origine.

Les hématocèles de volume moyen sont presque toujours produites soit par des hémorrhagies de la trompe, soit par des hémorrhagies au cours d'une pelvi-péritonite. La trompe peut être atteinte de rétrécissement, de dilatation, de kystes sanguins. Les fausses membranes de la pelvi-péritonite fournissent, elles aussi, facilement du sang. On a pu comparer les hémorrhagies survenant dans ces fausses membranes aux hémorrhagies qui surviennent dans la vaginale de l'homme enflammée. Si les froissements contribuent à faciliter la rupture des vaisseaux et à produire l'hématocèle du scrotum, la congestion menstruelle joue le rôle principal dans les hémorrhagies des pelvi-péritonites. J'ai tenu à vous signaler cette analogie pathologique. Ce n'est d'ailleurs pas le seul rapport qui existe entre les affections de la vaginale et celles du cul-de-sac péritonéal postérieur, du cul-de-sac de Douglas.

Chez notre malade, les antécédents de dysménorrhée, d'endométrite, le diagnostic de salpingite autrefois porté, rendent vraisemblable cette interprétation pathogénique.

Les altérations préalables du péritoine expliquent non seulement la production de l'hémorrhagie, mais elles expliquent aussi deux faits assez anormaux dans l'histoire clinique de l'hématocèle, la non-résorption et l'enkystement du sang épanché.

Le péritoine, vous le savez, résorbe d'une façon très rapide le sang non altéré qui peut s'y épancher. Cette faculté d'absorption est telle qu'on a pu l'utiliser comme moyen spécial de transfusion. Dans les laparotomies, vous savez enfin que, si la toilette du péritoine doit être très minutieuse pour les liquides kystiques, louches, purulents, elle peut être plus sommaire et plus hâtive si tout se réduit à un épanchement de sang pur. Il faut donc admettre ou que le sang qui s'épanche est préalablement altéré, ou que le péritoine, altéré lui-même, a perdu son pouvoir ordinaire de résorption.

Cette dernière hypothèse rend compte d'un autre fait, l'enkystement rapide de l'épanchement. Schrœder, en particulier, a pensé que l'hématocèle se produit dans une véritable cavité préformée, due à des adhérences de l'intestin avec les parois du cul-de-sac, qu'il y a cloisonnement préalable arrêtant l'épanchement. En dehors de cette condition, il lui paraît difficile de comprendre la limitation si exacte au cul-de-sac postérieur.

Quoi qu'il en soit de ces discussions pathogéniques, le traitement a, chez notre malade, confirmé le diagnostic d'hématocèle. Après avoir attendu longtemps la résorption, nous avons dû faire une ponction qui a donné issue à du sang noirâtre, poisseux, filant. Cette ponction a été suivie d'une large incision. Grâce aux précautions antiseptiques prises, cette intervention a été inoffensive et la guérison a eu lieu sans incident.

DE L'AUGMENTATION DE FRÉQUENCE DU TÆNIA EN FRANCE

DEPUIS UN DEMI-SIÈCLE

Par le docteur BÉRENGER-FÉRAUD,

Directeur du Service de santé de la Marine.

Lazare Rivière disait, au commencement de l'avant-dernier siècle, qu'un médecin a rarement l'occasion de voir dans sa vie plus de quatre individus atteints de tænia. Les temps sont singulièrement changés, car les médecins contemporains sont souvent appelés à observer le parasite. Depuis un demi-siècle surtout, il est devenu si fréquent dans certains endroits, qu'il a été nécessaire de s'en préoccuper.

En même temps qu'il est devenu plus fréquent, le tænia s'est

modifié dans sa forme zoologique. Au lieu du tænia armé qu'on voyait uniquement jadis, on ne voit plus que le tænia inerme. Quant au bothriocéphale, il a continué jusqu'ici à être d'une extrême rareté en France.

Pour se rendre compte de l'augmentation de fréquence du tænia en France depuis un demi-siècle, nous avons consulté les archives des hôpitaux de la Marine, de la Guerre, de l'Assistance publique à Paris et de plusieurs villes de divers départements.

Dans les hôpitaux de la Marine, l'augmentation a été considérable : en 1860, on en signalait à peine 3 cas, tandis qu'en 1890, on en a observé 407. En d'autres termes, le tænia constituait le 0,30 pour mille admissions en 1860 ; tandis qu'en 1890 il représentait le 14,50. Cette augmentation, hors de proportion avec celle qui est observée dans le restant du pays, tient à la provenance exotique du tænia observé dans les hôpitaux maritimes.

Dans les hôpitaux civils de Paris, le tænia a augmenté aussi de fréquence de 1860 à 1890. Au début, il représentait le 3 pour mille, tandis qu'il est monté jusqu'au 6,14.

Dans les départements, on voit le tænia être plus ou moins fréquent. Dans certaines villes, il est sensiblement plus fréquent que dans d'autres. Dans quelques localités il est encore d'une rareté extrême.

Dans les hôpitaux militaires, le tænia est infiniment plus fréquent aujourd'hui qu'au milieu du siècle. Boudin, dans la « Géographie médicale », disait que, de 1840 à 1848, sur un effectif de 250 000 hommes de troupes, on ne signala que 7 tænias. De 1850 à 1860, l'accroissement fut considérable. Depuis 1880, il est resté stationnaire et constitue aujourd'hui environ le 3 pour 1 000 dans le chiffre des hospitalisations.

Des divers documents qui ont servi de base à ce travail, on peut déduire les propositions suivantes :

1° Le tænia est plus fréquent aujourd'hui que dans la première moitié de ce siècle dans notre pays. Le fait est surabondamment démontré ;

2° Les hôpitaux de la marine le voient plus fréquemment que les hôpitaux civils et ceux de l'armée, parce qu'ils reçoivent surtout des hommes qui ont contracté le parasite dans les contrées exotiques, où il est plus fréquent qu'en France ;

3° En consultant les mouvements des malades dans les hôpitaux civils et militaires, on peut admettre que, dans la plus grande partie de notre territoire, une cinquantaine de départements environ, le chiffre des atteintes de tænia est de 2,40 environ pour 1 000 hospitalisations. Ce chiffre paraît représenter la moyenne afférente à la France ;

4° Tandis que, jusqu'en 1850, c'est le tænia armé, provenant du porc, qui était exclusivement observé, aujourd'hui c'est presque uniquement le tænia inerme, provenant du bœuf, qui se rencontre ;

5° Quand on consulte une carte de France, en tenant compte du chiffre du tænia dans les divers hôpitaux, on constate que le parasite constitue du 4 au 5 pour 1 000 hospitalisations dans les départements limitrophes de la Belgique, de la Suisse, et dans ceux qui bordent le littoral de la Méditerranée. Les départements limitrophes de l'Alsace-Lorraine, c'est-à-dire ceux dont les relations à travers la frontière sont minimes ; ceux qui avoisinent la Haute-Italie, c'est-à-dire ceux qui sont séparés de l'État voisin par des montagnes peu accessibles, présentent le chiffre minimum, tandis que leurs voisins sont beaucoup plus chargés ;

6° Quels sont les moyens à employer pour lutter contre l'augmentation de fréquence du tænia ? Jusqu'ici, on ne peut pas distinguer, pendant leur vie, les bœufs atteints du cysticerque celluleux comme on reconnaît les porcs ladres, de sorte que le règlement sanitaire, qui a fait si bien disparaître le tænia armé, n'est pas applicable contre le tænia inerme. Nous n'avons donc à notre disposition que des moyens indirects qui sont : d'une part, l'usage de la viande suffisamment cuite ; d'autre part, l'emploi des bœufs indigènes pour la consommation. Enfin, la protection de ces bœufs contre les germes du tænia, excrétés par l'homme et entraînés, soit dans l'herbe des pâturages, soit dans l'eau servant à la boisson.

Cette question de la protection des bœufs destinés à la boucherie contre les germes du tænia, est d'une grande importance ; elle nécessite des développements qui seront l'objet d'une communication ultérieure à l'Académie.

RÉSULTATS IMMÉDIATS D'UNE CRANIECTOMIE

Par M. Prengrueber, chirurgien des hôpitaux.

Il y a une année environ, M. Lannelongue faisait connaître à l'Académie une opération nouvelle, à laquelle il donnait le nom de craniectomie, et qui avait pour but de faciliter le développement intellectuel des enfants idiots et arriérés.

Le principe de cette opération est le suivant :

Dans bien des circonstances, la microcéphalie, qui se caractérise anatomiquement par l'arrêt de développement du crâne et du cerveau et physiologiquement par l'arrêt de développement des fonctions cérébrales, est due à une réunion prématurée des fontanelles.

La craniectomie a précisément pour but de rétablir artificiellement, dans une très large mesure tout au moins, les fontanelles qui ont été supprimées par un processus anormal de développement.

Cette opération consiste, comme on le sait, à trépaner le crâne des microcéphales et à créer une longue brèche, qui libère les os anormalement soudés l'un à l'autre.

Il est impossible de juger définitivement cette opération encore trop récente. Tout ce que l'on peut dire, c'est que, jusqu'à présent, le résultat que faisait prévoir la théorie semble s'être réalisé, c'est-à-dire que le développement intellectuel de la plupart des craniectomisés s'est fait dans de bien meilleures conditions que si les enfants avaient été abandonnés à eux-mêmes.

Ces résultats encourageants nous ont engagé, tout récemment, à pratiquer la craniectomie sur un enfant de neuf ans, atteint précisément de microcéphalie avec arrêt de développement intellectuel. Comme chez lui les résultats qui ont suivi immédiatement l'opération sont déjà fort curieux, nous avons pensé qu'il y avait intérêt à les faire connaître, nous réservant de publier ultérieurement les résultats définitifs que l'on ne pourra apprécier que beaucoup plus tard.

L'enfant, dont il s'agit, ne présente aucun antécédent héréditaire fâcheux. Élevé au sein, jusqu'à l'âge de dix-huit mois, il paraissait se développer normalement, mais, à partir de ce moment, on s'aperçut que son développement intellectuel était en retard par rapport au développement des enfants de son âge. Il n'a marché qu'à l'âge de trois ans, jamais on n'a pu le rendre propre, il n'a pu apprendre ni à parler, ni à lire, et son intelligence, son jugement, son adresse à manier les objets que l'on met entre ses mains sont, à neuf ans, ce qu'ils sont chez un enfant de trois à quatre ans.

Au moment où nous sommes appelé à l'examiner, son aspect général ne peut laisser aucun doute sur son état cérébral. Ses yeux sont hébétés, sa lèvre inférieure est renversée en dehors, et, presque constamment, sa langue est hors de sa bouche toujours ouverte, laissant écouler sa salive qu'il n'a l'instinct, n d'avaler, ni d'essuyer ; des mucosités nasales coulent de son nez sans qu'il ait jamais eu l'idée de les faire disparaître.

L'examen du crâne montre qu'il est allongé verticalement ; la suture fronto-pariétale — et nous appelons, tout particulièrement, l'attention sur ce détail — forme une saillie très marquée ; les fosses frontales et pariétales sont complètement effacées, alors qu'au contraire la protubérance occipitale forme une proéminence considérable. Le crâne est, en outre, asymétrique, le côté gauche étant notablement moins développé que le côté droit.

Notons, cependant, que, chez cet enfant, certaines facultés paraissent conservées : sa mémoire est relativement bonne, il est affectueux, il aime la musique.

Nous ne nous attarderons pas à décrire la craniectomie que nous avons faite.

Il nous suffira de dire que la brèche osseuse que nous avons pratiquée, courbe, à concavité inférieure, sensiblement parallèle à la suture sagittale et à 3 centimètres environ de celle-ci, avait 2 centimètres de large et 11 centimètres de longueur.

Nous noterons également — point fort important — que la paroi osseuse, d'une épaisseur peu au-dessus de la normale dans la plus grande partie de son étendue, avait, au contraire, une très grande épaisseur au niveau de la suture fronto-pariétale. A la saillie extérieure, constatée avant l'opération, correspondait une saillie intérieure, comprimant fortement à ce niveau la masse encéphalique; cette dernière, d'ailleurs, était également comprimée dans son ensemble, ainsi que le démontrait la saillie excessive de la dure-mère, entre les lèvres de la brèche que nous venions de faire.

Nous eûmes soin, avant de terminer l'opération, d'enlever cette saillie fronto-pariétale aussi complètement que possible.

Les suites opératoires furent des plus simples.

Mais, et c'est là ce qui nous a engagé à relater le fait, dès les premiers moments qui suivirent l'opération, on put constater que l'enfant en avait déjà bénéficié au point de vue de ses fonctions cérébrales.

Les améliorations constatées peuvent être classées en deux catégories, et si, pour l'une d'entre elles, le doute peut être permis, dans l'autre, ainsi qu'on le verra, ce doute n'est plus possible. Dans la première catégorie se placent les améliorations contestables parce qu'il s'agit d'une appréciation en plus ou en moins, ce sont les suivantes : l'aspect général du malade semble meilleur, son jugement paraît avoir progressé, son langage est plus compréhensible.

Mais à côté de ces constatations dont il est permis de contester l'exactitude, il est un certain nombre de faits matériels, positifs, que nous rangerons dans une seconde catégorie et qui nous semblent devoir forcer la conviction.

Lorsque nous vîmes le malade, pour la première fois, ses lèvres tombantes, avons-nous dit, laissaient écouler perpétuellement la salive que l'enfant n'avait ni l'instinct d'avaler au fur et à mesure de sa production, ni l'instinct d'essuyer. Or, le lendemain de l'opération la salive ne s'écoulait plus des lèvres, et si, de temps à autre, celles-ci étaient encore mouillées, de lui-même, sans y être invité, notre petit opéré s'essuyait.

Dans le même ordre d'idées, jamais le malade n'avait eu l'idée de se moucher pour se débarrasser des mucosités nasales qui s'écoulaient de ses fosses nasales. Dès le lendemain de l'opération il essuyait ces mucosités, il se mouchait.

Son adresse à se servir des objets qu'on lui présentait s'était sensiblement accrue. Avant l'opération, l'enfant laissait tomber les jouets mis entre ses mains; il ne savait se servir d'aucun d'entre eux, si simple qu'en fût le mécanisme. Après l'opération, il pouvait jouer d'une petite trompette et il manœuvrait convenablement un de ces petits canons à l'aide desquels les enfants lancent au loin de petits bouchons de liège.

Enfin — et ce symptôme dûment constaté, à plusieurs reprises, est certainement le plus important — lorsque l'enfant sentait le besoin d'uriner, il en avait conscience et prenait ou demandait un vase pour recueillir ses urines. Parfois encore, il pissait au lit, mais c'était là un accident tout à fait exceptionnel, alors qu'avant l'opération, il se produisait constamment. Depuis sa naissance, en effet, il urinait dans son lit s'il était couché; debout, il urinait dans ses vêtements, absolument comme l'enfant en bas âge, chez lequel les fonctions s'exécutent sous l'influence des sensations perçues et jamais sous l'influence du raisonnement.

Quant à la cause de cette amélioration immédiate, voici, suivant nous, comment on peut l'expliquer.

D'abord, ainsi que nous l'avons noté, la saillie que faisait le cerveau entouré de ses enveloppes entre les lèvres de la solution de continuité osseuse, nous montre que cet organe était comprimé dans son ensemble. Rien d'étonnant, par conséquent, à ce que la décompression immédiate de l'organe lui ait immédiatement permis un fonctionnement plus parfait.

Mais ce n'est pas tout : nous avons noté que la suture fronto-pariétale faisait une forte saillie extérieure à laquelle correspondait une saillie intérieure de même nature. En d'autres termes, le cerveau, au niveau de cette suture fronto-pariétale, était comprimé par une véritable tumeur osseuse, que l'opération fit disparaître. On peut admettre que la suppression de cette compression localisée, agissant dans le même sens que la décompression générale, a contribué, dans une certaine mesure, à l'amélioration constatée. On peut encore admettre que la brèche artificielle, permettant à la circulation cérébrale de se faire plus facilement et plus complètement, a facilité la mise en action d'éléments muets jusqu'alors.

CARACTÉRISTIQUE DIAGNOSTIQUE DE LA GRIPPE

Par M. le docteur X. Delmis.

A voir la rapidité d'allure avec laquelle la grippe a passé d'un pays dans un autre et étendu la sphère de son action, on serait porté à croire qu'elle a voulu justifier les anciennes appellations de « petite poste », de « petit courrier », « d'allure », qui lui furent données, croyons-nous, peu après celle d'influenza, et qui, à défaut de précision scientifique, ne laissent pas, tout au moins, d'être agréablement imagées.

Pour revenir sur le terrain de la clinique, et y rester, ce que l'on observe dans le plus grand nombre des cas de l'épidémie actuelle démontre à nouveau que, si la grippe peut être rangée dans le groupe des affections dites catarrhales, elle y occupe, en tout cas, une place bien spéciale, et ne saurait être confondue avec ces petites endémies catarrhales vulgaires que ramènent presque périodiquement les saisons froides ou humides. Si elle présente, en effet, dans certaines de ses manifestations, la phénoménalité commune aux phlegmasies superficielles des organes respiratoires, elle s'en différencie nettement par un ensemble d'éléments morbides beaucoup plus complexe, au premier rang desquels il faut placer l'atteinte profonde du système nerveux avec la prostration générale des forces qui en est la conséquence.

C'est dans cette atteinte du système nerveux cérébro-spinal que le diagnostic de grippe trouve sa meilleure base. Il va de soi que, suivant les épidémies, suivant les cas, suivant les prédispositions individuelles, suivant la constitution et l'état antérieur des sujets, les manifestations nerveuses varient d'intensité et de formes, mais s'il y a grippe, elles existent toujours à un degré quelconque.

On les observe déjà à la période prodromique, habituellement courte (vingt-quatre à quarante-huit heures) et qui peut même manquer absolument. A cette période des prodromes, les manifestations nerveuses sont, à peu de chose près, ce qu'elles sont dans la plupart des maladies aiguës : malaise général indéfinissable, désordres vagues, consistant principalement en une céphalalgie sus-orbitaire, quelques troubles des organes des sens, quelquefois même des douleurs le long de l'épine dorsale. Mais ce qui semble être le caractère propre de la grippe et ce qui la distingue à cet égard des autres maladies aiguës analogues, et, notamment, de la bronchite ordinaire, avec laquelle elle a, d'ailleurs, tant d'autres points communs, c'est une sensation de faiblesse profonde, une paresse et une gêne des mouvements, une sorte de prostration accompagnée d'inquiétude ou d'anxiété. A noter que tous ces phénomènes généraux sont en disproportion manifeste avec les résultats fournis par l'examen des organes, comme aussi avec le peu de gravité réelle de la maladie, tout au moins chez les sujets qui ne sont pas âgés et qui n'ont pas de tare organique. « J'ai eu bien souvent les bronches prises, — nous disait récemment à ce propos un de nos clients sujet à des bronchites à répétition, accompagnées fréquemment d'une poussée fébrile, — mais j'ai compris tout de suite, cette fois-ci, que ce

n'était plus ça. » Et, de fait, après des prodromes intenses, il n'eut même pas, du côté de ses bronches, les manifestations inflammatoires auxquelles on pouvait s'attendre et que je considérais même comme à peu près certaines. La grippe, dans ce cas, revêtit exclusivement, chose assez curieuse, la forme nerveuse et n'atteignit, d'une façon appréciable, aucune surface muqueuse.

Que si nous envisageons maintenant la période d'état de la maladie dans les cas types, nous retrouvons encore — même dans les formes dites catarrhale et gastro-intestinale — à côté de la laryngo-trachéo-bronchite ou des troubles digestifs, nous retrouvons, dis-je, cette même atteinte caractéristique du système nerveux. Elle est plus profonde qu'à la période précédente, ayant suivi, dans leur marche ascensionnelle, les autres manifestations de la maladie. C'est ainsi qu'il est assez ordinaire d'observer de l'anxiété précordiale, des tremblements musculaires, des soubresauts, des vertiges, des troubles de la vue et de l'ouïe (même en l'absence d'extension de la phlegmasie catarrhale à la conjonctive oculo-palpébrale et à la cavité tympanique par la trompe d'Eustache). Une véritable otalgie n'est pas rare, comme, du reste, un bon nombre d'autres névralgies dont souffrent souvent cruellement les malades, et dont la branche ophthalmique du trijumeau est volontiers le siège de prédilection. La sensibilité générale est, elle aussi, atteinte; enfin, le sommeil est troublé, agité, coupé de rêvasseries ou même de véritables cauchemars, d'où résulte pour les malades une nouvelle cause d'affaiblissement général.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que les dénominations de « forme encéphalique », de « forme nerveuse » ont été employées pour désigner les cas — très fréquents — dans lesquels les troubles nerveux, dont nous venons de parler, prédominent considérablement sur les autres phénomènes, au point de les masquer et de risquer d'égarer le diagnostic.

Ajoutons que, parfois, on a vu ces troubles nerveux si caractéristiques se continuer jusque dans la période de convalescence. De même, il n'est pas très exceptionnel de constater, sous leur influence, pendant cette période de la convalescence, une sorte de réveil de maladies nerveuses antérieures (hystérie, chorée de Sydenham, etc., etc.). On pourrait même dire que c'est surtout à ce réveil possible d'affections nerveuses éteintes ou à la permanence de névralgies rebelles apparues avec la grippe, que la forme dite encéphalique emprunte presque uniquement sa gravité réelle. En dehors, en effet, de ces accidents consécutifs, cette forme a une léthalité notablement inférieure à celle des autres formes, bien qu'elle imprime à la maladie une physionomie souvent alarmante. Il n'en est pas moins vrai, cependant, que les annales de l'épidémiologie grippale comptent un certain nombre de cas de mort par perturbation fonctionnelle du système nerveux poussée à l'extrême.

Il est bien évident, après ce que nous venons de rappeler et que tous les praticiens connaissent, que les accidents nerveux inséparables de la grippe appellent toute l'attention du médecin. A côté des moyens propres à diminuer la dépression nerveuse, il faut s'empresser de recourir à ceux qui réalisent cette double indication :

1° Calmer les phénomènes douloureux;

2° Procurer aux malades un sommeil tranquille et réparateur.

A ces deux titres, un médicament qui a conquis rapidement une grande et très légitime célébrité dans le monde entier, le Bromidia, rendra presque infailliblement les plus grands services. Les quatre substances qui entrent dans sa composition (chloral, bromure de potassium, jusquiame et chanvre indien) expliquent trop bien ces heureux résultats pour qu'il ne soit pas tout à fait inutile d'insister sur ce point. Contentons-nous de dire — ce que savent tous ceux qui y ont eu recours — que le Bromidia est parfaitement supporté et d'un dosage très facile.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 janvier. — Présidence de M. Regnauld.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE

M. A. GUÉRIN a été étonné d'entendre M. Hervieux admettre que l'infection purulente pourrait avoir pour porte d'entrée la voie pulmonaire et même la voie cutanée. S'il en était ainsi, il faudrait renoncer à l'antisepsie des voies génitales, qui deviendrait alors inutile.

Tout le monde sait, au contraire, que les malades qui n'ont aucune solution de continuité des téguments, peuvent vivre impunément dans des salles qui renferment de nombreux cas d'infection purulente ; par conséquent, on ne saurait admettre que le poison de l'infection purulente puisse envahir l'économie par le poumon.

M. HERVIEUX se défend d'avoir affirmé que, dans le cas de M. Charpentier, l'infection se soit faite par le poumon ou par la peau. Il a dit seulement qu'elle pouvait fort bien avoir eu lieu par cette voie et qu'on pourrait peut-être citer des faits conformes à cette théorie.

M. GUÉNIOT croit le fait possible, surtout lorsque le poumon est le siège de certaines altérations. Il s'agit, du reste, ici, non pas seulement de l'infection purulente, mais de l'infection puerpérale. Or, M. Guéniot a constaté que celle-ci était favorisée par la respiration d'un air impur et il se propose de citer des faits à l'appui de cette manière de voir.

M. A. GUÉRIN fait observer à M. Guéniot que, dans les faits dont il veut parler, il y a toujours une plaie utérine.

COMMUNICATIONS

De la calcification non tuberculeuse des ganglions lymphatiques. — **M. A. ROBIN** lit, au nom de M. Colin (d'Alfort), une note relative à la calcification des ganglions lymphatiques, en dehors de la tuberculose.

M. Colin a observé plusieurs fois des masses calcaires dans les ganglions des grands ruminants.

Les concrétions ganglionnaires des ruminants sont de deux espèces : les unes se lient manifestement à la tuberculose dont elles sont une terminaison fréquente, les autres, plus rares, n'ont aucune connexité avec la tuberculose; celles-ci sont souvent, sinon toujours, le résultat de l'apport direct de matières salines d'origine extérieure.

M. Colin admet donc que, sur les animaux comme sur l'homme, ces lésions doivent être attribuées à l'introduction dans les voies aériennes ou digestives de grandes quantités de produits carbonatés ou gypseux.

Sur la pente de l'écriture. — **M. JAVAL** rappelle que, parmi les causes de la fréquence de la myopie en Allemagne, il en est une qui joue un grand rôle : c'est l'usage, en Allemagne, d'une écriture très penchée. Cette cause, on est en passe de la faire disparaître de l'autre côté du Rhin, tandis qu'il n'a encore rien été fait en France, où elle a été signalée par deux commissions en 1881 et 1882, qui, toutes les deux, ont recommandé l'écriture droite.

La raison qu'on oppose en France à l'adoption de l'écriture droite est la plus grande lenteur d'exécution de cette écriture. Et cependant, dès 1881, M. Javal avait indiqué le moyen simple d'enseigner, en un instant, l'écriture penchée aux enfants habitués à écrire droit. Ce moyen est déduit de l'analyse des mouvements exécutés pour écrire lentement ou rapidement.

De cette analyse, il résulte qu'il existe deux sortes d'écriture : celle à main posée et celle à main levée ou expédiée. L'écriture à main posée s'exécute exclusivement au moyen des doigts, tandis que le poignet joue un rôle important dans l'écriture à main levée. La pente n'est utile que dans l'écriture expédiée ; or, il est déraisonnable d'enseigner à de jeunes enfants l'écriture expédiée, puisqu'il n'est pas possible de leur apprendre à écrire

du poignet et qu'ils doivent écrire exclusivement au moyen des doigts. Il faut leur enseigner d'abord une écriture à main posée et ne passer à l'expédiée qu'au moment où ils commencent à écrire sur du papier non réglé. A ce moment, on leur fera incliner le papier vers la gauche et la pente s'ensuivra nécessairement.

D'ailleurs, pour se convaincre de la tendance des enfants à écrire droit, il suffit de donner à de très jeunes enfants des modèles d'écriture à copier; si on les laisse faire, la plupart d'entre eux n'imiteront pas la pente du modèle et écriront droit.

M. Javal croit, dans ces conditions, que cette question de l'écriture droite mérite d'attirer l'attention, puisque son adoption peut être un moyen non coûteux de diminuer notablement le nombre des myopes. C'est là un fait qui vaut la peine d'être pris en considération, même au point de vue de la défense nationale.

M. GAUTIER tient à déclarer que, dans une école qu'il connaît particulièrement, on a essayé de mettre en pratique les préceptes que vient de développer M. Javal et l'on a adopté d'abord, comme système d'écriture, l'écriture française à main posée, dans laquelle les caractères se rapprochent de l'écriture droite, tandis que l'écriture anglaise, à main levée, « la cursive », qui est l'écriture usuelle, est sensiblement penchée.

Après quelques années d'expérience, on a dû revenir à l'écriture penchée, parce que celle-ci permet d'arriver à écrire beaucoup plus vite; or, comme il s'agit surtout de jeunes gens destinés au commerce, on tenait à les accoutumer à écrire vite.

M. JAVAL connaît l'expérience dont vient de parler M. Gautier et déclare qu'elle n'a aucune valeur démonstrative.

L'écriture française dont parle M. Gautier n'est pas l'écriture droite, mais bien une sorte d'écriture intermédiaire entre l'écriture droite et l'écriture penchée. Ce qu'il aurait fallu faire pour rendre l'expérience démonstrative, c'eût été d'aborder franchement la réforme, en adoptant l'écriture absolument droite. On a voulu prendre une demi-mesure et elle a échoué.

De l'augmentation de fréquence du tænia en France depuis un demi-siècle. — M. BÉRENGER-FÉRAUD fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 106.)

M. LABORDE fait remarquer que les sels de strontium détruisent les œufs de tænia chez le chien.

M. LÉON COLIN. Les cas nombreux de tænia, signalés par M. Bérenger-Féraud dans certaines garnisons frontières de Belgique, de Suisse, du littoral méditerranéen, n'ont peut-être pas la valeur statistique qu'il leur attribue. Il faudrait savoir ce qui se passe, au point de vue du tænia, dans ces mêmes régions, dans la population civile. Il peut, en effet, arriver que certains militaires aient contracté la maladie avant d'arriver dans ces garnisons.

M. BÉRENGER-FÉRAUD n'a tenu compte exclusivement que de la population militaire, parce qu'il n'avait de documents précis que sur elle.

Craniectomie. — M. PRENGRUEBER communique un cas de craniectomie qu'il a pratiquée chez un enfant de neuf ans atteint de microcéphalie et d'arrêt de développement des facultés intellectuelles. (Voir plus haut, p. 107.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours de l'internat en médecine et en chirurgie s'est terminé par la nomination de 59 internes titulaires et 66 internes provisoires. En voici la liste, par ordre de mérite :

Internes titulaires. — MM. : 1. Pauchet, Guépin, Banzet, Navarro, Houzé, Ripault, Touche, Marmasse, Dufour, Lantzenberg.

11. Chapt, Meslay, Meunier, Chrétien, Launay, Danseux, Jacquinet, Mirallié, Martin (Louis), Gallet-Duplessis.

21. Brunswick, Picou, Sourdille, Follet, Riche, Bois, Demantké, Dutournier, Marie (Auguste), Vatel.

31. Perregaux, Sergent, Schwaab, Kahn, Auvray, Savariaud, Brindeau, Thomas, Marie (René), Bodin.

41. Fiquet, Fournier, Mangin-Bocquet, Duvivier, Mignot, Saguet, Zuber, Lemariey, Frey, Thévenard.

51. Delanglade, Jorand, Landowski, Marion, Ferrier, Longuet, Flœrsheim, Raffray et Dauriac.

Internes provisoires. — MM. : 1. Wintrebert, Macé, Dujon, Hobbs, Collinet, Baudet, Petit, Martin (Albert), Diaz, Isidor.

11. Auclair, Arrizabalaga, Flandre, Levi (Charles), Collet, Jeannin, Lombard, Binot, Beaussenat, Josué.

21. Tariel, Ouvry, Lenormand, Apert, Gasne, Maupaté, Emerit, Prieur, Escat (Jean), Gellé.

31. Magdelaine, Meige, Bellot, Gesland, Noir, Fauchon-Villeplée, Codet, Lacour, Schweissguth, Baillet.

41. Benoit, Plicot, Batigne, Berthelin, Haury, Levet, Larsonneur, Paul-Boncour, Chéron, Coulon.

51. Papillon, Courtey, Vaudremer, Condamy, Montbouyran, Bouchacourt, Le Juge de Segrais, Luton, Mouchet, Sainton.

61. Chauvel, Ranglaret, Mesnil, Escat (Étienne), Chabry et Schmidt.

— En conséquence des promotions faites sur l'avis exprimé par le Comité consultatif de l'enseignement public (première section) dans ses séances des 22 et 24 décembre 1891, le cadre des professeurs des Facultés et des Écoles supérieures de pharmacie a été arrêté ainsi qu'il suit, au 1er janvier 1892 :

Première classe : MM. Feltz (de Nancy), Wannebroucq et Folet (de Lille), Hecht (de Nancy), Bondet, Monoyer, Lortet et Ollier (de Lyon), Azam et Bouchard (de Bordeaux), Poincarré (de Nancy).

Deuxième classe : MM. Beaunis (de Nancy), en congé; Gaulard (de Lille), Jaumes (de Montpellier), Gayet et Renaut (de Lyon), Charpentier (de Nancy), de Fleury (de Bordeaux), Dubrueil (de Montpellier), Gross (de Nancy), Perrens (de Bordeaux), Bertin (de Montpellier).

Troisième classe : MM. Engel (de Montpellier), en congé; Bernheim (de Nancy), Grasset et Grynfelt (de Montpellier), Chrétien (de Nancy), Lannegrace (de Montpellier), Heydenreich (de Nancy), Tédenat (de Montpellier), Weiss (de Nancy), Lotar, Lescœur et Arnould (de Lille), Hamelin (de Montpellier), Castiaux (de Lille), Spillmann (de Nancy), Moniez, Herrmann, Leloir et Dubar (de Lille), Crolas, Lépine, Arloing, Morat, Mayet, Pierret, Rollet et Gailleton (de Lyon), Paulet (de Montpellier), Testut, Raymond et Tripier (de Lyon), Imbert (de Montpellier), Lacassagne (de Lyon), Debierre (de Lille), Lanelongue, Dupuy, Masse, Coyne, Jolyet, Vergely, Picot, Morache, Guillaud, Layet et Pitres (de Bordeaux), Soulier (de Lyon), Malosse (d'Alger), Poncet (de Lyon), Figuier (de Bordeaux), Cazeneuve (de Lyon), Berne (de Lyon), en congé; Moussous et Demons (de Bordeaux), Teissier (de Lyon), Lambling (de Lille).

Quatrième classe (les professeurs sont classés par ordre d'ancienneté, conformément aux paragraphes 3 et 4 de l'article 3 du décret du 12 février 1881) : MM. Viault (de Bordeaux), Garnier (de Nancy), Badal (de Bordeaux), Hergott (de Nancy), Blarez (de Bordeaux), Carrieu (de Montpellier), Demange (de Nancy), Kiener et Mairet (de Montpellier), Leroy (de Lille), Fochier (de Lyon), Schmitt et Baraban (de Nancy), Bergonié (de Bordeaux), Macé (de Nancy), Planteau (d'Alger), Baudry et Wertheimer (de Lille), Hérail (d'Alger), Granel (de Montpellier), Hugounenq (de Lyon), Lemoine et de Lapersonne (de Lille), Forgue et Truc (de Montpellier), Florence (de Lyon).

— A la suite du concours pour les Asiles d'aliénés ont été déclarés admissibles :

MM. Toulouse, Vigouroux et Lwoff, pour Paris. — M. Anglade, pour Bordeaux. — MM. Charon et Chardon, pour Lille. — MM. Bonnet et Paret, pour Lyon. — MM. Campagne et Allaman, pour Montpellier.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Duclos est nommé pré-

parateur stagiaire des travaux pratiques d'histoire naturelle, en remplacement de M. Ratignié, décédé. — MM. Champon et Boeteau sont nommés aides du laboratoire de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Lefèvre, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Montpellier*. — M. Sarda, agrégé, est chargé d'un cours de pathologie interne. — M. le docteur Bosc est institué chef de clinique médicale, en remplacement de M. Ducamp, dont le temps d'exercice est expiré. — Un congé est accordé à M. Allard, aide de physique.

— M. Leray, pharmacien de première classe de la marine, est nommé professeur de physique et de pharmacie, à l'École annexe de médecine navale, à Rochefort.

— La conférence d'internat, dirigée par MM. Durante, Manson, E. Reymond et Tollemer, a lieu, le samedi à trois heures et quart, à l'amphithéâtre Cruveilhier.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera la prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 31 janvier 1892, au lycée Buffon, boulevard de Vaugirard, 131-155, à neuf heures et demie très précises du matin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 13. — SAMEDI 30 JANVIER 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 30 JANVIER 1892. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La luxation traumatique du genou en avant.

Par le docteur ADAM,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Nancy.

Sous le nom de luxation du genou en avant, on désigne le déplacement du tibia en avant de l'extrémité inférieure du fémur. Ayant eu l'occasion d'observer une de ces luxations compliquée de rupture des vaisseaux poplités, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'en présenter l'histoire, d'après l'analyse des faits connus et d'après nos propres recherches.

Nous rapporterons d'abord notre fait personnel avec assez de détails, puisqu'il est un exemple typique de cette lésion ; nous exposerons ensuite successivement le mécanisme, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement.

I

OBSERVATION PERSONNELLE. — Le 28 novembre 1890, on apportait à l'hôpital civil de Nancy, dans le service de notre maître M. le professeur Gross, le nommé M..., âgé de quarante-neuf ans, ouvrier dans une fabrique de sacs à toile. Cet homme était occupé à tirer une charrette de sacs vides, entassés les uns sur les autres, évalués à un poids considérable. La charrette était à deux roues à brancards reliés à leur extrémité par une barre de fer. M... s'était attelé entre les deux brancards, ayant contre l'abdomen la barre de fer et immédiatement derrière lui, à une distance d'un demi-mètre à peine, le devant de la charrette. L'espace rectangulaire dans lequel il était enfermé mesurait environ 70 centimètres de long (longueur des brancards), et 70 centimètres de large (longueur de la barre de fer), le tout élevé au-dessus du sol d'environ 80 centimètres; malheureusement il n'existait pas de barre d'arrêt et la charrette tout entière, basculant sur l'axe des deux roues, pouvait s'abaisser à volonté en avant et en arrière.

Au moment où M... fait un effort pour passer la charrette entre deux portes, il glisse; la jambe droite était en extension et la partie moyenne de la cuisse appuyée contre la barre de fer. Les sacs de toile tombent sur lui, le projettent violemment en avant; les brancards cassent, en même temps le bord antérieur et inférieur de la boîte de la charrette retombe sur la partie moyenne et postérieure du mollet droit. M... tombe et ne peut plus se relever. M. E. Parisot, appelé, constate une plaie dans le creux poplité, par laquelle s'écoule un peu de sang; il diagnostique une luxation du genou en avant; le malade est transporté à l'hôpital.

Le lendemain à la visite, nous trouvons un homme de constitution moyenne, n'ayant aucune tare héréditaire ou acquise, se plaignant de ne plus pouvoir mouvoir son membre inférieur droit, mais n'éprouvant aucune autre douleur violente.

A l'examen de ce membre, la région du genou apparaît considérablement déformée. A la partie antérieure au-dessus du genou, existe une dépression en coup de hache, semi-lunaire, à concavité inférieure dans laquelle on peut loger la main à plat.

La rotule est couchée à plat sur le plateau du tibia, de sorte que son bord supérieur est devenu postérieur et son bord inférieur antérieur; elle est immobile, le ligament rotulien est tendu en avant de la partie moyenne du bord antérieur du plateau du tibia. Ce dernier est tangible au-dessous de la peau des deux côtés de la rotule.

Le diamètre antéro-postérieur du genou a considérablement augmenté de volume; en outre, la jambe semble plus longue que normalement en avant, plus courte en arrière. L'inverse semble exister pour la cuisse. Le membre abdominal est raccourci d'environ 4 centimètres, la jambe est dans l'extension sur la cuisse, la pointe du pied n'a subi aucune rotation.

La flexion en avant peut se faire sans grande douleur, la flexion en arrière est impossible, il existe des mouvements de latéralité surtout en dedans.

Au niveau du creux poplité, on constate une déchirure transversale de la peau mesurant environ 10 centimètres. A travers cette déchirure, passe la partie postérieure des deux condyles fémoraux; le condyle externe est plus saillant que l'interne, on le voit presque tout entier; le paquet des vaisseaux logés, normalement, dans le creux poplité, est tendu et situé dans l'espace inter-condylien, *à ce niveau* on sent battre l'artère.

Le pied est pâle, insensible et froid; les battements de la tibiale postérieure n'existent plus.

L'état général est bon, le pouls un peu rapide quoique plein.

En présence de la saillie des condyles du fémur dans le creux poplité, de la déformation du genou, de la position de la rotule, du raccourcissement du membre et de l'absence de battements de la tibiale postérieure, M. Gross porta le diagnostic de luxation du genou en avant avec déchirure de la peau et arrêt de la circulation de la jambe, soit par compression, soit par déchirure de l'artère poplitée.

L'indication était de réduire la luxation :

Après anesthésie au chloroforme, la plaie est nettoyée avec soin et lavée à plusieurs reprises avec une solution de sublimé à 1 p. 1000. Pendant qu'un aide pratique des tractions sur la jambe en extension, et qu'un deuxième aide maintient le bassin, M. Gross tente la réduction en plaçant les pouces sur la crête

antérieure du plateau du tibia, et, avec les autres doigts, refoule les condyles du fémur en avant et en haut; les tractions dans l'extension complète ne réussissant pas, M. Gross fait fléchir légèrement la jambe sur la cuisse : aussitôt un bruit sec et caractéristique se fait entendre, les condyles du fémur sont rentrés dans leurs cavités naturelles, la luxation est réduite.

Malgré la palpation la plus minutieuse de la tibiale et de la pédieuse, aucun battement artériel n'est perçu, la jambe est froide et pâle.

Dans l'espoir qu'il n'y avait peut-être qu'une compression de l'artère et que la circulation se rétablirait, on pouvait attendre et essayer de conserver le membre.

Pansement de la plaie à la gaze iodoformée et au coton salicylé, le membre inférieur tout entier est entouré d'ouate, placé sur une attelle de Bœckel et immobilisé à l'aide de bandes de tarlatane, puis le malade est transporté dans son lit.

Le soir, le malade se trouve bien, n'a aucune douleur et aucun malaise, la température est de 37°8.

Le 30 novembre, la température du matin s'élève à 38°5, les orteils ont conservé un peu de chaleur et de sensibilité aux piqûres et au toucher, leur peau est plus blanche que celle de l'autre côté. L'appareil est laissé en place. Le soir, l'état général s'est maintenu bon, la température est de 38°5.

Le 1er décembre, les orteils sont bleuâtres, livides, immobiles. L'appareil est levé, on constate alors que la jambe est froide jusqu'au genou, il existe une teinte bronzée de la peau de la partie antérieure de la jambe, celle-ci est gonflée, insensible, un peu verdâtre, sur le côté externe ; le gonflement remonte jusqu'au pli inguinal et la teinte bronzée se propage, quoique en s'amoindrissant, jusqu'à ce niveau ; ce qui frappe surtout, c'est la teinte violacée qu'on aperçoit au niveau de la veine saphène interne et de ses collatérales dans son trajet sur la cuisse ; par ce fait cette dernière est marbrée. En soulevant la jambe, il s'échappe par la plaie du creux poplité des gaz d'une odeur de putréfaction cadavérique, sur la jambe et sur la cuisse on perçoit une crépitation analogue à celle de l'emphysème sous-cutané dû à une infiltration gazeuse dans ces parties.

Le diagnostic de gangrène de la jambe avec infiltration de gaz septiques vers la cuisse découlait de tous ces symptômes, l'amputation fut pratiquée immédiatement.

L'amputation porta sur le tiers inférieur de la cuisse.

Après un lavage minutieux de la plaie opératoire, à l'aide de plusieurs litres d'une solution de sublimé à 1 p. 1000, on en pratiqua la réunion par des points de sutures au crin de Florence, à l'exception de ses angles externe et interne, où on laissa persister un orifice pour un drainage au catgut allant d'un côté à l'autre de la plaie, et destiné à l'écoulement des liquides et des gaz septiques.

Un pansement antiseptique et légèrement compressif à la gaze iodoformée et au coton salicylé est appliqué sur le moignon. Le malade est transporté dans son lit. Le soir même de l'amputation, le malade souffrait peu, son état général était resté bon, le pansement était traversé par un suintement sanguinolent, la température s'était abaissée à 38 degrés. Mais la nuit fut agitée, le pouls devint plus rapide et le thermomètre indiqua, le lendemain 2 décembre, une température de 38°6, le soir la température se maintint à 38°4. Le malade avait de petits frissons.

3 décembre. Le thermomètre marque 38°4, le malade souffre de son moignon, il se sent faible, le soir la température s'élève à 39 degrés.

4 décembre. Le malade n'a pas dormi de la nuit, sa température matutinale est de 38°8. Le pansement est ouvert. La cuisse est gonflée, la peau œdématiée, mais la teinte bronzée, notée au moment de l'amputation, surtout le long du trajet de la veine saphène et de l'aine, est moins prononcée.

Le liquide qui s'écoule de la plaie rappelle l'odeur de la gangrène, il est purulent, noirâtre ; la partie inférieure du moignon présente encore de la crépitation, les points de suture extrêmes sont enlevés.

Un nouveau pansement à l'aide de compresses au sublimé à 1 p. 1000 est appliqué sur le moignon. La température du soir s'élève à 39 degrés. L'état général est bon à part la faiblesse dont se plaint le malade.

5 décembre. Le moignon est soumis à l'action des pulvérisations phéniquées prolongées ; le pansement au sublimé est renouvelé, la température s'est abaissée à 38 degrés le matin, à 37°6 le soir. Le malade ne souffre plus.

A partir de ce jour, jusqu'au 10 décembre, chaque matin, après les pulvérisations à l'acide phénique, le moignon est enveloppé à l'aide du pansement humide au sublimé, la température pendant toute cette période oscille entre 37 et 38 degrés, mais la crépitation disparaît dès le 5 décembre, le gonflement dès le 7, et peu à peu la teinte bronzée de l'aine et du trajet de la saphène s'amoindrit et disparaît à son tour ; le pus, de noirâtre et fétide, devient plus lié et plus crémeux, il devient du pus louable à partir du 9 décembre.

Les forces du malade reviennent progressivement, son appétit devient excellent. Le bourgeonnement de la plaie se fait alors régulièrement, malgré une petite portion de la partie interne du lambeau qui se sphacèle et tombe.

La cicatrisation se fait lentement, elle est terminée le 12 mars et le malade peut sortir guéri marchant avec des crosses.

Examen du membre amputé. — Étant donné qu'il existait une plaie au niveau du creux poplité, c'est de ce côté que nos investigations ont porté tout d'abord. Cette plaie était transversale, d'environ 8 centimètres de long, occupant la partie moyenne du creux poplité, ses bords déchiquetés et contus s'étaient adossés l'un à l'autre après la réduction ; par l'écartement des deux lèvres de la déchirure, nous avons pu voir le tissu cellulo-adipeux du creux ecchymotique, infiltré de gaz et de sérosité sanguinolente. On voyait aussi les deux divisions du nerf sciatique sans déchirure et sans contusion.

Une incision verticale partant de la partie moyenne de la lèvre supérieure, une autre de la partie moyenne de la lèvre inférieure de la plaie ouvrirent complètement le creux poplité. Le tissu cellulaire et le nerf une fois écartés, nous avons pu disséquer la veine depuis l'anneau des adducteurs jusqu'à l'anneau du soléaire, elle présentait une déchirure siégeant à environ 4 centimètres au-dessous de l'interligne articulaire, mais ne comprenant que le tiers du diamètre de la veine ; il s'était produit ainsi un orifice ovalaire latéral, laissant écouler un sang spumeux, grâce à l'infiltration gazeuse. Nous détachons la veine après l'avoir liée à l'anneau des adducteurs et à celui du soléaire, et nous pouvons après son ouverture constater qu'elle contient un caillot noirâtre et mou, remontant jusqu'à la première collatérale et descendant même au delà de sa bifurcation inférieure.

L'artère poplitée, située immédiatement en avant de la veine, présente la forme d'un sablier et n'a pas plus de 3 millimètres de diamètre à sa portion la plus étroite, cette partie rétrécie est située à 3 *centimètres au-dessous de l'interligne articulaire.* Elle est enlevée sur une longueur de 15 centimètres, à partir de sa sortie de l'anneau des adducteurs, jusqu'à l'endroit où elle se bifurque pour donner naissance aux deux tibiales.

Étalée et ouverte, elle présente, à son intérieur, un coagulum sanguin, mou, noirâtre, non organisé, partant de la dernière collatérale supérieure et allant jusqu'à la bifurcation inférieure.

Les tuniques interne et moyenne sont rompues, la tunique externe est restée intacte mais étirée ; cet étirement nous explique la forme en sablier, notée plus haut. Les tuniques interne et moyenne se sont nettement déchirées transversalement et se sont rétractées, l'interne davantage que la moyenne d'un demi-centimètre environ.

L'articulation, une fois mise à nu par sa partie postérieure, nous laisse voir une déchirure allant du ligament latéral interne intact au ligament latéral externe, ce dernier s'est arraché du fémur à son point d'insertion. Les ligaments croisés sont rompus à un demi-centimètre de leur insertion fémorale. La capsule et la synoviale sont intactes à leur partie antérieure.

Les muscles antérieurs et latéraux internes de la cuisse n'ont éprouvé aucun dommage, mais le muscle poplité est rompu dans son milieu et les deux chefs du jumeau sont détachés de leur insertion tendineuse, les lésions se présentent comme si l'on avait cherché à séparer la portion tendineuse de la portion charnue de ces muscles.

II

HISTORIQUE. — Les luxations traumatiques du genou sont fort rares et, de toutes les variétés, la luxation en avant est la plus fréquente.

Les auteurs du siècle dernier et du commencement de ce siècle, tels que Boyer, niaient la possibilité d'une pareille disjonction : c'est aux travaux de Velpeau que nous devons la première notion scientifique sur ce sujet ; lui, le premier, réunit les observations éparses publiées jusqu'à son époque et en fit une étude approfondie dans son article GENOU du *Dictionnaire* en trente volumes, mais pour lui, les luxations incomplètes du genou en avant étaient impossibles.

Malgaigne, dans une lettre adressée à Velpeau, discuta certains points de son étude, démontra l'existence des luxations incomplètes et par les observations et par l'expérimentation, il réunit vingt-six observations de luxations du genou en avant.

Deguise, dans un mémoire à la Société de chirurgie, confirma, par une observation et des expériences cadavériques, le mécanisme, les signes diagnostiques et l'anatomie pathologique de la luxation en avant, exposés par Malgaigne.

Desormeaux apporta à la Société de chirurgie une observation de luxation incomplète et les résultats d'expérimentations cadavériques ; son travail fut l'objet d'un rapport de Richet qui, lui aussi, étudia le mécanisme par des expériences d'amphithéâtre.

Les thèses de MM. Thomassin, Verollot, Lamblin, Triaud, l'article de Spillmann, les travaux de Hamilton, Unruh, Stimson contribuèrent encore à apporter quelque lumière sur ce point de pathologie.

Grâce à ces travaux et en recherchant les observations isolées, nous avons pu compter 60 observations de luxation en avant, soit complètes, soit incomplètes (1).

III

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME. — Pour se produire, cette luxation a besoin d'un traumatisme violent : chute d'une hauteur de 5 mètres (Unruh), colonne de fer tombant sur la partie antérieure du fémur (Volkmann), choc d'un wagon en marche sur la plante des pieds, le corps restant fixe (Hamilton), homme emporté par un volant de machine (Lamblin), tels sont les accidents après lesquels on constate, le plus souvent, la variété de luxation qui nous occupe ; aussi, grâce à violence du traumatisme, la lésion ne se limite pas toujours au genou et on observera parfois soit une luxation iliaque concomitante (Smith), soit le broiement de l'autre membre (Volkmann), soit même des luxations multiples, comme nous les montre Schuller.

Il n'est donc pas étonnant que l'adulte surtout en soit atteint, grâce aux travaux auxquels il se livre, et si nous ne trouvons qu'un cas depuis un an jusqu'à l'âge de vingt ans (Hamilton), de vingt à cinquante il en existe 18, sur 30 cas pour lesquels l'âge est indiqué.

Huguier et Deguise ont bien fait comprendre l'immunité de l'enfance à l'égard de cette lésion. Tous deux, dans leurs expériences sur des cadavres d'enfants de douze à seize ans, ne parvenaient qu'à un décollement épiphysaire, en employant le mécanisme de la luxation en avant.

Les deux observations suivantes sont une preuve clinique de la difficulté de la luxation du genou en avant chez l'enfant. Conral raconte l'histoire d'un enfant qui mit, en courant, la jambe dans un trou jusqu'au niveau du genou, le corps fut entraîné par la force acquise et le fémur se rompit au niveau de son épiphyse inférieure. D'autre part, Malgaigne rapporte l'observation d'un soldat courant sur une pente un peu rapide, il engagea sa jambe droite jusqu'au tiers supérieur, dans un trou, le reste du corps fut entraîné par l'impulsion acquise, la jambe étant maintenue fixe, et la luxation se produisit.

Similitude de traumatisme dans les deux cas, âge différent : l'enfant subit un décollement épiphysaire, l'adulte voit son tibia se luxer en avant.

Malgré la fragilité des os du vieillard, 12 fois sur 30, la luxation a atteint des hommes, au-dessus de cinquante ans : le mécanicien de Thomassin avait soixante-deux ans, l'ouvrier de Volkmann soixante-quatre ans, le malade de Malgaigne soixante-quatre ans, mais, comme pour l'adulte, toutes ces luxations étaient produites par un traumatisme violent chez des vieillards travaillant dans des usines ou à de durs ouvrages.

Il n'est donc pas étonnant que nous ne comptions que cinq femmes dans le nombre de nos blessés, elles sont, de par leur sexe, généralement soustraites aux travaux de force et aux traumatismes violents.

---

(1) Voici l'indication bibliographique de ces 60 cas : A.-H. COOPER. *Œuvres chirurgicales*, 1882, trad. Chassaignac-Richelot, p. 32. Obs. XLII et XLIII. — PERCY. *Dict. en 30 vol.*, 1818, art. GENOU (2 obs.). — BUCQUET. *Bull. de la Fac. de méd. de Paris*, 1818. — ROYÈRE. *Mém. de méd. et de chir. mil.*, 1822, t. XI. — DUVIVIER. *Arch. gén. de méd.*, 1829, t. XXII, p. 292. — FAYE. *Journ. compl.*, t. XXIII, p. 365. — GARNIER. Th. de Montpellier, 1830. — LOUYER-VILLERMAY. *Gaz. méd.*, 1834, p. 728. — GARDÉ. *Bull. gén. de thérap.*, 1834, t. VII, p. 97. — GERDY. *Arch. gén. de méd.*, 2e série, 1835, p. 183. — VELPEAU. *Dict. en 30 vol.*, 1836, art. GENOU. — SCHNEIDER. *Biblioth. de Richter*, 1836, t. VI, p. 41. — JACQUES. *Arch. gén. de méd.*, 1837, t. XIV, p. 143. — MALGAIGNE. *Des luxations*, 1837, p. 199. — BLIZARD. *Lond. Med. Gaz.*, 1837, t. VII, p. 704. — STEWART et BALLINGHALL. *Arch. gén. de méd.*, 1837, t. XIV (2 obs.). — JACQUOT. *Journ. de chir.*, 1845, t. III, p. 121. — WERRIEST. *Gaz méd.*, 1848. p. 818. — MAYO. *Ann. de chir.*, 1848. — BIRKETT. *The Lancet*, 1850, t. II, p. 703. — ADAMS. *Rev. de méd. et de chir.*, 1851, t. IX, p. 43. — LEMAITRE. *Gaz. des hôpit.*, 1851, p. 145. — DEGUISE, DESORMEAUX. *Mém. de la Soc. de chir.*, 1851. — HORÉ. *The Lancet*, 1850, t. II, p. 131. — ROYER. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1855, t. XXI, p. 27. — PARDNER. *New-York Med. Times*, 1861, Aug. 17. — YALE. *New-York Med. Journ.*, 1865, vol. II, p. 126. — TOOGOOD. *Amer. Med. and Surg. Journ.*, vol. XXXI, p. 465. — THOMASSIN. Th. de Paris, 1866. — VEROLLOT. Th. de Paris, 1867. — LAMBLIN. Th. de Paris, 1867 (2 obs.). — LOWE. *St-Barth. Hosp. Rep.*, 1869, vol. V, p. 80. — VEVERS. *The Lancet*, 1869, p. 542. — ALBERT. *Wien. Med. Presse*, 1872. — MADELUNG. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1873; — KNIKYNIKI. *All. Wien. Med. Zeit.*, 1873, vol. XVIII. — DAVIS. *Philad. Med. Times*, 1876-1877. — BERTIN. *Union méd.*, 1876, n° 46. — SCHULLER. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1876 (2 obs.). — VOLKMANN. *Zeit. z. Chir.*, 1875, p. 119. — BRADLEY. *Brit. Med. Journ.*, may 5, 1877. — SCHMITH. *Brit. Med. Journ.*, aug. 1, 1877. — UNRUH. *Deuts. Med. Wochens.*, 1880, n° 24. — ANNANDALE. *The Lancet*, 1881 (2 obs.). — LE DENTU. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1880, p. 591. — PIÉCHAUD. *Rev. de chir.*, 1883. — In HAMILTON. *Traité des fractures et luxations*, 1884, 4 obs. : White, Dawnes, Alonso Petit et Hamilton. — COTTON. *Proc. Connecticut Med. Soc.*, 1884. — HIXON. *North. Amer. Med. Chir. Rev.*, 1888. — TRIAUD. Th. de Bordeaux 1888.

Certaines causes prédisposantes ont été invoquées pour expliquer cette luxation : une laxité congénitale des ligaments du genou, une hydarthrose antérieure.

Gardé cite l'observation d'une femme qui, en état d'ivresse, rentrant chargée d'un fagot de bois, tomba dans un trou et fut relevée avec une luxation en avant du genou. Pour lui, l'insensibilité et l'absence de force musculaire provoquées par l'ivresse, le froid et la fatigue, sont des causes prédisposantes à la luxation.

Deux mécanismes différents ont été admis par les auteurs pour expliquer la production de la luxation du genou en avant, par cause indirecte :

Pour Boyer, Gerdy et Velpeau, il faut que la jambe soit solidement fixée et qu'une violence extérieure pousse en arrière, avec force, le tronc et la cuisse, quelle que soit d'ailleurs la position de flexion ou d'extension du membre inférieur, ou bien que la jambe en extension sur la cuisse reçoive l'effort, pendant que la cuisse se trouve dans l'impossibilité de suivre le mouvement imprimé au reste du membre. « Les mouvements d'extension et de flexion, quelque exagérés qu'on les suppose, disent-ils, sont incapables, en effet, d'amener un déplacement du genou. »

Malgaigne, au contraire, et après lui Deguise, n'admettent que la production de la luxation par l'extension forcée, en d'autres termes, la flexion en avant de la jambe sur la cuisse, « le fémur agit alors comme un levier du premier genre, la puissance représentée, le plus souvent, par le poids du corps, et agissant sur l'extrémité supérieure de cet os, le point d'appui étant formé par la partie antérieure du condyle du tibia, la résistance limitée aux ligaments postérieurs et latéraux et n'ayant jamais à son service que le court bras de levier qui est représenté par l'étendue antéro-postérieure des condyles du fémur ».

Les luxations produites par ce mécanisme ne sont pas rares (Malgaigne, Jacquot, Royère, Lamblin, Unruh, Annandale). Nous avons parlé de l'histoire de ce soldat enfonçant, en courant, sa jambe jusqu'au niveau du genou dans un trou. Hamilton rapporte l'histoire d'un homme qui était assis sur le bord d'un wagon en marche et avait ses jambes étendues, les pieds appuyés sur le bord du wagon suivant, le train s'arrête, le wagon sur lequel il est assis s'arrête avant le suivant, l'homme n'a pas le temps de fléchir ses jambes et la luxation se produit par hyperextension de l'articulation du genou.

Dans le cas que nous avons observé, l'hyperextension du genou ne nous paraît pas douteuse, le membre inférieur droit appuyait, par la partie antérieure et moyenne du fémur, sur la barre de fer de la charrette, l'homme glisse et le haut du corps tombe en avant, des sacs très lourds le poussent encore plus violemment dans ce sens; à ce moment, les brancards cassent, le devant de la charrette tombe et frappe la partie moyenne et postérieure du mollet. Le membre inférieur était donc fixé, d'une part, par la partie moyenne et antérieure du fémur sur la barre de fer et, d'autre part, par la partie moyenne et postérieure du mollet sous le bord de la charrette : le poids du corps poussait l'extrémité supérieure du fémur en avant, le poids de la charrette fixait la jambe et le genou étant ainsi tendu, le degré d'extension que le genou peut supporter étant dépassé, la luxation se produisit.

Le mécanisme étudié par Malgaigne est ainsi confirmé par les faits, dans les cas où la luxation se produit par cause indirecte.

Mais, en 1882, Unruh chercha à démontrer, par des expériences cadavériques, que pour produire la luxation en avant, l'extension forcée ne suffit pas, qu'elle doit être suivie de flexion.

Il n'opérait que sur des cadavres de phthisiques, la production de la luxation étant trop difficile sur des cadavres d'hommes forts.

Dans une première série d'expériences, il provoquait l'hyperextension du genou jusqu'à l'angle droit, il produisait ainsi la déchirure du ligament postérieur, mais le mouvement de flexion consécutive amenait régulièrement la réintégration des condyles du fémur dans leurs cavités.

La luxation se produisait cependant, lorsque, après l'hyperextension, Unruh immobilisait le fémur et, pendant le mouvement de flexion, poussait le tibia en haut et en avant.

Mais, dans ces cas, la rotule conservait à peu près sa place et la difformité du genou n'était pas aussi prononcée que dans les cas cités par les auteurs, les mouvements de latéralité étaient moins intenses, les ligaments latéraux n'étaient pas rompus, les ligaments croisés l'étaient toujours.

Cette luxation ressemble, comme l'auteur le fait remarquer, aux cas de luxation incomplète de Desormeaux et de Schuller.

Mais ces cas de luxation incomplète seront toujours rares; pour les produire, il faut que l'hyperextension, puis la flexion se fassent bien en ligne droite et la propulsion en haut du fémur très directement. Si l'on tient compte de la violence et de la multiplicité des chocs qui produisent l'accident, il est rare que les deux ligaments latéraux puissent être conservés.

Dans une deuxième série d'expériences, Unruh imprimait au genou, après l'hyperextension, un mouvement de flexion, d'adduction et de rotation en dedans; dans ces conditions, la luxation se produisait toujours plus facilement que dans les expériences précédentes, la dissection démontrait, outre la rupture des ligaments croisés, celle du ligament latéral externe.

Pour rompre le ligament latéral interne, il était nécessaire de réduire la luxation précédente et de produire un mouvement d'abduction forcée.

Nous ne doutons pas qu'Unruh ait pu produire des luxations du genou en avant par le mécanisme qu'il indique. En effet, avant tout, il faisait l'extension forcée et rompait ainsi la partie postérieure de la capsule et les ligaments croisés; s'il n'a pu produire, par cette seule hyperextension, que des luxations incomplètes, c'est qu'il n'opérait qu'avec sa propre force musculaire. Malgaigne, Deguise, Desormeaux, Richet parvenaient, par la seule hyperextension, à luxer un genou en avant, mais en se mettant dans des conditions se rapprochant davantage des traumatismes violents capables de luxer le genou.

Si un mouvement d'adduction et de rotation en dedans est nécessaire pour compléter la luxation, il peut, il nous semble, se produire aussi bien dans l'extension que dans la flexion, le ligament latéral *externe* étant même plus tendu en extension, mais nous ne voyons pas que la flexion soit absolument nécessaire, et, dans aucune de nos observations, nous n'avons relevé, après l'extension, une flexion avec adduction suffisamment violente pour arracher le ligament latéral externe.

Il est certain que l'adduction et la rotation en dedans, et, par conséquent, la rupture du *ligament latéral externe* doivent jouer un certain rôle dans la production de la luxation,

puisque, comme nous le verrons, dans toutes les dissections faites après la luxation, on a toujours trouvé le *ligament latéral externe* rompu en même temps que les ligaments croisés.

Il existe aussi des cas où le traumatisme a porté sur les parties antérieure et inférieure du fémur, ce sont des luxations par cause directe ; elles sont plus rares que les précédentes. Malgaigne les admettait.

Elles sont de deux sortes : tantôt la jambe est en extension, lorsque la partie antérieure du fémur est frappée (Percy, Horé, Thomassin), tantôt en demi-flexion (Verriest) ou en flexion légère (Madelung).

Les expérimentations cadavériques ont fait admettre à Deguise la production de la luxation par un choc violent porté sur les parties antérieure et supérieure du tibia, la jambe étant fixée en extension. Richet, dans son rapport, n'admet pas ce mécanisme, il n'a jamais pu produire de luxations du genou en avant, par le procédé indiqué par Deguise, il croit plutôt que le tibia suit le mouvement imprimé par le choc et tend à se luxer en arrière. Aucune observation ne mentionne un traumatisme sur les parties antérieure et supérieure du tibia.

IV

Anatomie pathologique. — Nous avons trouvé les relations de douze dissections de membres atteints de luxation du genou en avant (Bucquet, Stewart, Ballinghall, Malgaigne, Desormeaux, Lamblin (2 cas), Annandale, Albert, Madelung, Volkmann, et la nôtre) ; c'est en nous basant sur ces douze cas, que nous allons essayer d'esquisser l'anatomie pathologique de la luxation du genou en avant.

La luxation est complète ou incomplète. La première variété est la plus fréquente. Les deux cas de luxation incomplète incontestés sont ceux de Desormeaux et de Schuller ; leur anatomie pathologique n'est basée que sur l'unique dissection de Desormeaux. Dans ces cas, les extrémités du tibia et du fémur sont encore en rapport sur une grande étendue, les condyles fémoraux s'appliquent par leur partie tout à fait antérieure sur la partie postérieure du plateau tibial ; la rotule n'a guère varié de position, la capsule articulaire est intacte, les ligaments latéraux et croisés sont indemnes, à part le ligament croisé antérieur.

Si nous en croyons les dissections après expériences cadavériques d'Unruh, les ligaments croisés sont, le plus souvent, rompus, les ligaments latéraux intacts et la capsule déchirée à sa partie postérieure. Le genou serait rempli de sang mélangé de synovie.

Mais ce que les expériences cadavériques peuvent nous donner, se rapproche seulement de la réalité et n'est pas la réalité exacte.

Il est à peine utile de mentionner que, dans la luxation incomplète, la peau, les vaisseaux et les muscles du creux poplité n'ont subi aucune atteinte.

Dans la luxation complète, la poulie fémorale passe en arrière du plateau du tibia, dans le creux poplité. Elle peut occuper, dans le creux, une situation plus ou moins élevée, le fémur peut descendre en arrière du tibia de 2 à 3 centimètres seulement, ou bien, en décollant ou déchirant les muscles, aller se loger plus ou moins bas entre le soléaire et les jumeaux et produire ainsi un raccourcissement du membre allant jusqu'à 10 centimètres (Mayo).

Dans tous les cas, le diamètre antéro-postérieur du genou est augmenté.

La rotule est plus ou moins inclinée sur le plateau tibial : dans les cas où le fémur ne chevauche que d'une petite longueur, la rotule est oblique de haut en bas et d'arrière en avant (Unruh) ; le chevauchement est-il plus considérable, l'inclinaison de la rotule s'accentue et peut aller même jusqu'à complète application de sa face cartilagineuse sur la face articulaire du tibia, son bord supérieur est alors postérieur, son bord inférieur antérieur, sa face antérieure est devenue supérieure.

La situation de la rotule s'explique facilement : la capsule n'est pas déchirée à sa partie antérieure, le ligament et le tendon rotulien sont restés intacts, la tension des ailerons de la rotule s'exagère au fur et à mesure que le fémur descend en arrière du tibia. Comme conséquence, la rotule est attirée vers le plateau du tibia et finalement elle s'y applique complètement.

Le traumatisme épargne presque toujours les os. Dans quelques cas rares, on peut constater des fractures partielles par éclatement des condyles du tibia (Bucquet, Stewart, Unruh). Dans d'autres cas, on constate sur le condyle interne une encoche transversale produite par la pression du bord postérieur du tibia sur ce condyle (Madelung).

Bucquet avait, à propos de son malade, donné une explication spéciale de la production de la luxation : une portion osseuse de la partie interne du plateau tibial était détachée, le fémur, pensait-il, avait dû détacher le fragment osseux, se luxer en dedans, puis en arrière ; ce serait un cas particulier et l'explication n'est pas applicable à toutes les luxations, car rarement elles s'accompagnent de fractures.

Les ligaments arrachés à leur insertion entraînent parfois une portion d'os, mais cette lésion est de peu d'importance.

Les cartilages sont rarement gonflés et décollés comme dans le cas de Percy ; ils sont quelquefois fissurés (Madelung) ou aplatis (Albert).

La capsule est toujours ouverte en arrière depuis le ligament latéral externe jusqu'au ligament latéral interne ; cette déchirure se produit dans la moitié inférieure de la capsule, elle est déchiquetée, transversale, entraînant avec elle quelques fragments du tibia.

Il peut se faire même que, le traumatisme ayant porté immédiatement en avant de la partie inférieure du fémur, la capsule soit ouverte à ce niveau.

Il n'existe jamais d'épanchement intra-articulaire. Nous avons lu avec attention les observations qui parlent du gonflement du genou, elles notent toutes un léger gonflement (l'observation II de Lamblin est surtout très explicite à cet égard) ; la chose s'explique d'elle-même, qu'il y ait, comme dans notre cas, rupture de la peau ou qu'elle fasse défaut, lorsque la luxation du genou est complète, il existe nécessairement une rupture très large de la partie postérieure de la capsule ; or, le tissu cellulaire du creux poplité étant très lâche, s'infiltre facilement des liquides épanchés dans le genou, s'écoulant par la large déchirure, de même après la réduction, la déchirure capsulaire ne s'oblitérant que progressivement, le liquide pourra évacuer la capsule et ne pas produire le gonflement caractéristique de l'épanchement intra-articulaire.

Les ligaments croisés sont toujours rompus et, d'après Unruh, cette rupture est nécessaire pour la production de la luxation, ils se rompent soit à leur insertion fémorale, soit à leur insertion tibiale ; la rupture au niveau de l'inser-

tion fémorale paraît plus fréquente (Lamblin, Volkmann, la nôtre).

Les ligaments croisés se sont rompus isolément 3 fois (Ballinghall, Lamblin, Albert) et dans les trois cas, la luxation était complète. Ces faits sont contraires aux assertions d'Unruh qui n'admet la luxation complète qu'après rupture du ligament latéral externe.

Quant aux ligaments latéraux, sur les onze cas cités, les deux se sont rompus en même temps deux fois (Bucquet, Annandale), cinq fois le ligament latéral externe seul avec le ligament croisé (Stewart, Malgaigne, Lamblin, Madelung, le nôtre), une fois seulement la rupture du ligament latéral interne accompagnait celle des ligaments croisés, le ligament latéral externe étant resté intact (Volkmann).

Les muscles entourant le genou ne sont pas nécessairement rompus, il est presque inutile de dire que le triceps est toujours intact, on n'a pas non plus signalé le fait de déchirure complète du biceps et du demi-tendineux.

Le demi-membraneux se rompt par son tendon oblique (Desormeaux), mais les plus en cause sont les deux jumeaux, le poplité et le plantaire grêle.

Les jumeaux sont déchirés au niveau de leur insertion fémorale, ou bien les fibres tendineuses se séparent des fibres musculaires, le jumeau interne est moins souvent atteint (2 fois) que le jumeau externe (4 fois). Un fait rare dans les autres luxations et qui paraît ici fréquent est la rupture de la peau du creux poplité (9 fois sur 60).

Dans trois cas de rupture de la peau du creux poplité à la suite de luxation en avant (Adam, Bucquet, Thomassin), on a pu constater l'intégrité des vaisseaux poplités, ce fait n'a rien de paradoxal : dans l'extension forcée, la peau du creux poplité est violemment tendue, et, si des saillies analogues à celles des condyles du fémur viennent à exagérer sa tension par leur volume, la rupture est imminente. Les vaisseaux, au contraire, élastiques par eux-mêmes, s'allongent d'abord, puis glissent sur les saillies courbes des condyles et se logent finalement dans l'espace inter-condylien; par ce fait leur tension est amoindrie et la peau peut être rompue, alors que les vaisseaux sont à peine comprimés. Ici nous sommes en contradiction avec ce qu'enseigne Hoffa (1), pour lui les vaisseaux se rompent toujours en même temps que la peau.

Sept fois seulement, les auteurs ont constaté la rupture de l'artère poplitée à la suite de luxation du genou en avant.

Malgaigne rapporte le cas d'un vieillard dont l'artère était incrustée de dépôts calcaires et présentait de petites ruptures de la tunique interne, en trois points correspondants aux condyles. Ces ruptures étaient environ de 4 millimètres d'étendue et siégeaient l'une à la paroi postérieure, les deux autres à la paroi antérieure du vaisseau. Stewart a vu les deux tuniques internes rompues. Le malade de Ballinghall avait son artère rompue en travers. L'un des malades de Lamblin avait l'artère complètement rompue, l'autre l'artère atteinte d'éraillures de la tunique interne seulement. Piéchaud n'a pu constater l'état de l'artère, car le malade guérit après réduction, la circulation s'étant rétablie. Annandale décrivit la rupture des deux tuniques internes.

Donc, deux fois, l'artère ne présentait que des éraillures de sa tunique interne. Deux fois les deux tuniques interne et moyenne étaient rompues avec intégrité de la tunique externe. Deux autres fois, l'artère avait subi la rupture complète de ses trois tuniques. Le siège de la rupture qui pouvait peut-être en montrer le mécanisme n'a été signalé que par Malgaigne (au niveau des condyles), par Lamblin (*au-dessous de l'interligne articulaire*), par Annandale (à un pouce un quart au-dessus de la bifurcation tibio-péronière). Mais le vieillard de Malgaigne était athéromateux, les tuniques artérielles dégénérées et les éraillures constatées pouvaient être dues aussi bien à la compression de la poplitée entre la peau et les condyles qu'au tiraillement : il existait, en effet, une érosion postérieure et deux érosions antérieures au même niveau. Dans les autres cas, le siège de la rupture n'est pas indiqué; et dans le nôtre, l'artère s'était rompue *au-dessous de l'interligne*, non loin de l'anneau aponévrotique dans lequel elle s'engage en changeant de nom. L'explication du siège de cette rupture nous semble la suivante : un cordon élastique tendu, une corde de violon, par exemple, ne se brise, le plus souvent, qu'à son point d'*insertion* et non à l'endroit où les violences se produisent; or, l'artère est élastique, ses points d'*insertion*, ou, au moins, les points où elle est maintenue davantage sont en haut l'anneau des adducteurs, en bas l'anneau du soléaire, c'est donc à l'un de ces points qu'elle doit se briser. Jusqu'ici l'on n'a constaté que la rupture de son *point fixe inférieur*. Une complication moins fréquente, mais d'un intérêt tout aussi grand, est la contusion ou la déchirure du nerf sciatique poplité externe. Schuller, M. Le Dentu, Piéchaud, Unruh, ont rapporté des cas de ce genre, mais aucune dissection n'a encore montré l'état du nerf après la luxation, les symptômes seuls et la marche de l'affection ont pu faire supposer une lésion de cette branche du sciatique.

Friand, dans sa thèse inaugurale, a cependant cherché par des expériences cadavériques à démontrer pourquoi le nerf sciatique poplité seul était lésé dans la luxation.

Il affirme avoir vu, sur la partie postérieure du condyle externe du fémur, immédiatement en arrière du ligament latéral externe et en avant de l'insertion du jumeau externe, une *encoche verticale* dans laquelle se logeait le nerf sciatique poplité externe, c'est grâce à l'arrêt que subit le sciatique poplité externe dans cette encoche, ne pouvant glisser ni en avant, à cause du ligament latéral externe, ni en arrière, à cause du chef externe du jumeau, qu'il se rompt.

Nous avons essayé, à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, avec M. le docteur Rieffel, de retrouver *cette encoche* sur tous les fémurs à l'état frais et préparés que nous pouvions avoir sous la main ; or, sur *aucune* pièce nous ne l'avons rencontrée.

D'ailleurs le ligament latéral externe se rompant très souvent, comme nous avons cherché à le faire voir, il ne peut pas opposer d'obstacle au glissement du sciatique externe, ce serait plutôt sa rupture ou son tiraillement en même temps que la rupture du ligament latéral externe que nous comprendrions.

V

Symptomes. — Nous pouvons résumer les symptômes ainsi qu'il suit : 1° déformation du genou ; 2° attitude du membre ; 3° variation de longueur du membre ; 4° troubles fonctionnels.

1° *Déformation du genou*. — La partie antérieure du genou présente une *saillie* formée par la tubérosité antérieure du

(1) Hoffa. *Lehrbuch der Frakt. u. Luxat.*, 1888.

tibia ; au-dessus de cette saillie existe un *enfoncement* semi-lunaire, à convexité supérieure, à concavité inférieure; dans cet enfoncement, la peau forme des plis semi-circulaires dans le même sens (Hoffa).

Sous la peau, on sent la *rotule* occuper différentes positions : tantôt elle est légèrement inclinée d'avant en arrière, tantôt elle est appliquée complètement sur le plateau du tibia.

Cette dernière situation de la rotule était la seule acceptée par Malgaigne; pour lui, la position de cet os à plat sur le plateau du tibia était le signe pathognomonique de la luxation complète en avant, il se basait sur les observations de Lavalette, de Royère et de Gardé. Mais bientôt on dut reconnaître que la position de la rotule n'avait rien de fixe. Royer et Jacquot virent la rotule dirigée en haut et en avant dans deux luxations complètes bien confirmées. Dans le cas de Verriest, la rotule était placée sur la crête antérieure du tibia et portait à faux sur cette crête. Dans l'observation de Deguise, il est noté que la rotule tendait à se porter en arrière et à se renverser, mais qu'elle n'était pas couchée sur la surface du tibia. Unruh constate, dans son cas, une rotule oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Dans notre cas, elle était à plat sur le tibia.

Malgaigne voulait aussi que la rotule fût immobile, cependant plusieurs auteurs ont constaté une certaine mobilité. Nous croyons que la situation de la rotule dépend surtout du *chevauchement* plus ou moins considérable du fémur sur le tibia; la rotule sera d'autant plus inclinée que le fémur sera descendu dans le creux poplité.

L'*augmentation du diamètre antéro-postérieur* du genou est due à la position du fémur en arrière du tibia, cette même position rend compte de la disparition du creux poplité : l'enfoncement poplité est remplacé par une saillie que l'on reconnaît facilement, à la palpation, être due aux deux condyles du fémur sortis de leur cavité.

Attitude du membre. — La jambe est en extension complète sur la cuisse (Lemaître, Thomassin, Verollot), l'extension peut même être exagérée à tel point que la jambe forme avec la cuisse un angle obtus à sinus antérieur (Mayo); dans quelques cas, il existait une légère flexion (Adams, Madelung, Schuller) et même une demi-flexion (Blizard).

Le pied est tantôt à angle droit sur la jambe, tantôt en rotation en dedans (Malgaigne).

La rotation en dedans serait même, d'après Unruh, le cas le plus fréquent. Le ligament latéral *externe* étant le plus souvent rompu, le ligament latéral interne restant intact, la jambe pourrait alors subir, par son propre poids, un mouvement de rotation en dedans autour du ligament latéral interne.

Variation de longueur du membre. — La cuisse paraît raccourcie en avant, allongée en arrière, l'inverse existe pour la jambe, le raccourcissement du membre inférieur tout entier peut atteindre jusqu'à 10 centimètres (Mayo), mais un raccourcissement aussi considérable est rare. Deguise, dans ses expériences, n'a jamais dépassé un raccourcissement de 5 centimètres.

Troubles fonctionnels. — Les troubles fonctionnels se résument en une impotence complète du membre, une douleur facilement supportable, à part dans quelques cas où il existe des irradiations douloureuses partant du creux poplité jusqu'aux extrémités des orteils, dans ces cas, il faut toujours craindre et rechercher une lésion du nerf sciatique poplité externe.

Les mouvements de latéralité sont la règle; dans les grands délabrements, il peut exister des mouvements en tous sens (Hoffa).

Tels sont les symptômes de la luxation complète du genou en avant sans complications, mais, comme nous l'avons dit, cette luxation est l'une de celles qui s'accompagnent souvent de complications, telles que rupture de la peau, rupture de l'artère ou des nerfs situés dans le creux poplité.

L'examen du creux poplité fait reconnaître facilement l'existence, le siège, la forme et les dimensions d'une plaie cutanée.

Une hémorrhagie abondante de sang rouge à jets intermittents, ou bien la constatation directe par le toucher des deux bouts artériels, dont le supérieur est animé de mouvements isochrones aux pulsations cardiaques, sont les seuls signes certains d'une rupture artérielle, nous verrons tout à l'heure que la difficulté de diagnostic de la rupture artérielle est souvent grande et parfois insurmontable.

Lorsque le nerf sciatique poplité externe est contus ou déchiré, il peut donner naissance aux symptômes suivants : insensibilité de la partie externe de la jambe depuis la rotule jusqu'à la malléole externe (br. cutanéo-péronière); insensibilité de la moitié postérieure et inférieure de la jambe (nerf saphène-péronier); insensibilité du dos du pied et des orteils, excepté de la face interne du gros orteil; fourmillements et douleurs irradiées, allant du creux poplité aux extrémités des orteils; paralysie et atrophie consécutive des extenseurs.

VI

Marche et pronostic. — Une luxation en avant du genou non compliquée peut rester dans cet état sans compromettre la vie du malade (Malgaigne, Lassus, Annandale), seule l'impotence fonctionnelle du membre persistera. Le malade dont parle Annandale était resté cinq semaines sans aucun secours médical. Malgaigne dit encore à ce propos que ce serait une exception toute spéciale, dans la nombreuse famille des luxations, que de voir survenir des complications. Réduites, ces luxations guérissent en règle générale et la guérison est même rapide.

Royer et Verollot ont vu partir leur malade marchant bien après quinze jours. Quelquefois il existe un peu de faiblesse, une légère claudication disparaissant peu à peu (Gardé, Garnier, Schneider, Deguise); d'autres ont vu la claudication persister (Loyer-Villermay, Royer, Cooper, Duvivier) et Malgaigne ne croit pas que la guérison se fasse sans claudication.

Tout autrement se termine la luxation compliquée :

Lorsqu'il existe une simple rupture de la peau, la guérison peut encore se faire, témoin les faits d'Adams (1857) et de Thomassin (1867). Bucquet, cependant, en 1818, avait essayé de réduire une luxation compliquée de rupture de la peau, mais son malade mourut de septicémie. De nos jours, grâce à l'antisepsie, les accidents des plaies ne sont plus à craindre et la guérison terminera, en général, la luxation compliquée de rupture cutanée.

S'il existe en même temps une rupture de l'artère poplitée, la guérison est plus aléatoire. Sur les 7 cas dont nous avons parlé, 2 moururent sans avoir subi l'amputation; l'un, des suites de septicémie survenue après l'accident, sans gangrène de la jambe (Ballinghall), l'autre, d'accidents

non imputables à la luxation du genou (Lamblin). L'amputation fut faite immédiatement après le traumatisme par Stewart, et seulement lorsque la gangrène de la jambe était manifeste dans les cas de Lamblin, d'Annandale et dans le nôtre.

C'est la gangrène qui est le plus à craindre après la rupture de l'artère poplitée et si M. Piéchaud a vu son malade guérir, c'est surtout parce que la rupture artérielle était sous-cutanée et sans doute incomplète, puisqu'on ne parle pas d'épanchement sanguin dans le creux poplité.

La guérison n'a pas été complète lorsque le nerf sciatique poplité externe était lésé et les malades sortaient toujours de l'hôpital améliorés, mais non guéris.

VII

DIAGNOSTIC. — Les symptômes énumérés plus haut : déformation du genou, attitude du membre, raccourcissement et troubles fonctionnels, sont suffisants pour ne pas confondre la luxation complète du genou en avant avec une autre affection. Mais la difficulté consiste à distinguer la forme complète de la forme incomplète; les seuls signes qui puissent faire songer à la luxation incomplète sont l'absence de raccourcissement du membre, l'immobilité complète du genou, jointes à une déformation moindre de l'articulation. Le problème est plus malaisé à résoudre lorsqu'il s'agit de reconnaître les complications.

La rupture de la peau est reconnue à un simple examen du creux poplité; la rupture de l'artère sera recherchée comme il suit :

Deux cas peuvent se présenter.

1° Il existe une rupture cutanée;

2° La peau est intacte.

Dans les deux cas, on peut constater des signes d'arrêt de la circulation de la jambe, pâleur, froideur du membre, engourdissements, fourmillements, suppression des battements de la pédieuse et de la tibiale au tiers inférieur. Cet arrêt de circulation peut être attribué à la compression ou à la rupture de l'artère poplitée.

Existe-t-il une plaie cutanée, le doigt introduit dans l'espace inter-condylien sera incapable de renseigner le chirurgien. L'artère n'est palpable qu'indirectement, la veine et les nerfs étant placés en arrière d'elle; si les battements existent, la rupture ou la compression peuvent siéger plus bas; s'ils sont supprimés, le diagnostic entre la rupture et la compression sera encore impossible. La peau est-elle intacte, le diagnostic ne peut se baser que sur les signes d'arrêt de circulation de la jambe, il est donc tout aussi peu certain.

Ce n'est qu'après la réduction et au moment de la gangrène du membre, que le doute n'est plus possible, c'est à ce moment seulement qu'il sera bon d'agir. Quant à la rupture ou à la contusion du nerf sciatique poplité externe, la recherche minutieuse des anesthésies localisées et de la paralysie des extenseurs pourra mener au diagnostic. L'étude des lésions du sciatique externe est cependant incomplète et exige de nouvelles recherches.

VIII

TRAITEMENT. — Même pour la luxation simple, quelques auteurs avaient admis l'amputation (Percy), d'autres, moins pessimistes, se contentaient de la réduction (Larrey, Malgaigne), mais ceux-là même prescrivaient l'amputation dans les cas de rupture de la peau; nos moyens de mettre les plaies à l'abri des accidents nous feront rechercher, ici encore, la réduction.

La réduction sera encore de mise dans les cas incertains où le diagnostic entre la rupture et la compression artérielle ne pourra être posé; dès que les accidents (gangrène) auront éclaté, il faudra recourir à l'amputation.

Le procédé de réduction choisi par M. Gross était l'extension, puis une légère flexion de la jambe aidée de la coaptation. M. Gross, à l'exemple de Lavalette, avait placé ses deux mains dans le creux poplité, sous les condyles du fémur, et les pouces sur le rebord antérieur du plateau du tibia. Il pouvait ainsi juger du chemin que l'extension faisait parcourir à l'extrémité déplacée du tibia et refouler, en outre, le tibia en arrière, en même temps que le fémur en haut et en avant. L'extension était faite dans le but de séparer les deux os chevauchant l'un sur l'autre, la flexion permit de faire glisser le tibia sur la partie la moins saillante des condyles, c'est-à-dire sur leur face inférieure. C'est ce procédé de réduction qui nous *paraît le plus simple et nécessitant le plus petit nombre d'aides.*

Une seule fois, la résection du genou fut employée pour remédier à une luxation en avant (Annandale). Le chirurgien ayant affaire à une luxation datant de cinq semaines et craignant de déchirer les vaisseaux poplités par les manœuvres de réduction, fit la résection sans succès, son malade mourut de septicémie. Mais cet insuccès ne devra pas arrêter l'opérateur capable de mettre ses opérés à l'abri de la septicémie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 janvier 1892. — Présidence de M. CHAUVEL.

M. LE PRÉSIDENT rappelle qu'une place de membre titulaire a été déclarée vacante et que les candidats ont encore huit jours pour se faire inscrire.

COMMUNICATIONS

Obstruction intestinale consécutive à une déviation utérine. — **M. SEGOND**, à propos du procès-verbal, fait observer que le fait communiqué par M. Nélaton (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 66), est intéressant à un double point de vue : c'est d'abord un exemple d'occlusion intestinale, consécutive à une compression exercée par un utérus dévié; en second lieu, c'est un fait à retenir au point de vue des ressources de la chirurgie vaginale.

Au point de vue de l'occlusion intestinale, M. Segond rapproche du fait de M. Nélaton l'observation suivante :

En mai dernier, il fut appelé auprès d'une femme de trente-cinq ans, qui présentait une occlusion intestinale absolue; elle avait eu déjà plusieurs menaces semblables; on avait porté, en outre, chez elle le diagnostic de rétroversion utérine avec fibrome du fond de l'utérus. M. Segond soumit cette femme au chloroforme, pratiqua la dilatation du sphincter en introduisant d'abord deux doigts, puis la main, délogea ainsi la tumeur qui comprimait le rectum; il se fit une débâcle et cette femme fut aussitôt guérie de ses accidents aigus d'occlusion intestinale. Plusieurs mois après, M. Segond ayant confirmé chez cette malade le diagnostic de déviation utérine, avec fibrome du fond de l'utérus et lésions inflammatoires des annexes gauches, proposa à cette malade de lui faire l'hystérectomie vaginale. Elle accepta, et en pratiquant cette opération, M. Segond reconnut qu'il s'agissait, non pas d'un fibrome, mais d'une grossesse extra-utérine, déve-

loppée dans la trompe du côté droit. La malade a très bien guéri.

Au second point de vue de l'observation de M. Nélaton, c'est-à-dire au point de vue de l'intervention par le vagin, M. Segond rappelle que l'un des arguments qu'on a fait valoir contre l'hystérectomie vaginale était que, lorsqu'on avait commencé cette opération, il fallait la finir, alors même qu'on s'apercevait chemin faisant qu'elle était inutile.

A ce propos, M. Segond fait connaître trois erreurs de diagnostic à l'occasion desquelles il a commencé l'hystérectomie vaginale sans l'achever. Dans le premier cas, il croyait avoir affaire à un fibrome; il se mit en mesure de pratiquer l'hystérectomie vaginale, mais il commença par ouvrir le cul-de-sac postérieur afin de se diriger directement vers la tumeur; lorsque, ce cul-de-sac ouvert, il s'aperçut qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire gauche, il vida ce kyste, l'enleva et laissa en place l'utérus et ses annexes. Dans un autre cas, il avait porté le diagnostic de suppuration pelvienne; il commença à pratiquer l'hystérectomie vaginale en courant sus à la tumeur, comme dans le premier cas, c'est-à-dire en ouvrant d'abord le cul-de-sac postérieur; il donna issue à des caillots sanguins; c'était une hématocèle non suppurée; il vida la poche, la lava, la draina et laissa l'utérus en place. Dans le troisième cas, le diagnostic porté avait été : fibromes utérins, variété pelvienne, bien que la malade eût déjà subi une quinzaine de ponctions, ayant chaque fois donné issue à quinze ou vingt litres de liquide. Il s'agissait, en effet, de tumeurs malignes des deux ovaires avec ascite; M. Segond ouvrit le cul-de-sac postérieur, vida l'ascite, enleva les deux ovaires et laissa l'utérus. La malade est parfaitement guérie.

Ces faits prouvent que, lorsqu'on intervient par le vagin pour le traitement d'affections pelviennes, il n'est pas toujours nécessaire d'enlever l'utérus, et que dans bien des cas où l'on se propose de pratiquer l'hystérectomie vaginale totale, on s'aperçoit, après avoir ouvert le cul-de-sac postérieur, que cette mutilation est inutile, et que l'on peut arriver à guérir les malades en leur laissant l'utérus avec ou sans les annexes, suivant les cas.

M. POZZI trouve l'observation de M. Nélaton intéressante au point de vue de la pathogénie de l'occlusion intestinale. Il s'agit bien, en effet, d'une occlusion intestinale déterminée par une rétroversion de l'utérus enflammé. L'inflammation, dans ces cas, se propage au rectum, amène une rectite pouvant entraîner la paralysie de l'intestin. M. Pozzi rappelle avoir insisté sur ces inflammations utérines ou péri-utérines retentissant sur l'intestin; la réciproque est vraie et l'on voit souvent aussi des inflammations intestinales se compliquer d'inflammations de l'utérus ou des annexes. Il croit également avoir démontré que la pelvi-péritonite est toujours une inflammation née autour d'une lésion des annexes. La pelvi-péritonite a presque toujours commencé par de la péri-salpingite.

M. Pozzi pense que, dans le cas de M. Nélaton, il est possible que la réduction de l'utérus eût été suffisante. Toutefois, l'incision exploratrice qu'il a pratiquée était parfaitement justifiée. Valait-il mieux faire cette incision par le vagin ou par l'abdomen? L'incision du cul-de-sac postérieur est-elle recommandable, facile? Il est incontestable qu'elle est beaucoup plus facile par l'abdomen. On a ainsi une large ouverture qui permet de faire bien plus aisément le diagnostic. L'observation de M. Nélaton prouve qu'on peut faire, dans certains cas, cette incision exploratrice par le vagin. Mais il ne faudrait pas ériger cette méthode en principe. C'est évidemment jouer la difficulté.

M. RECLUS pense que, dans un certain nombre de faits, on peut assez bien assurer un diagnostic par le vagin. Par exemple, chez une femme atteinte de double métro-salpingite, M. Reclus a fait l'incision du cul-de-sac postérieur, ce qui a donné lieu à l'écoulement d'un flot de sang noir venant d'une hématocèle; mais il a pu introduire deux doigts dans l'ouverture et s'assurer assez facilement qu'il y avait des lésions des annexes, ce qui l'a décidé à achever l'hystérectomie vaginale. Il y avait, en effet, une apoplexie des deux ovaires et un kyste dans l'un d'eux. Chez une autre femme atteinte d'inflammation très ancienne du petit bassin, M. Reclus commença une hystérectomie vaginale, ne put l'achever, se trouvant en présence d'un utérus inabaissable et d'une hémorrhagie difficile à arrêter; il se contenta de pratiquer un bon tamponnement sur cette hystérectomie incomplète et la malade va très bien.

M. SEGOND n'a jamais dit que la laparotomie abdominale pouvait être remplacée par l'incision du cul-de-sac postérieur du vagin ou l'incision exploratrice vaginale. En parlant de cette dernière, il a voulu seulement répondre à cette objection souvent faite à l'hystérectomie vaginale que, lorsque cette opération était commencée, il fallait, coûte que coûte, l'achever.

M. POZZI fait observer que M. Nélaton a fait, de propos délibéré, une incision exploratrice dans le cul-de-sac postérieur. Mais lorsqu'on commence une hystérectomie vaginale, on fait l'incision circulaire et l'on ne se contente pas d'inciser le cul-de-sac postérieur.

M. CHAMPIONNIÈRE dit que la laparotomie ne donne pas toujours les grandes facilités du diagnostic dont vient de parler M. Pozzi. Il est vrai que c'est encore bien plus difficile par le vagin que par l'abdomen; mais il y a des difficultés des deux côtés. Il faut tenir compte aussi, dans ces différentes méthodes, de l'habitude et de l'expérience qu'on en peut avoir. C'est ainsi que ce qui est facile par le vagin pour M. Segond, ne l'est pas pour tout le monde. M. Championnière rappelle que Trélat disait que les chirurgiens qui ouvraient le ventre sans avoir fait un diagnostic précis étaient coupables. Il n'a pu s'empêcher de lui répondre qu'on voyait bien qu'il n'avait jamais ouvert un ventre. En effet, quiconque a fait un certain nombre d'opérations abdominales reconnaîtra qu'il est souvent fort difficile, pour ne pas dire impossible, d'avoir un diagnostic précis autrement que par la laparotomie et, même après elle, on se trouve souvent encore en présence de grandes difficultés. Les faits dont on vient de parler prouvent qu'on peut aussi, dans certains cas, se servir avec avantage de la voie vaginale pour assurer le diagnostic. Mais il faut bien reconnaître que, par cette voie, c'est encore plus difficile que par l'abdomen.

M. ROUTIER fait observer que, depuis le début de la discussion sur l'hystérectomie vaginale, M. Segond a modifié sa manière de faire en pratiquant d'abord l'effondrement du cul-de-sac postérieur, qui, évidemment, permet, dans bien des cas, d'assurer un diagnostic incertain.

M. KIRMISSON, à propos de la communication de M. Nélaton, cite un fait qui prouve, une fois de plus, les bons résultats de l'opium dans les occlusions intestinales. Il s'agit d'une femme de vingt-six ans, qui entra le 19 octobre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Proust, avec des accidents d'obstruction intestinale. L'emploi de la glace et de l'opium étant resté sans résultat, le 14 au soir cette femme est transportée dans le service de chirurgie. M. Kirmisson la voit le 15 au matin. Il constate un peu d'empâtement dans la fosse iliaque droite; les gaz passent encore; il y a cependant quelques vomissements fécaloïdes; il n'y a ni ballonnement, ni douleurs; il fait administrer 7 centigrammes d'extrait d'opium et reste en expectation le 16, le 17 et le 18. A ce moment, pas encore de garde-robes, le ventre se météorise et le 19 au matin, M. Kirmisson se décide à opérer, c'est-à-dire dix jours après l'éclosion des accidents aigus; il fait la laparotomie, trouve une petite bride qu'il sectionne, réduit, et la malade était guérie après quelques jours. Ce fait prouve donc, une fois de plus, les bons effets du traitement par l'opium, qui fait cesser les vomissements, supprime les douleurs et qui, par conséquent, est infiniment préférable à l'emploi des purgatifs dont on abuse toujours dans ces cas. Même alors qu'on est obligé d'opérer ultérieurement, le traitement par l'opium facilite singulièrement la tâche du chirurgien, au lieu de la compliquer, comme le font les purgatifs, en distendant outre mesure l'intestin.

M. SEGOND reconnaît, avec M. Championnière, que, dans le traitement des affections chirurgicales de l'abdomen, il ne faut dire ni jamais ni toujours, que l'on se trouve souvent en présence de grandes difficultés, soit que l'on passe par-dessus le pubis, soit que l'on passe par-dessous. M. Segond a toujours re-

connu que la voie vaginale était souvent difficile, malaisée, et il faut savoir modifier le manuel opératoire suivant les indications. Il n'y a rien d'absolu dans tout cela.

Hystérectomie vaginale pour cancer. — **M. MARCHAND** fait connaître la statistique de 15 hystérectomies vaginales qu'il a pratiquées pour cancer, depuis le mois d'août 1889 jusqu'à ce jour. Il passe successivement en revue la mortalité opératoire, les résultats immédiats et les résultats thérapeutiques. Les conclusions sont que la mortalité opératoire est très peu considérable, que les résultats immédiats sont toujours satisfaisants, que les résultats thérapeutiques sont, en général, à peu près nuls, ainsi qu'on pouvait s'y attendre.

LECTURE

Contusion de l'abdomen, laparotomie, guérison. — **M. MICHAUX** lit l'observation d'un blessé atteint de contusion abdominale dans la région sous-hépatique, par un coup de manche d'outil. La laparotomie fut faite quinze heures après l'accident; on trouva un épanchement sanguin de 1 litre et demi, une perforation de 1 centimètre et demi sur le côlon ascendant, au niveau de son angle avec le côlon transverse. La perforation fut fermée par quinze points de suture de Lembert; les suites furent excellentes; quinze jours après, guérison complète.

Ces faits d'intervention, surtout suivis de guérison, sont encore rares. Il faut relever : 1° l'existence d'une perforation et d'un épanchement, qu'aucun signe ne traduisait; 2° la précocité de l'intervention, l'examen complet et la suture intestinale.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de 318 candidats. En voici la liste, par ordre de mérite :

1. Gosset, Frédet, Ferron, Mme Tallard (Marie), Ramond, Druault, Carpentier (Gustave), Levrey, Ballet, Manoury.

11. Batigne, Funck, Kuss, Pissavy, Millet, Dryon, Fossart, Moret, Poussin, Khorassandji.

21. Sicard, de Varona, Dupuy-Dutemps, Collinet (Paul), Collin, Grenet, Branca, Le Damany, Mauger, Mouchet.

31. Sersiron, Castaigne, Fournier, Fresson, Froussard, Haury, Noir, Philippe, Labbé, Landel.

41. Wiart, Roques, Arié, Chaillous, Griner, Levet, Rastouil, Flandre, Garnier, Bayeux.

51. Hubrecht, Charbant, Le Roy, Constensoux, Friteau, Galpin, Roger, Schæfer, Décrand, Derocque.

61. Gauchet, Valois, Mourette, Petit, Touillon, Auclair, Josué, Hérescu, Marchal, Michaut.

71. Diriart, Deroyer, Gésua, Isidor, Siguier, Junien-Lavillauroy, Laroche, Noirot, Bernard (Jean), Voisin.

81. Costin, Cottet, Fachatte, Codet, Darras, Ghika (Charles), Lieffring, Morin, Bourguignon, Calton.

91. Chauvel, Dujardin-Beaumetz (Édouard), Fauquez, Perdriat, Baigue, Piras, Vignaud-Dupuy de Saint-Florent, Mlle Besson (Constance), Bonnet (Léon), Paulescu.

101. Boué, Lévy (Georges), Vignès, Cocagne, Larricq, Marchais, Villequez, Beauvallet, Dupuy (Pierre), Richard (Gaston).

111. Ventuejol, Chanson, Gagey, Larsonneur, Lévy (Jules), Zimmern, Arrizabalaga, Gheorghiu, Cange, Plancke.

121. Saurel, Vaslet de Fontaubert, Bresson, Gatay, Lustgarten, Sarrot, Audion, Boulai (Jean), Carpentier, Chevrolle.

131. Demongeot de Confévron, Macé (Olivier), Martin (Rémond), Michaux, Reille, Termet, Degorce, Guilpin, Piatot, Lourdin.

141. Pierreson, Sainton, Hannebelle, Jeanne (Achille), Joly, Larrieu, Manceau, Moreau, Pascal, Pinault.

151. Robert, Crochet, Dardel (Paul), Gaffié, Monthus, Turner, Barozzi, Gally, Véron, Poulain.

161. Pochon, Monod (Jacques), Beach, Oguse, Vassal, Leclerc, Lochelongue, Meige, Thomas (Charles), Brunet (Henri).

171. Coville, Darin, Dubois, Gasnier, Gaullieur, Goguel, Morin (Charles), Duran, Grandou, Mollenthiel.

181. Moullin, Tariel, de Keating-Hart, Barau, Martirené, Vilenski, Lachowski, Redhon, Zadoc, Zysman.

191. Cololian Maksoud, Dupaigne, Villard, Spindler (Paul), Chandebois, Eudlitz, Hérard (Emmanuel), Morange, Watin, Bernheim.

201. Hanotte, Schultz (Maurice), Costinescu, Devillas, Frenkel, Prodhon, Robet, Roques, Caraës, Emery.

211. Estrabant, Fauchon-Villeplée, Iselin, Mlle Kalopothakès, Massis, Ménier, Pelisse, Steeg, Dartigues, Hobbs.

221. Leroy (Louis), Rousseau (Georges), Le Guern, Guiart, Millon, Pau, Lecointre, Bompaire, Mlle Zlotowska, Claudel.

231. Kriéger, Urulay, Berthelin, Champion, Firmin, Veillet, Vigneron, Boulay, Brunati, Péchin.

241. Aragon, Louis (Fernand), Argelliès, Benoît (Charles), Debled, Duchemin, Durand, Leroty, Vidal, Lacaze.

251. Martin (André), Cobilovici, Bonnardot, Legrand, Dellac, Griffon, Grould, Mlle Protopopoff, Barbier (Georges), Labady.

261. Vouzelle, Piard, Prédal, Beaulavon, Châtelain (Paul), Groll, Pouzol, Crétel, Decloux, Samalens.

271. Bourbon, Duboscq, Gachon, Houssay, Perdereau, Valot, Milhau, Mlle Nafpliotou, Quévédoy Zubiéta, Sanvert dit Rellay.

281. Vast, Anselin, Cernéa, Bourgouin, Fort (Ernest), Lallemand, Synnéphias, Wormser, Poirrier, Juvara.

291. Trouvé, Korngold, Kœsch, Champenier, Haas, Bazor, Lafont, Petit (Léon), Gochbaum, Tennant.

301. Maurice (Eugène), Sellerier, Andoucet, Girerd, Ulmann, Coulloume-Labarthe, Lagrange, Foy, d'Heilly (Jacques), Quelmé.

311. Béchet, Mlle Desmolières, Lemoine, Perceau, de Moranda, Desternes, Clarac, Prieur.

— Le concours pour la nomination de huit internes en médecine, dans les asiles d'aliénés de la Seine, s'est terminé par les nominations suivantes : *Internes titulaires* : 1. Lachaud, Escat, Lefilliatre, Moundlic, Maupaté et Desfosse; — *Internes provisoires* : 1. Gasselin, Ecart, Nollet et Lemaitre. — Le nombre des candidats s'élevait à 28 et 17 avaient été déclarés admissibles.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bourdon, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine. Les obsèques auront lieu dimanche, à onze heures trois quarts, en l'église Sainte-Clotilde; — Victor Haguenthal, décédé à Chatou; sa mère, accourue de Pont-à-Mousson à son chevet, y succombait deux jours après aux mêmes complications de l'influenza; — Émile Parisot, professeur-adjoint à la Faculté de médecine de Nancy, médecin de l'hospice Stanislas, ancien interne des hôpitaux de Paris; M. Émile Parisot était, en 1872, professeur-adjoint à l'École de médecine de Nancy quand la Faculté de Strasbourg fut transférée dans cette ville. Il fut maintenu avec son titre, dans l'organisation de la nouvelle Faculté. Mais, depuis longtemps, il ne participait plus à l'enseignement, les cadres des agrégés ayant été remplis par les divers concours d'agrégation, et il se consacrait exclusivement à sa nombreuse clientèle. Il a été emporté en quelques jours, à l'âge de soixante-trois ans, par l'épidémie d'influenza qui sévit actuellement à Nancy avec une certaine intensité.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Hôpitaux et hospices civils de Paris. — Répartition des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et externes, à dater du 1er février 1892. — Premiers-Paris. — Les médecins des Bureaux de bienfaisance de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

Répartition des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et externes, à dater du 1er février 1892.

Hôtel-Dieu. — Médecin : M. le professeur Germain Sée; chef de clinique : M. Lyon; interne : M. Sée (Marcel); externes : MM. Jay (Alexandre), Caye, Paquet, Mory, Lenief, Bacquelin, Vernhes, Lauzeval, Druault.

Médecin : M. Bucquoy; interne : M. Michel; externes : MM. Tissier, Marcopoulos, Millet (Maurice), Maggiar, Bertherand.

Médecin : M. Proust; interne : M. Dubrisay; externes : MM. Meyer, Durrieux, Brunet (Henri), Fosse, Trognon.

Médecin : M. Labbé (Édouard); interne : M. Rochon-Duvignaud; externes : MM. Galpin, Ghika (Charles), Boué, Robert, Mollenthiel.

Médecin : M. Lancereaux; interne lauréat : M. Thiroloix; interne : M. Dupasquier; externes : MM. Richard, Etchépare, Long, Trastour, Prévost (Charles).

Médecin : M. Cornil; interne : M. de Saint-Germain; externes : MM. Guerlain, Dupuy, Rouquès, Décrand, Oppenot.

Chirurgien : M. le professeur Verneuil; chef de clinique : M. Clado; internes : MM. Wassilief, Meunier, Picou; externes : MM. Leclerc (Henri), Vast, Khorassandgi, Christen, Rémond, Collin (Henri), Vignaud de Saint-Florent, Mlle Besson, M. Audion.

Chirurgien : M. le professeur Panas; chef de clinique : M. Chaffard; internes : MM. Terson, Launay, Riche; externes : MM. Pley, Durand (François), Husson, Delansorne, Guyard, Dellac.

Chirurgien : M. Tillaux; internes : MM. Baillet, Arrou; externes : MM. Pinault, Corby, Marchadier, Langlois, Laugier.

Hôtel-Dieu Annexe. — Médecin : M. Delpeuch; interne provisoire : M. Hobbs; externes provisoires : MM. Lourdin, Valois, Chandebois, Claudel, Prodhon.

Médecin : M. Gaucher; interne provisoire : M. Collinet; externes : MM. Turner, Frenkel, Diniz, Cobilovici.

Médecin : M. Siredey; interne provisoire : M. Petit (René); externes : MM. Morange, Veillet, Caraës, Pau.

Hôpital de la Pitié. — Médecin : M. le professeur Jaccoud; chef de clinique : M. Ménétrier; interne : M. Pineau; externes : MM. Fauquez, Radovici, Guillemet, Cotta, Chanson, Hérescu.

Médecin : M. Audhoui; interne : M. Lepetit (Paul); externes : MM. Pelissé, Delmas, Corbière, Cocagne, Gally, Dubois (Fernand).

Médecin : M. Moutard-Martin; interne : M. Bonneau; externes : MM. Larrieu, Stavaux, Bouquet (Henri), Contrastin, Devillas (Joseph).

Médecin : M. Robin (Albert); interne : M. Leredde; externes : MM. C. Leblanc, Coursier, Kuss, Bartoli, Billot (Paul), Lafond (Fernand).

Médecin : M. Muselier; interne : M. Richerolle; externes : MM. Dupuy-Dutemps, Sicard, Ghiorghiu, Bompaire.

Médecin : M. Faisans; interne : M. Bezançon (Fernand); externes : MM. Brosset, Pêtre, Siron.

Chirurgien : M. le professeur Le Fort; chef de clinique : M. Lejars; internes : MM. Souligoux, Chapt, Marmasse; externes : MM. Bonnet, Monscourt, Michaux (Georges), Villequez, Boulai (Jean), Martin (Raymond), Termet, Dardel.

Chirurgien : M. Polaillon; internes : MM. Navarro, Meslay, Martin (Louis); externes : MM. Houdaille, Céry, Contansoux, Touillon, Michaut (Charles), Bernard (Jean).

Accoucheur : M. Maygrier; interne : M. Chaillou; externes : MM. Coquerelle, Junien-Lavillauroy.

Hôpital de la Charité. — Médecin : M. le professeur Potain; chef de clinique : M. Vaquez; interne : M. Bureau; externes : MM. Manoury, Chatenay, Delabost, du Bouchet.

Médecin : M. Desnos; interne : M. Dufour; externes : MM. Fonlladosa, Millienne, Reille, Piatot.

Médecin : M. Luys; interne : M. Chrétien; externes : MM. de Keating-Hart, Hanotte, Duboscq, Mlle Nafpliotou.

Médecin : M. Constantin-Paul; interne : M. Dufournier; externes : MM. Van Bergen, Joly (Louis), Moreau (Louis), Gaffié, Goguel, Morin (Charles).

Médecin : M. Brouardel; interne : M. Aimar-Raoult; externes : MM. Hepp, Tissier (Paul), Cavasse, Gestat.

Médecin : M. Bouchard; interne : M. Teissier; externes : MM. du Mesnil, Carnot, Caboche, Thomas (André), Mourette.

Chirurgien : M. le professeur Duplay; chef de clinique : M. Delbet; internes : MM. Cazin, Braquehaye, Pauchet (Victor); externes : MM. Sifflet, Ventuejol, Jonnart, Sarafoff, Moret (Louis), Grenet, Gatay.

Chirurgien : M. Després; internes : MM. Marion, Jorand; externes : MM. Decornet, Bourbon (Achille), Jeanne, Durand (Eugène).

Accoucheur : M. Budin; interne : M. Chavane; externes : MM. Maksud, Deronde.

Hôpital Saint-Antoine. — Médecin : M. Hayem; interne : M. Thiercelin; interne provisoire : M. Lévi (Charles); externes : MM. Nissim, Babon, Mlle de Lesly, MM. Gésua, Lévy (Émile).

Médecin : M. Hanot; interne : M. Gaston; externes : MM. Fournier (Edmond), Salmon (Paul), Couvreur, Leroux, Boutroux.

Médecin : M. Gingeot; interne : M. Sergent; externes : MM. Beauvallet, Spindler, Firmin, Delisle.

Médecin : M. Tapret; interne : M. Londe; externes : MM. Sébilleau, Macrez, Mlle Leclerc, Changeux.

Médecin : M. Letulle; interne : M. Nicolle; externes : MM. Ménard, Cerf, Tacquet, Lemelletier, Comar (Gaston), Grasset.

Médecin : M. Merklen; interne : M. Leblond; externes : MM. Jacobson, Martin (Charles), Boquel (André), Blanc.

Médecin : M. Brissaud; interne : M. Charcot; externes : MM. de Gaulejac, Darzens, Darquier, Lapointe.

Médecin : M. Ballet; interne : M. Boix; externes : MM. Got, Lucas (Gustave), Ballet, Bodin.

Chirurgien : M. Monod; internes : MM. Finet, Jayle, Brésard; externes : MM. Lévy (Henri), Brouardel, Fauvelle, Foucart, Leterrier, Bron.

Chirurgien : M. Blum; internes : MM. Brunswic, Perregaux, Schwaab; externes : MM. Bastard, Roques (Lucien), Djelalian, Yvinec, Cougnot, Séguin.

Service d'isolement. — Médecin : M. Galliard; interne provisoire : M. Beaussenat; externes : MM. Estay, Milhau (Gabriel).

Hôpital Necker. — Médecin : M. le professeur Peter; chef de clinique : M. Lion; interne : M. Damourette; externes : MM. Renon, Ardouin, Pierreson, Danet, Marinco, Daguillon.

Médecin : M. Rigal; interne : M. Potier; externes : MM. Desfosses, Lucas (Charles), Dominici, Raynal, Frédet.

Médecin : M. Rendu; interne : M. Triboulet; externes : MM. Pouquet, Chaudet, Texier, Chailloux, Rudaux.

Médecin : M. Dieulafoy; interne : M. Rénon; externes : MM. Lorrain, Thoumire, Baron, Robineau (Maurice).

Chirurgien : M. le professeur Le Dentu; chef de clinique : M. Lyot; internes : MM. Brodier, Delbet, Genouville; externes : MM. Riche (André), Thiénot, Vermorel, Hémery, Guimard, Crouzet.

Chirurgien : M. le professeur Guyon; chef de clinique : M. Albarran; internes : MM. Crouzet, Reymond, Sorel; externes : MM. Lenoir, David (Henri), Pecker, Gosset, Eichmuller, Comte (Albert).

Chirurgien : M. Horteloup; internes : MM. Bodin, Duvivier; externes : MM. Bernheim, Robet, Vouzelle, Groll.

Hôpital Cochin. — Médecin : M. Dujardin-Beaumetz; internes : MM. Sottas, Erhardt; externes : MM. Patay, Auguy, Degorce, Pascal, Pouillot, Capdepont, Villière, Ozanon.

Médecin : M. Gouraud; interne : M. Mirallié; externes : MM. Deroyer, Argelliès, Tonnelier, Girard, Moullin.

Chirurgien : M. Schwartz; internes : MM. Martin-Dürr, Banzet; externes : MM. Villate de Peufeilhoux, Watteau, Nanheimer, Mme Tallard (Marie).

Chirurgien : M. Quénu; internes : MM. Carrel, Manson, Bernardbeig; externes : M. de Oliveira-Néry, Mme Peltier, MM. Jacob, Tainturier, Tirard, Marchal.

Chirurgien : M. Bouilly; internes : MM. Appert, Tollemer; externes : MM. Wintrebert (Maurice), Vanverts, Aragon.

Service temporaire. — Médecin : M. Babinski; interne provisoire : Escat (Jean); externes : Quelmé, Béchet (Gaston), Lemoine, de Miranda.

Hôpital Beaujon. — Médecin : M. Millard; interne : M. Pescher; externes : MM. Bensaude, Lévy (Armand), Delamare, Martin (Henri).

Médecin : M. Guyot; interne : M. Taurin; externes : MM. Clamouse, Hugonnet, Thomas (Joseph), Dumontier, Choppin, Monod.

Médecin : M. Gombault (Constant); interne : M. Legrand; externes : M. Leroy (Eugène), Mlle Hoeltzel, MM. Siguier, Didsbury.

Médecin : M. Fernet; interne : M. Lasserre; externes : MM. Guibert, Leroy (Raoul), Lesimple, Viguès.

Chirurgien : M. Labbé (Léon); internes : MM. Lafourcade, Vercoustre; externes : MM. Bize, Mortagne, Guillon, Markowitch, Angot, Foubert, Bobier.

Chirurgien : M. Anger (Benjamin); internes : MM. Papillon, Dutournier (Adrien); externes : MM. Lemoult, Léger, Grosjean, Garnier (Marcel), Cange.

Chirurgien : M. Anger (Théophile); internes : MM. Donnet, Gervais de Rouville; externes : MM. Auclair (Joseph), Charnaux, Bonamy, Castaigne, Pressat, Puech-Legoyt.

Accoucheur : M. Ribemont-Dessaignes; interne : M. Marie (Auguste); externes : MM. Catunéanu, Keller.

Hôpital Lariboisière. — Médecin : M. Duguet; interne : M. Ettlinger; externes : MM. Jay (Noël), Daumy, Chevereau, Lévy (Georges); Barbier (Michel), Deneux.

Médecin : M. Gérin-Roze; interne : M. Faure-Miller, suppléé par M. Fauchon-Villeplée, interne provisoire; externes : MM. Barbary, Delaroche, Cottet, Nathanson.

Médecin : M. Gouguenheim; interne : M. Hélary; interne provisoire : M. Isidor; externes : MM. Sauvez, Trinité, Richard d'Aulnay (Gaston), Barozzi, Virchaux, Chabory, Dupuy (Pierre).

Médecin : M. Raymond; interne : M. Nageotte; externes : MM. Claude, Brunet (Henri), Dolbeau (Pierre), Vassal, Bigeard.

Médecin : M. Landrieux; interne : M. Cazenave; externes : MM. Vérin, Derome, Tucker, Leseigneur, Gillé, Le Roy (Georges).

Médecin : M. Troisier; interne : M. Bergé; externes : MM. Desveaux, Decès, Gosset, Combalat.

Chirurgien : M. Périer; internes : M. Gilis, Mme Nageotte-Wilbouschewitch; interne provisoire : M. Wintrebert; externes : MM. Hardiviller, Roché, Herzenberg, Bossu, Aubry (Émile), d'Heilly, Veuillot, Debains.

Chirurgien : M. Delens; internes : MM. Rousseau, Mangin-Bocquet; externes : MM. Sicard, Radignet, Voronoff.

Chirurgien : M. Berger; internes : MM. Malapert, Blaise; externes : MM. Vignaudon, Hardel, Carra, Latruffe, Mottesal, Bonzon.

Chirurgien : M. Peyrot; internes : MM. Bernard (Félix), Magniaux; externes : MM. Sauvage, Lemaître (Paul), Vergues, Lapeyre, Hermary.

Accoucheur : M. Porak; interne : M. Touchard; externes : MM. Bruyer, Millon (René), Clément (Georges), Eudlitz.

Hôpital Tenon. — Médecin : M. Dreyfus-Brisac; interne : M. Laurent-Prefontaine; externes : Mlle Pasternak, MM. Baldet, Claverie, Ghazarossian, Mlle Scheinziss.

Médecin : M. Cuffer; interne : M. Gouget; externes : MM. Wesberge, Lhomme, Bastide, Ardillaux, Gourichon, Mlle Zlotowska (Régina).

Médecin : M. Roques; interne : M. Perrin; externes : MM. Laforest, Durville, Thibaud, Devillas.

Médecin : M. Oulmont; interne : M. Saguet; externes : MM. Gasnier, Rottenberg, Pachabézian, Mlle Zlotowska (Anna), M. Lucron.

Médecin : M. Talamon; interne : M. Brodier (Léon); externes : MM. Ravanier, Moreau (Eugène), Guillemot (Louis).

Médecin : M. Brault; interne : M. Michel Dansac; externes : MM. Frémin, Envrard, Fauvel.

Médecin : M. Barié; interne : M. Pompidor; externes : MM. Derrien, Hamant, Lardeux, Mermet, Dreyfus.

Médecin : M. Comby; interne : M. Savariaud; externes : MM. Monteiro, Chaumier, Abramovistch, Differdange, Hulmann.

Chirurgien : M. Felizet; internes : MM. Mignot, Auvray; interne provisoire : M. Benoit; externes : MM. Lesné, Balli, Charpentier, Lafont (Pierre), Fachatte, Gibert (Joseph).

Chirurgien : M. Richelot; internes : MM. Giresse, Dudefoy, Perruchet; externes : MM. Guilleminot, Champenois, Grenet (Octave), Golescéanu, Morel (Jean), Zysman.

Chirurgien : M. Reynier; internes : MM. Bernard (Gustave), Houzé, Danseux; externes : MM. Guérin, Paulesco, Ferron, Rosenblat, Mlle Bouet, M. Cunéo.

Accoucheur : M. Champetier de Ribes; interne : M. Veslin; externes : MM. Maurice (Eugène), Guay (Charles), Charbaut.

Hôpital Laennec. — Médecin : M. Ball; interne : M. Morax; externes : MM. Cheviolle, Cololian, Mlle Lipinska, MM. Monthus, Bergeron.

Médecin : M. Ferrand; interne : M. Walch; externes : MM. Bruneau, Joly (Paul), Friteau, Petit (Raymond), Bourguignon, Piras.

Médecin : M. Straus ; interne : M. Veillon ; externes : MM. Canuet, Funck-Brentano, Schæfer, Guérineau, Lavergne.

Médecin : M. Landouzy ; interne : M. Thérèse ; externes : MM. Anghelesco, Gouvernaire, Vanderhagen, Gentilhomme, Aubry (Justin), Choisnet.

Chirurgien : M. Nicaise ; internes : MM. Renault (Louis), Damaye (Léon) ; interne provisoire : M. Macé (Ollivier) ; externes : MM. Roger (Paul), Barbellion, Bolognesi, Chantier, Villard, Coquet.

Service temporaire. — Médecin : M. Charrin ; interne provisoire : M. Auclair ; externes : MM. d'Artigues, Ureclay, Champion, Coulloume-Labarthe, Foy, Porceau.

Hôpital Bichat. — Médecin : M. Huchard ; interne : M. Collinet ; externes : MM. Chevillot, Meslier, Tennant, Millet (Charles), Granguillot.

Médecin : M. Lacombe ; interne : M. Frey ; externes : MM. Baruk, Rollin, Guillemot (Albert), Gayman, Saurel (Georges).

Chirurgien : M. Terrier ; internes : MM. Malton, Touche, Malherbe ; externes : MM. Lieffring, Clarac, Altman, Kaminer, Guillemin (Joseph), Martin (Achille), Rosenbaum.

Hôpital d'Aubervilliers. — Médecin : M. Netter ; interne provisoire : M. Schmid ; externe : M. Fialon.

Bastion 36. — Médecin : M. Gilbert ; interne provisoire : M. Jeannin ; externes : MM. Marchais, Bresson, Beach.

Médecin : M. Lermoyez ; interne provisoire : M. Maupâté ; externes : MM. Guilpin, Manceau, Oguse.

Hôpital Andral. — Médecin : M. Debove ; internes : MM. Mendel, Soupault ; externes : MM. Zimmern, Lachouille, Bouteil, Delmond-Bébet, Tisserand, Levrey.

Hôpital Broussais. — Médecin : M. Barth ; interne : M. Chibret ; externes : Mme Eliacheff, MM. Rochon, Poux, Grasset.

Médecin : M. Chauffard ; interne : M. Bouglé ; externes : MM. Lalande, Bonnus, Ancelet, de Fayard.

Chirurgien : M. Reclus ; internes : MM. Glantenay, Morestin ; externes : MM. Bayeux, Tsakiris, Larricq, Baraduc, Mlle Gorwitz.

Hôpital Saint-Louis. — Médecin : M. le professeur Fournier ; chef de clinique : M. Hudelo ; chef de clinique adjoint : M. Wickham ; interne : M. Bataille ; externes : MM. Grandou, Couillaud, Estrabant, Dande-Lagrave, Schwob.

Médecin : M. Besnier ; interne : M. Sabouraud ; externes : MM. Lenoble, Darras, Durand (Léon), Chaillous (Maurice).

Médecin : M. Hallopeau ; interne : M. Barrié ; interne provisoire : M. Lombard ; externes : MM. Cocquelet, Gerson, Paquy, Lefèvre (Edmond).

Médecin : M. Quinquaud ; interne : M. Souplet ; externes : MM. Dreyer-Dufer, Wormser, Bouquet (Pierre), Derocque.

Médecin : M. Tenneson ; interne : M. Berdal ; externes : MM. Delbecque, Normand, Vilenski, Sarremone, Tanguy.

Médecin : M. Du Castel ; interne : M. Durante ; externes : MM. Audrain, Grunberg, Le Conte, Georgescu-Carpatianu.

Chirurgien : M. Péan ; internes : MM. Benoit (Auguste), Calbet, Camescasse ; externes : MM. Ribell, Cosmabey, Prévost (René), Javey, Plantier, Voisin (Henri).

Chirurgien : M. Lucas-Championnière ; internes : MM. Artus, Michon, Guépin ; externes : MM. Nordmann, Colin (Gabriel), Pinesse, Hiesco, Fossard, Bacri.

Chirurgien : M. Marchand ; internes : MM. Orrillard (Abel), Rancurel, Poivet ; externes : MM. Royer (Adolphe), Mérieux, Ponteau, Aschkinazi, Piaget, Roger (Jean).

Accoucheur : M. Bar ; interne : M. Cautru ; externes : MM. Courtillier, Sallé.

Service temporaire. — Médecin : M. Variot ; interne provisoire : M. Josué ; externes : MM. Dufour (Prosper), Vassal, Zadoc, Leroy (Louis).

Hôpital du Midi. — Médecin : M. Mauriac ; interne : M. Thomas (Jean) ; externes : MM. Beaulam, Chatelain (Paul), Cretel.

Médecin : M. Balzer ; interne : M. Jacquinet ; externes : MM. Théry, Ménier, Champenier.

Chirurgien : M. Humbert ; interne : M. Delanglade ; externes : MM. Massis, Grould, Fort, Synnéphias.

Hôpital de Lourcine. — Médecin : M. de Beurmann ; interne : M. Brindeau ; externes : MM. Louis, Debled, Pouzal, Gachon, Anselin.

Médecin : M. Renault ; interne : M. Fournier ; externes : MM. Steeg, Martin (André), Labadie, Perdereau, Juvara.

Chirurgien : M. Pozzi ; internes : MM. de la Nièce, Delaunay ; interne provisoire : M. Martin (Albert) ; externes : MM. Gaullieur L'hardy, Miquet, Grilhaut des Fontaines, Costin, Mlle Broïdo.

Hôpital de la Maternité. — Médecin : M. Guéniot ; interne : M. Potel (Maurice).

Médecin : M. Labadie-Lagrave ; interne : M. Basset.

Clinique Baudelocque. — Accoucheur : M. le professeur Pinard ; chef de clinique : M. Varnier ; externes : MM. Farabeuf (Pierre), Mourlot, Samalens, Pargoire, Sarrouy.

Hôpital de la Clinique d'Accouchements. — Chirurgien : M. le professeur Tarnier ; chef de clinique : M. Tissier ; externes : MM. Bonnardot, Cachau, Boëteau, Leray, Calton, Pochon.

Maison municipale de santé. — Médecin : M. Lecorché ; interne : M. Bernheim ; externes : MM. Hamaide, Béretta, Sersiron.

Médecin : M. Danlos ; interne : M. Guitton ; externes : MM. Horay, Goupil, Martin (Jean).

Chirurgien : M. Segond ; internes : MM. Baudron, Le Moniet ; externes : MM. Baudré, Bernard (Georges), Le Masson, Desgénetez.

Chirurgien : M. Nélaton ; internes : MM. Ripault, de Massary ; externes : MM. Virey, Alleaume, Faitout.

Hôpital des Enfants-Malades. — Médecin : M. le professeur Grancher ; chef de clinique : M. Martin de Gimard ; chef de clinique adjoint : M. L. Guinon ; interne : M. Renault (Jules) ; externes : MM. Costinescu, Le Guern, Redon, de Créquy, Berg, Millet (Georges).

Médecin : M. Jules Simon ; interne : M. Bardol ; externes : MM. Landel, Behr, Bourgeois, Véron, Martirené, Lachowski.

Médecin : M. Descroizilles ; interne : M. Lebon ; externes : MM. Darin, Watin, Mlle Protopopoff, MM. Sanvert dit Rellay, Rœsch, Petit (Léon).

Médecin : M. Ollivier ; interne : M. Harou ; externes : MM. Lévy (Jules), Harlez, Gay, Faure, Griffon, Lacaze (Gaston).

Médecin : M. d'Heilly ; interne : M. Gauthier (Jean) ; externes : MM. Bourgoin, Poirrier, Korngold, Haas, Bazor, Gochbaum.

Chirurgien : M. de Saint-Germain ; internes : MM. Follet, Hulot ; externes : MM. Alliot, Relle, Mauger, Barau, Houssay, Quévédo, Cernéa.

Service temporaire d'adultes. — Médecin : M. Ollivier ; interne provisoire : M. Gesland ; externes : M. Lagrange, Mlle Desmolières.

Hôpital Trousseau. — Médecin : M. Legroux ; interne : M. Degueret ; externes : MM. Trochet, Baley, Laurens, Cohanesco, Maugery.

Médecin : M. Sevestre ; interne : M. Gauthier (Charles) ; externes : MM. Venot, de Combes, Marçais, Bruyère, Angerant.

Médecin : M. Moizard ; interne : M. Phulpin ; externes : MM. Combes, Le Dard, Meusnier (Edmond), Mme Colson, M. Hopenhendler.

Chirurgien : M. Lannelongue ; interne lauréat : M. Mauclaire ; internes : MM. Jacob, Guillemain ; externes : MM. Lévy (Samuel), Diriar, Vic, Mlle Kalopotakès, MM. Duchemin (René), Lévy (Moïse), Ramond, de Varona.

Service temporaire (adultes). — Médecin : M. Moizard ; interne provisoire : M. Collet ; externes : MM. Kriéger, Brunati.

Hospice des Enfants-Assistés. — Médecin : M. Hutinel ; internes : MM. Claisse, Auscher ; interne provisoire : M. Dujon ; externes :

MM. Fourault, Morin (André), Comte (Raoul), Chassevant, Bouley (Charles).

Chirurgien : M. Kirmisson ; internes : MM. Sainton, Longuet; externes : MM. Hagopow, Noirot, Lévy (Maurice), Hérard.

Hospice de Bicêtre. — Médecin : M. Dejerine; interne : M. Vialet; interne provisoire : M. Flandre.

Chirurgien : M. Campenon ; internes : MM. Bois, Fiquet; interne provisoire : M. Arrizabalaga.

Médecin : M. Bourneville ; internes : MM. Février, Dauriac; interne provisoire : M. Noir.

Médecin : M. Charpentier ; interne : M. Lemariey; interne provisoire : M. Baillet.

Médecin : M. Deny; interne : M. Flœrsheim; interne provisoire : M. Bellot.

Médecin : M. Féré; interne : M. Maurel; interne provisoire : M. Ouvry.

Hospice de la Salpêtrière. — Médecin : M. le professeur Charcot; chef de clinique : M. Dutil; chef de clinique adjoint : M. Berbez ; internes : MM. Guyon, Lamy ; externes : MM. Carpentier (Prosper), Prédal, Émery (Émile), Letorey, Potelet, Poix, Lochelongue, Trenel.

Médecin : M. Joffroy ; interne : M. Breton; interne provisoire : M. Baudet; externes : MM. Rastouil, Girerd, Wiart, Vaslet de Fontaubert.

Médecin : M. Voisin (Auguste); interne : M. Zuber; externes : MM. Planche, Philippe.

Médecin : M. Voisin (Jules) ; interne : M. Landowski ; externe : M. Prieur (Henri).

Médecin : M. Falret; interne : M. Sourdille ; externe : M. Lefilliâtre.

Chirurgien : M. Terrillon; internes : MM. Gallet-Duplessis, Vatel; externes : MM. Spaletta, Fontoymont, Laroche, Paturet.

Service temporaire. — 1re partie : Médecin : M. le professeur Charcot; interne provisoire : M. Gasne ; externe : M. Ulmann.

2e partie : Médecin : M. Joffroy ; interne provisoire : M. Magdelaine ; externe : MM. Desternes; Prieur (Henri).

Hospice des Incurables (Ivry). — Médecin : M. Gombault; interne : M. Lalipré; interne provisoire : M. Tariel; externe : M. Thomas (Charles).

Chirurgien : M. Prengrueber ; interne : M. Thévenard; interne provisoire : M. Emerit ; externe : M. Zeimet.

Hospice des Ménages (Issy). — Médecin : M. Chantemesse; interne : M. Marie (René); interne provisoire : M. Apert ; externe : M. Griner.

Institution Sainte-Périne et Maison de retraite Chardon-Lagache. — Médecin : M. Hirtz (Edgar); internes : MM. Poussard, Raffray.

Maison de retraite de La Rochefoucauld. — Médecin : M. Brocq; interne provisoire : M. Binot.

Paris, le 1er février 1892.

Dans le dernier numéro du *Lyon médical*, M. le professeur Lépine se déclare le défenseur convaincu de la thèse de doctorat, « qui constitue un acte probatoire où le candidat doit montrer qu'il sait exposer ce qu'il veut dire et qu'il a des idées suffisamment justes en médecine ». A la Faculté de Lyon, ajoute le professeur, « à peine sur 100 thèses s'il y en a 3 véritablement très médiocres ». Cette dernière opinion est tout à l'honneur de notre grande Faculté lyonnaise; mais, sans vouloir en appeler du jugement de notre distingué collègue, mieux placé que nous pour émettre semblable opinion, n'est-il pas à craindre qu'il ne se soit laissé abuser par une indulgence, très légitime d'ailleurs. Il est si difficile de juger sévèrement les siens !

En admettant même que sur 100 thèses il n'y en eût que 3 très médiocres, nous prétendons que le nombre des thèses « véritablement bonnes » ne dépasse guère le chiffre de 8 à 10 p. 100, et que les 90 autres thèses sont, au point de vue scientifique, absolument inutiles.

Nous ne saurions admettre que la thèse soit un examen probatoire. Avec la série, si multipliée aujourd'hui, des examens de doctorat, professeurs et élèves ont été suffisamment en contact, pour que ceux-ci, arrivés à la fin de leurs études, n'aient plus besoin de *prouver* qu'ils « ont des connaissances suffisamment justes en médecine ». La soutenance de la thèse, telle qu'elle est comprise aujourd'hui, n'est plus un examen, ce n'est pas davantage un acte probatoire.

Autrefois, le candidat qui soutenait sa thèse était interrogé sur toutes les branches de la médecine, et la soutenance de la thèse n'était qu'une minime partie de cet examen général véritablement probatoire; mais l'on comprit (les examens de fin d'année existaient alors) qu'il était bien inutile de recommencer une troisième fois les examens et les interrogatoires, et de cet examen final et général, la soutenance de la thèse resta seule. Mais, ô puissance de la routine ! le candidat continua de faire imprimer, à la dernière page de sa thèse, la liste des questions auxquelles il avait, soi-disant, répondu. Cette liste fantaisiste était faite après coup, soit par l'étudiant, soit même par l'imprimeur. Elle figura sur les thèses, jusque dans ces dernières années. C'était purement inutile et ridicule, peu à peu il n'en fut plus question, et de cet antique usage il ne reste plus rien. La soutenance de la thèse subsiste seule comme couronnement des études médicales.

Le plaidoyer enthousiaste du professeur lyonnais ne nous fait pas revenir sur l'opinion que nous avons précédemment soutenue (1). Ses arguments, déjà vivement réfutés par le *Progrès médical*, ne nous paraissent pas convaincants.

La thèse, dit M. Lépine, constitue, pour les jeunes gens, « un effort utile, une œuvre personnelle », alors qu'il est reconnu que la valeur de cette œuvre personnelle est généralement des plus minimes. Rarement originales, les thèses « recèlent, le plus souvent, une ou plusieurs observations cliniques ». Le fait est incontestable, mais c'est là le rôle des publications périodiques, dont le nombre est aujourd'hui si grand, de divulguer ces bonnes observations cliniques, et, à notre avis, une observation risque beaucoup plus d'être ignorée de la masse des médecins, et, par conséquent, d'être en partie perdue, si elle est enterrée dans une thèse, au lieu d'être livrée au grand jour de la publicité dans un journal de médecine ou dans une société savante. Sans doute la collection de ces thèses « constitue un monument historique qui n'est pas sans valeur », mais ce qui lui donne cette valeur incontestable, ce sont les quelques rares thèses qui méritent véritablement ce titre.

Rien ne nous paraît légitimer la conservation de cette antique formalité : telle qu'elle est comprise actuellement, elle doit disparaître. Sa seule utilité est, pour la Faculté et pour l'État, une utilité budgétaire. Or, il serait facile de répartir, au besoin, sur les autres examens de doctorat, la somme dont la caisse de l'État serait privée par la suppression de la thèse.

L'unique objection que l'on pourrait faire à cette suppression totale, c'est la disparition de ces bonnes et rares

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 69.

thèses qui sont véritablement des œuvres de valeur et qui marquent le mouvement en avant des sciences médicales. Mais qu'est-il besoin pour cela de condamner à la thèse les 90 p. 100 d'étudiants qui vont faire œuvre inutile? Quels sont ceux dont les travaux se remarquent et se distinguent? Ne sont-ce pas ceux qui, plus tard, à des titres différents, vont illustrer la carrière médicale, dans les étapes successives qu'ils vont franchir par la voie des concours? Dès lors, il est facile d'imposer la thèse et de la rendre obligatoire à ceux qui se destinent à l'enseignement et aux concours : internes, aides d'anatomie, prosecteurs, chefs de clinique, chefs de laboratoire, médecins et chirurgiens des hôpitaux, etc. Il nous semble qu'ainsi, le nombre des bonnes thèses ne diminuerait guère et que les bibliothèques des Facultés seraient moins encombrées d'ouvrages inutiles. Rien d'ailleurs n'empêcherait un candidat sérieux, travailleur, qui se serait adonné à un sujet d'étude, de faire sa thèse inaugurale; la thèse serait facultative et, de la sorte, ceux qui s'y présenteraient, n'y étant pas forcés, ne pourraient y apporter que des œuvres véritablement scientifiques.

Est-ce l'influenza qui en est la cause, directe ou indirecte, mais depuis quelques semaines, les séances de la Société médicale des hôpitaux sont moins suivies et moins remplies. Espérons que ce relâchement sera momentané. Cette Société a le devoir d'être la première société médicale de France, et c'est à sa tribune que les médecins des hôpitaux doivent démontrer la valeur et la vitalité scientifique du corps auquel ils appartiennent. Ce ne sont pas les matériaux d'étude qui manquent dans leurs services, qui regorgent de faits intéressants.

Le 29 janvier, une seule présentation de malade par M. Rendu. Il s'agit d'un homme hystérique depuis dix ans, à la suite d'un accident : il était tombé dans une cuve de sulfure de carbone. On a pu constater chez lui des phénomènes hystériques bien nets; hémiparésie, hémi-anesthésie sensitive et sensorielle, retrécissement du champ visuel, points hystérogènes, c'est un type classique. Il a reçu du reste l'estampille officielle à la clinique de la Salpêtrière, et M. Luys était certainement mal inspiré, en contestant le diagnostic posé par tous ceux qui ont vu le malade avant lui. Ce sur quoi M. Rendu attire l'attention, c'est sur la variation du mode de tremblement observé chez cet individu à diverses époques; il a présenté successivement du tremblement à oscillations rapides semblable au tremblement à forme de sclérose en plaques, et, enfin, dans ces derniers temps, à la fois du tremblement intentionnel connu dans la sclérose en plaques et un tremblement permanent qui rappelle tout à fait celui de la paralysie agitante.

C'est une notion importante que celle des tremblements hystériques que nous devons en grande partie à M. Rendu; c'est également une notion importante que celle de la variabilité protéiforme de cette manifestation indiquée successivement par MM. Raymond et Rendu. Il y a un bénéfice très grand à ne pas attribuer à des lésions cérébro-spinales ce qui dépend d'une névrose sans lésions.

La Société de dermatologie est une société bien vivante; on trouve dans chacune de ses séances des travaux importants. Très souvent, certains travaux ont un intérêt très grand, même pour les praticiens de la médecine générale. C'est de ces derniers que nous rendrons surtout compte ici, en ne faisant qu'indiquer les autres sommairement.

Jeudi dernier, 28 janvier séance supplémentaire rendue nécessaire par l'abondance des matières inscrites au programme.

Présentation par M. Quinquaud d'un cas de pemphigus foliacé papillomateux, à propos duquel s'engage une discussion sur un des sujets les plus obscurs de la dermatologie : ce qu'on devait entendre par le terme de pemphigus. Signalons un fait curieux indiqué par M. Besnier, et qu'il est bon de connaître, la possibilité de l'apparition de la desquamation palmaire chez les personnes qui prennent de l'arsenic.

M. Jullien signale un nouveau cas de phtiriase des paupières observé chez un jeune lycéen et communiquée par M. Dèvre (de Reims).

M. Jacquet montre, parfaitement guérie par les douches chaudes, une femme atteinte de lichen plan qu'il avait montrée simplement améliorée quinze jours auparavant. La série de succès obtenus par ce procédé d'hydrothérapie dans cette variété si rebelle et si pénible de dermatose prurigineuse, mérite au plus haut point d'attirer l'attention.

M. Morel-Lavallée, dans une communication des plus curieuses, que nous reproduirons in extenso, pose à nouveau une question que la généralité des syphiligraphes tend à résoudre par la négative : « Les déterminations organiques de la syphilis peuvent-elles dans certains cas tenir à la nature du virus, celui-ci pouvant alors produire des localisations analogues chez toute une série d'individus contaminés à la même source ? » Une femme de mœurs faciles, servante dans quelque brasserie du quartier latin, a pour amants successivement cinq étudiants auxquels elle donne la syphilis. Trois d'entre eux périssent plus tard de paralysie générale. Y avait-il donc dans la nature même de la graine syphilitique quelque chose qui la portait à exercer plus particulièrement sa malignité sur le cerveau? On a déjà admis que la syphilis prise à certaines sources devait amener des accidents graves en vertu même de la malignité du virus; tandis que d'autres, et, en tête, M. Fournier, pensent que la cause de la gravité des accidents réside surtout dans l'individu contaminé, dans le terrain. Les névropathes dégénérés seraient prédisposés aux accidents du côté du système nerveux, paralysie générale et tabès.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Fournier, Besnier, Ferras, Julien, de Beurmann, qui tendent à repousser l'idée de la malignité de la graine, on propose de mettre cette question à l'ordre du jour de la réunion plénière annuelle de la Société.

M. Fournier demande qu'on y ajoute une autre question : les enfants de parents syphilitiques peuvent-ils devenir syphilitiques eux-mêmes?

Oui, dit M. Besnier, s'ils n'ont pas présenté des manifestations de syphilis héréditaire. Sans cela la syphilis aurait disparu, l'humanité en serait débarrassée. Du reste M. Barthélémy déclare soigner actuellement pour une syphilis — doit-on dire légitime? — avérée en tout cas, un jeune homme dont le père a été lui-même soigné de la syphilis par Ricord.

M. Barthélémy a vu l'adénopathie survenir dans le zona avant toute ulcération cutanée; c'est pour lui une preuve que l'affection zostérienne est une maladie générale qui ne frappe pas seulement le tronc nerveux dans le domaine duquel apparaissent les placards d'herpès.

M. Eraud, dans une épididymite blennorrhagique terminée par suppuration, a examiné le pus au point de vue chimique et bactériologique. Il a trouvé un microbe identique au staphylocoque qui habite l'urèthre normal, et une toxalbulmine qu'élabore ce même microbe. M. Eraud pense, on le sait, que la blennorrhagie est due à un microbe, parasite de l'urèthre à l'état sain, dont la virulence s'exaspère dans certaines conditions. Le mot de Ricord cesserait donc d'être vrai, et la plus laide fille du monde elle-même pourrait donner ce qu'elle n'a pas.

Enfin, M. Hallopeau a présenté un enfant qu'il croit atteint d'une forme atténuée d'ichtyose congénitale, et M. Djelaledin-Mouktar un cas curieux de trichophytie de la paume de la main. La lésion simule une syphilide palmaire, de là l'importance particulière du diagnostic.

Les médecins des Bureaux de bienfaisance du centre de Paris sont sur le point d'être atteints par une mesure administrative tout à fait imprévue. Il s'agit de la mise en disponibilité qui va être appliquée à un grand nombre d'entre eux.

Le Conseil municipal a ordonné de surseoir à cette mesure qui devait être prise au 1er janvier de cette année.

Ce n'est pas, en effet, en ce moment où la quantité des malades des Bureaux de bienfaisance a si considérablement augmenté, qu'il semble possible de diminuer le nombre des médecins appelés à les soigner, eux qui ont déjà un service très chargé en temps ordinaire.

La lettre suivante vient d'être adressée à M. le Préfet de la Seine :

Monsieur le Préfet,

Nous avons l'honneur de vous donner connaissance d'une lettre que nous avons adressée à M. le Ministre de l'Intérieur le 12 juillet 1891, et qui expose le sujet de notre demande.

« Monsieur le Ministre,

Dans sa séance du 8 juillet 1891, la Société médicale des Bureaux de bienfaisance a renouvelé un vœu qu'elle avait déjà émis à plusieurs reprises, et qui consiste dans la nomination, au conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris, d'un médecin des Bureaux de bienfaisance.

Ainsi que vous le savez, monsieur le Ministre, ce conseil se compose d'un certain nombre de membres, les uns nommés en raison de leurs fonctions, les autres laissés au choix de M. le Ministre, ainsi que l'établit la loi qui règle la composition de ce conseil.

Cette loi, par une lacune regrettable, n'ayant pas désigné de médecins des Bureaux de bienfaisance, il est possible, sans la modifier, de réparer cet oubli en nommant, parmi les membres laissés au choix du Ministre, un médecin des Bureaux de bienfaisance.

Cette nomination s'impose de la manière la plus urgente, car le service médical de l'Assistance publique à Paris se partage en deux grandes divisions, la première comprenant les hôpitaux et hospices, et la seconde l'assistance médicale à domicile (Bureaux de bienfaisance). Les médecins de ces deux catégories sont nommés au concours et chargés également de donner leurs soins à la population pauvre de Paris.

Le service des hôpitaux et hospices est seul représenté, au sein du conseil de surveillance, par plusieurs médecins et chirurgiens des hôpitaux : le service à domicile, si considérable déjà et appelé à prendre un développement encore bien plus grand, n'a pas de représentant à ce conseil.

En ce moment, où l'on s'occupe activement de développer l'assistance à domicile, il est absolument nécessaire qu'un des médecins qui y est attaché puisse, au sein du conseil, apporter ses connaissances spéciales et le fruit de son expérience.

Cette nécessité s'est déjà fait sentir d'une manière tellement évidente, qu'à deux reprises différentes, le Conseil municipal s'est prononcé dans ce sens, par deux votes successifs, accomplis à quatre ans de distance.

Nous vous demandons, en conséquence, monsieur le Ministre, de nommer, aussitôt que possible, un médecin des Bureaux de bienfaisance au conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris, vous proposant, si vous le désirez, de vous présenter une liste d'un ou plusieurs médecins des Bureaux de bienfaisance, désignés par leurs collègues.

Veuillez agréer, monsieur le Ministre, l'expression de nos sentiments les plus respectueux et les plus dévoués.

Dr Le Coin, président de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance; Dr Gibert, secrétaire général; Dr Yvon, vice-président. »

Tel est, monsieur le Préfet, le vœu que nous avons l'honneur de vous présenter, en vous priant de vouloir bien l'appuyer par un rapport favorable, ainsi que nous l'espérons vivement.

Veuillez agréer, etc.

Dr Le Coin, président; Dr Gibert, secrétaire général; Dr Billion, premier vice-président; Dr Yvon, second vice-président, de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 25 janvier 1892, M. Carrieu, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à ladite Faculté.

— Par décret, en date du 29 janvier 1892, ont été promus ou nommés dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin-inspecteur de deuxième classe : M. Kermorgant, médecin en chef de première classe.

Au grade de médecin de première classe : MM. les médecins de deuxième classe de la marine, Mélin et Faraut. — M. le médecin de deuxième classe des colonies Brossier.

Au grade de médecin de deuxième classe : MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine : Talayrach, Le Gendre, Boy, Pillien, Lenoir et Alliot.

Au grade de pharmacien de deuxième classe : M. le pharmacien de deuxième classe de la marine Guillemin.

Au grade de médecin de première classe (à la date de son brevet) : M. le médecin de première classe de la marine Roussin.

Au grade de médecin de deuxième classe (à la date de son brevet) : M. le médecin de deuxième classe de la marine Alquier.

— Par décret, en date du 29 janvier 1892, M. Ely, médecin en chef de la marine en retraite, est nommé médecin en chef dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décret, en date du 30 janvier 1892, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. les médecins de première classe de la marine Grand-Moursel et Lota; M. le médecin de deuxième classe de la marine Crozat.

— Par décrets, en date du 30 janvier 1892, il est créé au Collège de France une chaire d'histoire générale des sciences. M. Pierre Laffitte est nommé professeur titulaire de cette nouvelle chaire.

— Les huit internes en médecine titulaires dans les asiles d'aliénés de la Seine, nommés au dernier concours, doivent être rangés dans l'ordre suivant : MM. Lachaud, Escat, Lafiliatre, Moundlic, Croustel, Lavergne, Maupaté et Desfosse.

— Par décision ministérielle, en date du 22 décembre 1891, des témoignages de satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement pendant de longues années les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, ont été accordées aux médecins ci-après désignés :

M. le docteur Lecomte, à Vitteaux; M. Desvignes, médecin à Montsurs; MM. les docteurs Beuve, à Dammartin; Bogres, à la Tour-d'Auvergne; Lafosse, à Vittel; Bernard, à Bourg-du-Péage; Rossen, à Gray; M. Brenugat, médecin à Guer; MM. les docteurs Cayrol, à Condé-du-Nord; Résal, à Dompaire; Soulages, à Decazeville.

— M. Albert Gaudry, professeur de paléontologie au Muséum d'histoire naturelle, est nommé assesseur du directeur de cet établissement pour l'année 1892.

— M. Vautier, docteur ès sciences, maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de Lyon, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs H. Belettre (d'Abbeville), Devile (de Romans), Douat (de Sarragachies), Grimal (de Montpellier), Lefebvre (de Tours), Ravary (d'Issy), Rue (de Lambesc), Sabatier (de Paris), E. Turc (de Villard-Bonnot), Vallerand (de Saint-Maurice-sur-Fessard); et celle de MM. Gauly, interne des hôpitaux de Paris en exercice, et Thiercy, boursier de la Faculté de médecine de Montpellier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 15. — JEUDI 4 FÉVRIER 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 4 FÉVRIER 1892. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La nouvelle épidémie de grippe que nous traversons devait avoir son écho à la tribune de l'Académie. M. Ollivier a ouvert le feu en faisant une communication sur l'emploi de l'huile de foie de morue comme moyen prophylactique de la grippe. Il est bon d'ajouter que M. Ollivier recommande en même temps de se défendre du froid humide.

Dans la discussion, qui a suivi cette communication, M. Vallin recommande, comme moyen prophylactique de la grippe, l'antisepsie de la bouche, de la gorge et des fosses nasales.

A propos de la communication faite, dans la dernière séance, par M. Bérenger-Féraud, sur la plus grande fréquence du tænia, M. Laboulbène a présenté quelques observations. Il s'est livré à une enquête d'où il résulte que le tænia est en décroissance depuis quelque temps, et il a donné quelques conseils utiles à retenir au point de vue de l'emploi de la viande crue.

Signalons enfin une communication de M. Hervieux, sur les époques de la vie auxquelles il convient de pratiquer la revaccination obligatoire. Ses conclusions sont que ces revaccinations doivent être faites à dix ans et à vingt ans, et qu'il n'y a pas lieu d'exciper de cicatrices vaccinales ou varioliques plus ou moins accentuées pour s'y soustraire.

Le reste de la séance a été occupé par un rapport officiel de M. Constantin Paul sur les eaux minérales, et un rapport de M. Polaillon sur une nouvelle méthode de posologie par dosage duodécimal des médicaments toxiques, proposée par M. E. Trouette.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Schwartz.

Résection du genou sans hémostase et sans drainage.

(Leçon recueillie par M. A. Chipault, interne du service.)

Je veux vous parler aujourd'hui d'une résection du genou faite, il y a une huitaine, sur une femme de notre service, et attirer votre attention sur quelques détails, un peu particuliers et personnels, de technique opératoire et de pansement.

Notre malade est une jeune femme de vingt-neuf ans, ayant perdu deux frères de tuberculose, sans rien, du reste, d'inquiétant dans ses antécédents personnels. Il y a seulement quatre ans, qu'à la suite d'une chute, elle ressentit dans le genou droit des douleurs assez vives et qui durèrent environ quatre semaines. Elles cessèrent alors, puis revinrent, sans cause, au bout de quelques mois, en se localisant, cette fois, à la partie interne de la région : l'articulation était devenue volumineuse et se fatiguait facilement. On fit à plusieurs reprises de la compression; on appliqua des pointes de feu, le tout sans succès, et, le 30 juin, la malade entrait à la Charité.

A ce moment je constatai : une articulation en flexion légère avec rotation très accentuée, au moins 45 degrés de la jambe en dehors, tibia légèrement subluxé en arrière du fémur, dont l'extrémité inférieure saille en avant. Le genou est relativement sec, gonflé seulement à sa partie interne ; la peau présente à peu près sa coloration normale; le palper révèle un point douloureux très net au niveau de la tubérosité interne du tibia; au contraire, le fémur, malgré une réelle augmentation de volume, n'est pas sensible. La rotule paraît fixée à la trochlée condylienne. Nulle part on ne peut découvrir de vraie ou de fausse fluctuation.

Le genou est peu mobile et c'est à peine si on peut lui imprimer quelques légers mouvements de flexion, du reste très douloureux. Il n'y a pas de mobilité latérale, et ce n'est pas sans importance, puisque cette mobilité, ainsi que Moutard-Martin et Gosselin l'ont autrefois démontré, serait pathognomonique de la destruction des cartilages semi-lunaires.

Ajoutons que l'état général de la malade est excellent.

C'était évidemment à une arthrite chronique du genou que nous avions à faire; cette arthrite était bacillaire : les antécédents héréditaires que nous avons relevés, la marche de l'affection, le point douloureux au niveau de la tubérosité interne, le prouvaient jusqu'à l'évidence.

Les lésions portaient très probablement surtout sur les parties molles, avec une réserve sur l'intégrité du tibia; sans doute elles étaient peu avancées, et je vous avoue que s'il n'y avait pas eu de subluxation, je ne serais pas intervenu, au moins par une résection, j'aurais encore essayé l'immobilisation, les pointes de feu, peut-être la récente

méthode sclérogène, la position vicieuse m'interdisait ces procédés.

Nous avions le choix entre deux opérations : la résection, l'arthrectomie. J'ai fait vingt et une résections et je n'ai trouvé que deux cas où l'arthrectomie eût été possible et suffisante. Vous savez quel est son principe : supprimer toutes les parties molles, en respectant absolument ou presque absolument les os. On a ainsi le grand avantage de conserver au membre sa longueur, fait capital puisqu'on cherche l'ankylose en rectitude; malheureusement les arthro-synovites sans lésions osseuses sont rares, et même pendant l'opération il est difficile d'affirmer que l'os est sain, la communication entre un foyer tuberculeux intra-osseux et l'articulation peut être bien minime et bien cachée; en effet, j'ai vu une fois un gros tubercule de la tubérosité interne ne communiquer avec l'article que par un trajet où j'aurais eu peine à introduire une pointe d'aiguille; une autre fois, j'étais sur le point de terminer une arthrotomie entreprise sans résection osseuse, c'est-à-dire de faire une arthrectomie, lorsque, en regardant la partie postéro-supérieure des condyles, je vis s'ouvrir là un petit foyer qui, d'autre part, fusait au loin dans les parties molles postérieures de la cuisse.

En somme, l'arthrectomie, quoique théoriquement suffisante dans certains cas, a toutes les chances d'être souvent une intervention incomplète. Au contraire, la résection, presque sûrement complète, donne d'excellents résultats thérapeutiques et n'est pas plus grave, je la préfère donc jusqu'à nouvel ordre; c'est elle que j'ai entreprise chez notre malade.

Je vais vous décrire comment nous l'avons faite : notre procédé, vous allez le voir, diffère quelque peu de la méthode classique, et ces modifications permettent de faire l'opération en trois quarts d'heure au lieu de une heure et quart : ce n'est pas sans importance. L'incision cutanée a été très diversement faite : je préfère celle à concavité supérieure, allant d'un condyle à l'autre. On cerne ainsi un lambeau qu'on sépare de la face antérieure de la rotule : celle-ci est alors enlevée, c'est indispensable, même lorsqu'elle est saine, et cela donne un accès très large dans l'articulation. On fait ensuite la section des ligaments latéraux, enfin des ligaments croisés, en portant, dans la rainure inter-condylienne, le bistouri perpendiculairement à l'os, de chaque côté. Il est alors possible de circonscrire au bistouri la partie du fémur qu'on veut enlever : il faut d'abord faire une ablation discrète, on en sera quitte pour enlever ensuite une ou plusieurs tranches supplémentaires, si c'est utile. En tout cas, la scie doit marcher dans un sens rigoureusement perpendiculaire à l'axe fémoral; le but cherché est, en effet, la rectitude à peu près absolue de la jambe sur la cuisse. La section tibiale est plus difficile que la fémorale, et cela surtout au niveau de l'épine postérieure, où les vaisseaux poplités sont si faciles à léser; on aura donc soin de rabattre les parties molles et de faire saillir l'os. Je termine du reste l'ablation du segment tibial, en le luxant, avant sciage complet, avec le ciseau de Mac Ewen.

Les sections osseuses faites, on supprime très minutieusement les parties suspectes de l'article, en ayant soin de pousser ce travail très loin.

Un certain nombre de chirurgiens ne font plus la suture osseuse. Je la fais au fil d'argent, si facile à désinfecter par le flambage, si simple à serrer, si solide, tandis que la soie ou le catgut ne produisent une constriction que beaucoup moindre. Je traverse les os avec le poinçon de M. Lucas-Championnière, plus commode et plus rapide que l'ancienne tréphine.

Dans la méthode classique, on enlève alors le tube d'Esmarch, on lie tout ce qui donne, absolument tout ce qui donne — lorsqu'on fait l'hémostase, il faut la faire parfaite — de façon à avoir une surface complètement exsangue. L'hémostase faite, on tord et on rabat sur les os rapprochés les fils d'argent qu'on laisse aujourd'hui dans le foyer de la résection; on draine du côté externe et du côté interne; enfin on fait, à points continus, une suture au catgut des parties fibreuses, à points séparés, une suture au crin de Florence de la peau; lorsque celle-ci est exubérante, on n'hésite pas à en réséquer une tranche. On termine par un pansement antiseptique (j'emploie simplement la gaze iodoformée et le coton hydrophile) et on immobilise le membre dans l'attelle de Volkmann, Bœckel, si simple et si commode.

J'ai employé cette méthode 19 fois sur 21; elle est bonne et sûre; malheureusement, le drainage oblige à défaire le pansement le lendemain, ce qui est très douloureux. Bœckel est arrivé à le supprimer; il supprime aussi l'hémostase, ce temps si long de l'opération et qui, si les fils ne sont pas d'une asepsie parfaite, peut amener des points de suppuration et entraver la réunion. Je crois que si l'articulation est peu fongueuse, la résection sans hémostase et sans drainage est tout à fait indiquée.

Dans les conditions inverses, elle me plaît moins. Je craindrais qu'un suintement sanguin ne m'obligeât à refaire le pansement, par conséquent à perdre tous les bénéfices de la méthode. Pour supprimer l'hémostase, Bœckel laisse la bande d'Esmarch jusqu'à la fin; ce pansement compressif est fait, la malade reportée dans son lit, la jambe très soulevée à 40 ou 50 degrés : on laisse alors la circulation se rétablir. On replace au bout de quelques heures le membre en extension presque complète, puis on n'y touche plus jusqu'à la troisième semaine, à moins, bien entendu, qu'on n'ait une élévation de température inquiétante, au-dessus de 38 degrés par exemple. Lorsque, à cette époque, on enlève l'attelle de Volkmann, il y a déjà une certaine solidité, l'appareil plâtré est très facile à appliquer; on le laisse jusqu'au soixantième jour et l'opéré n'a plus qu'à porter, pendant quelque temps, une genouillère en cuir moulé.

Chez notre malade, nous avons employé le procédé de Bœckel : il y avait peu de fongosités, sauf en dedans; la rotule était légèrement fixée à la trochlée fémorale. Le plateau tibial contenait à sa partie interne un petit foyer tuberculeux; le fémur paraissait sain; je n'ai pas hésité cependant à en enlever un segment, ce qui m'a permis d'explorer et de nettoyer à fond le creux poplité. J'ai touché alors toutes les surfaces avivées avec une solution de chlorure de zinc au dixième, j'ai fait la suture osseuse; je n'ai pas mis de drain et pas fait d'hémostase.

Aujourd'hui, la malade va bien, ne souffre pas, n'a pas eu de température. Le pansement n'a pas suinté et nous pouvons attendre, en toute sécurité, le moment d'enlever l'attelle de Bœckel et de mettre un appareil plâtré.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Les Vers de terre et les Bacilles de la tuberculose.

Par MM. Lortet et Despaignes.

(Note présentée à l'Académie des sciences, par M. Chauveau.)

Tous ceux qui s'intéressent à l'étiologie des maladies infectieuses connaissent les remarquables expériences de M. Pasteur, communiquées à l'Académie le 12 juillet 1880, démontrant que les Vers de terre ramènent fréquemment les spores de la Bactérie pathogène des profondeurs du sol où ont été enfouis les cadavres des animaux morts du charbon. Nous nous sommes demandé comment agissent ces mêmes Lombrics en présence des Bacilles de la tuberculose.

Dans le but de donner une réponse à cette question, de la terre végétale, recueillie dans le Jardin botanique de la Faculté de médecine de Lyon, a été tassée légèrement dans de grands pots à fleurs, dont l'ouverture inférieure était fermée par un bouchon de liège. Cinq ou six Vers de terre sont mis dans chacun des récipients, abandonnés ensuite à eux-mêmes dans un laboratoire chauffé en hiver. Afin de maintenir la terre dans un état d'humidité convenable, les vases plongent dans des soucoupes pleines d'eau.

Le 16 juin 1891, on enfouit des crachats tuberculeux dans un certain nombre de ces vases, tandis que d'autres reçoivent, profondément aussi, des fragments de poumons humains farcis de tubercules. Un mois après, le 28 juillet, des Lombrics sont retirés de la terre, ouverts, privés de leur tube digestif, lavés avec le plus grand soin à l'eau et à l'alcool stérilisés, coupés en fragments, broyés et inoculés à plusieurs cobayes, qui tous furent atteints de tuberculose aiguë et généralisée. Depuis cette époque, à plusieurs reprises, et même récemment encore, c'est-à-dire plus de six mois après la mise en expérience de nos animaux, des inoculations de même nature, ainsi que des coupes exécutées en différents points du corps des Lombrics, nous ont montré que presque tous les tissus de ces animaux, mais surtout ceux des organes génitaux, renferment une grande quantité de Bacilles de la tuberculose, mêlés à quelques Bactéries d'espèces différentes. Les microbes tuberculeux, chez le Lombric, ne donnent point naissance à des altérations spéciales, mais sont simplement infiltrés par petits groupes, au milieu de cellules entrant dans la constitution des différents organes.

Il est donc très probable que les Vers de terre peuvent aussi ramener des profondeurs du sol les Bacilles tuberculeux, avec les matières fécales nombreuses formant leurs déjections. L'examen microscopique direct, aidé des colorants appropriés, ne peut laisser aucun doute à cet égard. Il faudrait cependant, pour avoir une preuve indiscutable, donner à coup sûr, par l'inoculation de ces déjections, à des animaux vivants, des tuberculoses généralisées. Malgré nos efforts, nous n'avons pas encore pu obtenir ce résultat, les Bacilles septiques nombreux renfermés dans les matières terreuses expulsées de l'intestin des Lombrics amenant très rapidement la mort des cobayes mis en expérience.

Il n'en reste pas moins acquis ce fait, qui pourra peut-être présenter un certain intérêt au point de vue de l'hygiène publique, que les Lombrics terrestres, partout si nombreux et si actifs, peuvent conserver dans leur corps, et cela pendant plusieurs mois, les Bacilles de la tuberculose, parfaitement vivants et nullement altérés dans leurs propriétés virulentes. Ces animaux pourraient ainsi, dans certaines circonstances, contribuer puissamment à la dissémination de ces Bactéries nocives. C'est la première fois aussi, croyons-nous, qu'on démontre expérimentalement la tuberculisation facile d'un animal appartenant à la grande classe des Invertébrés.

SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE POSOLOGIE

PAR DOSAGE DUODÉCIMAL DES MÉDICAMENTS TOXIQUES

Par E. Trouette,

Ex-interne en pharmacie des hôpitaux de Paris.

L'introduction récente dans la thérapeutique des différents alcaloïdes et d'un certain nombre de substances tirées du règne végétal et du règne minéral a été la source d'un grand nombre d'erreurs et d'accidents mortels, que je n'ai pas besoin de rappeler.

Le degré de toxicité de ces différentes substances étant très variable, il en résulte, dans l'esprit du médecin, une confusion inévitable, qui le place constamment dans cette alternative : de prescrire des doses ou inefficaces ou dangereuses, nulle mémoire humaine n'étant assez fidèle pour ne pas se perdre au milieu de tous ces chiffres millésimaux et centésimaux.

Il serait donc extrêmement important, pour les médecins et pour les malades, d'avoir une nouvelle méthode de posologie qui supprimerait ces difficultés, méthode basée sur un fractionnement rationnel de la doxe maximum qui peut être donnée à un adulte dans les vingt-quatre heures.

En employant cette méthode, il n'y a plus à redouter ni les erreurs de chiffres, ni les défaillances de mémoire, et les médecins y trouveront les avantages suivants :

1° Les intoxications accidentelles ne seront plus à redouter du fait du praticien ;

2° Les médicaments dangereux pourront être donnés d'emblée à une dose efficace, sans le moindre risque.

Je reviendrai tout à l'heure sur ces deux points. J'expliquerai tout d'abord le mécanisme de la méthode que je propose.

Je prends, pour être plus clair, l'exemple de la digitaline. Au moment de prescrire cette substance, on peut ne pas se rappeler exactement la dose maximum en milligrammes qui peut être donnée à un adulte dans les vingt-quatre heures; il faut être bien sûr de sa mémoire pour prescrire d'emblée la dose de 1 milligramme et demi, et encore faut-il spécifier qu'il s'agit de la digitaline chloroformique amorphe du Codex, car il existe d'autres digitalines, la digitaline cristallisée du Codex, par exemple, qui ne saurait être prescrite sans danger au delà de 1 milligramme. Ajoutez que, si le médecin ne spécifie rien, le pharmacien devra délivrer la digitaline chloroformique amorphe du Codex. Par suite de cette situation, qu'arrivera-t-il ? De peur de donner une dose toxique, on risque de donner une dose inefficace.

Tous les médecins savent, en effet, qu'il faut, pour obtenir une action rapide et énergique, cotoyer souvent la dose toxique ; il est cependant impossible d'avoir recours à son formulaire chaque fois que l'on aura besoin de prescrire un médicament dangereux ; la même hésitation se renouvellera à chaque prescription d'une substance très active, à moins de se cantonner dans l'usage de quelques médicaments dont on a une habitude journalière.

Avec la méthode que je propose, tous les médicaments dangereux devront être dosés de telle manière que, quel que soit le degré de toxicité du médicament, la dose maximum à donner à un adulte dans les vingt-quatre heures soit exactement divisée en douze doses, que ces doses soient sous forme de cachets, pilules, granules, capsules, pastilles, etc. ; par exemple : la dose maximum de digitaline chloroformique amorphe du Codex étant de 1 milligramme et demi, les granules devront être rigoureusement dosés de telle façon, que chaque granule devra contenir le douzième de cette dose maximum de 1 milligramme et demi, les douze granules ensemble contenant donc au total 1 milligramme et demi. Pour la digitaline cristallisée du Codex, dont la dose maximum en vingt-quatre heures est de 1 milligramme, chaque granule devra contenir le douzième de 1 milligramme, de telle sorte que, si le médecin veut prescrire la dose maximum à répartir dans les vingt-quatre heures, il prescrira un granule toutes les deux heures ou deux granules toutes les quatre heures

ou trois granules toutes les six heures, etc. Si l'on veut donner d'emblée la dose maximum, dans certains cas urgents que le médecin pourra seul apprécier, suivant le malade ou la maladie, on pourra aller jusqu'à prescrire les douze granules à prendre en une seule fois.

Il n'y aura donc aucun inconvénient à la substitution volontaire ou involontaire d'une digitaline à l'autre; chacune étant dosée proportionnellement à son activité et au douzième de la dose maximum, représente donc toujours la même action.

Le médecin n'aura donc plus à faire aucun effort de mémoire pour se rappeler le maximum de tel ou tel médicament : il n'aura qu'à se rappeler le chiffre de 12, *duodecim*.

Pourquoi ce fractionnement par 12, plutôt que par 10 ou par 24? Je le choisis uniquement parce qu'il est le plus conforme aux habitudes médicales actuelles et le plus facile à suivre sans erreur par le malade, le médecin prescrivant ordinairement de prendre telle dose de médicament ou toutes les deux heures, ou toutes les heures de la journée, en tenant compte du repos de la nuit; il peut aussi prescrire, suivant les indications de la maladie, une dose plus forte toutes les quatre heures, toutes les six heures, ou aller jusqu'à la dose entière de 12, à prendre en une, en deux ou trois fois par jour : tous ces nombres divisent exactement le nombre 12 et ne permettent pas de prendre plus de 12 doses dans les vingt-quatre heures, sans avoir besoin de faire à son malade la recommandation formelle de ne pas dépasser 12 doses, ce qui pourrait faire entrer inutilement le doute ou la peur dans son esprit.

La division par 24 eût pu paraître aussi rationnelle, mais elle présente l'inconvénient de forcer à prendre trop de pilules, granules ou cachets, lorsqu'on veut donner le maximum de la dose en peu de fois.

Je rejette la division par 10, qui présente le grave inconvénient et le danger de pouvoir laisser prendre au malade plus de la dose maximum en vingt-quatre heures : si on lui dit de prendre un granule toutes les deux heures par exemple, il dépassera de deux unités la dose maximum, de même pour deux granules toutes les quatre heures, etc.; il faut alors lui recommander de ne pas prendre plus de 10 doses dans les vingt-quatre heures, ce qui conduit à des efforts de mémoire et à des recommandations d'autant plus inutiles qu'au point de vue de la pratique, il est aussi facile au pharmacien, avec son pilulier par exemple, de diviser exactement une masse pilulaire en 12 qu'en 10 parties égales.

J'adopte donc le nombre 12, parce que 12 se prête à toutes les combinaisons citées plus haut. Quoi de plus simple si l'on veut donner la dose maximum en vingt-quatre heures? Veut-on donner la moitié, le tiers ou le quart de la dose maximum, s'il s'agit d'un enfant ou pour toute autre cause, on donnera un granule toutes les quatre heures, toutes les six heures ou toutes les huit heures.

Le fractionnement par 12 a l'avantage de se plier à toutes les combinaisons sans effort de calcul, sans la possibilité d'une seule faute de mémoire.

De plus, la confusion d'un alcaloïde amorphe avec un alcaloïde cristallisé, d'un extrait mou avec un extrait sec, d'un extrait aqueux avec un extrait alcoolique, n'offre plus d'inconvénients; je dirai plus : la confusion d'un médicament avec un autre, que cette confusion provienne d'une erreur du médecin, du pharmacien ou du malade, cette confusion n'offre plus aucun danger et ne peut donner lieu à aucun empoisonnement, chaque dose, granule, pilule, cachet, etc., contenant toujours le douzième de la dose maximum, quel que soit le médicament, c'est le chiffre 12, le nombre d'heures du jour, qui est la clef de ma méthode.

Il n'est pas besoin d'insister plus longtemps sur une méthode de médication si simple qu'on peut se demander comment elle n'a pas été employée plus tôt. La raison en est, sans doute, que la pharmacopée ancienne n'offrait guère aux médecins que des médicaments à employer à des doses relativement fortes, et plus ou moins fidèles, tandis que, depuis quelques années, la découverte de nombreuses substances très actives et qui doivent être administrées à des doses extrêmement petites impose une nouvelle méthode de posologie.

En résumé, la médication que j'appellerai par douzième ou médication duodécimale consiste en ceci : fractionner la dose reconnue comme maximum des médicaments en douze parties égales, qu'il s'agisse d'en faire des prises, des granules, pilules, cachets, capsules, pastilles ou toute autre forme pharmaceutique.

Après ce simple exposé il devient évident que :

1° Les intoxications accidentelles ne seront plus à redouter; il peut arriver au médecin le plus consciencieux d'avoir un défaut de mémoire ou de commettre un *lapsus calami*. Avec la méthode duodécimale, l'erreur est impossible : on n'a qu'à se rappeler le nombre 12, quel que soit le médicament à prendre;

2° La prescription des médicaments très actifs devient efficace sans pouvoir être dangereuse; d'emblée on peut prescrire la dose maximum, demi-dose, tiers de dose ou quart de dose, suivant l'effet à produire, l'âge et le tempérament du malade.

La dose maximum et, par suite, le fractionnement étant basés sur les expériences des cliniciens et des physiologistes les plus autorisés, il en résulte une grande sécurité pour le médecin qui désire agir vite et énergiquement.

Je terminerai cette note en rappelant que la méthode que je propose ne doit êre surtout recommandée que pour les médicaments très énergiques et qui peuvent être rapidement dangereux, et qu'elle ne saurait entraver en rien l'art de formuler.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 février 1892. — Présidence de M. Regnauld.

COMMUNICATIONS

Diminution du tænia en France depuis ces dernières années. — M. LABOULBÈNE rappelle que, dans la dernière séance, M. Bérenger-Féraud, après avoir constaté que le tænia avait augmenté de fréquence, en France, depuis les vingt dernières années, déclarait que, par contre, ce parasite semblait diminuer de fréquence depuis deux ou trois ans.

M. Laboulbène a voulu vérifier l'exactitude de cette dernière affirmation et il s'est adressé à des pharmaciens qui préparent spécialement des ténifuges. Or, il résulte de cette enquête que le tænia semble avoir diminué depuis ces dernières années.

M. Bérenger-Féraud a fait remarquer que les bœufs étrangers étaient plus fréquemment une cause de tænia que nos bœufs indigènes. Cela est certain; mais il faut bien savoir que tous les bœufs peuvent donner le tænia et que, dès lors, l'augmentation dans la consommation de la viande suffirait à elle seule pour expliquer la fréquence plus grande du tænia.

La viande crue, cela va sans dire, est également une cause de tænia, et cela est surtout vrai pour la viande dite pulpée que l'on fait prendre à certains malades. On doit savoir, toutefois, que si on passe cette viande pulpée au travers d'un tamis fin, les dangers de propagation sont moindres.

Enfin, M. Laboulbène fait remarquer que, dans certains pays, le tænia est particulièrement rare, parce que les habitants de ce pays prennent des ténifuges sans le savoir. Tel est le cas de l'Anjou, qui fait usage de l'huile extraite de la graine de courge. Cette huile contient de la piperozine, et l'on sait que cette substance est un excellent ténifuge.

Époques de la vie auxquelles il faut pratiquer la revaccination obligatoire. — M. HERVIEUX lit un travail sur ce sujet.

Le plus ou moins large développement des boutons vaccinaux, l'empreinte plus ou moins profonde des cicatrices, dit en terminant M. Hervieux, n'ont rien de commun avec l'immunité plus ou moins persistante créée par la vaccination antérieure. On sait,

d'autre part, que, pas plus que la vaccine, la variole ne confère d'immunité pour toute la vie. Heim, en revaccinant des variolés, a obtenu 32 p. 100 de succès complets, 26 p. 100 de succès incomplets et seulement 42 p. 100 d'insuccès absolus. Renault, en France, à l'étranger Barofis, Pecco, Thiele et Voigt ont déjà signalé la réceptivité des variolés pour la vaccine. M. le docteur Carlier, à l'École militaire de Montreuil-sur-Mer et à Brest, a, sur des enfants de troupe et des recrues, obtenu 80 p. 100 de succès, et sur des territoriaux 60 p. 100 de succès, alors que les uns et les autres avaient été variolés.

D'un autre côté, M. le docteur Vaillard, professeur au Val-de-Grâce, a obtenu 45,3 p. 100 de succès chez des hommes atteints de variole avant l'incorporation; enfin, M. le docteur Dubiquet, sur 48 personnes ayant subi antérieurement les atteintes de la variole, a eu un total de 36 succès, soit 75 p. 100.

De toutes ces communications et de ces divers faits, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Les revaccinations doivent être pratiquées, la première à dix ans, la seconde à vingt; elles doivent être faites en masse dans les régions menacées ou envahies par une épidémie variolique grave;

2° Nul ne pourra exciper de cicatrices vaccinales ou varioliques plus ou moins accentuées pour se soustraire aux prescriptions des autorités civiles ou militaires.

Sur la prophylaxie de la grippe. — M. A. OLLIVIER dit qu'il paraît acquis, aujourd'hui, que la grippe est une maladie infectieuse, transmissible par contagion. Cette notion est restée à peu près stérile, jusqu'à présent, au point de vue de la prophylaxie. Sommes-nous donc tout à fait impuissants pour empêcher la diffusion de cette maladie? M. Ollivier ne le croit pas.

La cause prédisposante par excellence est le froid humide.

Il est bon de le rappeler à la population et de l'engager à tout faire pour s'en défendre. Les débilités de toutes sortes, les tuberculeux, les cardiaques, les diabétiques, etc., doivent, plus que les autres, éviter les occasions de refroidissement.

A côté de cette recommandation un peu banale, il existe un médicament dont l'utilité au point de vue prophylactique ne paraît pas douteuse. M. Ollivier veut parler de l'huile de foie de morue.

Dans le cours de l'épidémie de 1890, il en a fait prendre à trente enfants : il n'y a pas eu un seul cas de grippe parmi eux; plusieurs de leurs frères et sœurs qui ne prenaient pas d'huile de foie de morue en furent atteints. Il a fait aussi des observations analogues chez un bon nombre d'adultes et de vieillards.

Dans l'épidémie actuelle il n'a eu jusqu'à présent qu'un seul cas de grippe chez les malades, qu'il a soumis systématiquement à l'huile de foie de morue. Il s'agissait d'un tuberculeux dont la grippe a été légère.

M. Ollivier fait prendre, de préférence, le médicament au milieu du premier déjeuner à la dose de une à deux cuillerées à soupe. Il ne songe pas à attribuer à l'huile de foie de morue une action spécifique, mais il croit qu'elle exerce une action tonique puissante sur l'organisme et qu'elle lui permet de mieux se défendre contre l'action du froid humide.

DISCUSSION

M. LÉON COLIN demande à M. Ollivier si ses malades ne gardaient pas la chambre et n'étaient pas ainsi à l'abri des influences météorologiques nocives?

M. A. OLLIVIER répond que les enfants sortaient tous les jours et vivaient absolument comme leurs frères et sœurs.

M. LE ROY DE MÉRICOURT fait observer que beaucoup de personnes ne peuvent pas supporter l'huile de foie de morue.

Il ajoute que le diagnostic de la grippe est assez difficile à établir, car on attribue à cette maladie les accidents les plus disparates. La prophylaxie, dans ces conditions, est difficile; faudrait-il isoler préventivement les personnes suspectes et suspendre ainsi la vie sociale?

M. A. OLLIVIER rappelle que c'est précisément parce que l'huile de foie de morue est quelquefois difficilement tolérée par l'estomac qu'il recommande de la prescrire de préférence en mangeant et à faible dose.

M. VALLIN dit qu'il est difficile d'établir sur des bases sérieuses la prophylaxie de la grippe. Toutefois, il y a lieu de recommander certaines pratiques au premier rang desquelles il place l'antisepsie de la bouche, de la gorge et des fosses nasales.

La bouche est, en effet, la porte d'entrée et constitue le foyer de culture de la plupart des germes contenus dans l'air. Si ceux-ci ne se retrouvent que rarement dans les voies respiratoires, ils n'en sont pas moins avalés avec la salive et peuvent contaminer l'organisme par l'intestin.

M. Vallin rappelle que MM. Roux et Yersin ont examiné la bouche d'enfants placés à côté de diphthéritiques et ils y ont trouvé presque constamment le bacille pseudo-diphthéritique qui, s'il n'est qu'un bacille atténué, n'en est pas moins capable de devenir infectieux dans certaines conditions.

Les mêmes recherches ont été faites dans une école de Normandie, au bord de la mer, dans un endroit où depuis longtemps, il n'y avait pas eu de diphthérie, et on y a trouvé le même bacille.

M. Netter a également trouvé, il y a quelques années, chez un malade guéri de pneumonie depuis plus d'un an, le pneumocoque, qui s'était cultivé dans la bouche et s'y était conservé.

Il a trouvé également dans la bouche d'individus sains, le streptococcus pyogenes, élément de propagation de l'érysipèle et de la septicémie.

Or, il suffit d'une solution de continuité quelconque, telle qu'une plaie buccale ou intestinale, déterminée par une maladie inflammatoire, angine, bronchite, fièvre typhoïde, etc., pour donner naissance aux accidents infectieux les plus graves.

Donc, l'antisepsie des fosses nasales, de la bouche et du fond de la gorge s'impose; pour la pratiquer, il suffit de faire des lavages fréquents avec une liqueur alcoolique aromatisée à l'aide d'essences de canelle, de citron, etc., et renfermant des produits antiseptiques tels que le naphtol, le salol ou l'acide phénique.

M. A. OLLIVIER rappelle que, depuis six ans, ces mesures prophylactiques sont employées à l'hôpital des Enfants et dans les lycées.

RAPPORTS

Sur une nouvelle méthode de posologie par dosage duodécimal des médicaments toxiques. — M. POLAILLON lit un rapport sur une méthode de posologie présentée par M. E. Trouette. (Voir plus haut, p. 135.)

Eaux minérales. — M. C. PAUL donne lecture d'un rapport sur les eaux minérales.

LECTURE

De l'électro-cataphorèse médicamenteuse. — M. L. DANION donne lecture d'un travail sur ce sujet.

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS

Par M. le docteur PASSANT.

Statistique du 1er octobre au 31 décembre 1891.

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites	202	B. Asthme	65
Croup	38	Affections du cœur	74
Coqueluche	2	Bronchites aiguës et chroniques	262
Corps étranger de l'œsophage	3	Pleuro-pneumonie	134
Otite	2	Congestion pulmonaire	46

MALADIES OBSERVÉES (suite)

C. Affections et troubles gastro-intestinaux	176	Aliénation mentale	11
Cholérine	62	Alcoolisme, delirium tremens	22
Dysentérie	5	Rage présumée	2
Athrepsie	90		
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	84	F. Rhumatisme	34
Hernie étranglée	30	Affections éruptives	36
Rétention d'urine	17	Fièvre intermittente	4
Orchite	7	Fièvre typhoïde	19
		Hémorrhagies de causes internes et externes	91
D. Métrite, métro-péritonite	75		
Métrorrhagie	65	G. Plaies, contusions	104
Fausse couche	82	Fractures, luxations, entorses	25
Accouchement, délivrance	179	Brûlures	8
Accouchements non terminés	36	Empoisonnements	28
		Asphyxie par le charbon	9
E. Affections cérébrales	95	Suicide	4
Convulsions, éclampsies	80		
Névralgie	34	H. Mort à l'arrivée du médecin	58
Névroses	98		
Epilepsie	26	Total	2514

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total
1er	13	26	2	41
2e	12	19	8	39
3e	34	39	13	86
4e	30	53	11	94
5e	22	37	23	82
6e	21	20	9	50
7e	13	30	7	50
8e	9	10	4	23
9e	17	33	5	55
10e	32	36	12	80
11e	89	132	52	273
12e	31	52	26	109
13e	52	83	37	172
14e	53	74	40	167
15e	54	87	37	178
16e	11	21	6	38
17e	64	72	40	176
18e	60	125	58	243
19e	68	94	52	214
20e	99	164	81	344
	784	1 207	523	2 514

La moyenne des visites par nuit est de 27,60. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 26.

Les hommes entrent dans la proportion de 34 p. 100.
Les femmes — — 50 —
Les enfants au-dessous de trois ans 16 —

Visites du quatrième trimestre de 1890	2 390
Visites du quatrième trimestre de 1891	2 514
Différence en plus	124

RÉSUMÉ POUR L'ANNÉE 1891.

	Hommes.	Femmes.	Enfants.	Total.
1er trimestre	793	1 291	586	2 670
2e trimestre	638	958	464	2 060
3e trimestre	626	1 030	413	2 069
4e trimestre	784	1 207	523	2 514
	2 841	4 486	1 986	9 313

Pour l'année 1890, le nombre des visites de nuit était de 9 110
Pour l'année 1891, — — est de 9 313

Différence en plus pour 1891 203

PROGRESSION DU SERVICE DEPUIS SON ORGANISATION.

1876, première année	3616	visites de nuit.
1877, deuxième année	3312	—
1878, troisième année	3571	—
1879, quatrième année	5282	—
1880, cinquième année	6341	—
1881, sixième année	6521	—
1882, septième année	6891	—
1883, huitième année	6895	—
1884, neuvième année	8712	—
1885, dixième année	7494	—
1886, onzième année	7553	—
1887, douzième année	7168	—
1888, treizième année	7408	—
1889, quatorzième année	8544	—
1890, quinzième année	9110	—
1891, seizième année	9313	—

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 30 janvier 1892, la nomination de M. Barral, au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale, prononcée par décret en date du 11 janvier 1892, est rapportée.

— Par décision ministérielle, en date du 27 janvier 1892, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Deschamps, pour le 2e escadron du train des équipages militaires; Briet, pour le 5e hussards.

MM. les médecins aides-majors de première classe de Langenhagen, pour le 79e d'infanterie ; Castaing, pour le 31e régiment d'artillerie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Teissier, pour le 143e d'infanterie; Boursiac, pour le 78e d'infanterie; Lejeune, pour le 36e d'infanterie; Lescure, pour le 15e dragons; Lehmann, pour le 29e d'artillerie.

MM. les pharmaciens-majors de première classe Chambard, pour la légion de la garde républicaine; Breuil, pour l'hôpital militaire de Bourges.

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Beunat, pour la direction du service de santé du 2e corps d'armée; Roncin, pour l'hôpital militaire de Nice.

— M. le doyen Brouardel a été élu président de l'Association polytechnique, en remplacement de M. Henri de Lapommeraye, décédé.

— Le concours pour une place de médecin suppléant à l'Infirmerie de Saint-Lazare vient de se terminer par la nomination de M. le docteur H. Feulard, ancien chef de clinique de la Faculté.

— Un concours s'ouvrira, le 7 novembre prochain, à l'École du Val-de-Grâce, pour un emploi de professeur agrégé de toxicologie et de chimie appliquées aux expertises de l'armée.

— L'Académie des sciences, sur le rapport de M. Duclaux, vient de déclarer qu'elle ne saurait donner son approbation à l'emploi des sels de strontiane pour le déplâtrage des vins, et qu'elle blâme cette pratique.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Chandelux, agrégé, est chargé d'un cours de clinique chirurgicale.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — MM. Chevalot et Lévy sont nommés aides d'anatomie, en remplacement de MM. Dumont et Wilhelm, appelés à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Morel est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique et d'histologie

du laboratoire des cliniques (emploi nouveau). — M. Gérard est nommé chef des travaux chimiques du laboratoire des cliniques (emploi nouveau). — M. Estienny est nommé préparateur d'hygiène (emploi nouveau). — M. Berdaulon est nommé préparateur de chimie et toxicologie, en remplacement de M. Pezet, démissionnaire.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Lavoine, officier de santé, est institué chef de clinique médicale, en remplacement de M. Trépaut, appelé à d'autres fonctions. — M. Brucaut est institué chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Dureselle, dont le temps d'exercice est expiré.

— La Société française d'hygiène a mis au concours : 1° pour l'année 1892, la question toute d'actualité : *Hygiène coloniale* : « Exposer, au point de vue pratique, les principes d'hygiène qui, dans nos colonies, doivent diriger l'Européen, en ce qui concerne l'habitation, le genre de vie, le vêtement, l'alimentation et le travail.» Les prix consisteront en une grande médaille d'or, et deux médailles d'argent offertes par M. le docteur Péan, président de la Société. Les mémoires devront être envoyés dans les formes académiques ordinaires, avant le 31 juillet (dernier délai), au siège social, 30, rue du Dragon, Paris.

2° Le thème proposé par la Société pour le concours de 1893 est le suivant : « *Hygiène et éducation physique de l'adolescence,* pour faire suite aux trois tracts déjà publiés sur l'hygiène et l'éducation de l'enfance (de la naissance à douze ans). » Les prix consisteront en une médaille d'or, une médaille d'argent et deux médailles de bronze.

Les mémoires qui ne devront pas dépasser 32 pages in-8° seront remis dans les formes académiques avant le 1er août 1893 au siège social, 30, rue du Dragon, Paris.

— Postes médicaux. — Indre-et-Loire : s'adresser 1° au maire de Beaumont-la-Ronce; 2° à M. le docteur Gasté, rue Saint-Claude, 21, à Tours. — Nord : on demande des médecins catholiques à Paillencourt, près Iwuy; et à Morgny, canton d'Étrepagny (Eure), s'adresser au *Journal des sciences médicales de Lille.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le rein mobile.

Par le docteur I. Bruhl, ancien interne des hôpitaux.

Il n'y a pas bien longtemps encore, le rein mobile était considéré comme un état pathologique des plus simples; sa description constituait un des chapitres courts des affections rénales. Cependant des recherches récentes, dont on ne saurait méconnaître l'importance, viennent de donner un regain d'intérêt à cette question. Tout d'abord on a fait connaître l'extrême fréquence des déplacements rénaux; de plus, les auteurs ont été frappés de la coexistence habituelle avec le rein mobile de certains troubles fonctionnels et de certains déplacements viscéraux; parmi eux les manifestations nerveuses et gastriques occupent la première place. Il n'y avait qu'un pas à franchir pour faire de ces associations morbides de véritables syndromes cliniques dont la néphroptose ne constituerait qu'un des éléments : nous verrons comment cette question a été envisagée. Enfin, on a constaté qu'on pouvait obtenir une sédation des accidents par la réduction de l'organe déplacé : ces faits d'observation ont été le point de départ d'intéressantes tentatives thérapeutiques.

Les travaux récents ont donc apporté une importante contribution à l'étude du rein mobile et ont singulièrement élargi les limites de ce chapitre de la pathologie.

I

Historique. — Ainsi que nous le montrerons, la dénomination de *rein mobile* ne répond pas à la généralité des faits que l'on décrit sous ce titre : ce terme n'est plus assez compréhensif; on sait, aujourd'hui, que la *mobilité* de l'organe peut n'être qu'un élément accessoire, le *déplacement*, quelle que soit son étendue, constituant l'élément essentiel. Aussi vaudrait-il mieux adopter une expression plus vague, telle que *ectopie rénale* ou *néphroptose*. L'ectopie rénale se définit d'elle-même. Toutefois, pour bien délimiter la question, nous nous proposons de distraire de cet exposé tout ce qui a trait aux déplacements congénitaux du rein, connus d'ailleurs depuis fort longtemps et qui ne présentent guère d'intérêt clinique.

C'est à François Pedemontanus, dit Mesué, que l'on doit, dès 1581, une étude sur les déplacements du rein, soit de cause interne, soit de cause externe. Riolan (1641) a donné une excellente description de la luxation du rein. Haller a laissé la relation d'une autopsie où il avait constaté le déplacement de cet organe. Les faits rapportés par Baillie, Meckel, Portal, n'ont plus qu'un intérêt historique. Le mémoire d'Aberle (1) mérite une mention spéciale; car on y trouve quatre observations suivies d'autopsie. C'est dans le remarquable traité des maladies des reins de Rayer qu'on trouve la première bonne description clinique de cette entité morbide. En 1859, Fritz publia, dans les *Archives générales de médecine*, un mémoire important, basé sur l'analyse de trente-cinq observations. Depuis, les publications sur cette question sont devenues tellement nombreuses, qu'il est impossible d'en faire l'énumération. Aussi nous bornerons-nous à citer les auteurs qui ont mis en relief un point nouveau ou spécial de l'histoire de l'ectopie rénale.

Dietl (2), le premier, a appelé l'attention sur la fréquence du rein mobile et sur l'existence de certaines crises douloureuses qu'on observe au cours de cette affection et qu'il a décrites sous le nom significatif d'*étranglement rénal*.

Becquet (3) a surtout mis en lumière les rapports des reins et du système génital de la femme; il a été frappé par l'endolorissement du rein au moment des époques menstruelles, par la congestion cataméniale de cet organe; et il a montré l'influence que cette congestion pouvait avoir sur la migration de ce viscère.

Chroback (4) nous a fait connaître les rapports de l'hystérie et du rein mobile; récemment on sait qu'on a beaucoup insisté sur les relations de la neurasthénie et de l'ectopie rénale. Citons encore les travaux de Rollett (5), de Trousseau (6), de Guéneau de Mussy (7), de M. Lancereaux (8).

Avec Keppler (1879), la question de la néphroptose entre dans une phase nouvelle : c'est pour ainsi dire l'ère chirurgicale. De tous temps, les cliniciens avaient considéré le rein mobile comme une affection relativement bénigne et ne réclamant qu'une thérapeutique anodine ou symptomatique. Keppler, au contraire, insista sur la gravité de cette affection dans certains cas, sur la nécessité d'un traitement radical et préconisa l'extirpation du rein. Depuis Keppler, deux courants d'opinion se sont fait jour parmi les chirurgiens : les uns se sont déclarés partisans de la néphrectomie; les autres, reconnaissant que le plus souvent le rein déplacé est sain, proposent simplement de le ramener dans sa loge et de l'y fixer; Hahn, le premier, imagina la néphrorrhaphie, qui a fait le sujet d'une série d'études des plus intéressantes de la part de M. Tuffier (9), défenseur convaincu de la néphropexie.

Enfin, deux monographies récentes ont définitivement

(1) Aberle. *Schmidt's Jahrbücher*, t. XXXVII.
(2) Dietl. *Wiener med. Wochens.*, 1864.
(3) Becquet. *Arch. gén. de méd.*, 1865.
(4) Chroback. *Wien. med. chir. Rundschau*, 1870.
(5) Rollett. *Monographie sur le rein mobile*, Erlangen 1866.
(6) Trousseau. *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. III.
(7) Guéneau de Mussy. *Clinique médicale*, 1875.
(8) Lancereaux. *Diction. encycl. des sc. méd.*, art. Rein.
(9) Tuffier, *Études expérimentales sur la chirurgie du rein.*

fixé nos idées sur la fréquence de cette affection. Landau (1) et Lindner (2) ont plus spécialement étudié cette maladie chez la femme; ils ont mis en relief un certain nombre de points intéressants concernant la pathogénie de l'ectopie rénale elle-même, et de certains accidents fréquemment observés chez les personnes atteintes de rein mobile.

Nous ne pouvons terminer ce rapide exposé historique sans citer les travaux relatifs à la question de l'hydronéphrose intermittente, entrevue par Gilewski, défendue par Landau, Lindner, Senator, qui vient d'être l'objet d'un important mémoire de MM. Terrier et Baudouin (3). Enfin, il faut faire une mention spéciale pour une théorie intéressante qui tend à considérer le rein mobile comme un cas particulier d'une entité morbide plus générale, l'entéroptose, théorie habilement exposée et défendue par M. Glénard.

II

Étiologie et pathogénie. — Avant d'aborder les causes mêmes des déplacements du rein, il serait rationnel d'exposer les moyens de fixité de ce viscère; mais ces notions sont actuellement bien connues de tous et on ne nous en voudra pas de ne pas nous y arrêter.

Si la cause proche des déplacements rénaux est encore un sujet de discussion, nous devons reconnaître que nous sommes actuellement fixés sur un certain nombre de points importants de l'étiologie du rein mobile.

La notion la plus évidente, celle qui se dégage de plus en plus des travaux récents, a trait à la *fréquence* de cette anomalie. Depuis que Rayer surtout a appelé l'attention sur le rein mobile, les observations se sont multipliées, et, si le mémoire de Fritz est basé sur trente-cinq observations, c'est par milliers qu'on pourrait les compter aujourd'hui, à tel point que Lindner a pu avancer qu'il s'agissait de l'affection la plus fréquente, chez la femme au moins; selon lui (cette opinion est également acceptée par Küttner) on observerait le déplacement du rein une fois sur cinq ou six femmes examinées au hasard.

Le *sexe* a une influence incontestable: le rein mobile se rencontre beaucoup plus communément chez la *femme* que chez l'homme; tous les auteurs sont unanimes à reconnaître le fait; il suffit de se reporter aux statistiques suivantes :

Ebstein	96 cas.	86 femmes.		10 hommes.		
Fritz	35 —	30	—	5	—	
Lancereaux	64 —	55	—	9	—	
Landau	314 —	273	—	41	—	
Küttner (4)	667 —	584	—	83	—	

Ce tableau permet d'évaluer à 87 p. 100 la fréquence du rein mobile chez la femme. On a invoqué de nombreuses raisons pour expliquer cette fréquence; nous les énumérons un peu plus loin.

L'*âge* joue également un rôle important. C'est pendant la période active de la vie sexuelle que s'observent le plus grand nombre de cas de néphroptose. Il convient, toutefois, de faire ici une restriction, puisque, le plus souvent, il est impossible de préciser l'époque de début de l'affection. Le rein mobile est très rare dans le jeune âge; cependant Steiner cite 3 observations chez des enfants de six, neuf et dix ans, et Schütze (5) a pu réunir 8 cas chez des enfants audessous de dix ans; un de ces faits se rapporte à un enfant de six mois. Mais c'est surtout de vingt à quarante ans et, en particulier, de trente à quarante que cette affection est commune. D'après Landau, on rencontre 43 p. 100 des cas entre trente et quarante ans.

Voici comment se répartissent 62 cas étudiés à ce point de vue par Lindner :

12 cas de 15 à 20 ans.
18 cas de 21 à 30 ans.
28 cas de 31 à 40 ans.
1 cas de 41 à 50 ans.
3 cas de 51 à 70 ans.

L'ectopie rénale peut être unilatérale ou bilatérale. Unilatérale, elle est beaucoup plus fréquente à droite, ainsi qu'en témoignent les statistiques suivantes :

Hare	23 cas.	18 rein droit.		5 rein gauche.		0 double.	
Lancereaux	43 —	31	—	5	—	7	—
Ebstein	91 —	65	—	14	—	12	—
Landau	173 —	152	—	12	—	9	—
Küttner	727 —	553	—	81	—	93	—

Enfin, un dernier point mérite une mention spéciale: nous voulons parler de l'influence de la *grossesse* sur la production de l'ectopie rénale. Jusque dans ces derniers temps, la grossesse ou mieux les grossesses répétées étaient considérées comme la cause la plus usuelle du rein mobile. Tous les auteurs semblaient d'accord sur ce point et Landau, sur 42 femmes atteintes de rein mobile, n'en a rencontré que 2 qui n'avaient pas eu d'enfants. Cependant, l'existence incontestée du rein mobile chez l'homme, sa fréquence plus grande dans le sexe masculin qu'on ne l'avait cru tout d'abord, avaient fait concevoir à certains auteurs quelques doutes sur l'influence prépondérante de la grossesse. Lindner a montré qu'on observait souvent aussi le rein mobile chez les nullipares; les 64 cas qu'il a étudiés, à ce point de vue, se répartissent ainsi :

Nullipares	24
Femmes ayant eu une grossesse	10
Femmes ayant eu deux grossesses ou plus.	30

Küttner a examiné 94 femmes au même point de vue et est arrivé à des conclusions analogues :

40 nullipares.
10 femmes ayant eu une grossesse.
44 multipares.

D'après ces auteurs, il ressort clairement que le rôle de la grossesse a été exagéré et il est probable que la proportion des nullipares serait encore plus grande, si on se livrait à un examen complet des jeunes filles.

Jusqu'à présent nous avons surtout insisté sur les causes prédisposant aux déplacements rénaux. Nous devons maintenant énumérer beaucoup plus rapidement les causes déterminantes. Celles-ci sont extrêmement nombreuses.

Tout d'abord le *traumatisme* peut, dans certains cas, suffire à produire l'ectopie, et il est à peine besoin de rappeler les observations de véritable *luxation du rein* à la suite d'une chute. Cette luxation peut être uni ou bilatérale.

Le traumatisme agit directement sur la région rénale ou bien le choc agit à distance. Dans le même ordre d'idées il convient de signaler l'effort dans ses diverses modalités : quintes de toux, vomissements, efforts de défécation, acte de soulever un fardeau, crise d'asthme, etc.

Certaines altérations du rein, de la capsule adipeuse de cet organe, des viscères voisins, peuvent entraîner le rein hors de sa loge. Toute cause amenant une augmentation de volume, par conséquent de poids, peut, par action de la pesanteur, aboutir à une sorte de glissement de l'organe : appartiennent à cette catégorie de causes l'hydronéphrose, les tumeurs (cancer, sarcome, kyste), la suppuration, la lithiase, peut-être la simple congestion rénale. D'un autre côté, certaines affections des organes voisins peuvent exercer une pression de haut en bas sur le rein : congestion hépatique, tumeurs ou hypertrophie du foie, altération de la vésicule biliaire, lithiase biliaire, augmentation de volume de la rate, du pancréas, des capsules surrénales; signalons encore les déviations de la colonne vertébrale, le mal de Pott, le cancer vertébral.

Il faut attacher une importance beaucoup plus considérable aux altérations où à la suppression des moyens de

(1) Landau. *Die Wanderniere der Frauen*, Berlin 1881.
(2) Lindner. *Ueber die Wanderniere der Frauen*, Berlin 1887.
(3) Terrier et Baudouin. *Rev. de chir.*, 1891.
(4) Kuttner. *Berl. klin. Wochens.*, 1890.
(5) Schutze. *Monographie*, Berlin 1888.

fixité du rein. La capsule adipeuse, ligament du rein de Bartholin, joue un rôle prépondérant; aussi, depuis longtemps, a-t-on insisté dans l'étiologie de l'ectopie rénale sur toutes les causes capables d'amener la disparition de cette graisse. Il faudrait donc citer toutes les maladies amenant un certain degré d'émaciation : en particulier, il faut noter l'amaigrissement rapide survenant pendant la convalescence de certaines maladies aiguës, surtout de la fièvre typhoïde et l'amaigrissement progressif des maladies cachectisantes (phthisie, cancer).

Récemment, on a beaucoup insisté sur le rôle de la pression intra-abdominale comme moyen de fixité des viscères abdominaux, en général, et du rein, en particulier. Des mémoires intéressants de Weisker (1), de Hertzka (2) ont été consacrés à cette question. Ce qui paraît bien établi, c'est que la diminution de cette pression intra-abdominale par la distension ou la perte de la tonicité des parois sont des conditions qui favorisent, d'une façon non douteuse, les déplacements rénaux. Ainsi s'expliquerait l'influence de la grossesse et surtout des grossesses multiples, de l'ascite, de toutes les tumeurs abdominales, d'une façon générale.

De cet exposé de faits basés sur l'observation et sur les statistiques, il ressort deux points importants : la fréquence du rein mobile chez la femme, la fréquence du rein mobile à droite. Comment a-t-on cherché à expliquer ces deux notions? Nous n'avons pas à insister longuement sur le premier point; en effet, on a invoqué plusieurs ordres de causes spéciales à la femme : tout d'abord, la grossesse sur le rôle de laquelle nous nous sommes suffisamment appesanti; puis la menstruation; Becquet avait déjà longuement appelé l'attention sur l'importance de la fluxion rénale à chaque époque menstruelle : l'hyperhémie rénale entraînerait d'une façon graduelle, presque insensible, le rein hors de sa loge. Cette théorie de Becquet donnait en même temps l'explication des phénomènes douloureux dont le rein déplacé était le siège à chaque période cataméniale. MM. Tuffier et Lejars (3) attribuent le redoublement des douleurs au moment des règles à la vascularisation connexe de la glande rénale et aux nerfs abdomino-génitaux, tiraillés par l'organe déplacé. Enfin, une troisième série de causes propres à la femme se retrouve dans les affections des organes génitaux, déviations utérines, prolapsus, périmétrites et ovarites, sur lesquelles M. Lancereaux a insisté depuis fort longtemps.

Quant au second point, à savoir la fréquence du rein mobile à droite, il a donné naissance à bien des théories. Pour expliquer ce fait, certains auteurs avaient invoqué le volume plus considérable du rein droit, son poids supérieur à celui du rein gauche : d'où une traction plus grande sur les moyens de fixité. C'est au nom de l'anatomie que Rayer et M. Sappey, grâce à de nombreuses mensurations, ont fait justice de cette explication.

A une époque où le rôle de la grossesse avait été considéré comme tout à fait prépondérant, Guéneau de Mussy attribuait la mobilité du rein droit à ce fait que l'utérus gravide se dirigeait à droite. M. Lancereaux invoque les connexions plus intimes entre le plexus ovarique droit et le plexus rénal droit.

C'est aux rapports de contiguïté du rein droit et du foie que la plupart des auteurs ont attribué un rôle considérable dans la production de l'ectopie rénale, cette action du foie pouvant d'ailleurs s'exercer de diverses façons. C'est ici le lieu de rappeler la théorie bien connue de Cruveilhier, qui soutenait que le corset était la cause du déplacement, que, par une compression prolongée, il déterminait sur le foie un sillon indélébile, retrouvé à l'autopsie; il en résulterait un abaissement de l'organe hépatique, qui pèserait sur le rein et en déterminerait le glissement. Bartels et Müller-Warneck (4) acceptent le principe de la théorie de Cruveilhier en la modifiant quelque peu. Suivant ces auteurs, en effet, un corset bien fait ne saurait être nuisible; c'est aux liens qui maintiennent les jupes, au poids de ces jupes qu'incomberait le principal rôle. Nous trouvons ici un argument de plus en faveur de la fréquence du rein mobile chez la femme; rappelons toutefois que le ceinturon du soldat, la vulgaire ceinture peuvent agir d'une façon analogue.

D'autre part, et dans un autre ordre d'idées, on a fait de nombreuses et minutieuses recherches anatomiques, et, s'il faut en croire Landau, les raisons anatomiques ne manquent pas pour expliquer la fréquence du rein déplacé à droite. En étudiant comparativement les moyens de fixité du rein droit et du rein gauche, Landau a observé les différences suivantes, que nous traduisons, d'après son intéressant mémoire (p. 37) :

1° L'extrémité supérieure du côlon descendant est plus élevée et plus profondément accolée aux côtes que celle du côlon ascendant; celui-ci passe sur la partie moyenne du rein droit, celui-là suit le bord externe du rein gauche. Quoique les deux reins soient situés au même niveau, le rein gauche est plus solidement fixé en haut à la paroi abdominale postérieure que le rein droit.

2° Le côlon descendant et l'angle gauche du côlon sont maintenus par un méso-côlon plus court et plus tendu que le repli qui entoure les portions correspondantes du gros intestin du côté droit.

3° L'angle que forme le côlon ascendant avec le côlon transverse n'est pas un angle droit, mais un angle obtus, dont le sommet est émoussé et décrit une courbe; cette disposition est commandée par la progression des matières fécales; à gauche, au contraire, la jonction du côlon transverse et du côlon descendant se fait à angle droit. Il s'ensuit que le rein droit est plus exposé à être refoulé par en bas.

4° Le mouvement d'abaissement du rein gauche est contrarié parce que les vaisseaux rénaux gauches reposent sur la troisième portion du duodénum; de plus, l'artère rénale gauche est plus courte que la droite. Enfin, d'après Œrum-Howitz, la veine surrénale droite se jette directement dans la veine cave, tandis que la veine correspondante du côté gauche se jette dans la veine rénale : d'où union indirecte, mais plus intime, entre le rein et la capsule surrénale gauches.

5° Enfin, le rein gauche est mieux fixé par ses vaisseaux qui sont maintenus en rapport avec la tête du pancréas par du tissu conjonctif. Par conséquent, d'après Landau, toutes choses égales d'ailleurs, le rein gauche est plus solidement maintenu en place que le rein droit.

Nous devons maintenant envisager la question à un point de vue plus général et pénétrer plus avant dans le mécanisme des déplacements du rein. Lorsqu'on songe, en effet, au grand nombre de causes plus ou moins banales qui ont été incriminées, on en est réduit à se demander si ces causes sont suffisantes, ou s'il ne faut pas plutôt chercher dans une prédisposition particulière l'explication de cette anomalie. Ici encore on a proposé un assez grand nombre de théories; l'une d'elles a eu un très grand retentissement : nous voulons parler de l'*entéroptose*.

Cette question a été étudiée d'une façon fort intéressante par M. Glénard et a fait l'objet d'une Revue générale de M. Cuilleret (1). D'après M. Glénard, l'entéroptose serait une affection des plus communes; il n'y aurait pas de néphroptose sans entéroptose, ou du moins tous les troubles fonctionnels qu'on mettait sur le compte du rein mobile dépendraient uniquement de l'entéroptose. Ainsi, sur 148 cas de rein mobile, il y avait constamment des symptômes d'entéroptose; dans 32 cas, la néphroptose coïncidait avec l'hépatoptose, et dans 2 cas avec la splénoptose. La conclusion à laquelle arrive M. Glénard est la suivante : le rein mobile est un syndrome digestif et non nerveux. La théorie de M. Glénard est, à coup sûr, séduisante; néanmoins elle soulève un certain nombre d'objections graves; tout d'abord les autopsies sont extrêmement rares eu égard à la fréquence présumée de cette entité; de plus, les symptômes indiqués par M. Glénard n'ont rien d'absolu; ils nous paraissent même passibles de nombreuses critiques.

---

(1) Weisker. *Schmidt's Jahrbücher*, t. CXIX et CXX.
(2) Hertzka. *Wien. med. Presse*. 1876.
(3) Tuffier et Lejars. *Semaine méd.*, 1891, n° 46.
(4) Bartels et Muller-Warneck. *Berlin. klin. Wochens.*, 1877.

(1) Cuilleret. *Gaz. des hôp.*, 1888.

Quoi qu'il en soit de cette théorie, la fréquence des troubles digestifs et en particulier de la dilatation de l'estomac, coïncidant avec les déplacements rénaux, avait depuis longtemps frappé les auteurs, aussi a-t-on cherché à établir une relation de cause à effet entre cette dilatation de l'estomac et le rein mobile. Pour les uns, l'ectasie gastrique serait secondaire. D'après Bartels et Müller-Warneck, le rein droit déplacé comprimerait, le duodénum : chassé en dedans et en avant il comprimerait, entre son hile et la colonne vertébrale, la portion descendante et fixe du duodénum ; il y aurait obstacle mécanique à la progression des produits de la digestion, stase des aliments dans l'estomac; celui-ci lutte d'abord; sa paroi s'hypertrophie; enfin, l'organe surmené cède ; il y a atonie gastrique et consécutivement tous les phénomènes de dilatation. A l'appui de cette façon d'envisager les choses, Bartels cite des cas où une amélioration manifeste a été constatée, lorsque le rein arrivé dans le bassin avait cessé de comprimer le duodénum.

Cette théorie a rencontré de nombreux adversaires : Oser, Leube, Landau, Ewald, Lindner, font à cette conception deux graves objections : tout d'abord, il est inadmissible qu'un organe tel que le rein déplacé soit capable d'exercer une compression suffisante pour créer un obstacle réel à la progression des aliments; ensuite on observe les mêmes phénomènes gastriques lorsque le rein mobile siège à gauche. Landau et Lindner proposent d'expliquer l'ectasie gastrique par les tiraillements exercés sur l'estomac par le rein déplacé en bas et en dedans; il serait possible, en abaissant le rein sur le cadavre, de déterminer une coudure ou de produire une bride sur le duodénum un peu audessous de l'abouchement des voies biliaires.

D'après d'autres auteurs, la dilatation de l'estomac serait primitive ; elle entraînerait les déplacements rénaux, soit par les tiraillements que l'estomac abaissé exercerait sur le rein, soit par l'intermédiaire du foie; on sait, en effet, combien est commune la congestion hépatique consécutive à l'ectasie gastrique.

Qu'il s'agisse de la vraie gastro-ectasie, qu'il s'agisse de la simple distension de l'estomac, de mégastrie, comme le soutiennent Ewald et Küttner, il n'en est pas moins vrai que la question des rapports de la gastro-ectasie avec la néphroptose est encore obscure; avec la majorité des auteurs (Nothnagel, Leube, Ewald) nous nous bornerons à constater un fait : c'est qu'il y a au moins une coïncidence relevant peut-être d'une même cause plus générale, ainsi que nous le montrerons plus bas.

M. Potain (1), dans une communication récente, a donné une explication toute différente du mécanisme d'après lequel se produirait le déplacement du rein. La mobilité rénale serait toujours consécutive à des phénomènes inflammatoires. Dans les déplacements par *glissement*, de beaucoup les plus communs, M. Potain a été frappé de la fréquence de la colite muco-membraneuse; cette colite serait le point de départ de la fluxion sous-péritonéale qui se propagerait à la loge celluleuse du rein; en effet, du côté droit, le côlon se met en rapport avec l'extrémité antéro-supérieure du rein sans intermédiaire d'un méso-côlon ; d'où la facilité de la propagation. Les déplacements par *antéversion* coïncident habituellement avec la lithiase biliaire, qui s'accompagne d'irritation péritonéale autour des voies d'excrétion de la bile pouvant se propager au tissu péritonéal rétro-colique. Cette péritonite localisée s'étend jusqu'à l'atmosphère celluleuse du rein, qui tend à disparaître dans sa partie supérieure plus spécialement atteinte ; dans ces conditions, le rein n'est plus maintenu dans sa loge que par la partie inférieure, qui le reçoit à la façon d'une hotte et tend à se déplacer de telle sorte que son extrémité supérieure devienne antérieure.

En présence de causes si variées capables de déterminer l'ectopie rénale, il nous paraît rationnel de considérer le rein mobile comme une *anomalie congénitale*, ou du moins comme relevant d'une *prédisposition des premières années*; les causes occasionnelles et adjuvantes viennent s'ajouter à cette prédisposition. Ne pourrait-on faire un pas de plus dans cet ordre d'idées, et ne pourrait-on appliquer au rein mobile les théories de M. Bouchard, ainsi que M. Tuffier (1) propose également de le faire ? Il s'agirait d'une sorte de faiblesse, de perte de tonicité de certains tissus de l'organisme, en particulier du tissu fibreux et du tissu musculaire. On s'expliquerait ainsi le relâchement des liens fibreux de divers viscères (hépatoptose, splénoptose, gastroptose, néphroptose, c'est-à-dire l'entéroptose de M. Glénard). La faiblesse du tissu musculaire strié est cause du ventre tombant, du ventre à triple saillie, si bien décrit par Malgaigne ; celle du tissu musculaire lisse permettrait la distension exagérée de l'estomac. Cette même prédisposition s'étend au système vasculaire; peut-être, dans les cas de rein mobile, affecte-t-elle plus particulièrement les vaisseaux du rein, qui s'allongeraient et permettraient ainsi de plus grandes excursions de l'organe. Il s'agit, dans ces conditions, comme le dit M. Tuffier, d'une véritable affection générale, qui n'est pas encore classée.

Reste à expliquer les phénomènes de neurasthénie qu'on observe si communément chez les malades atteints de rein mobile. Ici encore il faut admettre une sorte de prédisposition nerveuse, entretenue, provoquée, souvent aggravée par une affection en somme bénigne ; ne voit-on pas souvent une maladie insignifiante de l'utérus déterminer des accidents d'hystéricisme ? Pourquoi ne pas supposer que cette affection générale, qui n'est qu'une altération de la nutrition, véritable trouble trophique, relève en dernier ressort du système nerveux? Cette théorie permettrait d'expliquer à la fois la néphroptose, les troubles de dyspepsie nerveuse et les phénomènes de neurasthénie.

III

Anatomie pathologique. — Ce chapitre est court faute de documents. Un premier fait, en effet, qui frappe et qui a été mis en relief par les auteurs, est la rareté de cette affection sur la table d'amphithéâtre. Ainsi Durham n'a observé que 2 cas sur 1 600 autopsies, Schultze en rapporte 5 cas sur 3 658 autopsies, Virchow n'en a trouvé que 4 sur 6000 autopsies, et à la Charité de Berlin, sur 9 658 autopsies, il n'y avait que 9 cas de rein mobile. On peut donc évaluer la fréquence du rein mobile à l'amphithéâtre à 1 p. 1000. Certains auteurs, cependant, considèrent cette affection comme fréquente à l'autopsie (Heller, Weigert); mais dans ces cas, il s'agissait plutôt d'abaissement, de glissement de l'organe, déplacements limités, qui ont été l'objet de récentes études. Le vrai rein flottant ou migrateur se retrouve rarement à l'autopsie; il peut occuper les régions les plus variables de la cavité abdominale : région ombilicale, fosse iliaque, hypochondre, épigastre; parfois il est accolé à la colonne vertébrale lombaire. La graisse de la capsule adipeuse a disparu en plus ou moins grande partie. Jamais la capsule surrénale ne suit les déplacements du rein; on la trouve toujours dans sa situation normale. Par contre, on peut constater des déplacements des autres viscères abdominaux : foie, rate, intestin, estomac; on a signalé (et Aberle, Hepburn, etc., avaient déjà noté ce fait) un abaissement des angles du côlon, surtout de celui que fait le côlon ascendant avec le côlon transverse; il en résulte que cette dernière portion de l'intestin se dirige obliquement de la fosse iliaque droite vers l'hypochondre gauche.

Le rein est tantôt mobile et peut s'entourer d'un véritable mésonéphron plus ou moins lâche ; plus rarement il est fixé par des adhérences, qui le relient tantôt à la vésicule biliaire, tantôt au côlon transverse. Il se distingue du rein congénitalement déplacé, qui présente toujours des anomalies artérielles de nombre, d'origine, de trajet, coïncidant parfois avec des anomalies de la séreuse péritonéale.

Dans ces dernières années, on a distingué avec grand soin le rein déplacé mais fixé dans sa situation anormale et le rein mobile. Une question préjudicielle se posait : Y a-t-il une mobilité physiologique de cet organe, spéciale-

(1) Potain. *Gaz. des hôp.*, 1890.

(1) Tuffier. *Semaine méd.*, 1891, p. 380.

ment en rapport avec les mouvements respiratoires? James Israël (1) admettait cette mobilité, parce que, après l'incision de la région lombaire, il avait constaté un abaissement de cet organe coïncidant avec les mouvements respiratoires. Mais on a pu objecter avec raison à Israël, qu'il ne se plaçait plus dans les conditions physiologiques. Aussi, un certain nombre d'auteurs, avec Küttner, considèrent comme pathologique, tout rein qui devient palpable pendant les mouvements respiratoires; en admettant même une légère mobilité physiologique, elle n'est pas suffisante pour être appréciée par la palpation.

Ainsi Küttner (2) distingue quatre degrés de déplacements rénaux :

1° Le rein présente une mobilité telle qu'il est palpable pendant les mouvements respiratoires; en général le déplacement est minime;

2° Dans l'ectopie du premier degré on sent un tiers, la moitié ou les deux tiers de l'organe;

3° Dans l'ectopie du deuxième degré le rein tout entier est accessible à la palpation; il est très mobile;

4° Le rein est complètement déplacé, mais il est fixe dans une région anormale. Il s'agit presque toujours de déplacements congénitaux.

M. Glénard distingue également quatre degrés :

1° La pointe de néphroptose ou néphroptose au premier degré; on ne sent par la palpation néphroleptique que le pôle inférieur du rein à la fin de la période d'affût;

2° On peut retenir tout le rein entre les doigts sans toutefois pouvoir former avec les doigts un sillon en comprimant les tissus au-dessus du rein;

3° On peut former ce sillon : c'est le vrai rein mobile;

4° Il s'agit du rein flottant vulgaire.

Dans l'immense majorité des cas, il s'agit de déplacements par *glissement;* la direction même du mouvement est déterminée par la disposition anatomique des feuillets fibreux de la région; on sait que le rein ne peut se déplacer qu'en bas, en dedans et en avant. Presque toujours le mouvement s'exécute autour du pédicule comme axe : le degré de mobilité dépend de la laxité de la capsule, des vaisseaux rénaux, de la résistance des organes situés au-dessous du rein, de la pression abdominale, du poids du rein.

Le rein en ectopie est d'ordinaire tordu autour de son axe; l'extrémité supérieure devient interne, le bord externe devient supérieur, le hile regarde en bas. Il peut devenir tout à fait transversal. Cette rotation de l'organe implique d'importantes modifications dans les rapports des vaisseaux du hile et de l'uretère; les vaisseaux sont tordus et souvent allongés; l'uretère subit des torsions plus ou moins brusques, parfois une simple coudure; ainsi est créé un obstacle à l'écoulement de l'urine; d'où hydronéphrose intermittente ou définitive. Un déplacement plus rarement observé est celui où l'extrémité inférieure deviendrait antérieure.

M. Potain a décrit l'*antéversion* rénale : insensiblement l'extrémité supérieure du viscère glisse sous la face inférieure du foie, s'incline en avant et se fait sentir au-dessous du rebord des fausses côtes; le rein peut ainsi devenir horizontal. Dans ces cas, le diagnostic présente de réelles difficultés; car on peut songer à une tumeur du foie, de la vésicule biliaire ou du pylore.

Le rein déplacé est-il un rein normal ou est-il un rein altéré? Jusqu'à ces dernières années, on possédait peu de documents sur cette question; mais, depuis qu'on pratique la néphrectomie on a eu occasion d'étudier un certain nombre de reins. D'une façon générale, il faut accepter que le rein déplacé est un organe sain. Toutefois il peut présenter des altérations. En effet, le rein mobile est souvent petit, atrophié, l'autre rein subissant une sorte d'hypertrophie compensatrice; plus rarement il est volumineux, congestionné. On a signalé un certain nombre de cas de suppuration du rein flottant; Cruveilhier a vu un abcès s'ouvrir dans le rectum; Andrew et Callender (1), Post (2), Peibler (3) en ont aussi publié des observations. L'hydronéphrose est très commune dans le cours du rein mobile, mais souvent elle ne laisse pas de trace à l'autopsie; on connaît les vieilles observations de Santifort, de Haller, les cas plus récents de Hare, de Wilse. Ahlfeld, Landau, Eger ont rapporté des observations d'hydronéphrose suppurée.

Le parenchyme rénal peut être le siège d'altérations diverses; on a signalé la néphrite interstitielle, la dégénérescence graisseuse, la dégénérescence kystique (Walter). On connaît un certain nombre de cas où le rein ectopié était cancéreux ou sarcomateux : témoin les faits de Wolcott (4), de Kocher (5), de Jessup (6), de Czerny (7), de Lossen (8), de Bonker (9).

Mais nous savons que, dans la grande majorité des cas, le rein mobile est un rein sain ou du moins ne présentant pas de lésions capables de nuire à son fonctionnement.

IV

Symptomatologie. — Il n'y a guère d'affection qui donne lieu à une symptomatologie aussi variable, parfois aussi trompeuse, que le rein mobile, et nous croyons qu'il est impossible de donner une description unique répondant à la majorité des cas. Qu'il nous suffise de rappeler que cette maladie est parfois tout à fait latente; elle est une découverte de hasard lorsqu'on pratique un examen complet à l'occasion de troubles fonctionnels plus ou moins bizarres, mais ne présentant aucun rapport, en apparence du moins, avec la glande rénale. C'est par un examen méthodique de tous les malades qu'on a pu récemment établir la grande fréquence de l'ectopie rénale. Dans d'autres cas, le rein mobile est toute la maladie; il s'agit d'une tumeur dont le patient a, depuis longtemps, reconnu l'existence; cette tumeur est mobile, elle présente plus ou moins exactement la forme du rein, elle disparaît quand le viscère rentre dans sa loge : les symptômes fonctionnels sont nuls ou insignifiants; la tumeur abdominale est l'unique signe qu'on peut constater. Enfin, et ceci s'observe dans la grande majorité des cas, la néphroptose se traduit à nous par les troubles fonctionnels les plus divers; tantôt elle revêt les allures de certaines affections du tube digestif; tantôt elle présente le tableau complet de la neurasthénie. Cette grande variété de symptômes explique le nombre de théories pathogéniques qu'on a formulées. Il importe de bien connaître cette symptomatologie, car les erreurs de diagnostic sont communes et peuvent causer aux malades un préjudice d'autant plus regrettable, qu'une thérapeutique rationnelle peut, dans l'espèce, donner les résultats les plus heureux.

Nous n'insisterons guère sur une forme bien connue du rein mobile, à début brusque, succédant à un traumatisme violent; nous voulons parler de la *luxation du rein*, dénomination que nous proposons de conserver. La luxation s'annonce par une douleur extrêmement violente, pouvant s'accompagner de tendance syncopale, avec sensation d'un corps qui se *décroche* dans l'abdomen. Cette luxation peut être double. La palpation permet de reconnaître l'organe déplacé. Lorsqu'on arrive à opérer la réduction de l'organe luxé, le déplacement peut ne plus se reproduire : la guérison s'obtient en quelques jours. D'autres fois, surtout, s'il y a une sorte de prédisposition, le traumatisme est le point de départ d'un rein mobile permanent.

Tout autre est la symptomatologie de ce qu'on pourrait

---

(1) J. Israel. *Berlin. klin. Wochens.*, 1887.
(2) Kuttner. *Berlin. klin. Wochens.*, 1890.

(1) Callender. *St-Barthel. Hosp. Rep.*, 1873, t. XI.
(2) Post. *New-York Med. Journ.*, 1879.
(3) Peibler. *Dublin Journ. of Med. Sc.*, 1874.
(4) Wolcott. *Philad. Med. and Surg. Rep.*, 1861.
(5) Kocher. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1878.
(6) Jessup. *The Lancet*, 1877.
(7) Czerny. *Arch. f. klin. Chir.*, 1878.
(8) Lossen. *Deuts. Zeit. f. Chir.*, 1879.
(9) Bonker. *The Lancet*, 1880.

appeler la *luxation pathologique* du rein par opposition à cette *luxation traumatique*. Ici, souvent, le début est lent, graduel; l'affection passe souvent inaperçue et le déplacement est déjà notable quand on examine le malade. Quelles que soient les formes que revêtent les accidents déterminés par le rein mobile, les signes physiques sont identiques : c'est par eux que nous croyons devoir commencer cette étude.

Signes physiques. — Les symptômes objectifs sont, on le conçoit, très variables, suivant le degré de déplacement de l'organe. De tous les moyens d'investigation usuels, c'est à coup sûr à la palpation que nous devons les renseignements les plus précis et les plus complets; néanmoins il ne faut jamais négliger les autres méthodes. L'inspection de la fosse lombaire donne des résultats beaucoup moins précieux qu'on ne l'avait cru jadis. La *dépression lombaire* existe parfois; elle peut être reconnaissable à la vue lorsqu'on fait coucher le malade sur le ventre; on la constate mieux par la palpation, lorsque, le malade étant dans le décubitus dorsal, on glisse la main à plat au niveau de la région lombaire. Trousseau avait beaucoup insisté sur ce symptôme, qui, théoriquement, était la preuve absolue d'une ectopie rénale; les auteurs récents attachent une importance bien moindre à ce signe, qui serait, d'après Landau, inconstant et infidèle. Il en est de même de la percussion de la fosse lombaire : Trousseau, Piorry, Guttmann avaient signalé la disparition de la matité correspondant au rein : mais Landau n'accorde, à ce signe, qu'une valeur très relative.

L'examen méthodique de la cavité abdominale explorée à travers la paroi antérieure fournit le plus souvent des données importantes. A l'inspection, on ne constate rien; cependant chez des sujets amaigris on peut voir une tumeur arrondie, légèrement saillante, se dessiner sous la paroi. Ce qui frappe d'ordinaire, c'est la *laxité* des parois abdominales; le *ventre* est *tombant*. Quant à la percussion, elle dénote une matité ou une submatité au niveau de la tumeur, le son de percussion variant d'ailleurs suivant les rapports du rein avec les organes abdominaux.

C'est à la palpation qu'il faut surtout s'adresser. On perçoit dans des régions diverses, soit sous le rebord costal près de la ligne médiane, soit au voisinage de la région ombilicale, soit dans l'une des fosses iliaques, une tumeur lisse, ovoïde, présentant plus ou moins nettement la forme du rein : cette tumeur est dure, solide, d'une consistance ferme. Lorsqu'on parvient à la saisir entre les doigts, on remarque que, tantôt elle est indolore, tantôt très sensible à la pression, laquelle provoque une sensibilité spéciale sur laquelle Trousseau avait appelé l'attention et qui est identique à celle que provoque la pression de l'autre rein dans sa situation normale; en outre, on constate parfois des sensations pénibles de malaise, des nausées, une tendance à la syncope : ensemble symptomatique dû sans doute au froissement de quelque filet du système du grand sympathique. Mais le caractère primordial de la tumeur est sa mobilité; en effet, pendant l'exploration, le viscère fuit sous la main, s'échappe pour ainsi dire, regagne parfois sa loge; on s'explique ainsi les résultats variables que donne la palpation pratiquée à divers intervalles et la difficulté du diagnostic dans certains cas.

La palpation s'opère de plusieurs façons.

La méthode la plus usuelle est l'exploration bi-manuelle d'après la méthode de Trousseau, la main gauche s'insinuant à plat au niveau de la fosse lombaire, pendant que la main droite explore la cavité abdominale par sa partie antérieure, refoulant les intestins, pour arriver à saisir le rein entre les deux mains. Afin d'obtenir un relâchement suffisant des muscles de la paroi abdominale, il faut, tout en conseillant au malade de faire de grandes inspirations la bouche étant ouverte, placer les cuisses dans la demi-flexion et l'abduction ou, au contraire, dans l'adduction forcée.

M. Glénard a préconisé une méthode un peu différente, qui, entre des mains exercées, doit donner des résultats beaucoup plus précis : c'est la *palpation néphroleptique*, décrite en détails dans les mémoires de M. Glénard et dans la Revue que M. Cuilleret a consacrée à l'entéroptose dans la *Gazette des hôpitaux* (1889), à laquelle nous renvoyons ceux qui veulent s'initier à cette méthode. D'après M. Glénard, la palpation doit s'effectuer en trois temps :

1° L'*affût :* On saisit solidement de la main gauche, le pouce en avant, les quatre doigts en arrière, les parties molles situées au-dessous du rebord des fausses côtes; on complète l'anneau en dedans avec la main droite. On fait faire au malade une inspiration profonde et, normalement, on ne doit sentir aucun organe s'engager dans l'anneau ainsi circonscrit; si un organe s'y engage, c'est qu'il y a *ptose*;

2° La *capture* : Il faut retenir l'organe en ptose entre le pouce et le médius de la main gauche;

3° L'*échappement :* Pour apprécier les caractères de siège, de forme, de consistance, de sensibilité, de volume, il faut laisser échapper l'organe en le faisant passer de bas en haut, entre les doigts de la main gauche : c'est le pouce qui joue ici le *rôle intelligent;* s'il s'agit du rein, on sent un ressaut dont le malade accuse également la sensation.

D'autre part, Lindner et Israël ont recommandé d'explorer la cavité abdominale, le malade étant dans le décubitus latéral, les cuisses fléchies. Ce procédé permettrait surtout de *saisir* le rein et d'étudier son degré de mobilité après les grandes inspirations. On arriverait ainsi à sentir le hile et même les battements de l'artère rénale. Küttner recommande en outre d'examiner les malades debout, la station verticale facilitant l'exploration. En général, on insiste peu sur l'examen dans la position génu-pectorale, qui donnerait des résultats moins précis.

Il est à peine besoin de rappeler que le *ballottement rénal* (1), ce signe si précieux que M. Guyon nous a fait connaître et auquel il attache une légitime importance, trouve son application dans l'exploration du rein déplacé et que la *réductibilité* de la tumeur reste le caractère pathognomonique de la plupart des reins mobiles.

Si nous avons longuement décrit ces différentes méthodes de palpation, c'est qu'il importe de les bien connaître : car, en somme, ce sont des données positives; le tableau des signes fonctionnels, ainsi qu'on va le voir, est trop inconstant et trop variable, pour qu'on soit en droit de diagnostiquer un rein mobile, tant que les symptômes physiques n'auront pas corroboré cette hypothèse. Nous ne craignons pas de dire que la palpation est souvent des plus difficiles, surtout si on cherche à se rendre compte des déplacements et, en particulier, des abaissements du rein sans mobilité de l'organe.

Symptômes fonctionnels. — La néphroptose peut être le point de départ d'une série de troubles morbides retentissant sur divers appareils. Nous passerons en revue la plupart de ces signes, en leur accordant un développement en rapport avec leur importance.

Le rein mobile est souvent une affection *douloureuse :* la douleur s'observe surtout lorsque les reins se luxent après un violent traumatisme et, dans certains cas, elle atteint une intensité telle qu'elle simule le lumbago; aussi M. Tuffier (2) a-t-il pu se demander si certains lumbagos traumatiques, dits tours de reins, ne sont pas, en réalité, des luxations de cet organe; jusqu'à présent, toutefois, il n'a pu constater la mobilité rénale dans ces circonstances. Au début, le malade éprouve une sensation de déchirure, de craquement et, pour employer une expression familière au patient, d'un organe qui se décroche. D'ordinaire, il accuse un certain malaise, un sentiment de pesanteur, des tiraillements, des pincements dans un des côtés de l'abdomen. La douleur est tantôt sourde, tantôt pulsative, tantôt assez vive pour déterminer une lipothymie. Parfois les malades croient percevoir des mouvements analogues aux mouvements d'un fœtus. Ces phénomènes douloureux s'accentuent dans la position debout, par la marche, la fatigue, les efforts, l'équitation, les cahots d'une voiture; ces causes peuvent être l'occasion de véritables crises dou-

(1) Guyon. *Bull. méd.*, 1887.
(2) Tuffier. *Semaine méd.*, 1891.

loureuses. En même temps, il est commun d'observer des douleurs à caractère de névralgie, dues peut-être aux tiraillements des nerfs abdomino-génitaux ou à une névralgie par irritation de voisinage ou réflexe : c'est ainsi qu'on a signalé les névralgies intercostale, iléo-lombaire, du plexus lombaire, avec des irradiations douloureuses suivant les diverses branches vers les cuisses, les lombes, l'abdomen, les uretères, les grandes lèvres, ou vers les épaules et la région inter-scapulaire. Guéneau de Mussy a noté l'hyperesthésie lombaire. Ce qu'il importe de mettre en relief, c'est que la plupart de ces manifestations douloureuses cèdent rapidement et complètement au repos dans la position horizontale.

Depuis fort longtemps, on a observé chez les malades atteints de rein mobile des *crises douloureuses*. Becquet avait remarqué que, chez la femme, ces crises coïncidaient d'ordinaire avec la période menstruelle : il s'agirait, suivant lui, d'une véritable fluxion qui se traduirait par un endolorissement et une tuméfaction du viscère en ectopie, constatable par la palpation. On sait le rôle que Becquet a fait jouer à la menstruation dans la pathogénie de la néphroptose. Il existe une autre variété de crises très douloureuses et se traduisant par un appareil symptomatique alarmant, mais dont le dénouement est presque toujours heureux; nous étudierons un peu plus loin ces crises ainsi que leur pathogénie, sous le nom d'étranglement rénal.

On observe presque toujours, à côté de ces phénomènes douloureux, d'autres troubles fonctionnels qui sont sous la dépendance du système nerveux et qui peuvent réaliser toutes les modalités cliniques de la *neurasthénie*. Ils se traduisent par un état moral particulier, par une tendance à l'hypochondrie, par un état de nervosisme des plus pénibles pour le malade. Dans certains cas, les manifestations de la neurasthénie deviennent prédominantes, constituent tout le tableau morbide, à tel point qu'il est légitime de décrire, à côté de la *forme douloureuse* du rein mobile, une *forme neurasthénique*. Certains auteurs admettent que l'hystérie est commune dans l'ectopie rénale; Guéneau de Mussy avait, depuis longtemps, noté cette coïncidence; Chroback a observé 8 fois l'hystérie sur 19 cas, et M. Lancereaux l'a signalée 4 fois. Mais le plus souvent, il s'agit d'hystéricisme plutôt que d'hystérie vraie, et nous ne serions pas éloigné de comparer le nervosisme des malades atteints de rein mobile à celui des malades affligées d'affections utérines en somme bénignes, chez lesquelles les troubles fonctionnels ne sont nullement en rapport avec la lésion locale. Dans un cas, Koranyi (1) a noté la tétanie comme accident compliquant le rein mobile.

Mais de tous les accidents les plus communément observés dans la néphroptose sont les *troubles digestifs* qui occupent la première place; ils sont variés dans leurs manifestations. Il s'agit le plus souvent de troubles gastriques: anorexie, dyspepsie douloureuse, crises de gastralgie, sensation de tiraillement, de plénitude au creux épigastrique, distension gazeuse de l'organe avec renvois, pyrosis : en un mot, on peut observer toutes les formes et tous les accidents de la *dyspepsie nerveuse*. Parfois, il existe des symptômes encore plus graves, tels que nausées, vomissements; on a même signalé de véritables crises gastriques survenant soit aux époques menstruelles, soit même en dehors de ces périodes, s'accompagnant de douleurs vives et de vomissements parfois incoercibles.

Lorsqu'on examine l'estomac de ces malades, on trouve très souvent des signes de dilatation gastrique; s'il en est ainsi, tous les phénomènes que nous avons énumérés s'expliqueraient par la stase des matières dans l'estomac.

Dans un certain nombre de cas, on a fait l'analyse du suc gastrique et on a pu constater que l'hyperchlorhydrie n'était pas rare : c'est ainsi que M. Marfan (2), dans ses recherches sur l'étiologie de l'hyperchlorhydrie, rapporte quatre observations d'hyperchlorhydriques qui avaient en même temps un rein mobile. M. Rémond (de Metz) nous a obligeamment communiqué une observation inédite recueillie dans le service de M. Debove, où existaient à la fois l'hyperchlorhydrie et l'ectopie rénale.

La dilatation de l'estomac a paru tellement fréquente dans le rein mobile qu'on a dit qu'il y avait une relation de cause à effet entre ces deux affections. Mais s'agit-il bien de dilatation de l'estomac? Ne s'agirait-il pas plutôt d'une distension de l'estomac, de la mégastrie d'Ewald? Cette question a soulevé de nombreuses discussions, tant au point de vue du fait lui-même que de son interprétation. Küttner (1) a pratiqué l'insufflation, d'après le procédé d'Ewald, dans 89 cas qu'il a examinés à ce point de vue. Voici les résultats de ses recherches : dans 10 cas, l'estomac était normal, dans 79 cas la grande courbure descendait à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic; ces 79 cas répondaient à 47 cas de rein mobile droit, à 7 cas de rein mobile gauche et à 25 cas de rein mobile bilatéral. Par contre, Drummond (2) a examiné 31 malades atteints de néphroptose au point de vue de la gastro-ectasie, mais n'a jamais observé de dilatation.

Quelle que soit la théorie à laquelle on s'arrête, il n'en reste pas moins vrai que, très fréquemment, le rein mobile coïncide avec la distension de l'estomac; Leube, Ewald, Küttner se bornent à constater le fait sans trouver d'explication plausible; ils admettent cependant qu'il s'agit, dans ces cas, de mégastrie bien plutôt que de la véritable dilatation de l'estomac, affection caractérisée par des vomissements abondants et qui ne doit se diagnostiquer qu'après le lavage de l'estomac, pratiqué le matin à jeun.

Pour en finir avec les symptômes relevant du tube digestif, signalons la fréquence de la constipation, qu'un grand nombre de causes peuvent expliquer : compression de l'intestin par le rein déplacé, modifications dans la direction et le trajet du gros intestin, relâchement et flaccidité de la paroi abdominale, diminution de la pression abdominale, peut-être aussi parésie de la couche musculeuse de l'intestin.

On a noté, avec une certaine fréquence, des troubles hépatiques dans le cours de l'ectopie rénale. La congestion hépatique, consécutive aux troubles dyspeptiques, a été signalée par MM. Bouchard et Dujardin-Beaumetz; cette hypertrophie du foie peut, à son tour, contribuer à produire l'ectopie rénale. C'est surtout sur l'ictère qu'on a insisté; sa pathogénie a donné lieu à bien des discussions. Litten (3) et Stiller (4) ont, les premiers, appelé l'attention sur la coexistence de cet ictère avec le rein mobile. Ils avaient remarqué qu'il s'agissait d'un ictère fugitif, diminuant rapidement, disparaissant même lorsque le malade gardait la position horizontale, avec une tendance à récidiver. D'après Litten, il s'agirait d'un ictère par rétention dû à la compression des voies biliaires par le rein droit. Landau admet plutôt que l'ictère est le résultat d'une inflammation catarrhale consécutive à la compression du duodénum. La lithiase biliaire a été maintes fois notée et Weisker (5) a consacré un long mémoire à cette question : il insiste surtout sur les altérations de la vésicule biliaire, hydropisie et empyème dépendant de la lithiase biliaire.

D'après Weisker, ces phénomènes s'expliqueraient par les rapports de la capsule fibreuse du rein avec les voies d'excrétion de la bile; il existerait un véritable ligament hépato-rénal qui serait intimement uni au canal cystique; or, le tiraillement de ce ligament expliquerait le rétrécissement du canal cystique et les phénomènes de rétention biliaire. M. Potain a insisté récemment sur les rapports du rein mobile et de la lithiase biliaire et a décrit un déplacement du rein (antéversion) consécutif à cette lithiase biliaire. Nous rappellerons pour mémoire la possibilité de l'abaissement et de la mobilité du foie (hépato-ptose), parfois de la rate (spléno-ptose), pouvant coïncider avec les déplacements du rein.

Les troubles du *système circulatoire* sont de peu d'impor-

---

(1) KORANYI. *Berlin. klin. Wochens.*, 1890.
(2) MARFAN. *Arch. gén. de méd.*, mai 1890, et *Gaz. hebd.*, août 1890.

(1) KUTTNER. *Berlin. klin. Wochens.*, 1890.
(2) DRUMMOND. *The Lancet*, 1890.
(3) LITTEN. *Charité Annalen*, 1880.
(4) STILLER. *Wiener med. Wochens.* 1889.
(5) WEISKER. *Schmidt Jahrbücher*, t. CXIX et CXX.

tance : le plus souvent, il s'agit de palpitations survenant par accès, dépendant parfois de la chloro-anémie, mais relevant, le plus ordinairement, du nervosisme. Dans des cas tout à fait exceptionnels, le rein mobile a pu exercer une compression suffisante sur la veine-cave pour amener une thrombose : on cite toujours le cas devenu classique de Girard et une observation plus récente de Landau.

Un chapitre beaucoup plus intéressant est celui qui concerne les modifications de la *sécrétion urinaire*. Dans le plus grand nombre de cas, la sécrétion urinaire est normale; elle n'est en rien influencée par le rein déplacé; tel est, du moins, l'avis de Trousseau, d'Oppolzer, de Rosenstein, etc., et il doit en être ainsi puisque, en général, le rein déplacé est un rein sain au point de vue anatomique. Cependant, on a rapporté quelques cas où il y avait troubles de la sécrétion urinaire : tantôt l'urine était rare, foncée, sédimenteuse, tantôt il y avait polyurie. Apolant (1) a signalé une observation où cette polyurie atteignait cinq litres. L'albuminurie ainsi que les symptômes de néphrite sont tout à fait exceptionnels. L'hématurie a été notée dans un cas d'Ehren. Il peut se faire que le rein déplacé comprime les deux uretères au point d'amener une anurie complète : dans ces cas les malades succombent à des accidents urémiques. Béhier et M. Labadie-Lagrave ont signalé cette complication très rare. Nous laissons de côté, à dessein, les troubles urinaires qu'on observe pendant les crises d'étranglement rénal.

D'autre part, les troubles vésicaux ne sont pas rares et nombre de fois on a noté du ténesme, des épreintes vésicales, une véritable dysurie. Les complications vésicales, la cystite, l'incontinence ou la rétention d'urine ne méritent qu'une simple mention.

Étranglement rénal. — A côté des symptômes très variables dans leur intensité, mais qui sont pour ainsi dire permanents, il existe un syndrome épisodique, en ce sens qu'il se présente par crises qui se répètent à des intervalles variables, graves dans leur expression symptomatique, mais, en réalité, plus effrayantes que dangereuses. Ces crises avaient, depuis longtemps, attiré l'attention des médecins et si leur description nosographique est de date déjà assez ancienne, leur pathogénie n'est pas encore complètement élucidée; nous verrons combien de théories ont été émises avant celle qui paraît le mieux s'appliquer à la majorité des cas. Voici comment cet accident se présente : le malade est pris d'une douleur subite, d'ordinaire d'une acuité extrême, dans l'abdomen; c'est à la suite d'une fatigue, d'une promenade en voiture, d'un effort, parfois sans cause appréciable que cette souffrance se déclare. Dès le début, l'état général paraît subir une atteinte sérieuse, et le tableau clinique rappelle sensiblement celui de la péritonite : le malade pâlit, a une lipothymie, parfois même une syncope; la face se couvre de sueurs froides; le pouls devient petit, fréquent, misérable; la respiration s'accélère, elle est superficielle, brève et revêt le type costal-supérieur; presque constamment il y a des nausées ou des vomissements. Le ventre ne tarde pas à se ballonner, à devenir d'une sensibilité exquise; le faciès est altéré, grippé : on assisterait au tableau à peu près complet d'une péritonite aiguë, s'il ne manquait un symptôme capital, la fièvre. En effet, le frisson fait habituellement défaut et la température peut rester normale : si le thermomètre marque 38 degrés ou 38°5, il ne dépasse guère ce chiffre. On constate en même temps une diminution considérable dans la quantité des urines; elles sont foncées, quelquefois sanguinolentes, rarement albumineuses. L'examen de l'abdomen est des plus pénibles pour le malade. La palpation, lorsqu'elle est possible, peut fournir des indications capitales; en effet, la douleur n'existe pas dans toute la cavité abdominale; elle présente un maximum très net; la région la plus endolorie correspond à une tumeur sensible à la pression, mate à la percussion, qui n'est autre, ainsi que l'évolution des symptômes le montrera, que le rein déplacé, mais tuméfié et, pour ainsi dire, fluxionné. Cependant, dans nombre de cas, le ballonnement du ventre est tel qu'il empêche toute exploration; tout au plus arrive-t-on alors à sentir une simple rénitence. Lorsque l'examen complet devient possible, on constate l'apparition d'une tumeur liquide, siégeant, le plus souvent, dans le flanc droit. La crise dure plusieurs heures, parfois plusieurs jours; la douleur cesse brusquement, lorsque le rein reprend sa place sous l'influence d'un traitement anodin, mais surtout grâce au repos, dans la position horizontale; la tumeur disparaît avec la douleur et on constate en même temps une émission d'une quantité considérable d'urine : le bassinet se vide et tout rentre dans l'ordre. Ces crises sont sujettes à récidives; elles se renouvellent parfois tous les mois.

(1) Apolant. *Deuts. med. Wochens.*, 1886.

Comment peut-on interpréter ces accidents? Dietl (1), un des premiers, a bien décrit ces faits sous le nom assez caractéristique d'*étranglement rénal*; il supposait qu'il s'agissait d'une migration du rein qui s'emprisonne dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; la séreuse réagirait à son tour : d'où les phénomènes de péritonite avec une exsudation péri-rénale; le plus souvent, d'après Dietl, tout se borne à cette péritonite circonscrite.

Rollet (2) soutint une théorie analogue à celle de Dietl. Le rein se fraierait un passage à travers le tissu cellulaire : il y aurait irritation du péritoine, troubles circulatoires du tissu conjonctif, qui se gonflerait, s'enflammerait; on peut ainsi voir survenir une péritonite circonscrite, une inflammation de la capsule et du parenchyme du rein. Ebstein accepta aussi l'hypothèse de la formation d'un exsudat péritonitique.

Gilewski (3) a, le premier, émis la théorie qui semble actuellement réunir le plus grand nombre d'adhérents; il admet une compression de l'uretère entre le rein et la colonne vertébrale ou même une torsion de l'uretère : d'où une hydronéphrose aiguë par obstacle à l'écoulement de l'urine; cette théorie, quelque peu modifiée, rend compte de la majorité des symptômes. Les premières théories que nous avons exposées prêtent à la critique et on a fait remarquer, avec raison, que la terminaison si promptement favorable, la disparition rapide de la tuméfaction ne cadrent pas avec l'hypothèse d'une péritonite avec exsudation.

Landau attribue ces accidents à un trouble intense dans la circulation locale du rein déplacé, dû à l'inflexion ou à la coudure des vaisseaux du rein et, tout particulièrement, des veines rénales; celles-ci subiraient une véritable torsion à la suite du changement de direction de l'axe de l'organe. Landau appuie sa théorie sur les résultats des recherches physiologiques de Hermann, de Ludwig, de Cohnheim, qui ont montré que la ligature de la veine rénale pouvait amener un arrêt de la sécrétion urinaire, une tuméfaction rapide de l'organe (d'après Cohnheim, le rein peut doubler de volume en moins d'une heure). Mais on peut objecter à cette théorie que la tuméfaction est beaucoup trop considérable pour être le fait de la stase; de plus, on devrait observer constamment de l'albuminurie; enfin, cette hypertrophie du rein devrait s'accompagner d'altérations histologiques; or, l'examen des reins enlevés par la néphrectomie ne donne que des résultats négatifs.

La théorie la plus récente, à laquelle d'ailleurs Landau s'est rallié depuis, attribue tous ces accidents à une hydronéphrose aiguë intermittente, pour l'étude spéciale de laquelle nous renvoyons au mémoire excellent de MM. Terrier et Baudouin (4). Cette théorie acceptée par la majorité des auteurs a été défendue par Senator, par Landau et surtout par Lindner. On sait actuellement que l'hydronéphrose et, en particulier, l'hydronéphrose aiguë intermittente est assez fréquente dans le cours du rein mobile : cette hydronéphrose s'explique par une torsion de l'uretère. Elle réalise précisément les symptômes de l'étranglement rénal, à savoir : augmentation du volume du rein, diminution de la quantité des urines, douleurs vives dans la région du rein dues à la distension du bassinet, cessation des accidents par une émis-

(1) Dietl. *Wien. med. Wochens.*, 1859.
(2) Rollet. *Monographie*, 1868.
(3) Gilewski. *Wien. med. Presse*, 1865.
(4) Terrier et Baudouin. *Rev. de chir.*, sept. et oct. 1891.

sion abondante d'urine. Voici comment, d'après MM. Terrier et Baudouin, se produirait cette hydronéphrose dont le mécanisme a été mis en lumière par l'expérimentation et l'anatomie pathologique : coudure ou torsion de l'uretère, lors du déplacement rénal ; arrêt momentané dans l'excrétion de l'urine et développement d'une poche hydronéphrotique ; cette poche se vide par la reprise de la place du rein ; mais, lorsque ces accidents se sont renouvelés plusieurs fois, il peut y avoir irritation péripyélique, créant des conditions favorables à l'infection de la muqueuse du bassinet ; il peut aussi s'établir des adhérences fibreuses entre le sac et la partie supérieure de l'uretère, et on assiste ainsi à la transformation d'une hydronéphrose intermittente en une hydronéphrose fermée. Landau attribue à l'hydronéphrose les troubles de la sécrétion urinaire ; mais il croit que les accidents douloureux sont surtout le fait de la stase veineuse.

Cette théorie explique donc, d'une façon satisfaisante, et l'apparition brusque des phénomènes et leur disparition non moins rapide ; elle explique aussi comment, à la longue, on peut observer des phénomènes de pyélite avec altération des urines et toutes ses conséquences.

Marche. Evolution. Pronostic. — Le rein mobile mérite à peine le nom de maladie. C'est une anomalie qui peut provoquer une série d'accidents plus ou moins graves ; mais, dans la grande majorité des cas, il s'agit d'une affection bénigne, guérissant souvent spontanément par le retour du rein dans sa loge. Il est intéressant de savoir comment cette ectopie rénale, qui est si souvent consécutive à la grossesse, se comporte durant la grossesse. On a tout d'abord remarqué que les troubles occasionnés par le rein mobile pouvaient être amendés pendant la grossesse et on a attribué la sédation des accidents à des raisons mécaniques : refoulement du rein, suppression de la menstruation et par suite des congestions cataméniales du rein ; peut-être aussi formation de graisse, qui renforce les moyens de fixité du rein. Hare et Oppolzer ont signalé la guérison du rein mobile après la grossesse. Dans de très rares exemples, le rein déplacé a été une cause de dystocie ; Eger considère l'ectopie rénale comme une cause possible d'avortement. D'un autre côté, l'effort de l'accouchement peut amener des accidents chez des femmes atteintes de rein mobile.

La rareté du rein mobile à l'autopsie peut être considérée comme une preuve de ce que cette affection tend à disparaître spontanément ; peut-être la ménopause favorise-t-elle cette guérison ? On n'ignore pas que certaines femmes, arrivées à l'âge critique, deviennent obèses, et cette production de graisse contribue sans doute à consolider le rein dans sa loge.

Le *pronostic* de cette affection est donc, somme toute, favorable, et nous croyons que Trousseau a été absolument dans le vrai en disant : « Le pronostic du rein déplacé n'a vraiment pas de gravité : il ne devient grave que par les erreurs auxquelles il peut donner naissance et le traitement erroné qui en découle, traitement ordinairement d'autant plus actif que le médecin est moins convaincu. » A coup sûr, une personne ayant un rein mobile peut être exposée à certains accidents qui peuvent, à la longue, devenir graves et même mortels : hydronéphrose, pyélite, rarement urémie. C'est dans ces conditions qu'une intervention radicale paraît légitime.

V

Diagnostic. — Le diagnostic est loin d'être facile : il suffit de rappeler combien la symptomatologie est variable pour être convaincu de la difficulté de ce diagnostic.

Lorsque par la palpation on trouve une tumeur ayant la forme, la consistance du rein, qui se déplace aisément, le diagnostic s'impose. Mais lorsqu'il s'agit d'abaissement du rein, sans mobilité nette, il faut une très grande habitude de la palpation pour être affirmatif ; et les troubles digestifs ou nerveux, conséquence de l'ectopie rénale ou simples accidents concomitants, peuvent égarer le médecin. D'autre part, on peut trouver une tumeur abdominale qui, par suite de divers processus, a perdu sa forme primitive et sa mobilité : on conçoit que dans ces conditions on puisse songer à toutes sortes de tumeurs abdominales : kyste ovarique, fibro-myome utérin, tumeur du mésentère ou des ganglions mésentériques, tumeur stercorale, tumeur du rein. Parfois de par son siège, le rein mobile peut en imposer pour une tumeur du foie ou de la vésicule biliaire, surtout dans la variété de déplacement que M. Potain a spécialement étudiée. Il sera aisé de distinguer le rein mobile de la rate mobile. Lorsque les phénomènes douloureux dominent, on peut songer à une névralgie lombaire ; mais ici la douleur siège sur un trajet déterminé, on retrouve les points douloureux classiques, on en connaît les irradiations. Parfois les crises douloureuses peuvent en imposer pour une colique néphrétique, plus rarement pour une colique hépatique ; et il arrivera parfois que ce diagnostic présente de réelles difficultés : il faudra, dans ces conditions, s'enquérir avec soin des symptômes de la lithiase biliaire ou rénale, sans oublier de chercher le corps du délit dans les urines ou dans les selles, après la crise. Il faudra aussi songer à la possibilité de simples coliques ou de douleurs symptomatiques d'une affection utérine.

La mobilité de la tumeur peut être prise par la malade pour des mouvements fœtaux : on devra donc ne pas confondre le rein mobile avec la grossesse, ni avec la fausse grossesse des femmes névropathes. D'autre part, la prédominance des troubles digestifs peut induire en erreur : on traite les malades uniquement pour une affection de l'estomac ; cette thérapeutique est le plus souvent insuffisante. Si l'état général s'altère, si le malade se cachectise, on pourrait croire à une affection cancéreuse de l'estomac, du côlon, du pancréas : mais un examen attentif et surtout l'évolution de la maladie obligeront de rectifier ce diagnostic. Il est toujours difficile de reconnaître les adhérences, d'ailleurs rares, qui fixent le rein dans une situation anormale : adhérences au foie, à la vésicule biliaire, au côlon transverse.

Le diagnostic de l'étranglement rénal est facile, lorsqu'on est prévenu de l'existence d'un rein mobile. Sinon, on conçoit combien il est difficile d'interpréter les accidents douloureux pouvant simuler tantôt une poussée de péritonite généralisée ou localisée (pérityphlite, périmétrite), tantôt l'étranglement interne. C'est par la palpation surtout et l'étude méticuleuse de la sécrétion urinaire, qu'on pourra reconnaître l'hydronéphrose.

VI

Traitement. — Nous envisagerons successivement le traitement du rein mobile lui-même, puis celui des accidents qu'il entraîne.

L'indication première consiste à ramener le rein dans sa loge et à l'y maintenir ; si ce résultat ne pouvait être atteint, l'expérience nous enseigne que, lorsque le rein déplacé est maintenu, quelle que soit d'ailleurs la situation qu'i occupe, on constate une amélioration évidente. Les auteurs sont d'avis opposé en ce qui concerne ce traitement. Pour les uns, un bandage approprié suffit et il est inutile de recourir au traitement chirurgical. D'autres, au contraire, réclament une intervention active ; parmi eux, les uns sont partisans de la néphrectomie, les autres, de plus en plus nombreux, préfèrent la néphrorrhaphie.

Nous n'avons pas l'intention d'entrer dans les détails opératoires : c'est une question vaste, très intéressante, mais purement chirurgicale. Dans la grande majorité des cas, le bandage donnera des résultats satisfaisants. Une ceinture abdominale, suppléant à l'atonie des muscles de la paroi, embrassant toute la hauteur de la cavité abdominale et munie d'une pelote légèrement convexe destinée à être appliquée sur le rein, répondra à la plupart des indications. Cette sangle abdominale, la plus simple, aura pour effet de maintenir le rein, de le refouler vers la loge, en même temps qu'elle relèvera tout le paquet intestinal. Dans un grand nombre d'observations, cette méthode thérapeutique a donné d'excellents résultats. Si, toutefois, la mobilité du rein est telle qu'il ne saurait être maintenu par une cein-

ture, si les accidents persistaient ou s'aggravaient malgré le traitement palliatif, on sera autorisé à faire la néphrorrhaphie, c'est-à-dire aller à la recherche du rein, le remettre en place et le fixer par des sutures. Cette opération, faite pour la première fois par Hahn, a reçu, grâce aux recherches si intéressantes de M. Tuffier, des perfectionnements tels que nous sommes persuadé que la néphropexie est appelée à rendre de très grands services. Quant à la néphrectomie, préconisée par Keppler, ses indications sont restreintes. Sans aller jusqu'à conclure, avec Landau, que l'extirpation du rein mobile ne se justifie jamais, nous reconnaissons que les indications de l'ablation du rein sont rares, hormis les cas, bien entendu, où le rein déplacé serait en même temps atteint de dégénérescence ou d'une altération grave. Lorsque des adhérences trop solides rendront la néphrorrhaphie impossible, on pourra recourir à l'ablation; mais un rein déplacé et fixé dans une situation anormale donne rarement naissance à des accidents assez sérieux pour exposer le malade à une opération aussi grave que la néphrectomie. Peut-on, d'ailleurs, savoir si l'autre rein est sain et s'il suffira à suppléer son congénère absent?

Dans tous les cas, c'est par un bandage approprié qu'il faudra commencer le traitement. On emploiera de plus tous les moyens usuels pour rendre aux muscles de l'abdomen une certaine tonicité : applications froides, douches, bains de mer, massage, électrothérapie.

Les autres accidents ne réclameront qu'un traitement symptomatique sur lequel il est inutile d'insister.

L'étranglement rénal cède le plus souvent à une thérapeutique anodine : repos dans la position horizontale, applications chaudes et calmantes, bains chauds; des préparations opiacées, de la glace sur le ventre, suffiront d'ordinaire. Ce qu'il importe de retenir, c'est que toute manœuvre, toute tentative de réduction, doivent être soigneusement évitées, tant que cet épisode aigu ne sera pas calmé.

L'hydronéphrose intermittente ne nécessite pas d'autre traitement; ce n'est que lorsqu'elle devient définitive, lorsqu'il survient des accidents de pyélite, que l'on aura recours à un traitement chirurgical.

PATHOGÉNIE DES APPENDICITES

Par M. le docteur Clado.

Dans l'une de nos Revues générales (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 145), M. Ricard a fait connaître les derniers travaux qui ont complètement métamorphosé le chapitre de la typhlite et de la péri-typhlite. On admet aujourd'hui que l'appendice iléo-cæcal est bien plus fréquemment lésé que le cæcum lui-même. A la dernière séance de la Société de biologie, M. Clado a communiqué, avec pièces et dessins à l'appui, une série de faits intéressants sur l'anatomie et la pathologie de l'appendice ilio-cæcal. Il décrit, notamment, un *ganglion appendiculaire* recevant les lymphatiques de l'organe, et un *ligament appendiculo-ovarien* (constant chez la femme et dont on trouve des vestiges chez l'homme) établissant des communications lymphatiques entre l'appendice et l'ovaire.

La conclusion de cette étude est que l'appendice, par sa forme, son méso, ses franges épiploïques, la distribution de ses artères, son ganglion, sa structure, son évolution et ses variations dans la série animale, doit être considéré comme une portion atrophiée du cæcum.

A l'état sain et immédiatement après la mort, M. Clado y a constamment trouvé le *bacterium coli commune* seul. De même dans trois cas d'appendicite. Cette affection serait, d'après lui, une véritable glandulite, conduisant à l'abcès intra-appendiculaire. Les suppurations extra-appendiculaires résulteraient :

1° De la migration, constatée dans un cas, à travers la paroi;

2° De l'adénite appendiculaire;

3° De la perforation de l'appendice.

Normalement l'appendice est situé dans le petit bassin; mais parfois il est replié, de bas en haut, sous le cæcum; son inflammation peut alors faire croire à des abcès d'origine cæcale.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

30. M. Fournes. De la virulence du chancre simple et du bubon consécutif. De leur traitement par l'eau chaude. — 31. M. Emily. Contribution à l'étude clinique des altérations de la peau chez les vieillards. — 32. M. Rey. Contribution à l'étude de la pathologie de l'amygdale pharyngée. Des adénoïdites. — 33. M. Dubosc. Étude sur l'emploi de quelques appareils plâtrés en chirurgie. — 34. M. Buisine. Contribution à l'étude de l'érythème noueux et du purpura considérés spécialement dans leurs rapports avec la tuberculose. — 35. M. Bailly. Contribution à l'hygiène navale. Étude hygiénique des croiseurs rapides de troisième classe (type «Forbin»). — 36. M. Lautour. Du varicocèle et de son traitement par la double ligature à ciel ouvert. — 37. M. Chaussade. Des premiers secours en cas d'accidents. Les ambulances urbaines de Bordeaux. — 38. M. L'helgoualc'h. Étude de la pathogénie de l'hépatite suppurée (origine microbienne non spécifique). — 39. M. Desquerre. Contribution à l'étude des péri-uréthrites blennorrhagiques. — 40. M. Dutigny. Contribution à l'étude du diabète d'origine palustre. — 41. M. Bonain. De l'hypertrophie cardiaque compensatrice chez les enfants. — 42. M. Gossart. Contribution à l'étude du pronostic et du traitement de la syphilis héréditaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 2 février 1892, le concours qui devait s'ouvrir le 20 juillet 1892, à l'École de médecine d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques, est reporté au 20 août suivant.

— L'assemblée générale de l'Association médicale mutuelle du département de la Seine se tiendra dans le grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine, le dimanche 14 février 1892, à deux heures et demie très précises.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Kœchler est institué chef de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Kneepfler, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Ambielet est institué prosecteur, en remplacement de M. Gally, dont les fonctions sont expirées.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Labbé, prosecteur, est prorogé pour un an dans ses fonctions.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Wallet est prorogé, pendant l'année scolaire 1891-1892, dans ses fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale et de chef des travaux physiques et chimiques.

— *École de médecine d'Angers.* — M. le docteur Monprofit est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. le docteur Douillet est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— Sir Morell Mackensie, le célèbre laryngologiste anglais, vient de succomber à Londres aux suites de l'influenza.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs d'Aon (de Renung), Audy (de Dax), E. Baillard (de Montvilliers), Baillergeau (de Doué-la-Fontaine), Barbat (de Bassuet), Berneaudeaux (de Nantes), Fonsard père (de Champlittes), Louis Guichon (de Lyon), Laugier (de Quinçay), Eugène Ory, ancien

interne des hôpitaux, médecin du lycée Janson-de-Sailly, Trocque (de Nice), Vincenti (de Paris).

— M. le docteur A.-J. Martin donnera la prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 7 février 1892, à neuf heures et demie très précises du matin, aux abattoirs de la Villette.

— POSTES MÉDICAUX. — Aisne : s'adresser au maire de Boué.

— A VENDRE, pour médecin, un joli coupé H. Binder, presque neuf, doublé de satin noir, et une belle paire de juments noires sans aucun défaut ni tare. S'adresser au bureau du Journal.

Leçons de clinique médicale (deuxième série), par M. le professeur J.-J. PICOT (de Bordeaux). 1 vol. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, publiée sous la direction de M. le docteur Jules ROCHARD. T. IV. 21e fasc. In-8°. — Prix du fascicule : 3 fr. 50. — Paris, Vve Babé et Cie.

Alimentation des enfants — *Phosphatine Falières.*
Goutte. Gravelle. Diabète — Eau minle Contrexéville-Pavillon.
Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*, 2 ou 3 à chaque repas.
Magnésie Roy, sel purgatif alcalin, dépuratif chimique.
Vin Durand diastasé — *Affections de l'estomac.*

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 17. — MARDI 9 FÉVRIER 1892. 65e ANNÉE. MARDI 9 FÉVRIER 1892. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 8 février 1892.

A la quatrième page des journaux de médecine, ainsi qu'à la porte des grands hôpitaux, on voit en ce moment annoncer que MM. X., Y. et Z., internes des hôpitaux, commenceront tel jour, à telle heure, et à tel amphithéâtre, une conférence d'internat. Que n'a-t-on pas dit pour et contre ces conférences ! Il y a des intransigeants partout et, à côté de gens qui s'écrient que la conférence est une chose néfaste, vous en trouverez qui proclameront que, hors d'elle, il n'est point de salut. La vérité, c'est que la conférence, sans être absolument indispensable, est chose excellente et qui mérite d'être encouragée. Les élèves sont véritablement entraînés par un travail opiniâtre, grâce auquel ils parcourent deux fois dans l'année le vaste programme du concours de l'internat. Chaque semaine, les conférences succèdent aux conférences, entraînant sans relâche le candidat dans un labeur nouveau. C'est là, avec l'émulation due au travail en commun, un des avantages principaux des conférences d'internat et de toutes les conférences d'internat sérieusement dirigées.

Mais il est incontestable, d'autre part, que telle conférence sera, aux élèves, plus profitable que telle autre, suivant la valeur des « chefs » qu'elle aura à sa tête et, surtout, suivant la façon dont ils comprendront leur tâche.

Mal dirigée, une conférence d'internat peut être nuisible aux élèves qui la suivent, et, au dernier concours, maints candidats, et des meilleurs, sont restés sur le carreau, non parce qu'ils n'avaient pas suivi de conférences, mais parce qu'ils en avaient suivi de mauvaises, dans lesquelles ils avaient été mal guidés, mal conseillés, et où ils avaient pris des idées fausses sur la nature et sur la valeur du concours qu'ils allaient affronter.

Nous ne voulons pas tracer aujourd'hui un « guide du parfait candidat à l'internat », nous réservant de revenir, à plusieurs reprises, sur ce sujet intéressant; mais nous n'avons pas voulu laisser s'ouvrir les conférences d'internat sans souhaiter la bienvenue aux jeunes chefs qui se mettent à leur tête et sans leur dire qu'ils assument une grande responsabilité et que, des conseils qu'ils vont donner, peuvent dépendre et l'avenir et la carrière de ceux qui se sont confiés à eux. Si nos jeunes collègues veulent bien nous le permettre, nous nous proposons de leur exposer notre façon de comprendre le devoir qu'ils se sont librement imposé.

M. Netter, en son nom et au nom de M. Raymond, a fait connaître à la Société médicale des hôpitaux (6 février) une curieuse observation de pseudo-rhumatisme infectieux, pyohémique. Un homme de quarante-trois ans, vigoureux, portait, depuis plusieurs années, un écoulement purulent de l'oreille gauche. Au commencement de janvier, il fut pris, après des frissons violents, de fièvre et de douleurs articulaires au niveau de grandes jointures. Au début, cela ressemblait beaucoup à un rhumatisme articulaire aigu. Cependant, il y avait quelque chose d'anormal dans la gravité de l'état général et dans la rougeur avec tuméfaction œdémateuse et même fluctuation que l'on constatait au niveau de quelques articulations : les genoux, les épaules, les poignets. A l'œil droit, la cornée était dépolie, l'humeur aqueuse un peu louche. Sur certains points de la peau, de grandes taches rouges érythémateuses.

C'était donc beaucoup plutôt l'aspect d'un faux rhumatisme infectieux que du vrai rhumatisme articulaire aigu, de la polyarthrite fébrile aiguë primitive, comme on l'a appelé pour le spécifier nettement. En effet, des ponctions pratiquées au niveau du genou donnèrent du pus, et, à l'autopsie, indépendamment de lésions d'ordre infectieux du côté du foie, de la rate, des poumons, on trouva une arthrite suppurée des deux épaules, des deux poignets, des deux hanches, des deux genoux et de l'articulation temporo-maxillaire du côté gauche. Il y avait également du pus dans les gaines tendineuses des deux mains, dans les espaces inter-musculaires de l'avant-bras et des parois thoraciques.

Dans le pus et dans le sang, même sur le vivant, et aussi après la mort, on put déterminer, directement ou par voie de culture, la présence d'un microbe de la suppuration, le streptocoque pyogène. Il s'agissait donc d'une infection pyohémique, dont l'agent pathogène était représenté par ce microbe en chaînette. Dans le poumon, atteint de broncho-pneumonie, on trouvait l'agent habituel de la pneumonie, le pneumocoque.

Il s'agissait évidemment d'une infection générale par le streptocoque : la porte d'entrée avait été, sans doute, la lésion de l'oreille, l'otite moyenne du côté gauche.

M. Netter fait, à ce propos, un intéressant parallèle entre deux microbes de la suppuration, le micrococque en grappe de raisin (staphylocoque) plus malin, plus virulent, qui

pénètre dans les organes profonds ; le microbe en chaînette (streptocoque), qui reste plus superficiel, n'envahit guère les viscères, prospère volontiers dans les articulations. Il peut donner lieu, en revanche, à des embolies multiples et à des accidents pyohémiques.

C'est, en tout cas, un bel exemple du pseudo-rhumatisme infectieux, bien décrit par MM. Bouchard, Bourcy, Quinquaud. Des faits de ce genre aident à comprendre la genèse de faits moins graves, polyarthrite infectieuse non suppurée à allures rhumatoïdes.

MM. A. Mathieu et A. Rémond (de Metz) continuent leur étude sur les diverses formes de la dyspepsie. Nous publions ce travail *in extenso*; il porte sur quelques points particuliers de l'hyperchlorhydrie.

ÉTUDE CLINIQUE SUR LA DYSPEPSIE GASTRIQUE (1)

Par A. Mathieu et A. Rémond (de Metz).

(Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.)

II. Formes cliniques.

Dans une précédente communication (11 décembre 1891), nous nous sommes occupés de l'étiologie de la dyspepsie gastrique. Nos conclusions s'appuyaient sur 54 observations personnelles de dyspepsie primitive.

Aujourd'hui nous désirons revenir sur cette classification, la justifier, soutenir le bien fondé de notre conception générale et faire connaître quelques particularités nouvelles de l'histoire clinique de ces types morbides : nous le ferons le plus brièvement et le plus sobrement possible.

Les faits de dyspepsie gastrique peuvent à notre sens — d'une façon avantageuse à la fois pour la clinique et la pathologie générale — prendre place dans l'une des trois catégories suivantes :

1° Hyperchlorhydrie ;

2° Dyspepsie nervo-motrice ;

3° Hyperacidité organique et stase.

Examinons-les successivement.

1° *Hyperchlorhydrie.* — Elle est caractérisée par une acidité exagérée du suc gastrique, due à l'acide chlorhydrique libre ou en combinaison organique.

Le fait principal, c'est que la production d'acide chlorhydrique ait été excessive, que cet acide soit resté libre, volatilisable au bain-marie ou, qu'au contraire, il ait trouvé à s'unir aux substances azotées apportées par l'alimentation. Nous ne croyons pas qu'il y ait lieu, à l'heure actuelle, de chercher à démontrer la légitimité de cette forme clinique de la dyspepsie, d'une importance si grande et d'une unité clinique si naturelle.

Il n'y a pas lieu d'établir des catégories différentes suivant que l'acide chlorhydrique est libre ou combiné, puisque, suivant les circonstances, on peut, chez le même individu, rencontrer cet acide, tantôt sous l'une, tantôt sous l'autre forme.

Un hyperchlorhydrique avec hypersécrétion continue a, dès son premier examen, le matin à jeun, un suc gastrique d'une acidité totale de 4,20 avec 3,06 d'acide chlorhydrique libre p. 1000 et 0,53 d'acide chlorhydrique combiné. Le lendemain, après un repas d'épreuve d'Ewald, au bout d'une heure, on constate 0,22 d'acide chlorhydrique libre et 3,37 d'acide chlorhydrique en combinaison azotée, mesuré par le procédé d'Hayem-Winter. Les rôles sont, on le voit, exactement renversés.

Un autre a, le 20 août, 0,38 p. 1000 d'acide chlorhydrique libre et 2,54 d'acide chlorhydrique combiné ; le 25 août, on trouve, dans les mêmes conditions en apparence, 1,06 d'acide chlorhydrique libre et 0,66 d'acide chlorhydrique combiné.

Chez un troisième, le 8 août, il y a 0,78 p. 1000 d'acide chlorhydrique libre, et quelques jours plus tard, 1,75 d'acide chlorhydrique libre et 2,24 d'acide chlorhydrique combiné.

La conclusion, c'est qu'il ne faut pas attacher une importance trop grande à la variation, même assez étendue, des chiffres obtenus dans les analyses du suc gastrique : ce qu'il faut avant tout considérer, c'est le sens général des indications obtenues. En voulant serrer les chiffres de trop près, on tombe dans une multiplicité de formes qui équivaut presque à l'anarchie.

L'acidité exagérée du suc gastrique, due à l'acide chlorhydrique en excès, démontrée par les réactifs colorants et l'analyse chimique, c'est là le caractère principal, d'une importance clinique capitale, des divers cas d'hyperchlorhydrie. C'est la notion qui domine la conception du type morbide et par conséquent l'intervention thérapeutique.

Nous ne ferons pas ici le tableau, maintenant bien connu, de l'hyperchlorhydrie dans ses différentes formes à ses divers degrés : simple hyperacidité pendant la période de digestion stomacale, crises paroxystiques ou hypersécrétion continue avec dilatation permanente de l'estomac.

Nous renverrons, à ce point de vue, au travail récent de MM. Bouveret et Devic (1), qui constitue l'étude la plus complète que l'on possède sur cette forme de dyspepsie. Nous nous bornerons à signaler un certain nombre de particularités peu connues, sinon tout à fait nouvelles de la maladie de Reichmann.

Tout d'abord, l'acidité totale du suc gastrique, dans les cas d'hyperchlorhydrie, n'est pas due exclusivement à l'acide chlorhydrique libre et combiné. Il y entre aussi des acides organiques qui peuvent être en quantité supérieure à la normale, ce qui est assez contraire à l'idée qu'on se fait quelquefois du rôle antiseptique de l'acide chlorhydrique. Son pouvoir antifermentescible très réel, démontré par une série de recherches expérimentales, est loin d'être absolu. MM. Hayem et Winter sont arrivés déjà à cette conclusion mais par une voie différente. Ils comparent l'acidité totale du suc gastrique diminué de l'acide chlorhydrique à l'acide chlorhydrique en combinaison azotée. Quand le rapport est supérieur à 0,80 ou 0,90, ils admettent qu'il y a acidité organique exagérée. Malheureusement, ce qui enlève de la valeur au chiffre ainsi obtenu, l'acidité totale, est la somme de l'acidité de facteurs multiples dont le taux varie dans chaque cas en proportion inconnue. D'autre part, on ne sait pas dans quelle mesure le chlore en combinaison organique neutre ou alcaline existe dans un suc gastrique donné. Il est donc difficile d'attribuer une signification certaine à ce rapport, de savoir de quelle nature est le quotient d'une division dont le dividende et le diviseur sont d'essence en grande partie indéterminée.

Nous avons procédé directement ; et, en dosant les acides

---

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1348.

(1) Bouveret et Devic. *La dyspepsie par hypersécrétion gastrique*, Paris 1892.

organiques par l'éther, en utilisant le coefficient de partage découvert par MM. Berthelot et Jungfleisch, nous avons relevé, dans certains cas d'hyperchlorhydrie, des quantités d'acides organiques, d'acides de fermentation organique très supérieures à la normale.

Au lieu de 0,40 à 0,50 nous avons trouvé jusqu'à 1,60 chez un hyperchlorhydrique — déjà cité — qui avait 0,78 d'acide chlorhydrique libre et 2,16 d'acide chlorhydrique combiné p. 1000; chez un autre avec 1,66 d'acide chlorhydrique libre et 1,67 d'acide chlorhydrique combiné, nous avons relevé 0,67 d'acidité organique; 0,85 dans un autre cas avec 0,95 p. 1000 d'acide chlorhydrique libre.

Il est bon de faire remarquer qu'indépendamment des acides organiques libres, il existe toujours une quantité *indéterminée* d'acides de même ordre en combinaison également avec des substances azotées.

On voit, d'après cela, que la dilatation de l'estomac, même chez les hyperchlorhydriques, peut, en vertu de la stagnation, favoriser la formation de produits de fermentation organique susceptibles peut être de donner lieu à des accidents d'auto-intoxication. C'est un point sur lequel nous reviendrons ultérieurement à propos de la dilatation de l'estomac.

L'intensité de la douleur, de la gastralgie chez les hyperchlorhydriques, n'est nullement en proportion du taux de l'acidité de leur suc gastrique. C'est ainsi que des hyperchlorhydriques ont pu ne présenter que des phénomènes de neurasthénie banale, avec une hyperacidité très élevée, 2,90 d'acidité totale dans un cas, 1,10 d'acide chlorhydrique libre et 2 d'acide chlorhydrique combiné. Un second avec 5 p. 1 000 d'acidité totale et 1,75 d'acide chlorhydrique libre et 2,24 d'acide chlorhydrique combiné.

Tous les deux — et nous pourrions augmenter le nombre de ces exemples — ont été très soulagés par le traitement, en quelque sorte spécifique, de l'hyperchlorhydrie : les alcalins à haute dose. Il importe donc de savoir que l'hyperchlorhydrie accentuée peut se déguiser sous le masque de la simple neurasthénie, à manifestation gastrique médiocre, et passer méconnue, si on ne pratique pas l'examen chimique du contenu stomacal pendant la phase de digestion.

Autre point à noter dans l'histoire de l'hypèrchlorhydrie : il semble que l'hypersécrétion acide puisse faire place, au bout d'un certain temps, à une simple hypersécrétion chlorurée. Nous ne sommes pas en mesure d'en donner une démonstration péremptoire, cependant nous pouvons citer des faits qui plaident fortement en faveur de cette façon de voir.

Un homme de quarante et un ans a, depuis quatre ans, des crises douloureuses de l'estomac, survenant plusieurs heures après le repas, s'accompagnant d'un point douloureux dorsal très intense, se terminant souvent par des vomissements abondants. A plusieurs reprises, il a eu, dans ses vomissements, des matières marc de café. Il est donc à peu près certain qu'il a été atteint d'hyperchlorhydrie et d'ulcère rond. Au moment où nous l'examinons, il est demeuré hypersécréteur, mais il n'est plus hyperchlorhydrique. Le matin, à jeun, on trouve dans son estomac un demi-litre de liquide. On lui donne alors le repas d'épreuve d'Ewald : 60 grammes de pain et 250 grammes de thé léger et, au bout d'une heure, on extrait un liquide d'une acidité de 2,19 p. 1000. Par la méthode qui nous est personnelle (1), nous calculons que l'estomac renferme 360 centimètres cubes de liquide, ce qui est environ de 200 centimètres cubes supérieur à la normale dans ces conditions. L'hypersécrétion n'est donc pas douteuse. Par l'analyse, on trouve, dans le suc gastrique extrait, 2,76 de chlore total : 1,38 de chlore en combinaison organique et 1,38 de chlorures fixes.

C'est peu si l'on considère ces chiffres en eux-mêmes, c'est beaucoup si l'on considère que le contenu de l'estomac était chez lui délayé dans une quantité d'eau à peu près double de la quantité normale. Cette dilution est, du reste, un élément dont il conviendrait de tenir compte dans tous les cas, la chose est de toute évidence, et nous croyons inutile d'insister davantage.

Seize jours plus tard, nous trouvons 4,16 de chlore total : 0,08 d'acide chlorhydrique libre et 1,67 de chlore en combinaison organique, 2,41 de chlorures fixes.

Huit jours plus tard encore, au bout de trente minutes seulement, acidité totale 1,82, chlore total 4,64, acide chlorhydrique libre 0,22, chlore en combinaison organique 1,57, 2,85 de chlorures fixes.

L'hypersécrétion chlorurée n'est-elle pas certaine dans ce cas (2) ? Qu'on n'objecte pas qu'elle est la façon d'être normale de la sécrétion gastrique chez ce malade, car, chose curieuse, à mesure que son état s'améliore, on voit augmenter la proportion d'acide chlorhydrique libre, qui est de 0,58 un mois après son entrée à l'hôpital. Les autres chiffres sont à peu près restés les mêmes. L'hypersécrétion n'a pas diminué. Ce malade présente à ce moment à peu près le double de ce que possède un individu sain d'acide chlorhydrique libre et une quantité élevée de chlore combiné.

C'est donc, en réalité, un hyperchlorhydrique. On trouve, du reste, dans son urine, de 46 à 76 grammes d'urée par jour. Il semble que chez ce malade il y ait eu, à un moment donné, épuisement de la muqueuse, devenue incapable de fournir de l'acide chlorhydrique, capable seulement de donner lieu à une sécrétion chlorurée. Sous l'influence du traitement, du régime, du repos de l'organe, on voit, au contraire, réapparaître l'acide chlorhydrique libre en proportion élevée, en quantité réelle très supérieure à la normale. MM. Bouveret et Devic ont observé, de leur côté, cette sorte d'épuisement momentané de la muqueuse chez les hyperchlorhydriques.

Certains faits paraissent démontrer que l'hyperchlorhydrie peut disparaître définitivement, alors que persiste l'hypersécrétion. Nous en avons rencontré plusieurs ; nous voulons en citer un qui nous paraît assez probant.

Un homme de soixante-six ans souffre de l'estomac depuis près de quarante ans, les douleurs dont il fait le récit semblent devoir être rapportées à l'hyperchlorhydrie (3). On extrait le matin, à jeun, environ 750 centimètres cubes de liquide, d'une acidité de 1,37 p. 1 000, qui donne une réaction positive très nette, en présence du vert brillant ou du réactif de Günzburg (phloro-glucine-vanilline). Il renferme donc sûrement une petite quantité d'acide chlorhydrique libre. Après le repas d'Ewald, on extrait 500 centimètres

(1) Société de biologie, 8 novembre 1890.

(2) Il est juste de faire remarquer que le fait de l'hypersécrétion chlorurée a déjà été signalé par M. Hayem (Soc. méd., 16 oct. 1891).

(3) *Gaz. des hôpit.*, 1891, p. 1083.

cubes d'un liquide d'une acidité de 0,21 p. 1000 qui ne renferme ni acide chlorhydrique libre, ni peptone.

L'hypersécrétion, ici encore, est évidente. Le suc gastrique, recueilli à jeun, renferme une petite quantité d'acide chlorhydrique libre, ce qui est un fait anormal. Le liquide extrait une heure après le repas d'épreuve habituel n'en renferme pas, il est même fort peu acide. Ne semble-t-il pas que la production d'acide chlorhydrique ne soit que très tardive dans cet estomac (1)?

L'histoire clinique du malade, l'hypersécrétion, la présence d'acide chlorhydrique le matin à jeun, semblent indiquer qu'il s'agit là d'un fait d'hypersécrétion chlorhydrique dans lequel l'hyperchlorhydrie s'est, en quelque sorte, atténuée. N'y aurait-il pas épuisement du pouvoir sécrétant de la muqueuse, pouvoir exagéré dans une première phase? C'est ainsi que, pour Jaworski, le catarrhe acide peut faire place, à un moment donné, à la gastrite atrophique et l'hyperchlorhydrie à l'hypochlorhydrie.

Pour terminer, nous désirons formuler en quelques propositions les points les plus saillants dans ce que nous venons de dire sur l'hyperchlorhydrie :

1° Ce qui constitue l'hyperchlorhydrie, c'est l'hyperacidité, d'origine chlorhydrique, que l'acide chlorhydrique soit libre ou combiné. L'heureuse influence de la médication par les alcalins à haute dose, dans ces deux cas, montre bien qu'il n'y a pas avantage clinique à établir une division qui serait du reste artificielle, puisque l'on peut chez les mêmes sujets trouver l'acide chlorhydrique libre ou combiné;

2° On peut, même chez les hyperchlorhydriques avec hypersécrétion, constater une quantité exagérée d'acides de fermentation organique. Il en résulte qu'il ne faut pas exagérer l'importance du rôle anti-fermentescible de l'acide chlorhydrique dans l'estomac dilaté et, d'autre part, que la stagnation a une importance capitale dans la genèse des fermentations intra-stomacales;

3° L'hyperchlorhydrie à un taux élevé peut ne se révéler par aucun phénomène douloureux spécial; elle peut se rencontrer chez des malades qui ne présentent que des signes de neurasthénie à détermination gastrique banale;

4° L'hypersécrétion simple, riche quelquefois en chlorures fixes, peut succéder à l'hypersécrétion chlorhydrique ou alterner avec elle. L'hypersécrétion simple correspond sans doute à l'épuisement momentané ou définitif du pouvoir sécrétant de la muqueuse, suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas de lésion irréparable des glandes ;

5° On peut constater quelquefois, dans ces conditions, une sécrétion tardive d'acide chlorhydrique et par conséquent un retard marqué dans la peptonisation;

6° Dans la mesure de l'hyperchlorhydrie, il ne faut pas tenir compte seulement de la proportion de l'acide chlorhydrique libre ou combiné, mais aussi du degré de dilution des produits solubles. Il importe donc de déterminer la quantité de liquide que renferme l'estomac, nous avons indiqué pour cela un procédé d'un emploi facile dans un grand nombre de cas (2).

(1) Il y aurait ainsi, non pas retard dans la *digestion*, mais retard dans la *sécrétion*.

(2) Société de biologie, 8 novembre 1890.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 février 1892. — Présidence de M. CHAUVEL.

RAPPORTS

Fistules branchiales congénitales. — M. BERGER fait un rapport sur deux observations de fistule branchiale, adressées par M. Février. Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune soldat, qui offrait, sur les parties latérales du cou, deux orifices symétriques au niveau de la grande corne du cartilage thyroïde. L'un d'eux était une dépression cutanée plutôt qu'un véritable orifice, car il ne communiquait plus avec un trajet fistuleux, mais se prolongeait avec un cordon profond, dont la mobilité suivait celle de l'os hyoïde dans les mouvements de la respiration, et dont l'exploration provoquait un accès de toux.

L'autre était un véritable orifice cutané, auquel faisait suite un trajet canaliculé qui, à travers les téguments, donnait la sensation d'un cordon se dirigeant vers la grande corne du cartilage thyroïde. Lorsqu'on introduisait dans cette fistule un stylet, on déterminait immédiatement une quinte de toux, de la pâleur de la face et un ralentissement des battements du cœur, accidents imputables à une irritation du pneumogastrique.

M. Berger signale, dans cette observation, l'oblitération spontanée de l'une des fistules ; c'est là un fait rare. M. Lannelongue en a cité plusieurs exemples. M. Berger lui-même en a observé un cas, dans lequel il s'agissait d'une petite tumeur au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, ressemblant à une sorte de kyste arrondi. Cette tumeur, enchâssée dans un repli cupuliforme des téguments, était attirée en haut et s'affaissait pendant les mouvements d'ascension de l'os hyoïde; elle a fini par disparaître sans traitement.

Dans le second cas de M. Février, il s'agit d'une variété de fistule beaucoup plus rare, la fistule pré-auriculaire. Son malade en présentait une de chaque côté, placées symétriquement à 2 centimètres environ en avant de la racine de l'hélix. D'un côté, l'orifice extérieur communiquait avec une petite cavité peu profonde, dans laquelle il n'y avait aucune sécrétion; mais du côté opposé se voyait un semblable orifice, qui communiquait avec un décollement superficiel dont s'échappait du muco-pus. Ce trajet fistuleux se dirigeait en bas vers la joue jusqu'à une espèce de dilatation kystique, au niveau de laquelle la pression faisait refluer du pus par l'orifice pré-auriculaire. Un râclage et des cautérisations en amenèrent la guérison, qui ne fut obtenue, il est vrai, qu'après un temps assez long; aussi, en pareil cas, le meilleur traitement est la dissection et l'ablation de la fistule; c'est à ce traitement qu'aurait recours M. Berger à l'avenir.

M. LE DENTU a rencontré, en 1890, une fistule analogue chez un jeune homme de vingt-cinq ans. L'orifice, qui était situé en avant de l'oreille droite, était absolument sec, mais, en avant de cet orifice, existait une petite poche aplatie qui était devenue le siège de phénomènes inflammatoires intenses ; un stylet arrivait aisément jusqu'au fond de la poche. Après l'avoir incisée et avoir paré aux accidents aigus, M. Le Dentu se proposait d'obtenir une guérison radicale par l'ablation complète des tissus malades, mais le malade a refusé l'opération.

M. MARCHAND a eu l'occasion d'opérer plusieurs fistules analogues, une entre autres, sur un jeune sujet, dont l'orifice fistuleux était situé à la région pré-auriculaire; le cathétérisme en faisait sortir un liquide blanchâtre assez épais. En procédant à sa dissection, M. Marchand a rencontré, à 1 centimètre de profondeur, une portion du trajet notablement dilatée, puis ensuite une portion rétrécie, attenant à la paroi du conduit auditif externe; la matière, qu'il en a extraite, était le contenu d'un kyste dermoïde.

Il a pratiqué une semblable opération sur un enfant de douze ans, atteint, depuis sa naissance, d'une fistule siégeant dans la même région. L'exploration par le stylet en faisait sortir un liquide clair et indiquait que l'instrument se dirigeait profondé-

ment le long de la paroi du pharynx : M. Marchand a deux fois, vainement, tenté d'en pratiquer l'ablation, en prolongeant le plus loin possible la dissection.

Dans un troisième cas, il a eu affaire à une jeune fille qui portait une fistule congénitale de la région médiane du cou, allant jusqu'à l'os hyoïde. La guérison a été obtenue par la dissection complète.

M. PEYROT a vu un exemple de fistule pré-auriculaire au-dessous de l'orifice de laquelle se trouvait, sur la joue, en communication avec elle, une saillie remplie d'un liquide purulent, d'apparence gommeuse; le début de l'affection remontait à l'enfance. L'extirpation du trajet fistuleux et le grattage de la portion jugale qui s'était ulcérée, ont été suivis de guérison.

M. ROUTIER a observé un cas analogue de fistule branchiale. Le siège de l'orifice se trouvait au niveau du bord du sterno-mastoïdien et le trajet fistuleux se dirigeait en haut à une assez grande distance. La cicatrisation en a été obtenue par des séances répétées d'électrolyse.

M. SCHWARTZ a vu récemment une jeune fille de dix-huit ans, qui portait, au-dessus de la fourchette du sternum, une fistule communiquant avec une poche, dont le contenu était celui d'un kyste dermoïde. Il essaya de l'extirper, mais il dut y renoncer à cause des adhérences profondes qui l'unissaient aux organes voisins, et il l'a traitée par des cautérisations au chlorure de zinc, qui ont eu pour effet de rétrécir notablement la cavité; la malade a quitté le service avant guérison complète.

M. BERGER fait remarquer que la plupart des cas dont on vient de parler présentent beaucoup d'analogie. Le cas de M. Marchand, ayant trait à un kyste dermoïde aboutissant près du conduit auditif, est très exceptionnel.

M. Berger croit que le meilleur traitement de ces fistules est l'extirpation; toutefois, l'électrolyse peut, dans certains cas, être utile.

Luxation totale de l'astragale par renversement. — M. CHAUVEL fait un rapport sur une observation de M. Régnier, relative à un soldat qui, dans une chute de deux mètres de hauteur, s'était fait un traumatisme du pied droit, que l'on avait pris tout d'abord pour une fracture des deux malléoles. La réduction ayant été en vain tentée, le membre fut placé dans une gouttière; vers le onzième jour, des phénomènes de suppuration articulaire se montrèrent et, sept jours plus tard, l'arthrotomie tibio-tarsienne fut pratiquée et démontra que l'astragale avait subi une luxation par renversement, et présentait en arrière un trait de fracture transversale. Cet os facilement énucléé, M. Régnier fit ensuite une résection de la malléole péronière et d'une courte portion du péroné, puis il procéda au redressement du pied. La guérison a été obtenue; toutefois, la position du pied est loin d'être parfaite.

Suivant M. Régnier, en raison des difficultés du diagnostic en pareil cas, il y aurait lieu de retarder l'intervention et d'attendre le développement des accidents inflammatoires. M. Chauvel ne partage pas cette manière de voir. Il croit, au contraire, qu'en présence d'un traumatisme avec déformation du pied, l'arthrotomie immédiate peut rendre bien compte des lésions et être, par cela même, très avantageuse. Quant à la résection de la malléole péronière, elle lui paraît inutile, car elle concourt à détruire la mortaise, ce qui a pour effet de faciliter le renversement du pied en dehors.

M. BERGER partage d'autant plus l'opinion de M. Chauvel que, cette année même, il a heureusement traité deux cas de luxation de l'astragale par l'arthrotomie immédiate; un semblable résultat a été obtenu dans son service par M. Poirier sur un troisième sujet. Deux fois il s'agissait de luxation sous-astragalienne en dedans, et, dans le troisième cas, de luxation totale par retournement de l'astragale avec fracture de l'extrémité du péroné, dont il a dû pratiquer l'ablation. La guérison a eu lieu sans suppuration.

M. LE DENTU cite deux faits à peu près semblables : l'un, qu'il a observé il y a cinq ans, a trait à un traumatisme du pied, dont le diagnostic n'avait pu être tout d'abord précisé. Vers le dixième jour, des accidents de suppuration étant survenus, il fait une incision et trouve l'astragale luxé par rotation et par propulsion; il en a fait l'extirpation et le malade a bien guéri. L'année dernière, il a eu à traiter un blessé qui a offert un exemple curieux de tolérance des accidents. Il s'agissait d'un homme atteint de luxation de la jambe en dedans; la réduction en fut pratiquée immédiatement après l'accident et, pendant cinq semaines, rien de particulier ne fut à relever. L'appareil immobilisateur ayant été enlevé à cette époque, on constata qu'il n'y avait pas de consolidation, qu'il existait un orifice cutané conduisant sur une portion d'os malade, et que l'astragale était en rotation sur lui-même; de plus, sa face interne était creusée d'une sorte de cavité ulcéreuse, dans laquelle venait s'implanter l'extrémité de la malléole interne.

Après avoir extirpé l'astragale, il a fait une résection tibio-tarsienne et a logé les extrémités des os de la jambe dans une espèce de capsule formée par le calcanéum, le scaphoïde et les cuboïdes.

M. GÉRARD-MARCHANT, chez un homme atteint de luxation de l'astragale en avant, a dû inciser, trois semaines plus tard, un phlegmon du pied; il a alors trouvé l'astragale luxé et séparé de toutes ses attaches, de telle sorte que la traction sur l'os l'a très facilement amené. Dans ce cas, il y avait intégrité absolue des surfaces articulaires tibio-péronières et des malléoles.

COMMUNICATION

Statistique d'ovariotomies. — M. TERRILLON communique les résultats d'une huitième série de 35 ovariotomies, pratiquées de mai 1890 à septembre 1891. Sur ces 35 opérations, il n'a eu à déplorer qu'un cas de mort par anurie et urémie consécutive. Restent donc 34 succès opératoires, qu'il attribue aux précautions de rigoureuse asepsie qu'il prend. Il se sert uniquement d'eau bouillante pour les instruments, d'eau bouillie et stérilisée pour le lavage des mains et des plaies.

Dans cette nouvelle série de 35 cas, il a rencontré 4 kystes uniloculaires, 4 dermoïdes, 5 para-ovariens et 22 kystes multiloculaires. Cinq fois il s'est trouvé en présence de pédicules tordus. Chez 12 malades il a pratiqué une double ovariotomie. Dans 2 cas, il a dû faire une opération incomplète; il s'agissait de kystes du ligament large tellement adhérents qu'il n'a pu les enlever complètement. Il les a traités par suppuration. Dans un cas il a dû faire une ovario-hystérectomie. Deux fois il a constaté des accidents tardifs dus à une inflammation survenue autour de gros pédicules.

En résumé, M. Terrillon compte aujourd'hui huit séries de 35 ovariotomies, soit 280 ovariotomies, sur lesquelles il compte 23 morts, soit 8 p. 100. L'examen de ces huit séries montre que la mortalité opératoire a toujours été en décroissant, puisque dans la première série il comptait 13 décès, tandis que dans les deux dernières séries, il n'en a eu qu'un seul sur les 35 opérations. L'amélioration dans les résultats a donc été progressive.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Pied-bot varus équin paralytique; arthrodèse tibio-tarsienne. — M. SCHWARTZ présente un malade auquel il a pratiqué l'arthrodèse tibio-tarsienne pour un pied-bot varus équin paralytique. Le résultat obtenu est très bon.

M. QUÉNU rappelle que, dans un cas semblable, il s'est contenté de sectionner les tendons et d'appliquer un appareil, qui a été suffisant pour amener la guérison.

M. SCHWARTZ, dans le cas qu'il vient de présenter, a dû pratiquer l'arthrodèse, car la réduction n'avait pu être obtenue, même après la section du tendon d'Achille.

M. KIRMISSON pense que l'arthrodèse ne doit pas être appliquée indistinctement à tous les cas de pieds-bots paralytiques. Elle doit être réservée, selon lui, pour la variété dite « pied ballant ». M. Kirmisson rappelle avoir montré un exemple, suivi

d'un beau succès, chez une jeune fille qui, actuellement, marche très bien.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Contribution à l'étude de la thérapeutique de l'amour.

Un peu vexés de voir le médecin prendre chaque jour une plus haute prépondérance dans la société contemporaine, les gens d'esprit nous accusent volontiers de nous mêler de tout jusqu'à l'abus.

Je suis, tout au contraire, extrêmement porté à croire que le médecin ne se mêle pas encore d'un assez grand nombre de choses, et qu'il a tort d'abandonner aux romanciers le beau domaine des maladies de l'âme. Entre les mains de ces fantaisistes moroses qui ne savent plus nous conter de charmantes histoires, et dont les œuvres ne sont plus que de méchantes préparations à l'agrégation de philosophie, la psychologie n'est plus rien qu'une inquiétante et nébuleuse occupation de l'esprit humain.

Nous en ferions, nous autres, une science plus positive et plus pratique, quelque chose comme la pathologie du cœur, en tant que viscère sentimental : cette pathologie comprendrait, comme l'autre, étiologie, pathogénie, symptômes, diagnostic, pronostic et traitement, car guérir ceux qui souffrent est le but que nous poursuivons, et je ne sache pas que l'on se soit encore avisé d'y songer, dans l'ordre des choses morales.

Un bon exemple fera mieux comprendre ma pensée et montrera qu'elle n'est pas uniquement un paradoxe.

Prenez le phénomène « Amour sentimental », par exemple. Il évolue quelquefois sainement : il est souvent pathologique. Lorsque l'on dit d'un homme : « Il est amoureux fou, amoureux sans espoir, amoureux platonique », on désigne par ces expressions une personne indiscutablement atteinte d'une « affection », d'une maladie d'âme qui passe pour être cruelle et pour faire beaucoup souffrir.

Depuis qu'il y a des poètes, on l'a chantée sur tous les tons, décrite sous toutes ses faces et je ne vois que deux littérateurs qui aient cherché à en préciser la nature.

Stendhal a comparé le « coup de foudre » au phénomène physique de la cristallisation instantanée. Le mot a fait fortune, on ne sait pas trop pourquoi, car la trouvaille était assez facile, à ce qu'il semble.

Seul, Alphonse Daudet a décrit l'amour maladif avec une précision digne d'un médecin. Dans son roman intitulé *Sapho* et qui passe pour son chef-d'œuvre, son héros s'éprend d'une femme indigne d'être sa compagne. Tout d'abord elle ne lui plaît guère, mais le charme vient lentement; il s'accoutume à sa présence : elle lui devient nécessaire; il se méprise, il la méprise; ils se querellent constamment. Mais la chaîne est rivée : il ne peut plus vivre sans elle, et pour retrouver cette femme qui, littéralement, empoisonne sa vie, il devient peu à peu capable de toutes les lâchetés, des pires avilissements.

Il suffit d'avoir observé un alcoolique ou un morphinomane pour être frappé de l'identité absolue du processus pathologique.

Être amoureux maladivement, cela consiste à ne plus pouvoir vivre loin de l'objet aimé, à souffrir quand il n'est pas là, à le revoir le plus souvent possible, à le quitter plus amoureux qu'avant, plus intoxiqué que jamais. De même, le morphinomane n'existe plus sans sa chère seringue — je demande pardon aux dames de la comparaison, — ne trouve la paix qu'avec elle, et devient plus malade à mesure qu'il en abuse davantage.

L'avilissement de la volonté, la déchéance progressive, le cercle vicieux sont les mêmes dans les deux cas.

Donc, première conclusion : certaines maladies morales évoluent d'une manière absolument comparable aux maladies qu'on nous enseigne à la Faculté. L'amour sentimental, notamment, doit être rangé au nombre des « Intoxications passionnelles », au même titre que l'alcoolisme, l'éthéromanie, la morphinomanie, la cocaïnomanie, etc.

Et de cette pathogénie, on peut conclure au traitement.

Ces temps-ci, justement, un de nos distingués confrères vient d'avoir l'excellente et, j'espère pour lui, lucrative pensée de fonder, dans la banlieue parisienne, une maison de santé pour les morphinomanes. Son traitement ne diffère pas beaucoup de celui que nous connaissions. Il isole l'intoxiqué de son milieu habituel; puis, lentement et méthodiquement, il diminue les doses de morphine. Sa principale innovation paraît consister en ceci : au bout de quelques jours, substituer à la morphine le phosphate de codéine, qui a, paraît-il, les mêmes avantages calmants sans les mêmes inconvénients, et qui ne constitue pas une habitude, un esclavage.

Pourquoi ne pas agir de même avec les gens très malades d'amour? Pourquoi ne pas les isoler dans une maison de santé spéciale? Les sujets sont assez nombreux pour qu'on y fasse sa fortune!

Lentement, méthodiquement, on espacerait les entrevues avec l'objet aimé, jusqu'à réduction à zéro. Le patient se rebifferait, à coup sûr, mais pas plus qu'un morphinomane : la vie régulière, les douches à heure fixe, la suggestion lente referaient une volonté et auraient raison du toxique.

Peut-être même peut-on trouver l'équivalent du phosphate de codéine, un succédané de l'amour sentimental, ayant les mêmes avantages, sans les mêmes inconvénients... en théorie, du moins, car l'application pratique est peut-être un peu délicate...

Tout de même, à supposer qu'un autre de nos confrères ait la charitable pensée de fonder, dans la banlieue parisienne, un asile pour amoureux, je ne le vois pas bien adjoignant à son établissement une annexe, pour compléter le traitement!

MAURICE DE FLEURY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours d'agrégation en chirurgie est composé comme suit : MM. Guyon, Lannelongue, Le Dentu, Panas et Pinard (de Paris), Dubar (de Lille), Fochier (de Lyon), Tédenat (de Montpellier) et Chalot (de Toulouse).

— Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgien au Bureau central s'ouvrira le lundi 21 mars 1892, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

Le registre d'inscription des candidats, ouvert le 22 février 1893, sera clos définitivement le 5 mars, à trois heures.

— M. Nègre, médecin principal de la marine, est nommé secrétaire du conseil supérieur de santé de la marine, en remplacement de M. Hyades, rattaché au port de Cherbourg.

— A la suite du concours ouvert le 21 décembre 1891, les docteurs en médecine et les pharmaciens de première classe, dont les noms suivent, ont été nommés stagiaires au Val-de-Grâce, savoir :

Médecins stagiaires : MM. Crepet, Castaing et Dreyfus.

Pharmaciens stagiaires : MM. Nanta et Lascaux.

— A la suite du concours ouvert le 21 décembre 1891, les étudiants en pharmacie dont les noms suivent ont été nommés élèves en pharmacie du service de santé militaire, savoir :

Elèves à une inscription : MM. Vrignaud, Dervillé et Tourneur.

Élève à cinq inscriptions : M. Ravin.

Élèves à neuf inscriptions : MM. André et Rothéa.

— MM. les médecins élèves du service de santé de la marine, dont les noms suivent, ont été nommés médecins auxiliaires de deuxième classe et ont reçu les affectations ci-après indiquées, savoir :

M. Préboist, pour Toulon; M. Dutigny, pour Rochefort; M. Forterre, pour Cherbourg.

— MM. les médecins de la marine, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins de première classe Lombard, pour l'« Amiral-Duperré » ; Métin, pour le Tonkin ; Faraut, pour Mayotte ; Brossier, maintenu au Soudan ; Camail, pour Diégo-Suarez ; Drevon, pour Konakry ; MM. Gentilhomme, Mestayer, Parnet et Vaysse rentrent en France.

MM. les médecins de deuxième classe Talayrach, Boy et Pillion, pour la Cochinchine ; Lenoir et Alliot, pour le Tonkin ; Legendre, pour Diégo-Suarez ; Alquier, maintenu dans l'Inde ; Lorieux, pour le Sénégal.

— M. le docteur Gager a légué, au Bureau de bienfaisance du IXe arrondissement, une somme de 30000 francs pour faciliter aux vieillards et infirmes de l'arrondissement l'accès des hospices et maisons de retraite. Notre excellent confrère a, de plus, légué, à l'Association Orfila, une somme de 20000 francs.

— Les questions orales données au dernier concours de l'internat ont été les suivantes :

Internat. — Nerfs récurrents ; œdème de la glotte. — Gaines synoviales des muscles fléchisseurs des doigts ; synovites chroniques de ces gaines. — Nerf phrénique ; pleurésie diaphragmatique. — Couches optiques ; embolie cérébrale. — Voies lacrymales ; inflammation aiguë du sac lacrymal. — Ganglions de l'aine ; signes et diagnostic de la hernie crurale étranglée. — Villosités intestinales ; de la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. — Canal thoracique ; causes, symptômes et diagnostic de la gangrène pulmonaire. — Péritoine pelvien chez la femme ; insertion vicieuse du placenta. — Pylore ; gastrorrhagie. — Ombilic ; symptômes, complications et traitement de l'avortement. — Rapports de la glande sous-maxillaire et de son canal excréteur ; causes, signes et diagnostic des adéno-phlegmons de la région sus-hyoïdienne. — Amygdales ; syphilis de la langue. — Endocarde ; asystolie. — Conformation extérieure et rapports du bulbe rachidien ; symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie s'est encore occupée de l'influenza, mais au point de vue seulement de la prophylaxie et de la bactériologie. Quant au traitement, il viendra à son tour, espérons-le.

Il est aujourd'hui démontré que la grippe, pour l'appeler de son vrai nom français, est une maladie infectieuse microbienne. Les recherches de Babès, Kovalski et Canon ne peuvent plus laisser aucun doute à ce sujet. Il a été trouvé, dans les crachats et dans le sang des malades atteints de grippe, un bacille particulier qui a pu être isolé, cultivé et inoculé à des animaux ; ceux-ci ont présenté des troubles semblables à ceux qu'on observe cliniquement chez les malades pris d'influenza. MM. Cornil et Chantemesse ont fait, à leur tour, des recherches dans le même sens et ont obtenu également des résultats qui confirment ceux de Pfeiffer et de Canon. Ce sont ces résultats que M. Cornil a fait connaître aujourd'hui à l'Académie. Il continuera ces recherches et s'appliquera à en tirer des indications pour la prophylaxie et la thérapeutique de cette affection, qui atteint à la fois un si grand nombre d'individus et qui se complique parfois d'accidents assez graves pour entraîner la mort.

En attendant, MM. Laborde et Magitot ont fait de nouveau ressortir tous les avantages que l'on pouvait tirer de l'antisepsie buccale au point de vue de la prophylaxie, non seulement de la grippe, mais encore de beaucoup d'autres maladies infectieuses. C'est là un moyen bien facile à appliquer; il n'est pas plus difficile, en effet, de se laver la bouche tous les matins avec une solution antiseptique qu'avec de l'eau simple. Nous ne doutons pas que bien des personnes ne préfèrent infiniment ce moyen à l'huile de foie de morue. Si celle-ci, en effet, est facile à faire accepter aux enfants, il n'en est plus de même pour beaucoup d'adultes, qui y opposent une répugnance insurmontable.

M. Colin (d'Alfort), bien qu'éloigné déjà depuis plusieurs années de l'Académie, paraît vouloir continuer à prendre part à ses travaux ; il y a trois semaines, il envoyait une communication relative au travail présenté par M. Albert Robin sur une adénite gypseuse des stuccateurs. Cette fois, c'est la communication de M. Bérenger-Féraud sur le tænia qui a suscité une nouvelle note dans laquelle M. Colin s'efforce de démontrer que chacune des conclusions de M. Bérenger-Féraud constitue une erreur. Cette note a été lue par M. Leblanc, qui a commencé par déclarer qu'il laissait à M. Colin toute la responsabilité de ses assertions. Le directeur du service de santé de la marine n'est pas homme à se laisser attaquer sans se défendre ; il s'est défendu et a reproduit devant l'Académie un certain nombre d'arguments qui ne peuvent laisser aucun doute sur la parfaite exactitude de ses conclusions, conclusions qui ont, d'ailleurs, été confirmées par M. Nocard.

A ce propos, en exposant les causes de la diminution de la ladrerie des porcs, causes qui résident surtout dans de notables modifications apportées à l'élevage de ces animaux, M. Nocard a fait une remarque analogue au sujet de la tuberculose des vaches laitières. La tuberculose serait devenue tout à fait exceptionnelle sur les vaches de Paris. C'est là un fait rassurant et bon à enregistrer.

Au cours de la séance, MM. Guermonprez et Augier (de Lille) ont communiqué un travail sur l'actinomycose en Flandre, que nous publions plus loin *in extenso;* enfin, M. Guéniot a présenté une femme qui, atteinte d'ostéomalacie, a été soumise à une opération césarienne pour un sixième accouchement. Cette femme a parfaitement guéri, non seulement de son opération, mais aussi de son ostéomalacie, sans que M. Guéniot lui ait enlevé les ovaires, ce qui se fait trop couramment en Allemagne. Ce fait prouve qu'il n'est pas nécessaire de pratiquer la castration ovarienne pour guérir l'ostéomalacie.

SUR LE MICROBE DE L'INFLUENZA

Par MM. CORNIL et CHANTEMESSE.

M. Babès, en 1890, a décrit, dans la grippe, un petit microbe, à forme de diplocoque de 0 μ 2 à 0 μ 3 de diamètre, formant sur la gélose des cultures pâles, transparentes ; M. Kovalsky un peu plus tard a fait des recherches sur le même sujet et est arrivé à des résultats à peu près analogues. Dernièrement, enfin, M. Pfeiffer (de Berlin) est arrivé par ses recherches à la même constatation et, en même temps que lui, M. Canon. D'après MM. Pfeiffer et Canon, le sang des sujets atteints d'influenza contient des bactéries spéciales que ces auteurs considèrent comme l'agent pathogène de cette maladie. Nous avons fait, à ce sujet, plusieurs expériences dont voici les premiers résultats :

Nous avons pris une goutte de sang d'une enfant atteinte d'in-

fluenza et nous l'avons inoculée dans une veine apparente de l'oreille du lapin n° 1. Le sang de ce lapin contenait, un jour après, des microbes répondant à la description de Babès-Pfeiffer, très petits, plus difficiles à voir que ceux de la septicémie du lapin, parce qu'ils sont moins longs, colorables par le bleu de méthylène et la fuchsine dans la solution de Ziehl. Leur longueur est environ le 20e du diamètre d'un globule rouge du sang.

Le sang du lapin, inoculé sur de la gélose sucrée, a donné des cultures caractéristiques, les stries sanguines, étalées sur la gélose, se bordent, après vingt-quatre heures, d'une zone un peu transparente et opaline, qui est formée, à un grossissement de 100 diamètres, de granules très fins.

Ces cultures, examinées au microscope après coloration des lamelles, montrent les mêmes micro-organismes que dans le sang; ils sont libres ou en petites agglomérations, ou dans de tout petits fragments de gélose.

Ces cultures ont servi à inoculer un lapin n° 2 qui a présenté lui-même des bacilles de même nature dans le sang avec lequel nous avons fait des cultures sur gélose sucrée.

Le bacille se cultive bien dans le bouillon sucré.

Du lapin nous avons fait passer le virus sur un singe de grande taille. Deux gouttes de culture dans du bouillon ont été mises dans les fosses nasales. Il est probable que l'agent virulent a pénétré dans le pharynx et a été avalé, car les symptômes de la maladie transmise au singe ont été une diarrhée très abondante avec élévation de la température, affaissement, tendance au sommeil, accès fébrile qui a duré plusieurs jours et a été suivi d'hypothermie.

Le jour de son inoculation, le singe avait 37° 5 de température ; le lendemain et le surlendemain, la température a monté à 35°5 et 39° 5; puis, il a présenté un abaissement de la température au-dessous de la normale.

Chez plusieurs malades atteints d'influenza, pendant la période fébrile et plusieurs jours après la chute de la fièvre, nous avons trouvé les mêmes bacilles dans les produits de l'expectoration et dans le sang à l'état de pureté. Nous avons inoculé à un lapin, dans la veine de l'oreille, du sang d'une jeune femme atteinte d'influenza depuis huit jours, sans autre complication que la fièvre, les douleurs de la courbature et la toux.

Le lapin a présenté, dès le lendemain, une augmentation de température et il a été atteint de la même façon que les autres, avec de très nombreux bacilles dans le sang.

Ces observations et expériences, confirmatives des recherches de Babès, Pfeiffer et Canon, permettent de considérer l'influenza comme une maladie infectieuse, causée par une bactérie spéciale par sa forme, son mode de coloration et de culture.

La maladie transmise au lapin n'est pas grave, mais elle est d'assez longue durée.

Si l'on rapproche les dernières recherches relatives au microbe de l'influenza des nombreux examens bactériologiques qui ont été faits les années antérieures, on voit que les complications de cette infection par d'autres maladies microbiennes sont très communes et qu'elle prédispose à toutes ces complications.

Les lapins maigrissent, perdent l'appétit et conservent, pendant deux ou trois semaines, des bacilles dans leur sang.

Le bacille de l'influenza est fort difficile à distinguer à cause de son extrême petitesse et de la difficulté de son imprégnation par les matières colorantes. Il se cultive lentement à 37° dans la gélose et dans le bouillon sucré, mais il se transmet difficilement de cultures en cultures dans les milieux artificiels. Au bout de vingt-quatre heures, sa culture fait apparaître sur la gélose une fine traînée analogue à un nuage de rosée et dans le bouillon la culture est à peine appréciable à l'œil nu; le milieu conserve sa transparence et n'est parsemé que de très fines granulations.

On peut espérer que la découverte de ce bacille apportera un perfectionnement notable aux études relatives au diagnostic, à la prophylaxie et au traitement de cette maladie.

L'ACTINOMYCOSE EN FLANDRE

Par MM. Guermonprez et Augier (de Lille).

En France, l'actinomycose a été peu signalée jusqu'ici. Lebert (1857) et Ch. Robin (1871) ont vu, les premiers, ce groupement rayonné de champignons (ακτιν, ακτινος, rayon ; μυκος, champignon). M. Nocard a présenté, à l'Académie, la première observation sur l'homme (22 août 1888). Puis sont venues celles de MM. Doyen (de Reims), Davier (de Paris) et Emile Legrain (de Lille).

L'observation et les photographies, que j'ai l'honneur de déposer sur la tribune de l'Académie, ont donc une valeur de nouveauté relative. Elles ont un intérêt plus immédiatement utilitaire par la notion du mode d'infection de mon opéré.

Si d'autres faits, bien authentiques, viennent en concordance avec mon observation, on en pourra légitimement déduire des règles prophylactiques rationnelles. Le mode de transmission de l'actinomycose des bestiaux à l'homme est, d'ailleurs, présumé plutôt que démontré dans bien des cas.

On l'a entendu encore le 10 novembre 1891, pendant la discussion soulevée devant la « R. med. and. surg. Soc. » de Londres. M. Pye Smith admet comme probable que la transmission de l'actinomycose ne se fait pas des animaux à l'homme, ni par la viande, ni directement. Il en vient à croire que le parasite est transmis sans intermédiaire par les céréales et, spécialement, par le froment. C'est une opinion qui tend à prévaloir, depuis le Congrès d'hygiène de Londres (août 1891) où elle a été affirmée par Ponfik (de Breslau), Ivanow (de Moscou), Goodall (de Christchurch) et surtout par M. Nocard (d'Alfort).

L'observation suivante lui fournit un argument de plus.

Nestor D..., âgé de quatorze ans, fait l'office de garçon d'écurie et soigne les vaches laitières de la ferme maternelle, à Saint-Sylvestre-Cappel (Nord), où il est observé journellement et judicieusement par les siens.

En août 1891, il porte à la bouche un fragment de paille de blé, la mâchonne d'une façon plus ou moins malhabile, tellement qu'une portion de cette paille vient à blesser sa gencive. La plaie qui en résulte siège en un point nettement précisé : en bas, en arrière et à gauche.

Huit jours après cette plaie, on observe, en ce même point, une tuméfaction dure, du volume d'une aveline. La tumeur augmente peu à peu, mais elle reste indolore, c'est pourquoi on temporise un peu plus d'un mois.

En septembre, un dentiste enlève la deuxième molaire inférieure gauche, bien qu'elle ne fût pas douloureuse. Cette dent était cependant cariée et elle était la plus proche de la tumeur en cause. La plaie chirurgicale de la gencive guérit, sans incident, et demeura guérie. Déjà il en était de même de la plaie primitive, causée par la paille, mais le développement de la tumeur n'en fut nullement enrayé; il continua lentement ses progrès, sans jamais procéder par poussées aiguës.

En octobre, survint une inflammation superficielle siégeant un peu au-dessous et en avant de l'angle gauche du maxillaire inférieur; il évolua lentement comme aurait pu faire une gomme tuberculeuse ou une adénite tuberculeuse de la région.

Au commencement de novembre, ce foyer s'ouvre spontanément et donne issue à une petite quantité de pus, dont

les caractères n'ont pas été observés. La tuméfaction n'en est pas notablement diminuée.

Au commencement de décembre, surviennent, pour la première fois, des douleurs spontanées. La tumeur est sensible au contact; elle donne des sensations pénibles pendant la mastication, et elle est quelque peu douloureuse dans les secousses, dans les mouvements brusques ou étendus. C'est alors que M. Poupart père (de Saint-Sylvestre-Cappel) voit le malade pour la première fois. Craignant l'insuffisance de l'étroit pertuis fistuleux, il pratique un débridement : le soulagement qui en résulte n'est que de courte durée (huile de foie de morue à l'intérieur, pansements avec une pommade iodurée).

Le 16 décembre 1891, je constate un ulcère circulaire de 10 millimètres de diamètre environ avec des bords minces, taillés à pic, et avec un fond lisse de couleur irrégulière, d'un rouge grisâtre, moins saigneux que les ulcères tuberculeux ordinaires. Au pourtour de l'ulcère, la peau est décollée dans une étendue de 4 à 5 centimètres; elle y présente une couleur régulièrement foncée, d'un rouge violacé presque vineux; elle y est également amincie et sensible au contact. A la limite du décollement, se trouve un bourrelet peu saillant et d'une épaisseur de 3 à 4 millimètres seulement, sans changement de couleur à la peau, mais avec une adhérence incontestable et uniforme au tissu sous-jacent. Je propose l'usage du sirop iodo-tannique et surtout l'excision des portions décollées de la peau suivie d'un curage des fongosités sous-jacentes de la peau, puis d'une cautérisation au thermocautère, ou bien le badigeonnage iodé, deux fois chaque jour, jusqu'au moment opportun pour pratiquer une autoplastie.

La famille diffère l'opération pendant un mois entier.

Le 16 janvier 1892, la tuméfaction augmentait : il en est de même de l'étendue de l'ulcère qui a plus que doublé d'étendue; il en est de même encore du décollement qui semble avoir progressé, surtout en haut et en arrière; c'est dans ce même point que la sensibilité est devenue plus vive au contact. On reconnaît en arrière et en bas l'existence d'une adénite, du volume d'une petite aveline, manifestement indépendante de la tumeur principale.

Le jour même, après chloroformisation, je pratique à la maison de santé Saint-Camille, et avec l'assistance de M. Poupart fils, les différents temps de l'opération proposée. L'action de la curette tranchante donne moins de sang qu'on l'observe pour les foyers tuberculeux ordinaires. Le bourrelet du pourtour se montre surtout beaucoup plus dur et incomparablement plus adhérent que l'est d'ordinaire la limite d'une gomme tuberculeuse. Le tissu, mis à découvert après une action sincèrement énergique et prolongée de la curette, est surtout différent des couches anatomiques saigneuses mais normales qui environnent les foyers tuberculeux; ce tissu est dur, presque parfaitement blanc, et il donne l'idée de l'aponévrose superficielle qui aurait pris un aspect scléroïde pendant la fonte pathologique de la couche graisseuse sous-cutanée. Cette surface cruentée est uniformément plane, sauf en un point situé près de son bord antérieur et supérieur. Là se trouve un étroit pertuis atténué en entonnoir et facilement perméable au stylet explorateur. Ce pertuis conduit d'abord au-dessous, puis en dedans du maxillaire inférieur, l'instrument métallique conduit encore plus loin que la face interne de l'os; et on croit percevoir un contact dur qui n'est nullement rugueux comme un séquestre, mais qui paraît immobile, fixe, lisse et régulier comme serait une dent en ectopie. Grâce à l'anesthésie chloroformique, on complète régulièrement l'exploration comparative des parties symétriques; et on détermine la consistance uniformément dure, et le siège exact de la tumeur développée aux dépens du bord inférieur et de l'angle gauche du maxillaire inférieur; cette tumeur est du volume d'un œuf environ, et elle est appréciable et du côté de la muqueuse et du côté de la peau (du moins pendant le sommeil chloroformique).

L'opération est suspendue et un pansement antiseptique est appliqué sur la plaie.

Quelques jours plus tard, je provoque une consultation avec mon collègue, M. le professeur Redier, et l'ablation de la tumeur du maxillaire inférieur est décidée, en réservant le diagnostic demeuré incertain.

L'opération est pratiquée le 24 janvier 1892, dans le même établissement. Tous les temps en sont successivement discutés et exécutés avec mon collègue, que je tiens à remercier de sa bienveillante collaboration.

La chloroformisation est obtenue et entretenue sans incident notable. L'incision est conduite suivant le bord inférieur jusqu'à l'angle, et elle est prolongée ensuite par un débridement vertical en arrière de la branche montante; cette dernière intéresse une petite partie de la glande parotide et sectionne quelques artères accessoires. La limite antérieure de l'incision laisse l'artère faciale hors de cause. Le périoste est dégagé au moyen de la rugine de Farabeuf; et ce temps opératoire s'effectue avec la facilité et la rapidité qui sont ordinaires pour toutes les périostites et ostéopériostites. La surface osseuse ainsi mise à découvert n'est ni blanche, ni lisse, ni dure, comme le maxillaire normal; elle est irrégulièrement et superficiellement mammelonnée, d'une couleur gris foncé, d'une consistance intermédiaire entre celle du tissu compact et celle du tissu spongieux. Toute cette surface est saigneuse, mais d'une façon peu régulière et peu copieuse. L'orifice du trajet fistuleux est situé sur le milieu du bord inférieur de l'os; il présente une forme très régulièrement circulaire avec un diamètre de 3 millimètres, comme s'il était taillé à l'emporte-pièce. — Un segment osseux est enlevé à la gouge et au maillet et met à découvert une section dont l'irrégularité est très peu commune. En effet, plusieurs points, distants les uns des autres, offrent bien les caractères de la raréfaction du tissu osseux à divers degrés de son évolution. Les uns renferment des tissus mous, presque gélatineux, d'une couleur framboisée grise ou brune; il y a même quelques points noirâtres. D'autres sont de petits foyers crémeux d'un jaune très pâle, qui fait supposer une date très récente pour leur évolution; l'un de ces foyers présente une configuration, une direction et un siège anatomique dont l'ensemble conduit à examiner si le nerf dentaire a été mis à découvert par les manœuvres d'exérèse et de curage. Cette interprétation est écartée par ce fait que le cordon blanc dont il s'agit n'est accompagné d'aucun vaisseau, et surtout parce que le curage du foyer qui l'entoure ne conduit à aucune tunellisation appréciable. Enfin, d'autres foyers, de beaucoup les plus nombreux, sont caractérisés par une coloration plus foncée du tissu osseux, avec des marbrures jaunes ou grisâtres, et surtout bien caractérisées par une consistance extrêmement friable.

La curette évacue sans effort la totalité de ce tissu pathologique et met à découvert un autre tissu osseux dont la consistance est plus dure et la couleur, bien nette et bien

rouge, caractérise suffisamment l'intégrité. Pendant ces manœuvres de curage, il s'écoule peu de sang et peu de pus; c'est un mélange très peu homogène, dans lequel les grains sphéroïdaux d'actinomycosis sont trop peu nombreux et trop peu volumineux pour ne pas passer inaperçus.

Des productions osseuses accessoires et dures sont ensuite éliminées à la gouge ou au maillet, afin de se rapprocher de la configuration normale de cette portion squelettique, dont il a fallu supprimer toute la portion saillante de l'angle du maxillaire. Entre cet angle et le bord supérieur de la portion horizontale de l'os, la table interne a été mise à découvert dans une notable étendue, sans rien rencontrer du follicule de la dent de sagesse, ni de l'alvéole déshabitée de la deuxième molaire, ni de l'artère dentaire. Un ganglion lymphatique induré au-dessous de l'angle du maxillaire est ensuite énucléé sans effort. Le trajet de la fistule est excisé ainsi que toute la surface de l'ulcère cutanée, y compris son substratum scléreux. Après un copieux lavage au sublimé, l'opération est terminée par une autoplastie par glissement qui ramène de bas en haut une portion peu étendue de la peau du cou. Un seul drain est installé en arrière de la plaie, et il pénètre dans la caverne osseuse. La suture est faite au crin de Florence et le pansement est aseptique.

La réunion est obtenue par première intention, sauf en une portion étroite située en avant de l'orifice du drainage.

L'actinomycose est reconnue au microscope par M. le professeur Augier dans un des fragments du pourtour de l'ulcère. Ce point étant bien acquis, l'enfant est interrogé de nouveau sur la paille mâchonnée en août 1891, et il répond avec une grande précision et une incontestable bonne foi. Cette paille provenait non pas de la récolte en cours, mais bien de celle de l'année précédente (1890); elle était tombée sur le sol, pendant qu'il en avait fait le transport depuis une grange très humide jusqu'à l'étable où il avait à renouveler la litière des vaches laitières. L'approvisionnement de paille était précisément à sa fin; et je me suis rendu compte par moi-même que cette paille avait passé toute une saison au fond de la grange, où elle se trouvait contiguë à une paroi orientée à l'ouest. Or, cette paroi de la grange n'est pas une muraille; elle est simplement constituée par un mélange d'un peu de paille et d'un peu de terre, gâchées ensemble selon la coutume du pays. Cette paroi est donc absolument perméable à la pluie; elle n'est jamais parfaitement asséchée. Il n'est pas étonnant que tout le personnel de la ferme la connaisse pour son odeur de moisissure en toute circonstance. Il faut signaler en outre que la clôture des portes de la grange en fait un milieu absolument obscur, et par conséquent très propice à la vie des champignons. Et il est bien avéré que la paille qu'on en retire a une odeur de moisissure d'autant plus accentuée qu'il s'agit des couches plus inférieures.

Dans toute la région se trouvent des granges ainsi construites en terre perméable à l'eau, avec cette circonstance spéciale que l'une des parois est plus spécialement exposée aux vents d'ouest et aux pluies pénétrantes qui les imbibent profondément.

Ces particularités ont une importance plus spéciale pour les cantons d'Hazebrouck, de Steenvoorde et de Bailleul, lesquels sont au pied des collines connues sous les noms de mont Cassel, mont des Récollets, mont Rouge, mont Noir, mont des Kats, pour se prolonger de l'autre côté de la frontière belge, par le mont de Kemmel.

Tous ceux qui ont voyagé dans cette partie de la Flandre connaissent les vallons fertiles, dont l'humidité persistante est un élément de richesse agricole. Il n'y a là rien qui ressemble aux torrents, dont les flots passagers laissent après eux une aride sécheresse. Ce sont de tranquilles ruisseaux, ou des mares plus ou moins stagnantes, qui montrent combien le sol est peu perméable, et combien les habitations sont humides, surtout lorsqu'il s'agit de matériaux de construction essentiellement défectueux. Les grands arbres qui ombragent les prairies autour des fermes sont encore des entraves pour la ventilation et des obstacles pour la dessiccation des granges et des habitations.

En présence de ces considérations, on en vient à se demander comment les moisissures n'y pullulent pas davantage encore; et comment l'actinomycose ne sévit pas plus communément sur l'espèce bovine. On l'apprécie mieux, lorsqu'on est témoin de la proverbiale propreté des Flandres et on s'explique la rareté relative de l'actinomycose bovine, en Flandre, lorsqu'on observe avec quels soins attentifs tous les chardons sont sévèrement émondés du milieu des cultures des céréales. Les champignons du genre *actinomyces* existent dans le Nord; mais ils n'y sont pas inoculés par les épines des chardons.

Dans l'espèce humaine, il devient opportun d'y songer plus fréquemment.

Dans la Flandre belge, M. le professeur Thiriar en a observé un cas, en juin 1891, chez une ménagère. (Clinique de Bruxelles.)

A Lille, M. le docteur Émile Legrain fit, presque le même jour, une observation analogue sur un caporal du 16e bataillon de chasseurs à pied.

L'observation, que j'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie, est encore isolée au point de vue de la rigoureuse démonstration basée sur l'observation directe au microscope des masses sphéroïdales qui caractérisent les colonies actinomycosiques.

Mais il en serait autrement pour une critique scientifique moins sévère.

En 1885 et 1886, M. le docteur Plouvier a suivi de très près, avec plusieurs confrères, l'évolution d'une actinomycose du côté droit du maxillaire inférieur chez un médecin vétérinaire, qui habite Méteren (canton de Bailleul). Le malade a eu successivement des séries de tumeurs, des fistules et des décollements de la joue et de la région sous-maxillaire sans jamais aucune adénite véritable. Après une année de soins persévérants, il est et demeure guéri.

Il en est probablement de même d'un enfant, alors âgé de six ans, et opéré, en 1888, d'un curage de la portion droite du maxillaire inférieur, qui est devenu asymétrique par inégalité de nutrition. Cet enfant passait la plus grande partie de sa vie à Bailleul dans les étables, au milieu de la paille et des bestiaux.

En novembre 1891, j'ai moi-même pratiqué l'évidement du calcanéum gauche sur un maçon de trente-six ans, qui habite Steenvoorde. Atteint d'un traumatisme du talon, en 1884, il avait pris l'habitude de porter de la paille dans ses chaussures et parfois directement en contact avec la peau du pied; une excoriation survint dans cette portion délicate de la peau, qui se trouve sur la portion latérale du talon, immédiatement au-dessus du renforcement épidermique plantaire. Une induration suivit; puis une ostéite à marche chronique, et, enfin, une fistule. J'en ai ramené, par le curage, des débris très variés, parmi lesquels se trouvaient

de petites masses granuliformes d'*actynomyces*, que j'ai le regret de n'avoir pas examinées au microscope. Il est actuellement guéri.

Je conserve le même regret au sujet d'un châtreur de bestiaux, que j'ai opéré d'une étrange affection superficielle de la marge de l'anus et qui travaille toujours couché sur la paille et dans le même pays (à Saint-Jaus-Cappel). Celui-là encore est en bonne voie de guérison.

Il en est autrement d'un agent de la police de sûreté de Lille qu'il m'a été donné d'observer en 1886 pour une série d'abcès, de fistules et de décollements superficiels du cou, depuis la région sous-maxillaire droite, jusqu'à la fossette sus-sternale, sans aucune adénite. C'était bien le type de la peau amincie, violacée, reposant sur une base peu épaisse, mais très dure, avec une suppuration rare, séreuse, et contenant de petites masses granuliformes, blanches ou jaunâtres. Cet homme est mort à l'âge de 45 ans, après avoir maigri considérablement et avoir présenté de la dyspnée et de la toux presque sans expectoration et sans aucune hémoptysie.

Les cinq cas que je viens de signaler sommairement ne sauraient entrer en ligne de compte puisque la preuve fait défaut. L'examen histologique n'a pas été fait; et aucune inoculation, aucune culture n'y est venue suppléer.

Il me paraît suffisant de les signaler, pour provoquer l'attention sur cette question encore peu connue.

Cette série me paraît démontrer surtout l'exactitude du pronostic formulé par M. Nocard pour l'espèce humaine; les cas d'actinomycose scientifiquement démontrés en France sont tous guéris.

Et dans une série de cinq, de faits possibles mais non prouvés, il n'y a qu'un seul cas de mort.

Une panique serait donc injustifiable, si l'actinomycose était reconnue plus souvent dans l'avenir que dans le passé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 février 1892. — Présidence de M. Regnauld.

DISCUSSION SUR LA GRIPPE

Prophylaxie de l'influenza. — M. Laborde rappelle que, dans la dernière séance, M. Vallin a indiqué, comme moyen prophylactique contre l'influenza, l'antisepsie de la bouche. Il partage absolument cette opinion que c'est par les microbes qui pullulent dans la cavité buccale que se fait la contagion de la plupart des maladies infectieuses; aussi l'antisepsie de cette cavité sera un des meilleurs moyens de prévenir les maladies infectieuses ou tout au moins des infections secondaires.

M. Laborde conseille des lavages bi-quotidiens avec une solution très chaude d'acide phénique à 1 p. 1000; il y joint même des lavages des cavités nasales avec la même solution qu'il renifle matin et soir. L'acide borique peut également rendre des services, bien que moins efficace.

Au point de vue clinique, M. Laborde peut appuyer son dire par son observation personnelle, puisque, placé au milieu de foyers dans lesquels la maladie a sévi avec intensité, il en a été constamment indemne. Il connaît, en outre, plusieurs personnes qui l'ont imité et toutes s'en sont bien trouvées. Un de ses amis, particulièrement prédisposé en raison d'un coryza chronique, a pu vivre au milieu de parents et d'amis malades, sans subir lui-même les atteintes de l'épidémie.

Quant au traitement par l'huile de foie de morue proposé par M. Ollivier, M. Laborde croit que, dans la pratique, l'huile de morue peut être avantageusement remplacée par le morhuol.

M. Magitot revient sur cette question soulevée dans la dernière séance par M. Vallin à l'occasion de la communication de M. Ollivier sur la grippe. M. Vallin avait recommandé de tenir la cavité buccale, les fosses nasales et l'arrière-gorge dans un état de propreté et d'antisepsie aussi complet que possible, non seulement en temps ordinaire, mais surtout en temps d'épidémie, attendu qu'il est démontré qu'un grand nombre d'organismes pathogènes se retrouvent dans la salive même normale. Il en est ainsi du bacille de la diphthérie, du streptocoque de l'érysipèle et de la suppuration, du pneumococcus de la pneumonie ou de la pleurésie, etc., et peut-être aussi du bacille encore inconnu de la grippe.

En insistant sur ces considérations, M. Magitot cite quelques observations tout à fait décisives : celle, par exemple, empruntée à M. Vaillard, dans laquelle la salive reconnue septique par la présence du streptococcus pyogenes dû à un petit abcès gingival était redevenue inerte après certains lavages antiseptiques. Des expériences sont entreprises sur les agents microbicides applicables à la bouche. Mais, dès à présent, M. Magitot se croit en droit d'affirmer la valeur considérable qu'il convient d'attribuer à l'antisepsie buccale dans la prophylaxie des maladies infectieuses. Il ajoute qu'il n'est sans doute pas besoin dans la pratique de recourir aux antiseptiques toxiques, comme le sublimé, et il donnerait la préférence à des agents inoffensifs, l'un pouvant s'employer sous la forme liquide, l'acide thymique, l'autre solide, le salol.

Le microbe de l'influenza. — M. Cornil, en son nom et au nom de M. Chantemesse, fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 161.)

LECTURE

Les interventions chirurgicales dans les lésions du rachis. — M. Auffret (de Brest) lit un travail sur ce sujet, dont voici les conclusions :

1° Toutes les régions du rachis sont accessibles au scalpel; elles peuvent toutes être attaquées, sauf les deux premières vertèbres qui, en toute circonstance, doivent être respectées.

2° Les corps des troisième, quatrième et cinquième cervicales sont accessibles par la bouche. Toutes les fois que l'on en constate l'altération, et surtout s'il y a abcès rétro-pharyngien faisant saillie à leur surface, l'intervention par cette voie est de rigueur : d'abord l'incision, complétée du décollement, la rugination, le nettoyage du foyer à l'aide de la pommade au chlorure de zinc, permettront, en les combinant, l'évidement du tissu spongieux malade et la destruction de la membrane pyogénique. Si ces moyens restent au-dessous du mal, on n'hésitera pas à recourir au trépan prudemment manié.

Les bromures à haute dose, les jours qui précèdent l'opération, et la cocaïne au moment même, assurent une insensibilité excellente et nécessaire.

3° Les corps des vertèbres dorsales sont accessibles par la région postéro-latérale après résection d'une ou de plusieurs côtes, sans de sérieuses difficultés et en ménageant la plèvre, les vaisseaux et les nerfs intercostaux. On peut aisément décoller la plèvre avec les doigts, ce qui agrandit d'autant le champ opératoire.

4° Les fractures du rachis, si la vie n'est point compromise, doivent être traitées par l'extension brusque ou par l'extension continue; si la vie est menacée, l'intervention directe est justifiée et peut devenir un devoir, à la condition de la pratiquer de bonne heure, avec méthode et sans violence.

PRÉSENTATION DE MALADE

Guérison de l'ostéomalacie à la suite d'une opération césarienne. — M. Guéniot présente une malade qui, à la suite d'une opération césarienne et, sous l'influence de soins hygiéniques, a complètement guéri d'une ostéomalacie dont elle était atteinte avant son accouchement.

Cette femme, enceinte pour la sixième fois, entra à l'hôpital le 14 octobre dernier, enceinte au huitième mois et atteinte d'une ostéomalacie des plus graves. Son état général était des plus mauvais, elle ne pouvait remuer dans son lit sans éprouver des douleurs épouvantables; tout sommeil était, pour ainsi dire, impossible; ses os étaient ramollis à un haut degré et le bassin rétréci ne pouvait permettre l'accouchement.

Le 11 novembre, on pratiqua l'opération césarienne suivant la méthode classique, en respectant scrupuleusement les ovaires et les trompes.

Les suites opératoires furent des plus bénignes, mais ce qui est intéressant, c'est ce qui s'est produit au point de vue de l'ostéomalacie.

Les douleurs squelettiques persistèrent deux semaines après l'accouchement, mais dès ce moment elles commencèrent à diminuer et peu après elles avaient complètement disparu. Au bout de cinq semaines, la malade commençait à faire quelques pas et ses os se consolidaient; le 6 janvier elle marchait assez pour aller en convalescence au Vésinet. Il va sans dire que l'amélioration de l'état général se faisait concurremment avec l'amélioration de l'état local.

Aujourd'hui, cette malade est complètement guérie.

Ce fait montre que la guérison de l'ostéomalacie peut très bien être obtenue sans que l'on enlève les trompes et les ovaires. Or l'on sait qu'à l'heure actuelle cette double castration est pratiquée couramment en Allemagne pour tous les cas d'ostéomalacie.

COMMUNICATIONS

L'actinomycose en Flandre. — M. GUERMONPREZ, en son nom et au nom de M. Augier (de Lille), fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 162.)

De la plus grande fréquence du tænia en France. — M. LEBLANC lit au nom de M. Colin (d'Alfort) à propos de la communication de M. Bérenger-Féraud, un travail qui se termine par les conclusions suivantes :

1° Il ne me paraît nullement prouvé que le tænia solium soit plus rare aujourd'hui qu'autrefois et que ce tænia soit en voie de disparaître — remplacé par le tænia inerme. La rareté actuelle du premier, relativement à l'autre, provient très probablement de ce que, dans le passé, on ne pouvait ni on ne songeait à distinguer les deux espèces.

2° Il n'est pas établi que le tænia inerme ait pour unique point de départ la cysticercose ladrique des bêtes bovines.

3° Il est à peu près certain, ainsi que cela résulte des expériences que j'ai faites, que le tænia inerme, transmissible au veau, ne l'est plus au bœuf adulte ; ce tænia nous arrive, en conséquence, par la viande du veau, non par celle du bœuf.

4° Il n'y a, jusqu'ici, aucune preuve de la plus grande fréquence de la ladrerie bovine chez les bêtes étrangères à notre pays, et, conséquemment, aucune raison sérieuse de rapporter à l'introduction du bétail exotique l'accroissement de proportion des cas de tænia inerme dans certaines parties de la France.

M. Colin pense en outre que les mesures sanitaires n'ont pas l'importance et l'efficacité qu'on leur prête, parce qu'elles sont appliquées d'une façon très imparfaite.

M. BÉRENGER-FÉRAUD répond que la distinction entre le tænia armé et le tænia inerme n'est pas aussi difficile à faire que semble le croire M. Colin.

Cette distinction ne se faisait pas facilement il y a quelques années, et Davaine même émettait l'opinion que vient de soutenir M. Colin au sujet du diagnostic des deux espèces de tænia. Mais actuellement on fait cette distinction, et avec quelque habitude, un médecin, armé d'une simple loupe, peut facilement la faire.

Dès lors, il est facile d'apprécier que si le tænia armé se rencontrait jadis aussi fréquemment que le tœnia inerme, par contre à l'heure actuelle, il y a 1000 tænias inermes pour 1 tænia armé.

En ce qui concerne l'origine bovine des tænias inermes, M. Bérenger-Féraud maintient les renseignements statistiques qu'il a fournis. Parmi ces statistiques, il en est une qu'il persiste à considérer comme de grande valeur, c'est la statistique tirée de la fréquence du tænia inerme parmi les populations qui habitent le littoral méditérranéen.

On sait, en effet, que les bœufs algériens et tunisiens sont particulièrement affectés par les germes du tænia inerme. D'autre part, les bœufs venant de ces différents pays et débarquant dans les ports méditerranéens, sont surtout consommés sur place, en raison des difficultés qu'il y a à les transporter.

Or, c'est précisément sur ces populations du littoral qu'il existe un accroissement notable du nombre des malades atteints du tænia inerme.

On ne pourrait trouver dans ce fait une simple coïncidence, et il y a là évidemment une relation de cause à effet.

M. Colin dit que ses expériences lui ont démontré que le tænia inerme, facilement transmissible au veau, ne l'est pas au bœuf. C'est possible, mais comme le bœuf n'est qu'un veau plus âgé, le bœuf peut fort bien transmettre à l'homme une maladie qu'il a contractée alors qu'il n'était qu'à l'état de veau.

En ce qui concerne l'importance des bœufs exotiques sur la production du tænia inerme, les statistiques de M. Bérenger-Féraud ne sauraient être contestées. A défaut d'autres preuves, la fréquence du tænia sur le littoral méditerranéen paraît suffisamment démonstrative.

M. Bérenger-Féraud admet que les mesures sanitaires n'ont pas une efficacité absolue, et cela d'autant plus qu'elles ne sont pas appliquées sur tous les points du territoire. Mais enfin, si peu qu'elles soient appliquées, il n'en est pas moins vrai qu'elles donnent des résultats appréciables, et parmi ces résultats on doit certainement ranger la diminution du nombre des porcs ladres livrés à la consommation. Les mêmes résultats ont été constatés en Allemagne, en Autriche, en Russie.

M. LEBLANC fait observer que les objections de M. Colin au sujet de l'inefficacité des mesures sanitaires prises à l'égard de la viande de boucherie, ne sont pas justes. Qu'elles soient insuffisantes, cela est vrai, mais telles qu'elles existent elles n'en ont pas moins eu un résultat très favorable relativement à la diminution incontestable de la ladrerie du porc en France. Il n'est pas un vétérinaire qui ne soit convaincu de la vérité d'une pareille affirmation.

M. Leblanc confirme, d'une façon absolue, les remarques de M. Bérenger-Féraud relativement aux bœufs algériens.

M. NOCARD dit que M. Colin se trompe quand il dit que la ladrerie des porcs n'a pas diminué.

Quant à la cause de cette diminution de la ladrerie, les mesures sanitaires prises y sont certainement pour quelque chose, mais il faut également attribuer une grande influence aux modifications apportées depuis ces dernières années dans l'élevage de ces porcs. On a renoncé à les laisser vagabonder, on les élève dans des porcheries de façon à ce qu'ils ne puissent manger que la nourriture qu'on leur donne, et ils ne peuvent plus, comme autrefois, manger les ordures contenant les germes de la ladrerie.

A propos de cette diminution de la ladrerie du porc consécutive aux modifications économiques dans l'élevage de cet animal, M. Nocard fait une remarque analogue au sujet de la tuberculose des vaches laitières à Paris.

Cette tuberculose, jadis très fréquente dans les étables parisiennes, est extrêmement rare aujourd'hui, plus rare peut-être que dans les autres étables disséminées à la surface de la France. La cause de cet heureux résultat est due uniquement à ce que les conditions de l'industrie de la fabrication du lait à Paris se sont modifiées du tout au tout depuis ces dernières années.

Aujourd'hui, les laitiers nourrisseurs, au lieu de conserver leurs bêtes très longtemps dans les étables parisiennes, ne les conservent que fort peu de temps. Elles entrent dans ces étables aussitôt leur mise bas, et elles en sortent aussitôt qu'elles cessent de donner du lait en abondance suffisante pour payer leur nourriture. En outre, dès qu'une bête est tant soit peu malade elle est envoyée à la boucherie.

Dans ces conditions, il ne peut se créer de foyers tuberculeux, et c'est pour cela que les vaches parisiennes sont très rarement contaminées.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA MARINE

Tableau d'avancement du corps de santé de la marine pour l'année 1892.

1° Pour le grade de médecin en chef : M. le médecin principal Manson.

2° Pour le grade de médecin principal : MM. les médecins de première classe Drago et Vergniaud.

3° Pour le grade de médecin de première classe : MM. les médecins de deuxième classe Aubry et Gros.

4° Pour le grade de pharmacien en chef : M. le pharmacien principal Chalmé.

5° Pour le grade de pharmacien principal : M. le pharmacien de première classe Durand.

6° Pour le grade de pharmacien de première classe : M. le pharmacien de deuxième classe Henry.

M. le médecin principal Hyades a été maintenu au tableau d'avancement pour le grade de médecin en chef pour une nouvelle période de deux années.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 14 février 1892, à neuf heures et demie très précises du matin, chez MM. Geneste et Herscher, ingénieurs sanitaires, rue du Chemin-Vert, 42.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la luxation congénitale de la hanche.

Par G. Phocas,
Professeur agrégé à la Faculté de Lille.

Nous employons le terme de luxation congénitale sans avoir en vue aucune idée pathogénique; au contraire, nous croyons que l'affection est, dans l'immense majorité des cas, une luxation acquise.

Plus fréquente que toutes les autres luxations congénitales, celle de la hanche présente aussi cette particularité qu'elle se présente chez des individus en général bien conformés.

Connue dès la plus haute antiquité, la luxation dite congénitale de la hanche est rentrée dans le domaine scientifique avec les travaux de Dupuytren. Elle eut le privilège de passionner les orthopédistes de toutes les époques, et sa formule thérapeutique, malgré les grands progrès accomplis, malgré les discussions ardentes qu'elle souleva, n'est pas encore trouvée à l'heure actuelle. C'est donc une question à l'étude et comme telle nous avons l'intention de l'envisager. Nous nous garderons donc d'émettre des opinions absolues et nous tâcherons d'exposer aussi clairement que possible les points acquis et les questions controversées.

I

Anatomie pathologique. — Le musée Dupuytren possède vingt pièces de luxations congénitales de la hanche. La thèse de M. Dupré renferme la description des pièces déposées au musée de M. Lannelongue, à l'hôpital Trousseau.

Dans les *Bulletins de la Société anatomique*, on trouvera la description des pièces anatomo-pathologiques, dues à MM. Louis Monnier (17 février 1882), Coudray (13 avril 1883) et Chaput (octobre 1885). Enfin, dans le mémoire de Hoffa, on lira la relation des constatations anatomiques, faites au cours des différentes opérations entreprises en vue de guérir la luxation congénitale.

Trois faits généraux se dégagent de l'histoire anatomo-pathologique de la luxation de la hanche :

1° Que cette luxation n'a pas un type anatomique défini;

2° Que les lésions sont absentes chez le fœtus;

3° Que les lésions deviennent d'autant plus prédominantes qu'on avance en âge.

1° On essaierait en vain de décrire un type général de la luxation congénitale de la hanche. On peut dire seulement que la luxation iliaque est la plus commune, mais on a vu, à titre purement exceptionnel, la tête du fémur en rapport avec le pubis ou avec le trou obturateur (1).

Dans la luxation iliaque commune, tantôt la cavité cotyloïde est petite, tantôt elle est agrandie; la tête est plus ou moins déformée; une véritable néarthrose peut s'observer.

2° L'enquête poursuivie par M. Verneuil et ses élèves a démontré par une recherche minutieuse et longtemps continuée, que les lésions sont absentes sur le fœtus, en exceptant, cependant, les cas de MM. Parise, Verneuil et Broca, où on a trouvé des véritables luxations pathologiques, cas sur lesquels nous reviendrons. En mesurant des milliers d'articulations coxo-fémorales de fœtus, de nouveau-nés, en les examinant minutieusement, peut-être pourrait-on arriver à prendre quelques-unes de ces articulations sur le fait, ayant des cavités trop petites déjà, proportionnellement à la tête fémorale, ou de dimensions irrégulières (Dupré), mais le fait n'a pas encore été constaté.

3° Les lésions deviennent d'autant plus prédominantes qu'on avance en âge.

Chez les nouveau-nés on ne trouve rien du côté des surfaces articulaires. Dans une autopsie de M. Verneuil, les muscles qui entouraient l'articulation gauche étaient plus courts et moins développés qu'à droite (2).

Chez les enfants, une autopsie de M. Lannelongue nous permettra de décrire sommairement les lésions : le membre est atrophié. Le petit fessier a une coloration jaunâtre et adhère à la capsule. La capsule fémorale est divisée en deux loges; la portion antérieure est inhabitée; la portion postérieure contient la tête du fémur. La cavité cotyloïde ressemble à la cavité glénoïde de l'omoplate, elle est plate, déformée, triangulaire. Une couche de graisse la dépasse. La tête fémorale aplatie est renfermée dans un diverticulum de la capsule et repose sur l'os iliaque. Elle est mobile et peut se réduire dans la cavité cotyloïde avec un certain

(1) Voy. Stimson. *Philad.*, 1888, p. 103.
(2) *Gaz des hôp.*, 1852, p. 530.

effort. Mais la réduction n'est pas maintenue à cause de la déformation de la cavité.

Ajoutons, d'après Bonnet et Guérin, la rétraction musculaire et nous aurons à peu près tout ce qu'on observe en ce moment.

Chez l'adulte, la tête s'éloigne davantage. On trouve souvent une nouvelle cavité cotyloïde, une véritable pseudarthrose avec atrophie de tout le membre et dégénérescence des muscles. L'ancienne cavité a souvent disparu. Quant à la tête du fémur, elle est de plus en plus déformée.

Tout le bassin est de plus déformé, mais la symétrie du bassin persiste quand la luxation est bilatérale, tandis que dans la luxation unilatérale le côté luxé est rétréci aux détroits supérieur et inférieur. La luxation bilatérale ne serait pas une cause de distocie, d'après MM. Bouvier et Lancereaux (1).

II

Pathogénie et étiologie. — Un grand nombre de théories ont été émises pour expliquer la luxation congénitale de la hanche.

Krönlein en a donné la classification suivante : 1° l'affection serait traumatique ; 2° spontanée ; 3° résultant d'une mauvaise attitude du fœtus ; 4° d'une paralysie des muscles pelvi-trochantériens ; 5° elle est due à un arrêt de développement ; 6° à une contracture musculaire.

Tous les organes de l'articulation furent accusés, et à ce point de vue on pourrait ranger les théories en ligamenteuse, osseuse ou musculaire. Des causes traumatiques, mécaniques, physiologiques ou pathologiques ont été tour à tour invoquées pour expliquer la production de l'affection.

Les causes traumatiques ne peuvent se produire pendant l'accouchement ou pendant la gestation. Cette dernière hypothèse est celle qui fut soutenue anciennement par Hippocrate. Elle fut reprise, à l'aide de nouveaux arguments, par Roser, Adams, Chilius et d'autres. Adams (2) sur 45 cas où les circonstances de l'accouchement furent notées, trouva 23 accouchements faciles, 22 fois des accouchements difficiles et parmi eux sept fois des présentations du siège. Capuron, d'Outrepont ont insisté sur le même fait.

Malgaigne raconte que Petit, ayant été consulté à propos d'une luxation chez un enfant de cinq ans, n'hésita pas à l'attribuer à la maladresse de la sage-femme. On sait cependant combien sont rares les luxations pendant l'accouchement ou chez les nouveau-nés.

C'est encore une cause mécanique que Dupuytren invoqua en attribuant à la mauvaise position du fœtus la luxation de la hanche. Roser a repris la théorie et l'utilisa ingénieusement en expliquant comment les garçons ne pouvaient se mettre dans une adduction forcée à cause de la présence du testicule, d'où la fréquence plus grande des luxations congénitales chez les filles.

Les causes pathologiques ont été invoquées avec pièces à l'appui par MM. Parise, Verneuil, Broca, Morel-Lavallée, Albers. M. Verneuil et Broca ont observé une synovite fongueuse. M. Morel-Lavallée, Albers et Arrisson des caries articulaires. Parise, sur trois enfants, a trouvé de l'hydarthrose. De ces faits rares et curieux on est parti pour généraliser et Pravaz est allé jusqu'à prétendre que l'hydarthrose existait toujours, mais qu'elle disparaissait à la naissance par suite de l'établissement de la circulation pulmonaire et de la pression de l'air extérieur. Mais alors pourquoi observerait-on une luxation, du moment que la cause qui devait la provoquer a disparu ?

En somme, ce sont là des luxations pathologiques congénitales, c'est-à-dire aperçues dès la naissance.

Je passe rapidement sur la théorie bien connue de Chaussier que J. Guérin avait adoptée pour expliquer toutes les difformités : lésions du système nerveux central, contractures musculaires intra-utérine et luxation. Elle n'est pas en honneur, pas plus dans la pathogénie du pied-bot que de la luxation congénitale.

Nous éliminerons toutes ces théories qui peuvent expliquer peut-être quelques faits particuliers, mais qui n'ont aucun caractère de généralité et avec la grande majorité des auteurs modernes nous ne retiendrons que deux grandes théories qui se partagent les suffrages des contemporains. Je veux parler : 1° de la théorie musculaire que M. Verneuil a soutenue avec des arguments sérieux ; 2° et de la théorie de l'arrêt de développement qui paraît très acceptée à l'étranger et que M. Lannelongue et M. de Saint-Germain paraissent adopter pour certains cas.

1° La théorie de la paralysie musculaire est basée sur le fait suivant. Il existe, et tout le monde en convient, des luxations qui surviennent spontanément chez des individus atteints de paralysie des muscles pelvi-trochantériens. On est même convenu d'appeler ces luxations *paralytiques*. La luxation congénitale n'apparaît jamais à la naissance. Il est d'observation vulgaire que la luxation n'apparaît qu'aux premiers pas de l'enfant. L'absence de luxation à la naissance n'est pas un fait clinique plus ou moins trompeur.

M. Verneuil a fait et fait faire une enquête étendue pendant trente-huit ans et jamais il n'a trouvé une véritable luxation chez un enfant nouveau-né. Naturellement il faut mettre de côté les luxations pathologiques, cas rares, comme nous venons de le voir.

Voici donc deux faits : l'absence anatomique et clinique de la luxation dite congénitale au moment de la naissance, l'existence incontestable et incontestée de luxations dites paralytiques, chez l'adulte, luxations qui affectent la plus parfaite ressemblance avec nos luxations dites congénitales.

A ces deux faits ajoutons un troisième : la présence anatomique et clinique de l'atrophie musculaire dans toute luxation dite congénitale.

Il est certain que, devant ces trois faits ainsi présentés, il serait difficile de ne pas admettre avec M. Verneuil que la presque totalité des luxations congénitales ne sont que des luxations paralytiques. Si maintenant nous nous transportons sur le terrain clinique, il serait malaisé, je crois, de trouver la théorie de M. Verneuil en défaut. Devant un enfant atteint de luxation spontanée, luxation apparue vers l'âge de deux ou trois ans, avec atrophie des muscles, quel argument clinique invoquera-t-on pour dire que la luxation n'est pas due à la paralysie et à l'atrophie musculaire ?

On peut toujours dire que la paralysie est consécutive à la luxation, répondent les adversaires. D'accord, mais on pourra aussi objecter que les altérations osseuses que vous invoquez sont elles-mêmes consécutives au déplacement de la tête fémorale. Et cela, avec d'autant plus de raison que les déjà nombreuses opérations, faites en vue de corriger la

(1) Voy. Verrier. *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. X. — *Arch. f. Gyn.*, 1873, t. V. — Kruskenberg. La forme du bassin dans la luxation congénitale, *Deuts. Arch. f. gyn.*, Bd. XXV, Hft. 2.

(2) Adams. *Brit. Med. Journ.*, 7 nov. 1885.

luxation, ont montré une véritable gradation dans les déformations osseuses, au fur et à mesure qu'on avance en âge.

M. Pfender paraît faire une distinction entre les luxations infantiles, presque toujours paralytiques, et les luxations vraiment congénitales qu'il vient d'étudier dans une thèse récente (1). Ces dernières luxations seraient toujours congénitales et souvent on retrouverait les stigmates de la tuberculose. Elles seraient donc pathologiques. Si on songe à la rareté des luxations constatées au-dessous de deux ans, on peut facilement admettre que, dans certains cas exceptionnels, la luxation peut être pathologique. Mais cette restriction n'enlève rien à la pathogénie des luxations dites congénitales, qui ne s'observent, en réalité, qu'à partir de deux ans. Et au-dessous de cet âge, le diagnostic est tellement rare, qu'on cite les faits où Krönlein réussit à constater deux fois une luxation chez un enfant de deux jours et un autre de quatre mois.

La seconde théorie, celle qui est certainement plus en vogue à l'étranger, est celle de l'arrêt de développement. Schreiber, Bradfort et Lovett l'acceptent sans discussion. Elle est aussi acceptée par M. Lannelongue qui vient d'inspirer une thèse sur ce sujet à son élève M. Dupré (2). Elle est, du reste, ancienne, puisqu'elle fut défendue par Dupuytren, Von Ammon, Breschet et d'autres. Döllinger (3) et Grawitz (4) lui ont donné une nouvelle impulsion. Grawitz, examinant 12 cas de luxations congénitales pris sur sept nouveau-nés, a trouvé un arrêt de développement du cartilage en Y et de l'acétabulum. Döllinger croit, au contraire, à une ossification prématurée du cartilage qui fait que la cavité cotyloïde reste plus petite que la tête fémorale qui se développe normalement et ne peut plus y trouver place.

Les déformations constantes du cotyle comparées à celles de la tête du fémur portent aussi M. Dupré à penser que cette cavité cotyloïde est la première en cause. En somme, M. Dupré invoque la même théorie que Döllinger et Grawitz, en spécifiant qu'il n'y a pas arrêt de développement primordial, comme le voulait Breschet, mais suture prématurée ou irrégulière des différentes parties constituantes de l'os iliaque qui forment le cotyle.

Mais M. Dupré admet que la luxation n'est pas congénitale dans le sens propre du mot. Alors je me demande pourquoi faire, de cette perturbation dans l'ossification du cartilage en Y, le facteur primordial des lésions, comme si la paralysie musculaire, amenant la luxation, n'était pas suffisante pour expliquer les déformations d'une cavité cotyloïde inhabitée. Je le répète, il n'y a pas de raison pour pencher d'un côté plutôt que de l'autre. Et toutes les autres probabilités sont pour la théorie de M. Verneuil.

Nous ajouterons que les luxations vraiment congénitales existent, mais ce sont des raretés dont on n'a pas à se préoccuper en clinique.

Un récent témoignage en faveur de la théorie de M. Verneuil est celui de Hoffa. Cet auteur, en examinant consciencieusement tous les caractères anatomo-pathologiques de luxations congénitales opérées, arrive à accuser surtout, non pas les os qui se déforment consécutivement, mais les parties molles, les muscles, les ligaments.

Enfin la théorie de M. Verneuil s'accorde assez bien et avec les nouvelles tentatives opératoires et avec le traitement orthopédique rationnel, dont le fond est la restitution de ces liens actifs articulaires qui, relâchés, laissent la tête du fémur se mouvoir follement en dehors de sa cavité.

Certains faits concernant l'étiologie de la luxation congénitale méritent d'attirer l'attention. Relativement à sa fréquence, les auteurs ne sont pas d'accord. Et cela tient à plusieurs raisons. D'abord, parce que la luxation dite congénitale ne s'observe qu'à partir d'un certain âge. Les observateurs qui ont fait des statistiques parmi les enfants nouveau-nés, l'ont signalée comme une affection extrêmement rare. Chaussier, sur 23 293 enfants de la Maternité, n'a trouvé qu'un seul cas, et Parise, disséquant tous les cadavres de l'hôpital des Enfants-Assistés, pendant son année d'internat, ne l'a rencontrée que trois fois. Nous savons aujourd'hui qu'il ne s'agissait même pas d'une véritable luxation dite congénitale. D'un autre côté, l'affection paraît beaucoup plus fréquente dans certaines contrées. Albert la croit fréquente dans le Tyrol. Il n'y a pas de statistique faite à ce point de vue, du moins nous n'en connaissons pas, mais il nous a semblé qu'en Italie elle est plus fréquente qu'en France. A Lille, où le rachitisme est fréquent, la luxation congénitale est relativement rare.

Un autre fait absolument certain est la grande prédominance du sexe féminin. Toutes les statistiques sont d'accord sur ce point.

Sur 341 cas de luxations, 40 ont été observés sur des garçons et 301 sur des filles (Bradfort et Lovett). On observe donc l'affection avec une fréquence de 88 p. 100 dans le sexe féminin.

Ce fait d'observation reste absolument inexpliqué, à moins de supposer, avec Dupuytren, que les femmes sont plus prédisposées aux difformités que les hommes, ce qui équivaut à une simple constatation.

Enfin, les luxations unilatérales sont à peu près aussi fréquentes que les luxations bilatérales, contrairement à ce que croyait Dupuytren. On trouve, en effet, sur 341 cas, 191 luxations unilatérales et 123 bilatérales. Le côté droit est plus souvent affecté que le côté gauche (Bradfort et Lovett).

III

Symptomes et examen du malade. — La *boiterie* a quelque chose de si particulier dans la luxation congénitale, qu'elle peut seule être suffisante pour affirmer le diagnostic.

Les enfants marchent tard; quand ils commencent à marcher, on observe une boiterie particulière, selon que la luxation est unilatérale ou bilatérale.

Luxation unilatérale; sa claudication. — « C'est un véritable plongeon du côté affecté avec protusion du ventre en avant et courbure du tronc en arrière » (de Saint-Germain).

A chaque pas, le membre malade décrit avec la pointe un arc de cercle, dont le centre est la plante du pied sain.

Le pied, du côté malade, repose sur le sol par la pointe ou par la plante tout entière. Dans ce dernier cas, la claudication est plus marquée. Quand la différence de longueur est trop grande, les malades plient le genou sain ou le met-

(1) Pfender. Pathogénie des luxations congénitales de la hanche, *Rev. mens des mal. de l'enf.*, t. VII, p. 312.

(2) Dupré. *De la luxation congénitale de la hanche.* — On trouvera dans cette thèse une bibliographie très complète sur la question.

(3) Dollinger. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1877, Bd. XX.

(4) Grawitz. *Virchow's Archiv.* 1878, p. 741. — Voy. aussi Karewski. *Arch. f. Klin. Chir.*, vol. XXXVII, p. 346.

tent dans une position en valgus, ce qui augmente encore la difformité. Toujours est-il que, chez les malades atteints de luxation unilatérale, l'abaissement et l'élévation de la hanche, perceptibles à travers les muscles pendant la marche, produisent un dandinement caractéristique qui ne saurait être confondu avec la claudication résultant d'autres causes (luxation traumatique, fracture de cuisse guérie avec raccourcissement, etc.).

Le pied frappe le sol avec force et avec bruit. Aussi en écoutant marcher le malade, on perçoit une différence des bruits entre les deux pas. Il y a donc le signe de maquignon, comme dans la coxalgie, avec la différence qu'ici, le pied malade produit le bruit le plus fort.

Une chose qu'on doit bien connaître, pour ne pas être dupe d'une soi-disant amélioration, est que la boiterie, si disgracieuse pendant la marche, disparaît presque complètement pendant la *course* et la *danse*. Cela tient probablement à une contraction énergique des muscles fessiers. Le saut est impossible.

La boiterie dans la luxation bilatérale. — Voici une description, d'après M. Pravaz. Lorsque les malades se disposent à marcher, on les voit se soulever sur la pointe des pieds, incliner la partie supérieure du tronc vers le membre qui doit supporter le poids du corps et détacher l'autre avec effort pour le porter en avant. Dans ce moment, l'un des trochanters, celui qui répond à la colonne de sustentation, paraît se rapprocher de la crête iliaque d'une manière plus sensible que dans la station sur les deux pieds. De cette mobilité dans le sens vertical, naissent des oscillations de tronc qui rendent la démarche aussi pénible que disgracieuse.

Les oscillations sont symétriques et constituent une sorte de roulis (de Saint-Germain).

Les oscillations latérales s'accompagnent d'un mouvement antéro-postérieur.

La pointe des pieds est tournée parfois en dedans, les genoux tendent à se toucher comme chez les cagneux.

Examen du malade dans la station verticale. — Après avoir constaté les caractères de la claudication, il faut examiner le malade debout. Les résultats de cet examen diffèrent dans la luxation unilatérale et bilatérale.

Dans la luxation unilatérale, l'épaule, du côté malade, est plus élevée, l'abdomen est proéminent. Le bassin est fléchi, le grand trochanter fait une saillie considérable, convexe en dehors, très nette quand on examine le malade tourné en avant. Le pli inguinal est abaissé du côté malade. La grande lèvre est plus basse. Le pied est en rotation externe. La cuisse est en adduction. Le pied repose sur le sol par la pointe ou par toute la plante. Il existe une atrophie de la cuisse et du membre en général. Cette atrophie s'étendrait, d'après M. Lannelongue, sur toute la moitié correspondante du corps : crâne, face, thorax. Si bien qu'avant même d'aller plus loin, le chirurgien pourra, par l'habitus du malade, faire le diagnostic.

Dans la luxation bilatérale, les épaules sont au même niveau (sauf quand la luxation est plus prononcée d'un côté, ce qui est assez fréquent). L'abdomen est proéminent, incliné en avant, prédisposé aux hernies. Les deux cuisses restent écartées. Enfin les bras paraissent trop longs relativement au reste du corps, effet qui s'observe dans tous les cas de raccourcissement symétrique des extrémités inférieures (courbures rachitiques, par exemple).

Examiné de dos, le malade présentera une scoliose convexe du côté luxé dans la luxation unilatérale, une lordose plus ou moins accusée dans la luxation double; la hanche, les cuisses et tout le membre inférieur sont grêles, dépourvus de saillies musculaires, et les fesses, selon l'expression de M. de Saint-Germain, ont l'aspect de celles de poupées en peau bourrées de son.

Recommandation qui nous paraît importante : Ne jamais faire photographier le malade avec un support du côté luxé. La difformité s'exagère et on aurait mauvaise grâce de dire sur une autre photographie, prise plus tard sans support, que le malade s'est amélioré.

Examen du malade couché. — Le malade sera étendu sur une table résistante et reposera également sur le dos. Mesurer la longueur et la largeur des différentes parties : cuisse, hanche, jambe. Le mètre, étendu de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe, donnera la longueur du membre et montrera le raccourcissement relativement au membre sain, s'il s'agit d'une luxation unilatérale.

Mais deux signes ont une grande valeur et méritent d'attirer l'attention : la recherche de la ligne de Roser-Nélaton et la recherche de la tête fémorale.

La recherche de la ligne Roser-Nélaton se pratique de la façon suivante : trouver l'épine iliaque antéro-supérieure, le grand trochanter et sa limite supérieure, l'ischion. Le malade sera couché sur le côté sain; le membre malade fléchi à 45 degrés sur le bassin; une ligne qui réunit l'épine iliaque à l'ischion doit alors passer juste au niveau du sommet du grand trochanter. Si la ligne passe au-dessous de cette éminence, il y a luxation. Il faudra mesurer de combien le trochanter dépasse la ligne de Roser-Nélaton.

Un second signe très important est la recherche de la tête : au niveau de l'aîne, en dehors des vaisseaux, on enfonce légèrement les pulpes digitales. Quand la tête est absente, on n'est pas limité par une résistance osseuse, perceptible du reste sur le côté sain. Une autre manière de rechercher la tête est la suivante : une main, la droite, placée en supination, embrasse avec les quatre doigts le trochanter, le pouce vient appuyer en dehors des vaisseaux au niveau de l'aîne. Pendant ce temps, de la main gauche, on imprime à la cuisse un mouvement de rotation en dehors.

Si la tête est à sa place, elle manifeste immédiatement sa présence par une dureté osseuse sentie par le pouce.

A-t-on acquis par ces manœuvres (ligne de Roser-Nélaton, sensation de la résistance osseuse ou absence), la conviction que la tête fémorale n'est pas à sa place? On peut affirmer la luxation. Il reste cependant à déterminer la place de la tête, il faudra alors la rechercher du côté de la fesse, pendant qu'on imprime quelques mouvements de circumduction au fémur. Cette recherche est souvent délicate et parfois infructueuse à cause de la contraction musculaire et de la petitesse de la tête fémorale luxée.

Mouvements provoqués. — Avec le doigt appuyé sur l'épine iliaque, on cherche à imprimer à la cuisse des mouvements de flexion, d'extension, d'adduction, d'abduction et de rotation.

Seule, l'abduction est limitée. Les autres mouvements s'accomplissent très bien et, dans la très grande majorité des cas, il ne sont pas douloureux.

Enfin l'électricité viendra dévoiler les paralysies musculaires et il faudra examiner à ce point de vue les muscles fessiers des deux côtés.

Pour les signes fonctionnels, la *douleur* sera l'objet d'investigations.

Le malade se fatigue-t-il pendant la marche? A-t-il des accès douloureux? M. Dubreuil a récemment insisté sur quelques phénomènes douloureux dans la luxation de la hanche.

L'état général sera passé en revue. Il sera temps de se rappeler que Pfeinder a noté des antécédents tuberculeux dans la grande majorité des cas de luxations qu'il eut sous les yeux et que M. Lannelongue a noté l'apparition d'une coxo-tuberculose dans une pseudarthrose de luxation congénitale.

Enfin, le grand renseignement sera fourni par les antécédents du malade. Car, sans l'anamnestique, la luxation congénitale pourrait très bien être confondue avec une luxation traumatique, pathologique, etc.

IV

Diagnostic. — Le diagnostic est, en général, facile. Deux affections peuvent être confondues avec une luxation de la hanche : le rachitisme et la coxalgie.

Le rachitisme paraît être, au premier abord, trop net pour donner lieu à une méprise. Cependant nous avons dit que les enfants atteints de luxation marchent parfois comme des cagneux. Ce n'est qu'une simple apparence, vite corrigée par l'examen. Mais il nous est arrivé une fois de chloroformiser un enfant pour arriver à porter ce diagnostic. Il s'agissait d'un enfant de deux ans qui marchait les cuisses fléchies, les genoux en dedans, avec une lordose lombaire très considérable, et qui se dandinait en marchant d'une façon très ressemblante aux boiteux par luxation. De plus, l'examen de la ligne de Roser-Nélaton montrait une élévation du grand trochanter de 1 centimètre environ des deux côtés. Devant cet ensemble de signes, il fallait, à tout prix, rechercher la position de la tête fémorale et ce n'est que sous le chloroforme que nous avons pu nous assurer de sa présence au bon endroit. Ces faits sont rares. Cependant ils furent déjà observés.

Il est à supposer que le col du fémur a subi, par suite du rachitisme, une incurvation particulière qui dépassa la ligne de Roser-Nélaton.

L'absence ou la présence des courbures rachitiques des tibias ne prouvent, du reste, absolument rien, attendu qu'il est très possible de rencontrer la luxation congénitale associée à des courbures rachitiques.

Le diagnostic avec la coxalgie peut être difficile dans deux circonstances :

1° Quand une luxation congénitale devient douloureuse; ces cas sont très rares;

2° Quand la luxation est le résultat d'une vieille coxo-tuberculose guérie. Dans un cas de ce genre, à l'absence de renseignements, je n'ai pu établir un diagnostic que par la présence d'un orifice fistuleux guéri, que j'ai découvert autour de la hanche.

V

Traitement. — Le traitement de la luxation dite congénitale de la hanche a passionné, depuis longtemps, les chirurgiens.

La première question que nous devons nous poser est la suivante :

La luxation de la hanche est-elle susceptible de réduction? Question vieille et débattue depuis Dupuytren jusqu'à nos jours, mais qui n'a pas encore reçu sa solution définitive.

Dupuytren, désespérant d'obtenir la réduction, conseillait les bains froids et une ceinture spéciale (1). Mais déjà Lafont et Duval appliquaient l'extension sur un enfant âgé de huit à neuf ans que Dupuytren a vu plus tard et sur lequel il a constaté les bienfaits de l'extension. Cependant la réduction n'était pas admise par ce chirurgien et son idée a trouvé un ardent défenseur dans Bouvier. Sanson écrivait, d'autre part, en 1844 : « A Dupuytren et à Bouvier, raison pour le passé, mais l'avenir appartient au progrès et je n'ai pas le courage de désespérer. »

L'idée de Sanson est, pour ainsi dire, réalisée avec Pravaz (2) et J. Guérin. Les tentatives de Pravaz sont, en tous points, remarquables.

« Sur 19 cas traités par M. Pravaz, on peut relever 12 succès et 2 insuccès » (Forgue et Reclus). Cependant tout le monde n'a pas jugé ainsi et Malgaigne aurait constaté que l'une des guérisons les plus belles et plus durables de Pravaz ne se serait pas maintenue. Il faut ajouter qu'on a attaqué Pravaz d'une façon peut-être injuste, ainsi que le dit M. de Saint-Germain. Il importe peu au malade d'avoir une pseudarthrose, si elle lui assure une meilleure déambulation, mais Bouvier, qui a posé la question préalable, n'a pas voulu admettre que des pseudarthroses pussent équivaloir à une guérison et il n'a pas voulu les examiner sérieusement à ce point de vue. Cependant, malgré cela, beaucoup de chirurgiens compétents, comme M. de Saint-Germain, doutent fort de ces résultats « d'ailleurs plausibles » et loyalement présentés.

Toujours est-il que l'amélioration de la boiterie paraît avoir été obtenue, dans certains cas, par les manœuvres longues et patientes de Pravaz. Ces manœuvres consistaient à pratiquer l'extension, la contre-extension et la réduction sur un plan incliné où le malade restait couché pendant plusieurs mois.

Dans ces derniers temps, ce fut la même idée qui revint sous une autre forme et Bruckminster Brown [de Boston (3)] obtint une guérison chez une fille de quatre ans, qu'il soumit à l'extension continue par les poids. L'enfant est restée deux ans en traitement et un an et demi alitée. La guérison fut complète et elle se maintint.

Richard Barwell (4) rapporte aussi le cas d'une fille de douze ans, chez laquelle il sectionna les tendons des adducteurs et du droit antérieur, à droite, les mêmes tendons et celui du moyen fessier, à gauche. La malade fut alors soumise à l'extension pendant six semaines. Elle usa d'un chariot spécial et, au bout d'une année, elle était guérie.

William Adams, chirurgien consultant de l'hôpital orthopédique, à Londres (5), a appliqué la même méthode d'extension à 6 cas, dont 2 étaient des luxations congénitales doubles et 4 des luxations simples. Dans les deux cas

(1) Dupuytren. *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. II, p. 208.
(2) Pravaz. *Traité théorique et pratique des luxations du fémur*, Lyon 1847. — Voy. aussi *Bull. de l'Acad. de méd.*, vol. III, p. 408, et *Bull. de la Soc. de chir.*, 1861, p. 218, Pravaz jeune.
(3) Brown. *Brit. Med. Journ.*, 1885, p. 23.
(4) R. Barwell. *Idem*, 1887.
(5) Adams. *Idem*, 22 février 1890.

de luxation simple, chez deux petites filles âgées d'environ deux ans, au commencement du traitement, le décubitus dorsal avec l'extension a duré pendant deux ans environ. Depuis quelques mois, ces fillettes marchent avec un tuteur et les résultats du traitement paraissaient, au moment de la communication de l'auteur, extrêmement satisfaisants dans l'un et dans l'autre de ces cas.

Les méthodes de Pravaz et de J. Guérin furent donc reprises et modifiées par Bruckminster Brown, en Amérique, par William Adams et Barwell en Angleterre. Elle paraît avoir donné de bons résultats.

M. Bailleul (cité par MM. Forgue et Reclus) rapporte l'observation suivante : Une jeune fille, âgée de dix-sept ans, est entrée dans le service de Langenbeck. La marche était douloureuse et gênée. On applique l'extension continue (5 puis 7 kilogrammes); au bout d'un mois, l'allongement atteignait 4 centimètres. On porte l'extension à 11 kilos. La tête du fémur semble être revenue à sa place. On enferme le membre dans un appareil plâtré, qu'on enlève au bout de six semaines. Au bout d'une année de traitement, la restauration était complète. On admit, dans ce cas, que la tête fut fixée par des productions ostéophytiques (1).

Volkmann a fait publier le résultat de sa pratique, longue de vingt ans, par Martin. La méthode de Volkmann comprend deux procédés : l'extension continue et le massage des muscles. Ce qu'il y a de particulier dans la manière de faire de Volkmann, c'est que l'extension continue n'est pratiquée que la nuit et, par conséquent, elle peut être pendant longtemps continuée sans qu'on soit forcé d'aliter le malade. Elle est suivie de cette façon pendant plusieurs années. Par l'extension, Volkmann cherche à mettre le membre dans l'abduction et de produire un allongement apparent. Il compte donc sur l'abaissement de la tête fémorale et du bassin et s'adresse par le massage, les douches locales, les frictions et l'électricité, à la tonicité musculaire, pour obtenir un frein aux oscillations de la tête fémorale (2).

Il faut ajouter que la méthode dite de Volkmann n'est pas nouvelle. M. Tillaux recommande l'extension continue. M. Verneuil avait, d'autre part, attiré l'attention depuis longtemps sur l'atrophie musculaire, qu'il considère comme l'élément primordial de la difformité et conseillé l'électricité et le massage. Margary, lui-même, un partisan de la résection, ainsi que nous le verrons, conseille d'user de l'extension dans le jeune âge, extension faite avec des poids, pendant la nuit, et appareil à tuteur de M. de Saint-Germain, pendant le jour.

Le docteur Post (de Boston) a traité, avec succès, un cas de luxation congénitale simple chez un jeune enfant, en faisant la réduction de la tête fémorale sous le chloroforme et en l'y maintenant à l'aide d'un appareil plâtré. L'enfant a commencé à marcher au bout d'un an et le résultat était excellent (3).

Motta (4), élève de Margary, a utilisé l'extension continue pour réduire la luxation et il applique, dans cette position, un corset plâtré sur lequel il confectionne ensuite un corset en feutre. La nuit, il fait porter des poids dans l'abduction et l'extension.

Un auteur italien, bien connu par ses travaux sur les luxations, Paci (de Pise), dans une série de mémoires, a soutenu une méthode de traitement qui, par l'autorité et la conviction de son auteur et par la facilité de son exécution, mérite d'être soigneusement étudiée (1). Cette méthode, si on peut l'appeler ainsi, consiste, dans certaines manœuvres lentement exécutées et qui ont pour effet de déplacer la tête fémorale, d'allonger les muscles et de donner à la hanche une meilleure conformation, tout en allongeant le membre de quelques centimètres. La nouvelle position qu'on donne à la tête fémorale, il s'agit maintenant de la conserver; c'est alors qu'intervient l'extension continue, d'une part, et un appareil silicaté, d'autre part.

Voici d'abord les manœuvres conseillées par Paci :

Quatre temps : le premier temps consiste dans la flexion de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse; dans le second temps, on imprime à la cuisse un mouvement d'abduction; le troisième temps consiste dans un lent et graduel mouvement d'abduction; au quatrième temps, on étend peu à peu la cuisse sur le bassin et la jambe sur la cuisse.

Examinons, d'après l'auteur, l'action de ces différents temps :

La flexion de la cuisse sur le bassin a pour effet de relâcher les muscles pelvi-trochantériens; la tête du fémur sera d'autant plus abaissée que le genou sera plus élevé. Quand la flexion sera complète, la tête du fémur sera placée près de la cavité cotyloïde, pourvu que le mouvement soit fait assez lentement pour ne pas réveiller la contraction musculaire. Par le second temps d'abduction, la tête fémorale gagnera un plan plus antérieur. Le troisième temps, qui consiste dans une forte rotation externe, aura aussi pour effet de placer la tête du fémur dans un plan encore plus antérieur près de la cavité cotyloïde ou au-dessous de cette cavité. Le dernier temps donnera à la tête un nouveau point d'appui sur l'os iliaque. En étendant la cuisse sur le bassin, les muscles antérieurs de la cuisse seront d'abord tendus, ils résisteront mais ils finiront par céder. La flexion de la jambe favorisera, du reste, cet allongement des muscles de la cuisse. En étendant la jambe lentement, on allongera en dernier lieu les muscles de la face postérieure de la cuisse.

La réduction est faite. Le raccourcissement a diminué. La saillie du grand trochanter a disparu. Le résultat paraît bon. Il s'agit de le maintenir. Paci met, à ce but, un appareil silicaté pendant une vingtaine de jours; il applique ensuite l'extension continue de Volkmann pendant trois mois. Enfin, les patients commencent à se lever et marchent pendant quatre mois encore avec des béquilles. On le voit, il faudrait huit mois environ pour le traitement consécutif.

Pour bien exécuter ces manœuvres, il faut se rappeler qu'on se propose, en somme, d'allonger et de fatiguer les muscles, et il faut procéder avec une extrême lenteur. Paci ne donne pas le chloroforme.

Au mois de septembre 1890, Paci a montré son procédé opératoire dans le service de M. Kirmisson, à Paris. Ce

(1) Forgue et Reclus. *Thérapeutique chirurgicale*, t. I, p. 713. — Bailleul. Berlin 1886.

(2) E. Martin. *Deuts. Med. Wochens.*, 1889, nº 16.

(3) Bradfort and Lovett. *Orthopedic surgery*, 1890.

(4) Notta. Contributo à la cura de la luzzazione congenita dell'anea, *Arch. di ortop.*, 1889, fasc. 3, 4, 5, p. 304.

(1) Paci. *Studio ed osservazioni sulla lussazione congenita del femore*, Genova 1888; — Sulla cura razionale ortopedica della lussazione congenita, *Arch. di ortop.*, ann. VII, nº 3; — Terzo contributo alla cura razionale della lussazione, etc., *Arch. di ortop.*, 1891, nº 6.

procédé fut expérimenté par Nota (de Turin), par Regnoli (1), par Topai (de Rome), par M. Motta (de Turin), par Oliva et, en général, dans presque tous les Instituts orthopédiques italiens. Enfin, M. Redard a consacré un article sur la question (2).

Pendant mon voyage en Italie, j'ai vu beaucoup de malades traités par Paci, lui-même, dans l'Institut des rachitiques de Milan, dirigé par Panzeri. A Turin, j'ai vu aussi quelques malades qui avaient subi les manœuvres. Mais tous ces malades étaient dans un appareil soumis à l'extension continue et, par conséquent, je n'ai pu rien juger au point de vue des résultats consécutifs. J'ai trouvé, cependant, une certaine incrédulité dans le succès définitif de l'opération.

J'ai expérimenté, moi-même, 3 fois, le procédé de Paci, dans mon service à Lille, sur 2 enfants de deux ans, sur 1 jeune fille de neuf ans. Dans ces 3 cas, le raccourcissement était de 2 et de 3 centimètres. Il fut complètement corrigé, la saillie du grand trochanter a disparu et je ne puis que confirmer les résultats immédiats annoncés par le chirurgien de Pise. C'est merveille de voir ces membres si difformes revenir à l'état le mieux conformé en apparence. Cependant, j'ajoute que jamais je n'ai senti la tête revenir dans la cavité cotyloïde, même chez les enfants de deux ans, et que le traitement consécutif n'a pas pu être poursuivi.

En somme, par les manœuvres de Paci, on arrive à redresser le membre, à lui donner une conformation en apparence meilleure et à *étonner*, il faut bien le dire, les parents.

Mais le défaut de la cuirasse nous paraît être le traitement consécutif. L'extension et les appareils continués pendant huit longs mois, c'est une perspective peu engageante. Encore, si ces moyens étaient suffisants, nous ne pouvons pas dire absolument que cela n'est pas, mais nous avons tout lieu de le croire.

Aussi c'est avec une véritable satisfaction que nous voyons M. le professeur Lannelongue préconiser un nouveau moyen propre à fixer la tête dans ses nouveaux rapports (3). M. Lannelongue utilise les injections de chlorure de zinc pour produire une irritation périostique propre à engendrer du tissu osseux et à fixer la tête sur une portion de l'os iliaque. Nous ne connaissons pas encore, en détail, cette manière de faire, mais elle nous paraît digne de fixer sérieusement l'attention, surtout si on veut associer la méthode fixatrice de M. Lannelongue avec la méthode réductrice de Paci.

Que faut-il, en effet, pour que des améliorations analogues à celles annoncées par les Pravaz, par les Guérin, et, plus récemment, par les auteurs américains et anglais, par Paci, etc., soient obtenues? MM. Forgue et Reclus répondent à cette question qu'il faut trois conditions : 1° beaucoup de temps; 2° une déformation de la tête fémorale pas trop avancée; 3° une activité productrice du périoste. Avec les manœuvres de Paci, on raccourcirait considérablement le temps; avec le procédé de M. Lannelongue, on créerait une activité périostale artificielle. Il ne reste donc que la condition qui est variable, celle de la déformation. C'est une simple question d'âge. Aussi est-il à présumer que, chez les jeunes, ces procédés de douceur seront applicables et donneront des résultats satisfaisants.

(1) Regnoli. *Arch. di ortop.*, 1891, n° 5, p. 311.
(2) Redard. *Rev. mens. des mal. de l'enf.* et *Ann. d'orthop.*, 1891.
(3) Lannelongue. Soc. de chir., déc. 1891.

Pour finir avec le traitement orthopédique, je n'aurai que quelques mots à ajouter sur les appareils qu'on emploiera de préférence ou sur la manière de pratiquer l'extension continue. La ceinture de Dupuytren a servi de patron à la plupart des appareils inventés depuis : cette ceinture doit être rembourrée en coton ou en crin et revêtue de peau de daim, afin qu'elle ne puisse pas blesser les parties auxquelles elle doit être appliquée; des goussets étroits et très superficiels doivent être creusés sur la face interne de son bord inférieur, de chaque côté, pour recevoir et retenir les trochanters, sans les loger en entier. Des boucles et des courroies, placées à ses extrémités et dirigées en arrière, doivent le fixer autour du bassin, surtout de larges sous-cuisses rembourrées et revêtues comme la ceinture elle-même, mais élargies et un peu creusées vis-à-vis des tubérosités de l'ischion, doivent maintenir cette ceinture à une hauteur constante et l'empêcher d'abandonner le point précis sur lequel elle doit se trouver toujours appliquée (1).

Dans l'appareil de Kraussold (2), les trochanters sont maintenus par des pelotes concaves mobiles, qui, fixées à la ceinture, doivent s'adapter à la région entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le trochanter.

L'appareil de Schwabe (3) consiste dans une large ceinture pour le bassin, faite en cuir moulé, après moulage renforcé par des attelles en acier, et munie de deux béquillons et d'une ceinture pour la cuisse. Une pelotte (d'ébène ou de gomme dure) est unie à la ceinture de façon à ce qu'elle puisse se mouvoir dans toutes les directions, afin d'exercer une pression sur le grand trochanter.

L'appareil de M. de Saint-Germain, construit par Monlon, est une ceinture en cuir moulé, combinée ou non avec des cuissards. Il importe qu'il emboîte parfaitement les hanches (4).

Pour les malades pauvres, on peut confectionner soi-même un appareil en silicate de potasse, après avoir pris le moule.

Landerer (5) conseille d'appliquer un appareil silicaté de l'aisselle au grand trochanter, pendant que le malade est dans l'extension. Il coupe ensuite l'appareil en avant et en arrière.

En appliquant un corset plâtré sur la peau, on peut avoir le moule et sur ce moule on peut confectionner un appareil silicaté, ou même en feutre poroplastique.

L'extension continue a été faite par le procédé bien connu du diachylum, l'enfant étant au lit. Dans le cas de Brown qui eut un bon résultat, les jambes étaient fléchies, l'extension se faisait sur les cuisses en haut et en dehors. Un autre lien tirait les cuisses horizontalement en bas, enfin du creux poplité partait un lien qui servait pour la contre-extension. L'appareil est figuré dans le livre de Bradfort et Lovett (6).

L'extension, par le procédé de M. Tillaux, est suffisante dans la majorité des cas surtout quand on se contente de la prescrire seulement la nuit.

Mais si on veut traiter, par l'extension, un enfant non hospitalisé, on peut encore y arriver par un appareil conçu

(1) Dupuytren. *Leçons orales*, t. II, p. 208.
(2) Kraussold. *Centralbl. f. Chir.*, 1831.
(3) Schwabe. *Monats. f. Arzt. Polytech.*, 1883, p. 271.
(4) La figure est dans le livre de M. de Saint-Germain, *Chir. orthop.*, p. 557.
(5) Schreiber. *Chirurgie orthopédique générale et spéciale.*
(6) Bradfort and Lovett. *Orthopedic surgery*, p. 520.

de la façon suivante et que j'ai appliqué sur un enfant de deux ans. On incompore dans un corset plâtré une lame de zinc qui, arrivée au niveau du trochanter, se plie à angle droit, longe la face externe de la cuisse, se recourbe devant le genou à une certaine distance et rebrousse chemin pour arriver jusqu'au pli du génito-crural, s'il s'agit d'une luxation simple, ou elle revient de l'autre côté en passant devant les deux genoux pour s'incorporer de nouveau sur la face opposée du corset. A l'aide de quelques tours de diachylum, on fixe un tube de caoutchouc sur la cuisse qui s'attache, d'autre part, sur le bord antérieur de l'appareil. L'enfant peut s'asseoir ou se coucher, les jambes sont fléchies, et l'extension se fait sur la cuisse. Un cadre en bois ou en fer recourbé à angle droit, au niveau du trochanter, et dont les branches thoraciques seraient incorporées dans un corset en cuir, serait un appareil parfait dans ce genre.

Ajoutons le massage, l'électricité, les douches, tous moyens propres à tonifier les muscles atrophiés ou paralysés et nous aurons à peu près tout ce que l'orthopédie pure et simple a inventé pour le traitement des luxations de la hanche.

Nous croyons, en somme, que chez les jeunes enfants et jusqu'à l'âge de dix ou douze ans, on peut arriver, avec les manœuvres de Paci, à donner à la tête fémorale une meilleure situation. L'extension continue et les appareils seront ensuite d'un grand secours pour maintenir le résultat obtenu. Mais ce n'est que par un autre procédé, comme celui de M. Lannelongue, qu'on arrivera à créer une irritation périostée suffisante, pour « mûrer » la tête fémorale dans sa nouvelle situation. Naturellement, ce procédé est trop récent pour qu'il puisse être apprécié à sa juste valeur, pour le moment nous savons : 1° qu'il est inoffensif; 2° qu'aucun procédé inoffensif connu n'a permis jusqu'ici la fixation de la tête fémorale. Il est donc urgent de l'expérimenter sur une vaste échelle.

Le traitement chirurgical de la luxation congénitale de la hanche est entré, depuis quelques années, dans une nouvelle voie. Les chirurgiens, encouragés par la sécurité que donne l'antisepsie, n'ont pas hésité à ouvrir l'articulation de la hanche pour remédier à la claudication ou pour atténuer la déformation ou les douleurs. Ont-ils toujours réussi ? C'est une question à examiner.

Je ne dirai presque rien des sections sous-cutanées des tendons. C'est là un vieux procédé de Guérin que Brodhurst, Barwell et quelques auteurs italiens ont essayé de ressusciter. Si les muscles sont atrophiés ou paralysés, on ne voit pas trop ce qu'on attend d'une section de leurs tendons. Si ces parties sont, de plus, raccourcies, comme le prétend, peut-être avec raison, Hoffa, la section sous-cutanée n'est pas suffisante pour les allonger. Du reste, l'expérience a prononcé et les ténotomistes ont trouvé peu d'imitateurs dans le traitement de cette affection.

Tout autre est la méthode qui a été mise en avant par quelques chirurgiens allemands et italiens.

Rose (cité par Krœnhin), en 1874, pratiqua la résection du fémur pour une luxation congénitale.

Reyher (1), dans deux cas de luxation congénitale, enleva la tête fémorale, après trois ou quatre mois les malades marchaient.

Heussner (2) a présenté, au Congrès des chirurgiens et naturalistes allemands, une malade de dix-huit ans atteinte de luxation douloureuse de la hanche. Le traitement orthopédique fut employé en vain. Heussner pratiqua la résection de la tête du fémur. Onze semaines après la jeune fille marchait et, au moment de la communication, la malade pouvait faire à pied une demi-lieue sans fatigue.

Kocher (cité par Paci), dans une luxation congénitale, procéda de la façon suivante : le 7 juillet 1887, il procéda à la formation d'une nouvelle cavité cotyloïde et obtint la réintroduction de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde. Guérison par première intention. Le 23 août, le malade pouvait exécuter des mouvements.

Margary est certainement celui qui, par ses travaux, a vulgarisé la résection de la hanche. La première fois que Margary a tenté une opération de ce genre, il échoua. Il a voulu creuser une nouvelle cavité cotyloïde, selon le conseil donné par Hunter, mais la malade est morte de pyohémie.

Depuis, Margary a cherché un procédé rapide et simple qui permît de finir l'opération en quelques minutes et qui donnât un résultat satisfaisant. Il a cru trouver ce procédé dans la décapitation pure et simple du fémur. Margary exposa (1) les raisons qui lui dictèrent ce procédé. Par ce procédé on fait rentrer le grand trochanter dans le rang. La saillie de cet os est un élément important de difformité. La lordose résulte du changement du centre de gravité du corps en arrière. Une fois la tête fémorale extraite, il serait loisible de mettre le fémur en hyperextension. L'opération elle-même produit l'irritation périostée si nécessaire pour la formation d'une néarthrose. Enfin, l'extension continue retiendra le col dans une meilleure position. L'opération fut exécutée par Margary six fois en tout (2).

Le procédé opératoire est extrêmement simple. Une incision de Langenbeck est menée. Par le plus court chemin, on arrive sur la tête qui est déjà luxée. Un mouvement d'adduction et elle viendra se présenter entre les lèvres de la capsule divisée. On la décapite avec une scie d'Adams. On fait l'hémostase, une suture à étage et le pansement.

J'ajouterai immédiatement, pour ne plus y revenir, que le procédé de Margary n'est pas, comme on l'a écrit dans une thèse récente de Bordeaux, une arthrodèse. Le mot n'était pas inventé du temps de Margary et l'ankylose ne fut obtenue dans aucun des cas de ce chirurgien (3).

Toujours est-il que cette opération est, pour ainsi dire, courante en Italie. Lampugnani, Motta, Raffo, Battini ont rapporté des observations et, d'après ce que j'ai vu pendant mon récent voyage dans ce pays, on trouverait encore facilement d'autres observations. A Turin, j'ai vu, dans le service de M. Oliva, un moule d'une jeune fille qui a subi l'opération; la difformité était corrigée, mais, d'après les renseignements de l'assistant, la marche ne fut pas améliorée. A Milan, dans le service de M. Panzeri, j'ai vu une grande jeune fille opérée des deux côtés. Il n'existe aucune difformité, les hanches sont parfaitement corrigées. La marche est véritablement étonnante. Une autre jeune fille subit, dans le même service, la résection double de la hanche depuis deux mois à peine. M. Panzeri m'a montré les pièces : tout le col, le grand trochanter et la tête ont été réséqués,

(1) Reyher. *Centralbl. f. Chir.*, n° 14, 1884.
(2) Heussner. *Centralbl. f. Chir.*, n° 14, 1884, et Dubreuil. *Gaz. hebd. des sc. méd.*, Montpellier 1888.

(1) Margary. *Arch. di ortop.*, 1888, fasc. 5-6, p. 383.
(2) Margary. Voy. aussi *Arch. di ortop.*, ann. I, fasc. 5-6, et Motta. *Arch. di ortop.*
(3) Daraignez. *De l'arthrodèse*, Bordeaux 1891.

mais on a cerné de près l'os et on a fait une résection sous-périostée. Les plaies étaient parfaitement guéries. A l'inspection, on trouvait encore une certaine déformation des hanches qui faisait croire à M. Panzeri à une reproduction de la luxation du moignon du fémur. Cependant, en examinant plus attentivement je constatai qu'au niveau de la région inguinale, on trouve une résistance très nette, comme si, à ce niveau, des nouvelles productions osseuses aient pu reformer un semblant de tête et un grand trochanter. La jeune fille a pu se lever et marcher devant nous. Son opération ne datait pas de plus de deux mois. A la marche, on voit encore une légère oscillation de ses nouveaux trochanters, mais, d'après ceux qui l'ont vue avant l'opération, la marche est très améliorée. Elle nous a affirmé, d'autre part, qu'elle ne souffre plus depuis son opération et il s'agissait d'une luxation très douloureuse aussi bien pendant le repos que pendant la marche.

Le peu que nous avons donc pu voir ne nous donne pas la mauvaise impression qui ressort des statistiques de Hoffa. Ce dernier orthopédiste a publié, dans la *Revue d'orthopédie*, une étude très détaillée sur le traitement opératoire des luxations de la hanche. Il a colligé 17 observations de résection pour des luxations simples et 7 observations où la résection fut pratiquée des deux côtés. Sur ces observations 16 seulement sont assez détaillées pour pouvoir être utilisées. Or, Hoffa trouve, sur 16 cas, 3 bons résultats, 5 médiocres et 8 mauvais. Il tire la conclusion suivante : « La résection améliore la lordose mais elle n'améliore pas, au même degré, la marche. »

M. Vincent et Mollière ont pratiqué la résection en France.

M. Vincent (1), dans une luxation double, pratiqua la résection de la hanche. Il obtint une ankylose.

Mollière a publié ses observations qui se trouvent dans l'excellente thèse de M. Porto (2).

MM. Lebeau et Deschamps (3) donnent une nouvelle observation où ils ont pratiqué l'opération de Margary d'un seul côté à droite ; deux semaines après la jeune fille était guérie et quarante jours après la marche était possible et meilleure.

Lampugnani (4) s'est contenté de réséquer la partie inférieure et interne de la tête fémorale pour éviter le raccourcissement du membre.

Un fait assez bizarre, sur lequel a insisté M. Dubreuil, est que, le grand trochanter est au-dessus de la ligne de Roser-Nélaton, malgré l'ablation de la tête. Dans un cas, nous avons cependant constaté que la ligne était normale.

Kœnig (5) a proposé le procédé suivant : incision courbe de 3 ou 4 centimètres au-dessus du trochanter; division de toute la masse musculaire jusque sur le périoste de l'os iliaque, incision de ce périoste suivant la même ligne que la peau et les muscles, puis à l'aide d'un fort ciseau le périoste est soulevé en forme de lambeau et incliné en bas, il vient se replier sur la capsule articulaire avec laquelle on le fixe à l'aide de quelques points de suture. Deux enfants ont été opérés de la sorte avec des bons résultats immédiats. Malheureusement tous les deux sont morts ensuite, l'un d'une scarlatine (trois semaines après l'opération) et l'autre d'une diphthérie (quatre mois après l'opération).

Hoffa (1) a produit sept observations d'enfants âgés de deux à six ans. Un seul malade était âgé de dix-neuf ans. Hoffa procède de la façon suivante : après avoir ouvert l'articulation par l'incision de Langenbeck, il désinsère minutieusement les muscles pelvi-trochantériens d'avec le grand trochanter et il cherche, de cette manière, à attirer la tête du fémur en bas ; s'il peut alors la remettre dans la cavité il le fait, sinon il creuse une nouvelle cavité cotyloïde et fixe alors la tête avec les lambeaux périostiques et la capsule, dans sa nouvelle position.

Les résultats paraissent avoir été excellents. Mais il y a un cas de mort par influenza, nous dit-on. En tout cas, la mort était très rapprochée de l'opération (4 janvier l'opération et 12 janvier mort).

En somme, on est intervenu très souvent dans la luxation congénitale en ouvrant l'articulation pour procéder ensuite à la résection pure et simple de la tête fémorale, à la création d'une nouvelle cavité cotyloïde, à la fixation de la tête dans la cavité cotyloïde.

En comptant les vingt-quatre faits colligés par Hoffa, en ajoutant les sept observations de cet auteur, celle de M. Debau et M. Deschamps, celles de Köning, d'Israël et de Riedel (2), nous avons un total de trente-cinq observations, parmi lesquelles sept résections doubles. Dans ce nombre déjà respectable d'observations, nous ne trouvons que le cas de Margary (premier fait) qui se soit terminé par la mort, par pyohémie.

La mort du malade de Hoffa devrait être attribuée à l'influenza. La mortalité, en tout cas, est bien petite et elle pourra certainement être évitée. Et ce n'est pas avec cet argument qu'on peut combattre les opérations sanglantes dans la cure des luxations congénitales de la hanche.

D'un autre côté, nous n'oserions pas conseiller l'opération sanglante pour toute luxation congénitale de la hanche. Il y a des insuccès, il y a des cas où la marche n'a pas été améliorée, où la difformité s'est reproduite, malgré la résection ; des cas où même la situation du malade fut aggravée. Il faut donc des raisons sérieuses pour songer à intervenir chirurgicalement dans une luxation congénitale.

Toute la sollicitude des chirurgiens devra donc se concentrer à trouver les indications de la résection de la hanche. Malheureusement, à ce point de vue, nous n'avons que peu de renseignements. Nous savons qu'une luxation douloureuse, qui gêne considérablement la marche et produit une notable difformité, est justiciable d'une opération. Cela est à peu près incontesté. Mais quantité d'autres facteurs sont à déterminer.

Que devons-nous penser des luxations chez les jeunes ?

Que devons-nous faire devant une luxation bilatérale ?

Devons-nous intervenir des deux côtés ou d'un côté seulement ?

Questions d'autant plus difficiles à résoudre qu'elles ont leur contre-partie dans les résultats du traitement orthopé-

(1) Vincent. Congr. fr. de chir., séance du 19 oct. 1886.

(2) Porto. Th. de Paris, 1887.

(3) Lebeau et Deschamps. Statistique des opérations faites en 1890 à l'Hôpital des Anglais, *Ann. d'orthop.*, 1891, n° 8.

(4) Lampugnani. *Arch. di ortop.*, 1883, fasc. 4-5.

(5) Kœnig. XX[e] Congr. de la Soc. allem. de chir., 2 avril 1891.

(1) Hoffa. Loc. cit.

(2) Riedel. XIX[e] Congr. de la Soc. allem. de chir., in *Rev. d'orthop.*, 1891, p. 390.

dique. Et jusqu'ici, il faut bien le dire, le traitement orthopédique n'a donné que de médiocres résultats. Si, cependant, comme nous serions tenté de le croire, la méthode d'extension avec les manœuvres de Paci et la méthode fixatrice de M. Lannelongue pouvaient avoir raison d'un groupe de luxations congénitales, la question serait du coup simplifiée. On devrait toujours commencer par là, quand il s'agit d'un enfant jeune, et persister dans le traitement orthopédique jusqu'à l'adolescence. Ce n'est qu'à cette époque qu'on songerait, devant l'insuccès dûment constaté de l'orthopédie, à entreprendre une opération sanglante. Margary pensait ainsi et Riedel (d'Iéna) vient aussi de déclarer qu'il vaut mieux réserver les opérations pour les adolescents.

Mais alors que faire devant une luxation bilatérale justiciable d'une opération? Volkmann, partisan convaincu de l'abstention, conseille l'opération quand dans une luxation bilatérale la tête est très élevée et la marche très difficile. Il déconseille, au contraire, toute espèce d'opération dans une luxation unilatérale.

Il est vrai que les boiteux à double luxation tolèrent assez bien leur difformité. Mais il y a des exceptions. Et le traitement opératoire étant admis comme une ressource exceptionnelle, il faudrait pouvoir définir les cas justiciables de ce traitement.

M. Vincent n'admet la résection que dans les cas d'une luxation double, quand les grands trochanters sont effacés. Mais alors il ne la pratique que d'un seul côté.

Il est évident que, si on recherche l'ankylose ou la semi-ankylose, il serait irrationnel et désastreux de faire une double résection. Mais si on recherche le mouvement, les opérations doubles ont été pratiquées avec grand avantage et nous avons vu deux malades ayant subi ce traitement. Or, l'une d'elles marchait assez correctement pour cacher tout vestige de difformité à travers les vêtements. Il est vrai que l'opération datait de plusieurs années.

S'est-on décidé à intervenir, quelle opération choisir? Faut-il pratiquer la facile décapitation de Margary? Faut-il creuser un nouveau cotyle à l'instar de Hoffa et de Kœnig? Une opération aussi économique que celle de Hoffa est évidemment tentante. Mais je ne surprendrai personne en disant qu'elle doit être très difficile. L'opération de Margary est moins économique, elle ne donne peut-être pas des résultats aussi brillants que celle de Hoffa, et cependant, elle est si rapidement menée, que vraiment je la crois préférable.

Pour nous résumer, nous croyons que les opérations sanglantes doivent rester comme une ressource exceptionnelle dans le traitement des luxations congénitales de la hanche. Tous les efforts des orthopédistes doivent tendre à améliorer les procédés de conservation, et à ce point de vue les manœuvres de Paci, associées à la méthode de M. Lannelongue, doivent être essayées chez les enfants. Mais si, à partir d'un certain âge, la luxation, loin de s'améliorer, devient une véritable gêne pour la vie sociale, si les malades souffrent, si la difformité est considérable, il y aurait lieu de se résoudre à pratiquer une opération, tout en sachant que l'intervention n'améliorera pas toujours la marche, mais qu'elle aura pour effet constant de rétablir les formes et de soulager les douleurs. L'opération la plus facile, dans ces cas, nous paraît être celle de Margary.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 11 février 1892, les médecins militaires dont les noms suivent ont reçu les affectations ci-après indiquées :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Maupetit, pour le 5e chasseurs à cheval; Ferrand, pour l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains; Lafille, pour être attaché à la direction du service de santé du 5e corps d'armée et aux salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans.

MM. les médecins aides-majors de première classe Jouet, pour le 3e cuirassiers; Lévy, pour le 4e chasseurs à cheval; Julia, pour le 17e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Manceaux, pour le 27e d'artillerie; Regnault, pour le 39e d'infanterie; Jacquet, pour le 13e bataillon de chasseurs à pied; Sonrier, pour le 17e chasseurs à cheval; Morigny, pour le 15e chasseurs à cheval.

— *Hospices civils de Rouen.* — Le jeudi 2 juin 1892, un concours aura lieu à l'Hospice-Général, à trois heures et demie, pour la nomination d'un médecin-adjoint. Les fonctions sont gratuites. — Le registre d'inscription sera clos le 18 mai.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le professeur Pitres est maintenu, pour trois ans, dans ses fonctions de doyen.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Coez est nommé préparateur de chimie minérale.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Le concours pour une place de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Sterne.

— M. Phisalix est nommé assistant titulaire de pathologie comparée, près le Muséum ; — M. Brongniart est nommé assistant de la chaire de zoologie (arachnides, insectes et crustacés), près le Muséum.

— MM. les docteurs, dont les noms suivent, sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres près les bibliothèques de Cannes : M. Buttura; de La Ferté-Bernard : MM. Moreau et Coupey; de Toulon : M. Carence.

— Les questions orales données au dernier concours de l'externat ont été les suivantes :

ANATOMIE. — Os occipital. — Os maxillaire inférieur. — Parois osseuses des fosses nasales. — Atlas et axis. — Sacrum et coccyx. — Tiers supérieur du fémur. — Articulations de la clavicule. — Articulation radio-carpienne. — Muscles masticateurs. — Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — Muscle diaphragme. — Muscles grand oblique et petit oblique de l'abdomen. — Muscles fessiers. — Muscles de la région antéro-externe de la jambe. — Configuration extérieure et rapports du cœur. — Artère sous-clavière et ses branches. — Artère axillaire et ses branches. — Aorte abdominale. — Artères de la main. — Artère poplitée et ses branches. — Veines superficielles du membre inférieur. — Configuration extérieure et rapports du foie. — Rapports de la vessie.

PATHOLOGIE ET PETITE CHIRURGIE. — Saignée au pli du coude. — Lavage de l'estomac. — Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme. — Des injections hypodermiques. — De la ponction exploratrice. — Des ventouses. — Ligature et pansement du cordon ombilical. — Des moyens employés pour obtenir l'anesthésie locale. — De la chloroformisation. — Recherche de l'albumine, du sucre et du sang dans les urines. — Symptômes et diagnostic de la rougeole. — Signes et diagnostic de la pneumonie franche aiguë. — Vaccination contre la variole. — Symptômes de la tuberculose pulmonaire à la troisième période. — Érysipèle de la face. — Brûlures. — Hydarthrose du genou. — Anthrax. — Tamponnement des fosses nasales. — Appareils plâtrés pour fractures de jambe. — Technique de l'autopsie des cavités thoracique et abdominale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Béraud (de Génélard); Blanchard (de Mercurey); Blockberger (de Franqueville); R. Brossard (de Poitiers); Despine (de Marseille); Cyprien Dufourc (de Metz); Lapaume, conseiller d'arrondissement, décédé à Coussey, près Neufchâteau (Vosges), dans sa soixante-quatorzième année; A.-H. Paquet, professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Montréal; G. Philips, président du Queen's College (de Cambridge); Régnier père (de Vandreching).

— M. le docteur de Saint-Germain reprendra ses leçons cliniques à l'hôpital des Enfants-Malades, le jeudi 18 février 1892, à neuf heures, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. — Il traitera de la thérapeutique de la coxalgie, du mal de Pott, des déviations du rachis, du pied-bot, etc.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 20. — MARDI 16 FÉVRIER 1892. 65e ANNÉE. MARDI 16 FÉVRIER 1892. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 15 février 1892.

L'interne des hôpitaux, qui a quelque ambition, se met bientôt à la tête d'une conférence, moins pour instruire les jeunes élèves qui vont se grouper autour de lui que pour s'entraîner lui-même et se maintenir dans le courant, jusqu'au moment de ses prochains concours. La plupart des chefs de conférence savent être utiles à leurs élèves et à eux-mêmes. C'est là l'idéal. Mais, il faut l'avouer, quelques autres travaillent surtout pour eux, c'est alors au détriment des élèves qu'ils ne dirigent pas dans la voie stricte du concours de l'internat.

Prenons un exemple. L'année dernière, dans une conférence, les questions d'anatomie étaient posées dans le genre de celle-ci : « Vaisseaux lymphatiques des muscles. » Aussi les malheureux candidats ont-ils été étrangement surpris et ont-ils protesté hautement contre la question qui sortit de l'urne, et qui était simplement formulée : « Articulation tibio-tarsienne. » Il fallait entendre les réclamations de ces candidats, dont l'esprit avait été faussé par la fréquentation de mauvaises conférences. Ce n'était point là de l'anatomie véritable! C'était tout au plus de l'anatomie d'externat! A l'internat, on ne devait pas donner de telles questions! C'était favoriser les jeunes au détriment des anciens! Articulation de l'épaule, du genou, de la hanche : telles sont les vraies, les seules articulations dignes de l'internat. Mais le pied, le coude, le poignet, fi donc! anatomie d'externat! Telles étaient les plaintes de beaucoup de candidats. Ils connaissaient parfaitement cette malencontreuse articulation, il y a une ou deux années; mais, maintenant, ils ne la connaissaient plus, ils ne devaient plus la connaître! Ce piteux raisonnement était si bien ancré dans leur esprit qu'il était difficile de leur faire comprendre qu'il ne saurait y avoir une anatomie pour tel concours et une anatomie pour tel autre, et surtout, que l'anatomie élémentaire pouvait être de tous les concours. Qu'une question facile, comme l'articulation tibio-tarsienne, favorise les jeunes, la chose est possible; mais en quoi peut-elle bien léser les anciens? Nous ne comprenons pas. Aussi, nous voudrions dire à ceux qui, hier, ont pris la grosse responsabilité de diriger une conférence d'internat : Répétez à vos élèves qu'ils doivent absolument savoir leur anatomie, quand ils se présentent à leur concours. Répétez-leur souvent, votre rôle se borne là, vous ne pouvez pas apprendre l'anatomie dans une conférence; contentez-vous de diriger vos élèves dans le choix des ouvrages qu'ils doivent consulter.

C'est sur l'anatomie, en effet, qu'un candidat « se coule », neuf fois sur dix. L'anatomie, comme les sciences mathématiques, est précise, indiscutable; on sait ou l'on ne sait pas, on dit bien ou l'on dit mal; on ne saurait inventer. Nous dirons donc aux chefs de conférences : prêchez à vos élèves, si vous leur voulez du bien, que la partie anatomique tient, dans l'établissement de la note définitive, une place prépondérante.

Est-ce à dire qu'il faille négliger la pathologie? Évidemment non, ce serait une funeste erreur. Le rôle du chef de conférences est ici plus complexe et plus délicat. Jamais le candidat, même le mieux préparé, ne peut arriver au concours possédant tout son programme de pathologie. Il y aura toujours pour lui un grand aléa dans le choix de la question que le jury lui réserve. Aussi, le chef de conférences doit-il, surtout en pathologie, guider le jeune candidat, écarter de lui les questions inutiles, insister, au contraire, sur les questions importantes. Le candidat, forcé de faire un choix, est en droit de demander à son chef de conférence de le guider dans ce choix. C'est à celui-ci d'avoir la main heureuse et de ne point élaguer trop ou mal à propos.

Il doit apprendre deux choses à ses élèves : savoir et savoir faire. Or, à notre avis, il lui apprend surtout à savoir faire, il combine pour lui des petits plans, il lui dévoile des « trucs » permettant de parler plus ou moins bien sur des questions qu'on ne sait que peu ou point; il classe les questions par tiroirs que le candidat utilisera au moment; il jette tout dans un moule que son élève copie servilement. Loin de notre pensée de trouver blâmable cette façon de procéder; mais c'est là le petit côté de la conférence, et malheureusement c'est lui qui tient habituellement toute la place.

Nous voudrions qu'à sa conférence, le candidat apprît davantage à savoir, et à savoir réellement, et, pour nous, le bon, le vrai chef de conférence serait celui qui se donnerait pour but de dégager une question de ses obscurités, de la schématiser, de la faire comprendre, de la rendre claire, facile, de la mettre au point, de la dégager du superflu, d'insister sur ce qui est l'essentiel, de bien mettre en

lumière le côté caractéristique, pathognomonique, qui donne à une question son allure, sa forme, son moi pour ainsi dire, qui la sort du banal, et lui crée une physionomie particulière. Dans chaque maladie, il y a toujours un point spécial, qui est le « clou » de la question, qui est, qu'on nous pardonne l'expression, « la tête de turc » sur laquelle il faut frapper et frapper encore. C'est au chef de conférence, qu'incombe le rôle difficile de discerner ce qui, dans une question, doit être longuement discuté, ce qui doit être passé rapidement, ce qui doit être mis de côté. Il faut que le candidat sache reconnaître ce qui est un vrai symptôme, ce qui n'est qu'un détail sans valeur; il évitera, dans ses épreuves, des longueurs inutiles, sa question sera traitée sans confusion et sans obscurité, et la clarté et la méthode qui résulteront de son exposé, seront deux qualités maîtresses qui lui vaudront mieux qu'une fausse érudition, émaillée de mille riens inutiles.

Tels sont les conseils que nous donnons aux chefs de conférences, il en est d'autres que nous donnerons aux candidats, en leur disant : Suivez des conférences, cela n'est pas mauvais, mais suivez *aussi* l'hôpital et voyez ce qui s'y passe, cela est peut-être également bon. Un excellent externe, doublé d'un travailleur, ne saurait être un mauvais candidat.

Depuis quelque temps, la Société médicale des hôpitaux s'est occupée, à plusieurs reprises, de diverses variétés d'arthrite et de pseudo-rhumatisme infectieux; cela lui vaut une communication de M. Verneuil, sous forme de lettre lue par M. Netter. L'éminent chirurgien rapporte une observation qui lui paraît un exemple de rappel de diathèse sous l'influence d'un état infectieux assez bénin. (Séance du 12 février.) Un homme prend froid, quelques jours plus tard il a de l'angine catarrhale, puis, la fièvre tombée, il survient du gonflement de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Sachant qu'il avait affaire à un rhumatisant, M. Verneuil n'hésita pas à conclure à un rappel de rhumatisme et le salicylate eut rapidement raison de cette poussée articulaire qui avait jusque-là résisté aux autres traitements.

Le rappel des diathèses sous des influences très diverses est, on le sait, une idée chère à M. Verneuil, idée d'une portée générale qu'on ne peut méconnaître.

M. Antony (du Val-de-Grâce) rapporte deux curieuses observations qui mettent bien en opposition les propriétés différentes de deux des microbes de la suppuration, le staphylocoque doré et le streptocoque, et qui viennent à l'appui du parallèle qu'en a tracé M. Netter dans la dernière séance.

Le brosseur d'un officier succombe à des accidents évidemment attribuables à de la méningite spinale en dehors de toute manifestation pneumonique, sans traumatisme, sans plaie, sans porte d'entrée appréciable. A l'autopsie, on trouve de la méningite spinale suppurée, de la congestion des méninges cérébrales. Dans le pus, on pouvait démontrer la présence du staphylococcus pyogenes aureus.

Un autre soldat est soigné pour des oreillons compliqués d'orchite. Il allait très bien, était sur le point de retourner à son corps lorsque survinrent des accidents graves de pseudo-rhumatisme infectieux, caractérisé par des poussées successives vers plusieurs grandes articulations, la hanche, les genoux, au niveau du coude droit tuméfaction phlegmoneuse. Des phénomènes de méningite apparaissent et rétrocèdent; un abcès qui se forme et s'ouvre le long de la colonne vertébrale est suivi d'amélioration. Partout on trouve isolé le streptocoque pyogène auquel M. Netter attribuait surtout la genèse du pseudo-rhumatisme pyohémique.

Ces deux observations sont très remarquables; dans la première toute porte d'entrée appréciable a manqué. En cas semblable, dit M. Netter, il faut rechercher s'il n'y a pas eu, même assez longtemps auparavant, quelque anthrax, quelque furoncle, fonction déjà de l'infection par le staphylocoque. Il ne considère pas comme impossible que ce microbe puisse demeurer latent dans l'organisme pendant un temps prolongé. Il demeure bien latent dans de vieux foyers d'ostéo-myélite. Dans la seconde observation, il s'agirait, non d'un pseudo-rhumatisme ourlien, mais d'une polyarthrite par infection surajoutée, à porte d'entrée indéterminée.

MM. A. Mathieu et A. Rémond (de Metz) continuent et terminent leur communication sur les formes cliniques de la dyspepsie stomacale.

M. Chauffard présente, au nom de M. le docteur Leprévot (de Rouen), un ingénieux appareil d'inhalation pulmonaire dont l'emploi pourrait s'adapter à la cure de la tuberculose, de la gangrène des poumons, etc. Il a construit, en dehors des appareils fixes, pouvant servir à plusieurs personnes au besoin, un appareil portatif que le malade peut placer dans la poche de côté de son paletot. L'inhalation pourrait être ainsi continuée à peu près d'une façon constante.

A la Société de dermatologie et de syphiligraphie, M. Legroux a fait voir une jeune fille atteinte d'une forme particulière d'asphyxie symétrique des extrémités. Cette jeune fille, qui a quinze ans, a l'aspect d'un enfant de dix ans. C'est une scrofuleuse ; elle porte au cou des ganglions caractéristiques.

Depuis des années, elle a facilement des engelures, en hiver. Ses mains sont grosses, les doigts tuméfiés et rouges. Cette rougeur augmente notablement lorsque la jeune malade trempe les extrémités dans l'eau froide ; elle prend alors un aspect cyanotique. Les ongles sont anormaux, amincis, déformés, rugueux. Un des doigts a perdu sa dernière phalange. La sensibilité est intacte ; M. Legroux pense qu'il s'agit d'un cas d'asphyxie symétrique des extrémités. Il tend à penser que les troubles vaso-moteurs et les troubles trophiques qui les accompagnent sont sous la dépendance d'uue lésion médullaire mal définie.

La jeune fille a porté autrefois un corset plâtré pour un mal de Pott qui n'a pas laissé de traces. N'y aurait-il pas là quelque analogie avec ce qu'on voit dans la syringomyélie? Nous avouons avoir tendance à accorder plus d'importance à l'état constitutionnel auquel M. Legroux attribue justement un rôle primordial, faisant remarquer avec raison que n'a pas des engelures qui veut. Comme l'a dit M. Feulard, on voit souvent des jeunes filles lymphatiques et strumeuses accuser un perpétuel refroidissement des extrémités. Un degré de plus et les engelures surviennent, qui sont évidemment d'ordre trophique et vaso-moteur chez

des prédisposées. Cependant, remarque M. Vidal, les engelures ne sont pas asymétriques comme l'asphyxie des extrémités.

M. Besnier fait voir un jeune homme atteint d'une forme destructive de syphilis secondaire, qui rappelle tout à fait les formes les plus graves observées à la fin du xv[e] et du xvi[e] siècle. Le malade a été apporté à l'hôpital sur un brancard, dans un état de prostration absolue, couvert de croûtes, d'ulcérations suintantes, répandant une odeur horrible, fétide et gangréneuse. Job sur son fumier! En dix jours, ce malheureux, qui n'avait plus forme humaine, s'est relevé; les croûtes sont tombées, les ulcérations détergées sont en voie de guérison déjà avancée : sauf une perte de substance à la face, il n'y a plus que des ulcérations superficielles.

Cependant, ce malade, qui a pris la syphilis à Paris en juillet dernier, avait été régulièrement soigné en ville par du mercure et de l'iodure à dose élevée. Pourquoi cet insuccès chez lui et ce succès à l'hôpital? Ici on n'a donné que des doses faibles de mercure (1 centigramme de sublimé, 1 à 2 grammes d'iodure de potassium, pas plus). Par contre, on a fait un actif traitement externe. Le malade a été nettoyé, les ulcérations pansées à la poudre de bismuth et d'iodoforme, les plus graves ont été touchées à l'aide d'une substance d'emploi récent, à laquelle M. Besnier attribue une grande valeur : le naphtol camphré pur.

Il faut donc savoir, en cas semblable, abandonner les voies banales, savoir qu'il ne faut pas agir à doses massives à l'extérieur, mais avec de petites quantités de mercure et d'iodure, faire avec soin le pansement des lésions cutanées.

M. Jullien fait voir une pensionnaire de Saint-Lazare, fille de maison publique, qui a eu, d'une façon suivie, des rapports avec un individu notoirement phthisique. Elle présente actuellement des ulcérations tuberculeuses du pharynx, dont le diagnostic eût pu présenter de notables difficultés; mais on a pu démontrer à leur surface l'existence de bacilles de Koch. Elle n'a pas de lésions pulmonaires.

M. Hudelo fait voir deux malades atteints de syphilis secondaire. L'un d'eux a des gommes iridiennes. Tous deux ont de la syphilide pigmentaire, l'un au cou seulement, comme c'est la règle, l'autre généralisée. Chez ces deux malades il existe de l'alopécie en clairières très nette. C'est une coïncidence que M. Besnier a vue plusieurs fois; elle n'est pas cependant la règle, déclare M. Mauriac.

Le programme de la Société de dermatologie est toujours très chargé. A cette même séance ont eu lieu encore plusieurs autres communications, suivies de discussion, sur des sujets trop spéciaux pour que nous croyions devoir en donner l'analyse ici (1).

(1) Bar. Ichthyose congénitale. Discussion sur les rapports de cette lésion et des kératoses congénitales avec la syphilis congénitale.
Vidal. Trichophytie palmaire.
Hallopeau. Lupus érythémateux végétant.
Jacquet. Cas de rinosclérome. (Douteux; peut-être s'agit-il de tuberculose cutanée.)
Besnier. Pemphigus foliacé. (M. Besnier distingue trois formes de pemphigus : 1° pemphigus vrai; 2° pemphigus foliacé; 3° affections pemphigoïdes, la maladie de Duhring en est la principale.)

ÉTUDE CLINIQUE SUR LA DYSPEPSIE GASTRIQUE (1)

Par A. Mathieu et A. Rémond (de Metz).

(Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.)

III

2° *Dyspepsie nervo-motrice.* — Les faits que nous rangeons sous cette dénomination présentent trois caractères distinctifs :

1° L'acidité totale est normale (1,50 à 2 p. 1000) ou inférieure à la normale;

2° L'acide chlorhydrique, libre et combiné, présente un taux normal ou inférieur à la moyenne physiologique;

3° Il n'y a pas dans l'estomac de stagnation marquée, il n'y a pas, en particulier, de liquide dans l'estomac le matin à jeun.

Les phénomènes dyspeptiques paraissent attribuables, dans ces cas, *surtout* à des troubles nervo-moteurs; ils paraissent devoir s'expliquer principalement, nous ne disons pas exclusivement, par la viciation de la motricité gastrique.

L'existence de phénomènes dyspeptiques, indépendants de tout substratum chimique, est admise par beaucoup d'auteurs. Il est important de constater que ceux qui ont fait connaître le procédé d'analyse le plus perfectionné du suc gastrique, MM. Hayem et Winter, ont été amenés eux-mêmes à donner une place, restreinte il est vrai, à la dyspepsie simple, comme ils l'appellent. Ils déclarent (2) que le chimisme stomacal peut être normal chez des personnes qui présentent des sensations dyspeptiques.

Les phénomènes douloureux, d'ordre sensitif, sont évidents dans ces cas. Les phénomènes moteurs ne le sont pas moins; la distension souvent si marquée de l'estomac à la période de digestion, la constipation, indice de l'atonie intestinale, en sont la preuve. Pourquoi, du reste, le système des fibres lisses, qui constitue l'appareil moteur de l'estomac, échapperait-il à cette loi de pathologie générale qui veut que, partout où il y a des conduits ou des réservoirs pourvus d'une musculature lisse, il puisse y avoir, sous certaines influences, des douleurs, des coliques, dont personne ne met en doute ni la nature, ni l'origine, lorsqu'il s'agit de l'intestin, de l'uretère ou du canal cholédoque? N'est-il pas très légitime d'admettre l'existence d'une colique gastrique, peut-être plus particulièrement pylorique, et, à l'exemple de M. G. Sée, de donner une place importante à l'élément spasmodique, à côté de l'élément atonique? A quoi, du reste, attribuer la dyspepsie quand les actes chimiques sont normaux, si ce n'est à un élément de sensibilité et de motricité viciées?

Nous considérons de nos malades comme ayant un chimisme stomacal normal. L'acidité de leur suc gastrique variait entre 1,64 et 2,20 p. 1000. Tous avaient de l'acide chlorhydrique libre. Nous pensons qu'on peut considérer, comme rentrant dans les limites physiologiques, tout suc gastrique d'une acidité de 1,50 à 2 p. 1000 environ qui présente de l'acide chlorhydrique libre dans les conditions du repas d'Ewald. Il est évident, en effet, qu'il ne peut y avoir ainsi ni hyperacidité organique, ni hyperacidité chlorhydrique. Il est certain que, sans acide chlorhydrique libre, une chlorhydrie de 1,60 à 2 p. 1000, pourrait être consi-

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 154.
(2) Hayem et Winter. *Chimisme stomacal*, p. 250. — Hayem. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit*, 1891, p. 524.

dérée également comme caractérisant un état normal. Rien ne prouve, il faut bien le dire, que chez des gens sains, absolument bien portants, on ne puisse rencontrer des chiffres notablement inférieurs aux précédents. Un fait que nous citerons tout à l'heure en fournit la preuve. Il y aurait lieu d'examiner chimiquement le suc gastrique d'individus sains, et, il est très possible que l'on rencontrerait chez eux des chiffres qui les rangeraient, pour certains auteurs, parmi les hyperchlorhydriques ou les hypochlorhydriques du premier degré.

Les deux individus sains que nous avons étudiés, pour notre part, eussent été considérés, d'après les tableaux donnés par MM. Hayem et Winter, comme des hypochlorhydriques. Cependant leur digestion paraissait parfaite.

Nous rangeons encore dans cette même série des faits dans lesquels l'acidité totale étant faible, inférieure à 1,50 p. 1000, il n'y avait que peu ou pas d'acide chlorhydrique libre, et, une quantité faible d'acide chlorhydrique combiné. Il est évident que, dans ces conditions, l'acidité de fermentation organique ne peut pas avoir une importance bien grande; sans cela, l'acidité totale serait forcément plus élevée.

L'acidité totale tombe souvent, chez les malades de cet ordre, au-dessous de 1 p. 1000. Dans une de nos observations, elle était de 0,20; 4 fois elle était au-dessous de 1 p. 1000.

S'il n'y a pas de stase stomacale marquée et, par conséquent, de fermentations secondaires excessives avec toutes leurs conséquences nuisibles, localement par irritation permanente de la muqueuse, et à distance, par vice de nutrition et par auto-intoxication, il nous paraît peu important, dans le plus grand nombre des cas, qu'il y ait hypochlorhydrie, et, en conséquence, diminution du travail de digestion gastrique.

Voici les arguments sur lesquels nous basons cette façon de voir :

1° Expérimentalement, on a vu des chiens se porter très bien et engraisser, alors que leur estomac avait été extirpé ou physiologiquement supprimé;

2° Chez certaines personnes, la digestion gastrique est extrêmement faible alors qu'elles jouissent d'une excellente santé;

3° Van Moorden a dosé comparativement la quantité d'azote introduite par l'alimentation, et la quantité d'azote éliminée par les urines et les matières fécales. Cela lui a permis de constater qu'avec une digestion stomacale très restreinte, il pouvait y avoir une utilisation à peu près parfaite des albuminoïdes (1).

Citons quelques faits. Un jeune homme de vingt-trois ans, vigoureux, doué d'un excellent appétit, sans aucun phénomène dyspeptique :

a. Repas d'Ewald à dix heures. Lavage de l'estomac à dix heures et demie. Acidité 0. Pas d'acide chlorhydrique libre, ni de peptone.

b. Repas d'Ewald à neuf heures; lavage à dix heures. Acidité totale : 0,60 p. 1000. Pas d'acide chlorhydrique libre, pas de peptone (réaction du biuret).

c. Repas d'épreuve constitué par un bifteck et du pain, extraction du contenu de l'estomac au bout d'une heure et demie, A = 1,42. Chlore combiné 1,78; pas d'acide chlorhydrique libre. Réaction du biuret peu marquée.

(1) *Zeits. f. Klin. Med.*, 1890.

C'est au moins de l'hypopepsie. Un de nos malades ne nous donne, après un repas d'épreuve d'Ewald, qu'une acicité de 0,20 p. 1000. Cependant, il ne maigrit pas, et l'on trouve, dans son urine, environ 20 grammes d'urée en vingt-quatre heures.

Une femme très névropathe, chez laquelle il existe un rein flottant, n'a, avec une acidité totale de 1,45, que 1,17 p. 1000 de chlore en combinaison organique et pas d'acide chlorhydrique libre; cependant, dans une période où elle a gagné en poids 1 kilogramme, elle élimine environ 25 grammes d'urée par jour.

MM. Hayem et Winter ont du reste trouvé quelquefois que l'acidité du suc gastrique était nulle et la digestion gastrique très faible. Ils insistent (1) pour démontrer qu'il n'y avait pas eu là évacuation hâtive de l'estomac, mais réellement apepsie.

« Les malades, disent-ils, souffrent peu, et bien qu'elles se sentent fatiguées (il s'agissait de femmes, dans les six cas rapportés par les auteurs), elles sont capables de mener une vie relativement active. »

Il faut évidemment conclure de tout cela que, *par lui-même*, l'affaiblissement marqué du pouvoir digestif de l'estomac n'a pas une grande gravité. Il n'est grave, sans doute, que lorsque la viciation de la sécrétion stomacale est sous la dépendance d'une lésion destructive des glandes qu'il est difficile de supposer isolée de toute lésion des tuniques musculaires, de toute lésion des autres parties de l'appareil digestif, intestin et pancréas.

Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'une simple modification névropathique de cette sécrétion et lorsque les choses sont réparables. On peut voir alors, et nous avons vu plusieurs fois, des hypopeptiques de la catégorie que nous envisageons à l'heure actuelle, revenir à peu près à l'état normal.

La dyspepsie nervo-motrice sans dilatation permanente, sans stase gastrique notable et sans hyperacidité, n'est pas très rare; nous la trouvons 23 fois sur nos 54 cas.

Nous devons cependant faire une réserve. Le repas d'Ewald, dont nous nous sommes servis (60 grammes de pain et 250 grammes de thé léger), n'est pas excellent lorsqu'il s'agit de juger des fermentations organiques acides et il y aurait lieu de chercher si, chez certains de ces malades, en employant un repas d'épreuve se rapprochant davantage des conditions de l'alimentation normale, on ne constaterait pas une acidité plus élevée, indice de fermentations excessives. Certains cas serviraient ainsi plus nettement de transition entre la dyspepsie nervo-motrice et la dyspepsie avec hyperacidité organique ou avec stase.

Il faut bien dire aussi que rien ne démontre, à l'heure actuelle, que les acides organiques soient très nuisibles par eux-mêmes, que par exemple une acidité de 2 p. 1000 et même plus, due surtout à ces acides, soit une chose particulièrement nuisible. On a grande tendance, à l'heure actuelle, à considérer cette acidité organique comme l'indice qu'il existe des produits anormaux de fermentation et, par conséquent, une source d'auto-intoxication. La chose est possible, vraisemblable même, mais la preuve directe n'en est pas fournie.

Quel est l'aspect clinique de la dyspepsie nervo-motrice? Celui de la dyspepsie neurasthénique dans sa forme commune : après les repas, pesanteur stomacale, malaise

(1) HAYEM et WINTER. Loc. cit., p. 237.

général, lourdeur de tête, ballonnement épigastrique et abdominal, renvois gazeux. Les sensations d'aigreur, de pyrosis sont peu marquées. Les vomissements sont exceptionnels, ils ne se montrent guère que d'une façon passagère, paroxystique, à propos d'une exacerbation momentanée. Ils peuvent être l'indice de l'aggravation de l'état morbide et marquer son passage aux formes que nous signalerons tout à l'heure et que nous considérons d'une façon générale comme plus graves (1).

La constipation est la règle.

Les phénomènes généraux de neurasthénie sont souvent assez accentués. Abandonnés à eux-mêmes ou mal soignés, les malades finissent quelquefois par maigrir, parce qu'ils s'alimentent peu ou mal, par avoir des vomissements quotidiens comme cela se trouve chez ceux qui présentent de la stase et de l'hyperacidité. En même temps, l'état névropathique s'aggrave. C'est un cercle vicieux que le gavage, pratiqué par la méthode de M. Debove, réussit souvent à vaincre.

Il n'est pas sans intérêt de constater que ces mêmes symptômes de pesanteur, de ballonnement, de flatulence, d'atonie gastro-intestinale, peuvent se rencontrer chez des hyperchlorhydriques. N'est-ce pas la preuve que l'élément nerveux ou mieux nervo-moteur est l'élément fondamental dans bien des états dyspeptiques et qu'il explique mieux les sensations éprouvées que les troubles du chimisme stomacal ? Pour avoir la douleur vive et tardive de l'hyperchlorhydrie, il ne faut pas seulement être hyperchlorhydrique, il faut encore avoir une excitabilité spéciale. Pour présenter le complexus symptomatique de la dyspepsie nervo-motrice, il suffit d'être un névropathe; pas n'est besoin d'avoir des modifications de la sécrétion stomacale ou des troubles du processus chimique de la digestion gastrique.

N'est-ce pas la preuve, difficile à réfuter, que ces phénomènes, qualifiés de phénomènes nervo-moteurs, sont indépendants du mode chimique de la dyspepsie, qu'ils sont en quelque sorte fondamentaux, qu'ils existent tout au moins pour leur propre compte ?

PHTHIRIASE DES PAUPIÈRES

A propos du travail de M. Jullien sur la phthiriase palpébrale (2), M. le docteur Dève (de Reims) fait connaître l'observation d'un de ses amis qui, pendant sa dernière année d'études au lycée, fut atteint de cette affection : conjonctivite, photophobie intense, douleurs intolérables, démangeaisons très vives, mais au début seulement. Le médecin du lycée le soigna pour une conjonctivite simple, et, comme tout échoua, l'élève quitta l'établissement. Deux jours après, sentant, en se frottant les yeux, quelque chose rouler sous son doigt, il ne fut pas peu surpris lorsqu'il reconnut la présence d'un pou. En quelques jours, il parvint à enlever, en les pinçant entre les ongles, tous les parasites et leurs lentes, et la guérison survint rapidement. « J'ai eu l'occasion, ajoute M. le docteur Dève, de voir la même chose chez un autre lycéen et chez une femme. Je suis convaincu que si la phthiriase palpébrale passe pour extrêmement rare, c'est qu'un grand nombre de cas restent méconnus; une fois l'attention attirée sur ce point, on en rencontrerait fréquemment dans la clientèle ordinaire des dispensaires et des bureaux de bienfaisance. »

(1) Deux cas de grande hystérie, l'un avec vomissements incoercibles, se trouvent compris dans nos 23 faits de dyspepsie à prédominance nervo-motrice.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1892, p. 43.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 février 1892. — Présidence de M. Chauvel.

COMMUNICATIONS

Fistule sus-hyoïdienne. — M. ROBERT, à propos des deux cas de fistule branchiale dont M. Berger a parlé, communique un fait de fistule sus-hyoïdienne, consécutive à l'inflammation suppurative des glandes acineuses de la base de la langue. Il s'agit, dans ce cas, d'un officier de trente-cinq ans, atteint de syphilis récente, qui, à la suite de l'incision d'un abcès furonculeux, situé sur la ligne médiane du cou près de l'os hyoïde, présenta une plaie fistuleuse persistante, donnant issue, surtout pendant les mouvements de déglutition, à une gouttelette de pus grisâtre et fétide ; un stylet ne pénétrait superficiellement qu'à deux centimètres et les injections ressortaient immédiatement sur le côté droit du cou ; douleurs vives et continuelles et sensation de craquements. Pas de lésion du larynx, pas de tuméfaction ganglionnaire.

En décembre 1890, le trajet fistuleux, incisé et partiellement réséqué, permet de mettre à nu l'os hyoïde qui est intact, et de reconnaître qu'il n'existe aucun trajet profond. Quelque temps après cette opération, le malade expectore des crachats mêlés de sang et l'on constate une vascularisation exagérée de la base de la langue, sans lésions des organes respiratoires.

Le trajet fistuleux sus-hyoïdien n'ayant pas cédé à l'opération, on pratique, un mois plus tard, une nouvelle incision avec râclage des parties profondes ; on ne note aucune tumeur, ni aucune trace du canal de Bochdalek.

Après cette deuxième intervention, le trajet fistuleux reparaît encore, et ultérieurement on constate, en arrière du V lingual, de petites bosselures, du sommet desquelles s'échappe une gouttelette de pus, et, près de l'épiglotte, une masse indurée plus volumineuse ; en outre, sur divers points de la surface de cet opercule, existe un semis de grains jaunâtres.

Ces lésions ayant persisté malgré un traitement arsenical et bi-ioduré, M. Robert a recours, en juillet 1891, à une troisième opération dans laquelle il excise, à travers une incision sus-hyoïdienne, une petite tumeur intra-linguale contenant un centimètre cube de pus environ ; puis, les jours suivants, un écoulement muco-purulent persistant entre les points de suture cutanée, il fait passer un drain de la plaie du cou à la cavité buccale, et soumet à plusieurs cautérisations les petites bosselures disséminées sur la base de la langue. Au bout de six semaines, guérison complète de ces différentes lésions, qu'il croit devoir rapporter à une inflammation accidentelle des glandes acineuses, développées au pourtour des cryptes qui leur servent de réservoirs communs et qui s'étendent à un ou deux centimètres de profondeur au-dessous de la muqueuse dorsale, en arrière du V lingual, et qui, d'après Sulter, n'existent que chez l'adulte.

Plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu; péritonite suppurée; laparotomie; guérison. — M. FONTAN (de Toulon) adresse une observation dans laquelle il s'agit d'une plaie pénétrante de l'abdomen par une balle de revolver. Appelé seulement après soixante-six heures auprès du blessé, M. Fontan pratique une laparotomie en pleine péritonite suppurée, trouve une plaie de l'intestin qu'il suture, malgré la suppuration, recherche la balle sans pouvoir la trouver, lave, draine et ferme le ventre. Quelques jours après, le blessé présentant tous les signes d'une hémorrhagie, M. Fontan rouvre le ventre, et, en recherchant l'artère qui donnait le sang pour la lier, retrouve la balle dans la fosse iliaque, l'extrait et referme le ventre. Le malade a bien guéri.

M. Fontan ajoute qu'il aurait préféré, dans ce cas, s'il avait été appelé immédiatement après l'accident, faire une laparotomie immédiate. Il a dû faire une opération de nécessité. Toutefois, ce fait prouve que, même malgré la suppuration, la laparotomie secondaire doit encore être pratiquée dans ces cas.

Opérations pour étranglement interne post-opératoire. — M. CHAMPIONNIÈRE a pratiqué six fois la laparotomie pour parer à des accidents d'étranglement interne post-opératoire et il a obtenu six guérisons. Contrairement à ce qu'a dit M. Kirmisson dans la dernière séance, M. Championnière estime que les faits d'étranglement ou d'obstruction ne sont pas toujours faciles à diagnostiquer, en raison même de la marche insidieuse des accidents.

La première observation a trait à une femme chez laquelle il avait pratiqué une ovariotomie en pleine péritonite. Les suites de cette opération avaient été parfaites jusqu'au huitième jour. A partir de ce moment, elle fut prise de vomissements et de douleurs, ayant cependant encore des selles; quarante-huit heures après, elle présentait tous les phénomènes de l'étranglement, y compris les vomissements fécaloïdes. M. Championnière fit l'ouverture du ventre, trouva des anses intestinales fusionnées entre elles par des masses fibreuses qu'il eut quelque peine à dégager et à détacher. L'opération n'avait pas duré moins de deux heures un quart. La malade fut rapidement guérie. Dans ce cas, il a dû détacher ces anses intestinales les unes des autres, d'une façon complète, et réséquer une masse épiploïque fixée sur deux ou trois anses intestinales enroulées les unes sur les autres.

Dans le second cas, il s'agissait d'une cure radicale de hernie. Il s'était trouvé en présence d'une épiplocèle gangrénée; il avait, comme il le fait toujours en pareil cas, attiré le plus d'épiploon possible au dehors, avait réséqué, fait des ligatures, lavé et rentré le tout. Vers le onzième jour, le malade fut pris, avec une brusquerie extrême, de vomissements qui, en vingt-quatre heures, devinrent fécaloïdes. M. Championnière fit la laparotomie, trouva des anses intestinales agglutinées qu'il décolla, et ouvrit un abcès sous l'épiploon réduit. La guérison, dans ce cas, fut également rapide.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'un homme atteint d'une hernie inguinale gauche, irréductible. Il avait eu autrefois une hernie à droite qui était réduite. M. Championnière l'opéra du côté gauche; les suites de l'opération furent des plus simples; mais le malade éprouva des souffrances à droite et, vers le seizième jour, il fut pris de phénomènes d'étranglement, avec vomissements fécaloïdes. M. Championnière fit une laparotomie du côté droit et trouva un petit bout d'anse intestinale prise dans l'orifice interne du canal inguinal; derrière cette anse il y avait un foyer purulent; pour le mieux évacuer, M. Championnière fit une seconde laparotomie sur la ligne médiane. Le malade guérit. Quinze jours après il fut pris, de nouveau, d'accidents d'étranglement; nouvelle laparotomie très large, qui permit d'arriver sur des anses intestinales agglutinées, qui purent être détachées sans que l'intestin fût ouvert, et le ventre fut refermé. Le malade rendit des matières, mais ne rendit pas de gaz; le ventre se ballonna à tel point que M. Championnière crut devoir rouvrir le ventre, ouvrir l'intestin pour le vider de ses gaz et établir une fistule stercorale; le malade est parti guéri. C'est là une observation complexe.

Le quatrième cas a trait à un homme chez lequel M. Championnière avait fait une cure radicale de hernie contenant de l'épiploon. Cet homme, qui était particulièrement indocile, se leva sans permission, se coucha sur le ventre et se livra à toutes les imprudences possibles, jusqu'à boire son urine. Huit jours après l'opération, il fut pris de vomissements, d'un état général grave et ne rendait plus ni selles, ni gaz. On sentait une tuméfaction dans la fosse iliaque droite, M. Championnière ouvrit le ventre et donna issue à un énorme épanchement sanguin qui avait comprimé l'intestin. Cet homme guérit.

Dans le cinquième cas, il s'agit d'un homme qui avait été très bien opéré par M. Delagenière, alors interne de M. Championnière. Il avait trouvé une anse intestinale altérée, ulcérée sur un point. M. Delagenière fit deux points de suture au catgut. Tout allait bien lorsque, après quelques jours, des phénomènes d'étranglement se produisirent. M. Championnière fit la laparotomie au-dessus de l'arcade crurale gauche. Il trouva une anse intestinale fusionnée avec la paroi, à tel point qu'il dut isoler cette anse avec le revêtement de la paroi. Ce malade a également bien guéri.

M. Championnière tire de ces faits plusieurs conclusions. D'abord, contrairement à M. Kirmisson, il persiste à penser que le diagnostic de l'étranglement ou les causes de cet étranglement sont souvent d'une extrême difficulté. En outre, M. Championnière ne partage pas l'opinion de M. Kirmisson sur l'influence nocive qu'il attribue aux purgatifs. M. Championnière sur 273 cures radicales de hernie, n'a eu que deux décès, l'un par engouement pulmonaire, l'autre par obstruction intestinale méconnue par un interne négligent. Or, chez tous ces opérés M. Championnière a toujours employé les purgatifs. C'est une règle chez lui de toujours purger ses opérés, et il est convaincu que c'est l'un des meilleurs moyens de prévenir les accidents. Tous les hernieux opérés par lui sont purgés immédiatement après l'opération et c'est là, à ses yeux, une pratique excellente.

En outre, M. Championnière insiste sur ce fait qu'il faut pratiquer des opérations extrêmement larges et s'ouvrir toujours une voie suffisante. Il n'emploie la morphine que contre la douleur, mais il n'y a jamais recours pour immobiliser l'intestin; il croit, au contraire, qu'il y a tout avantage à l'exciter par les purgatifs.

M. KIRMISSON a le regret de constater que M. Championnière n'a pas lu sa communication. Il lui rappelle, tout d'abord, qu'il ne s'est nullement occupé des étranglements post-opératoires, et ensuite, que, s'il a parlé de l'opium et des purgatifs, il ne les a mis en discussion qu'à propos des accidents d'obstruction, avant que l'on soit intervenu.

M. CHAMPIONNIÈRE a parfaitement écouté les observations que M. Kirmisson a présentées, et, en citant aujourd'hui ces faits, il estime qu'ils ont des rapports avec les cas primitivement en cause.

Ces faits lui permettront d'affirmer de nouveau que les purgatifs, dans cette question de l'étranglement, sont d'une grande utilité et ne peuvent être dangereux, bien qu'on ait soutenu le contraire déjà depuis assez longtemps. M. Kirmisson n'a pas inventé le traitement par l'opium.

M. KIRMISSON rappelle avoir cité certains chirurgiens français et anglais, quand il a parlé de l'opium. Cela dit, il reste convaincu, sans avoir la prétention d'avoir rien inventé, que le meilleur traitement de l'obstruction intestinale, avant l'opération, consiste dans l'emploi de l'opium et non des purgatifs.

PRÉSENTATION DE MALADES

Extirpation de l'astragale. — M. GÉRARD MARCHANT présente un malade auquel il a pratiqué l'extirpation de l'astragale dans un cas de luxation irréductible du pied.

Extirpation totale de la langue. — M. QUÉNU montre un malade auquel il a fait l'extirpation totale de la langue pour néoplasme, il y a quatre ans.

PRÉSENTATIONS DE PIÈCE

Cancer encéphaloïde. — M. LEPRÉVOST (du Havre) présente une pièce anatomo-pathologique trouvée à l'autopsie d'une fille de dix-sept ans. Il s'agit d'un cancer encéphaloïde occupant les deux lobes inférieurs du poumon gauche et la plèvre correspondante. La tumeur s'était développée à son extrémité inférieure, avait refoulé le diaphragme en bas, et, coiffée du péritoine resté intact, avait luxé et rejeté à droite les viscères normalement repoussés dans l'hypochondre gauche. La tumeur faisait saillie en arrière dans la région lombaire. Très compacte en certains points, elle était sur d'autres complètement liquéfiée. Sa masse totale pesait 8k750. Il n'existait aucune dégénérescence ganglionnaire ou viscérale secondaire, sauf un point de la grosseur d'une fève, dans le poumon droit.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La VI[e] session du Congrès français de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 18 avril 1892, sous la présidence de M. le professeur Demons (de Bordeaux).

La première séance (consacrée aux questions diverses) aura lieu à neuf heures du matin (grand amphithéâtre de l'École de médecine). — La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à deux heures.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour de la session et seront introduites par des rapporteurs spéciaux dans les séances du soir.

I. *Pathogénie et traitement des gangrènes chirurgicales.*

II. *Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires.*

III. *Des opérations chirurgicales sur les voies biliaires. Résultats immédiats et éloignés.*

Les séances du matin seront consacrées aux visites dans les hôpitaux et aux questions diverses.

MM. les membres du Congrès sont priés de nous envoyer, au plus tôt, le titre et les conclusions de leurs communications, en même temps qu'ils les adresseront à M. Félix Alcan, éditeur du Congrès, 108, boulevard Saint-Germain, auquel on pourra s'adresser également pour tous les renseignements concernant le Congrès.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La Faculté a décerné les récompenses suivantes aux meilleures thèses soutenues pendant l'année scolaire 1890-1891 :

Médailles d'argent. — MM. Boulay, Courtois-Suffit, Dupré, Lefebvre, Legueu, Poulalion, Prouvost, Regnauld et Thiéry.

Médailles de bronze. — MM. Arnould, Bouffe, Cartier, Chevalier, Dutil, Ehrhardt, Gastel, Heret, Le Noir, Luzet, Mariage, Moisson, Mosny, Ramadan, Roubinowitch, Sebillotte, Sellier, Souques et Wallich.

Mentions honorables. — MM. Angibaud, Aymard, Bellanger, Benoit, M[lle] Bernstein, MM. Bonchinet, Boutard, Calot, Canniot, Couder, Daléas, Diamantberger, Durand, Fouré, Glorie, Isch-Wall, Marquézy, Mathis, Marinescu, Peillon, Pineau, Szezypierski, Thibaudet, Tuilant et Wirbel.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bourgeois (d'Étampes) ; Carette de (Roubaix) ; Durando, ancien bibliothécaire de l'École de médecine d'Alger ; Faloy (de Tergnier) ; Mallevialle (de Belmont) ; Piron (de Courtenay).

Album des centres nerveux, par MM. Ch. Debierre et E. Doumer. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

Une mission en Espagne : L'hygiène scolaire et les exercices physiques, par le docteur C. Delvaille. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Ch. Delagrave.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les merveilleux résultats que les chirurgiens ont su tirer de l'antisepsie étaient bien faits pour engager les médecins à suivre la même voie et à rechercher ce que pouvait donner l'antisepsie médicale. Bien des essais ont été tentés dans ce sens; mais, jusqu'ici, les résultats fournis par l'antisepsie interne étaient loin de la précision et de la constance de ceux qu'on obtient en chirurgie; les faits n'ont pas répondu aux espérances que l'on avait conçues, et l'intéressante observation que M. Albert Robin vient de communiquer à l'Académie est bien faite pour détruire toute illusion au point de vue de l'action des antiseptiques, même les plus puissants et donnés pendant longtemps à hautes doses à l'intérieur, contre les maladies infectieuses. En effet, voilà une femme atteinte de grippe, qui est en même temps syphilitique; elle guérit de sa grippe; on lui donne, pendant un mois, 5 centigrammes de sublimé par jour, ce qui ne l'empêche pas de contracter une pneumonie infectieuse à laquelle elle succombe en quelques jours. L'examen bactériologique des liquides pleuraux et autres montre l'existence de nombreuses colonies de streptocoques. Donc, cette femme, saturée de mercure, le plus puissant des antiseptiques, n'a pas été mise à l'abri d'une maladie infectieuse dont le microbe, *in vitro*, est tué par cet antiseptique.

On pourrait se demander, avec M. Laborde, si le mercure lui-même, donné à si hautes doses, n'a pas été pour quelque chose dans la production des lésions observées dans ce cas; cette hypothèse ne saurait résister à un examen attentif du fait si rigoureusement observé par M. Robin, et la conclusion qu'il en a tirée, à savoir l'inefficacité absolue de l'antisepsie interne, nous paraît seule admissible.

M. Constantin Paul a fait connaître les résultats d'expériences intéressantes qu'il fait depuis un an avec des injections sous-cutanées au dixième de substance grise de cerveau de mouton, stérilisée par l'acide carbonique. Les essais ont porté sur des chlorotiques, des neurasthéniques et des ataxiques. Les résultats qu'il a obtenus sont satisfaisants, surtout au point de vue du relèvement des forces. On trouvera au compte rendu les conclusions du travail de M. Constantin Paul.

La séance publique s'est terminée par un rapport de M. Lagneau sur un travail statistique relatif à l'influence des dimensions de la poitrine sur les maladies, et l'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Polaillon sur les titres des candidats au titre de correspondant national dans la deuxième division (chirurgie). Voici l'ordre de présentation : en première ligne, M. Duplouy (de Rochefort); en deuxième ligne, M. Queirel (de Marseille); en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Demons (de Bordeaux) et Dezanneau (d'Angers); en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Poncet (de Cluny) et Gaulard (de Lille).

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Albert ROBIN.

Considérations sur l'antisepsie interne; mercure et broncho-pneumonie.

Les grands travaux de M. Pasteur, en révolutionnant la médecine, ont aussi ouvert à la thérapeutique une voie dont on peut déjà mesurer l'étendue. Les méthodes antiseptiques, dont l'influence sur la chirurgie a été si décisive, règnent aujourd'hui, sans conteste, sur la thérapeutique médicale. Si l'on classe ces méthodes, suivant le but qu'elles poursuivent, on voit qu'elles cherchent à répondre aux six problèmes suivants :

1° Détruire le microbe dans le milieu ambiant;

2° Tenter de s'opposer à sa pénétration dans l'organisme;

3° Vacciner l'individu pour empêcher les atteintes;

4° Détruire l'agent pathogène à l'aide de substances nocives au microbe et inoffensives pour l'homme;

5° Entraver la pullulation par des médicaments capables de transformer les milieux organiques en terrain de culture défavorables, ou d'exalter le phagocytisme;

6° Atténuer la virulence de l'agent pathogène par des modifications qui agissent sur celui-ci ou sur les cellules vivantes ou sur les plasmas.

Ces six problèmes me paraissent résumer les indications de la thérapeutique antiseptique.

Les deux premiers points ressortissent à l'hygiène et à la prophylaxie. C'est à leur application que la chirurgie doit sa merveilleuse rénovation; avec le pansement rare, elle

prévient l'accès de l'agent pathogène ; elle le tue sur place avec les antiseptiques.

La vaccination rentre, elle aussi, dans la thérapeutique prophylactique, la meilleure et la plus sûre de toutes, dont les services sont incalculables, dont l'avenir est sans limites.

La destruction directe de l'agent infectieux dans l'organisme s'applique aux cas où celui-ci demeure, pendant un certain temps, à la surface des organes et peut être directement atteint par les antiseptiques, car s'il s'agissait d'imprégner l'organisme tout entier pour détruire le microbe, il est probable que l'individu faillirait avant le contage, comme l'a dit M. Jaccoud en termes si saisissants. Les succès obtenus par le traitement local de la diphthérie et de l'érysipèle sont une éclatante preuve de la valeur de cette thérapeutique.

Restent les entraves à la pullulation ou l'atténuation de la virulence. Et c'est en face de ces problèmes que le médecin se trouve le plus habituellement placé, puisque la maladie est trop souvent constituée quand il est appelé à la reconnaître et à la traiter.

Sur quoi se base-t-il alors pour instituer une thérapeutique? Ou bien encore, sur quoi s'appuie-t-il pour introniser le traitement de telle affection microbienne par tel antiseptique qui lui paraît résumer logiquement un maximum de chances de succès?

Il se fondera sur de précises expériences de laboratoire, dans lesquelles d'habiles expérimentateurs auront étudié l'action entravante ou atténuante d'antiseptiques connus ou d'actions médicamenteuses diverses sur telle culture bactérienne.

Or, les préparations mercurielles, figurant presque toujours au premier rang de ces substances, ont pris dans la thérapeutique une place vraiment prédominante, et il est peu de maladies infectieuses où elles ne paraissent appelées à jouer un rôle curateur sur la foi solide de l'expérience du laboratoire.

Mais, en fait de thérapeutique, le dernier mot appartient à la clinique, juge en suprême ressort; que répond-elle?

Elle hésite encore et son siège n'est pas fait. Et le cas que je veux communiquer à l'Académie est de nature à justifier toutes ses hésitations, car ce fait a toutes les allures d'une stricte et décisive expérience de laboratoire.

Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans, entrée dans mon service pour une grippe légère qui disparut assez rapidement. En même temps, elle était atteinte de syphilis secondaire (roséole et plaques muqueuses). Je la soumis à un traitement intensif par le sublimé, administré à la dose de 5 centigrammes par jour. Sous l'influence de ce traitement, les accidents syphilitiques s'amendèrent rapidement, et, au bout d'un mois, je ne gardais plus la malade à l'hôpital que comme prophylaxie et pour empêcher qu'elle ne contagionnât au dehors.

A ce moment, elle est prise brusquement de frissons et de fièvre, et trente-six heures après ces premiers symptômes, je constatai un état général grave, typhique, et l'auscultation me révéla une broncho-pneumonie à droite. Au bout de quarante-huit heures, l'état infectieux était des plus marqués : diarrhée, albuminurie, hyperthermie. La mort survint avant la fin du quatrième jour.

A l'autopsie, adhérences pleurales droites et broncho-pneumonie. Foie volumineux jaunâtre et rate volumineuse présentant tous les caractères de la rate des maladies infectieuses.

Dans les adhérences et dans la broncho-pneumonie, M. Achard a trouvé des streptocoques très virulents et des staphylocoques dorés ne présentant rien de spécial. Il existait, de plus, un diplocoque présentant quelques rapports avec le pneumo-bacille de Friedlander, mais en différant par quelques particularités et se rapprochant plutôt du diplocoque décrit par Kirchner dans l'influenza.

Ainsi, voilà une femme syphilitique soumise au traitement mercuriel pendant trente jours consécutifs. Elle prend, dans cet espace de temps, la dose énorme de 47 à 48 milligrammes de sublimé par jour ; elle est saturée, imprégnée de mercure à un degré qu'on n'atteindra jamais dans une maladie aiguë, à courte évolution, comme celle de la pneumonie. Et pourtant, elle contracte, à l'hôpital, une broncho-pneumonie d'une exceptionnelle gravité, infectieuse au plus haut degré, résultat d'une triple invasion microbienne, puisque la culture du pus pulmonaire a démontré l'existence des trois micro-organismes suivants : 1° un streptocoque très virulent; 2° le staphylocoque doré; 3° le diplocoque de Kirchner.

Quelle est la conclusion qui s'impose? C'est que l'imprégnation longtemps prolongée de l'organisme par de hautes doses de sublimé ne tue pas les microbes, dont il vient d'être question, ne paralyse ni leur développement ni leur action, n'atténue pas leur virulence.

Il ne faut donc pas, en matière d'antisepsie interne, conclure absolument du laboratoire à la clinique, car la différence est grande entre le verre à expériences, où il n'y a en contact qu'un microbe et un antiseptique, et l'organisme où intervient un troisième élément qui paraît primer la scène : l'activité vitale.

Le fait que je viens de rapporter ne démontre pas, il est vrai, que le mercure est sans efficacité dans le traitement de la pneumonie franche, puisqu'il s'agissait dans mon cas de broncho-pneumonie; mais, comme on a employé également ce médicament dans les broncho-pneumonies, et que cet emploi pourrait se généraliser, j'ai pensé qu'il était bon de prévenir les médecins de son absolue inefficacité, afin de couper court, dès maintenant, à l'usage d'un agent dont on n'a rien à attendre, au moins dans le sens de la thérapeutique pathogénique.

Si j'ajoute ce dernier correctif, c'est que j'utilise souvent le calomel, comme agent médicamenteux accessoire, dans le traitement des broncho-pneumonies et des pneumonies. Mais ce que je lui demande, ce n'est pas une action antiseptique, qui serait illusoire aux doses que j'emploie, soit 40 centigrammes en quatre doses de 10 centigrammes, données à une heure d'intervalle. A cette dose l'emploi du calomel a une triple utilité.

Il possède une action purgative légère, dont l'effet dérivatif n'est pas sans importance. Il accroît sensiblement la sécrétion biliaire et stimule l'activité hépatique, d'où une élimination et une destruction plus actives des toxines fabriquées dans l'organisme par les microbes de la broncho-pneumonie.

Enfin, il accroît sensiblement la sécrétion urinaire, cette voie majeure d'élimination des poisons organiques.

J'irai même plus loin : si l'on veut traiter les pneumonies par des préparations mercurielles données à des doses suffisantes pour agir antiseptiquement, on aggrave certainement la maladie, car on diminue l'aptitude du malade à la résistance.

En effet, le mercure est un modificateur puissant de la nutrition ; à haute dose, il ralentit singulièrement les oxydations générales. Il exerce sur le foie une action stéatosante. Or, n'est-ce pas tout le contraire qu'il faut chercher à réa-

liser dans le traitement de la pneumonie, surtout s'il s'agit de pneumonies typhoïdes ?

C'est pour cela qu'il y a lieu de se demander si, chez ma malade, la saturation mercurielle n'a pas été une cause puissante d'aggravation de la maladie. Tout, dans ce cas, donne l'impression d'une infection suraiguë. La maladie débute le 14 novembre au soir ; trente-six heures après, la situation semble désespérée, et, en moins de quatre jours, la mort survient après l'apparition des premiers symptômes de broncho-pneumonie. Or, ce n'est que lorsqu'elle est secondaire ou qu'elle survient chez les individus à résistance épuisée, comme les convalescents ou les vieillards, que la broncho-pneumonie tue avec cette rapidité. Et ici, ce n'était pas du tout le cas.

Mon observation me semble donc comporter des enseignements qui ne seront peut-être pas sans influence sur l'évolution de l'antisepsie interne, qui paraît engagée aujourd'hui dans une voie pleine de périls, puisqu'elle base ses indications sur des expériences de cultures qui ont, au laboratoire, un indiscutable caractère d'exactitude, mais qui, appliquées sur le terrain morbide, n'engendrent trop souvent que le doute et l'indécision.

De ces enseignements, je ne veux retenir pour l'instant que les trois suivants, dont on peut restreindre la valeur au cas spécial du mercure.

1° La méthode d'antisepsie interne, qui consiste à saturer l'organisme par le plus puissant des antiseptiques, le mercure, pour prévenir une infection microbienne, modérer la pullulation des micro-organismes, cette méthode, si scientifique, si rationnelle qu'elle paraisse, n'est pas applicable à la thérapeutique. Il faudrait, pour qu'elle fût utilisable, qu'on trouvât un antiseptique qui n'amoindrît pas les diverses manifestations bio-chimiques de l'activité vitale et le potentiel des réactions cellulaires.

2° Il est permis de croire que, si les micro-organismes de la broncho-pneumonie — et ceci peut être généralisé — peuvent se développer avec toutes leurs propriétés nocives, il est à supposer que l'administration de cet agent, alors que la maladie est en pleine évolution, sera au moins inutile et qu'il n'y faut compter d'aucune façon pour réaliser l'antisepsie interne.

3° Enfin, dans les recherches expérimentales à entreprendre pour fixer la valeur réelle d'un médicament destiné à réaliser l'antisepsie interne, il ne faudra pas se contenter de déterminer *in vitro* la puissance antiseptique de ce médicament contre tel micro-organisme, il sera indispensable de faire intervenir un troisième facteur, dont l'importance est majeure; c'est l'organisme, avec toutes ses aptitudes de réaction morphologique et chimique; c'est l'ensemble des activités cellulaires dont la vie est l'expression encore mystérieuse.

INTOXICATION PLOMBIQUE PAR UNE VOIE PEU ORDINAIRE

Par M. le docteur Fouque, médecin de la marine.

Sous le titre « Intoxication plombique par une voie peu ordinaire », je lis, dans le n° du 22 décembre 1891 de la *Gazette des hôpitaux*, une observation du docteur Bourguet (de Graissessac), relative à des accidents saturnins survenus chez un pêcheur qui avait l'habitude, pendant qu'il déployait son épervier, de mettre dans sa bouche une des balles de plomb qui garnissent la grande circonférence de ce filet.

Bien que peu commune, en effet, cette voie d'introduction du poison plombique n'est pas unique, comme le croit mon honorable confrère.

En avril 1878, pendant que je dirigeais le service médical de l'établissement pénitentiaire du Maroni (Guyane française), il m'a été donné d'en observer un cas identique, du moins en tant que nature du corps du délit.

L'observation en a été, d'ailleurs, rapportée par mon collègue, le docteur A. Pons, médecin de première classe de la marine, dans sa thèse inaugurale, *Des coliques sèches* (Montpellier 1887, p. 38).

Voici cette observation :

Il s'agit d'un forçat libéré et résidant volontaire, le nommé L..., âgé de quarante-six ans, et qui est, depuis seize ans, à la Guyane. Grand chasseur depuis son enfance, et ayant trouvé dans ce pays, après sa libération, matière à satisfaire ses goûts cynégétiques, il y est resté et a vécu de longues années du produit de sa chasse.

Lorsqu'il se trouvait dans les bois, de peur d'être surpris par des bêtes féroces, il avait l'habitude de mettre dans sa bouche une balle de plomb qu'il ne quittait presque jamais et qu'il se proposait de glisser dans son fusil, en cas d'alerte.

Des coliques légères d'abord, puis de plus en plus vives, ne tardèrent pas à se transformer en de véritables attaques de coliques sèches pour lesquelles il est venu, à différentes reprises, demander des soins à l'hôpital.

Les médecins qui le soignaient, quoique convaincus de l'origine saturnine de son affection, comme le prouve la médication employée pour la combattre, ignoraient la véritable voie d'introduction du plomb, qu'il m'a révélée un jour.

Aussi, n'ayant rien changé à son habitude de garder continuellement une balle de plomb dans sa bouche toutes les fois qu'il allait à la chasse, l'absorption constante du poison finit par amener des accidents plus compliqués, tels que des troubles de la motilité caractérisés par une parésie des membres inférieurs, et une paralysie de tous les extenseurs des membres supérieurs (deltoïde, triceps et muscles extenseurs de l'avant-bras). Il existait, en outre, un état d'anémie très avancé avec amaigrissement considérable.

Une foule de traitements ont été tentés : purgatifs salins, soufre, limonade sulfurique, bains sulfureux, douches, électricité, le tout combiné avec une médication tonique.

Sous leur influence, un demi-résultat a été obtenu. La parésie des membres inférieurs a fait place à un peu de faiblesse et la paralysie des membres supérieurs, de complète qu'elle était, permet aujourd'hui (avril 1878) au malade de faire, avec peine, il est vrai, les mouvements indispensables aux besoins de sa vie.

En juillet 1878, cet homme a vu disparaître graduellement la paralysie sous l'influence du traitement déjà indiqué, associé à la gymnastique, et il est complètement guéri maintenant.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement du coryza aigu. — Si l'on en croit M. Capitan, le médecin serait aujourd'hui en puissance d'un remède qu'on pourrait considérer comme abortif du coryza aigu. D'après la *Médecine moderne*, voici la formule d'une poudre qui arrête généralement, presque immédiatement, un coryza qui commence si, dès le début, on a soin d'en priser une pincée par chaque narine, et de l'aspirer très fortement, de façon à ce qu'elle pénètre profondément dans chaque narine :

Salol	1 gramme.
Acide salicylique	20 centigrammes.
Tannin	10 —
Acide borique pulvérisé. . . .	4 grammes.

Il ne faut pas continuer l'emploi de cette poudre plus d'une demi-journée, et en prisant seulement toutes les heures. Sans cela, on s'expose à voir survenir, sur les bords des narines, une petite éruption eczématiforme, due vraisemblablement à l'action de l'acide phénique provenant de la décomposition du salol, ainsi que Cartaz l'a signalé récemment. Si, donc, on veut continuer à employer cette poudre, il suffit de la mélanger avec un peu de poudre de talc ou d'acide borique pulvérisé, ou bien on modifie la formule en diminuant la quantité de salol : 25 à 50 centigrammes par exemple, au lieu de 1 gramme. L'usage de la poudre, ainsi modifiée, peut être continué sans inconvénient, pendant un certain temps, et non sans efficacité.

Voici encore une autre formule, moins active que la précédente, mais qui a donné aussi des résultats assez satisfaisants :

Poudre de talc	5 grammes.
Antipyrine	1 —
Acide borique pulvérisé . . .	2 —
Acide salicylique	25 centigrammes.

On peut en priser assez fréquemment une bonne pincée. M. Capitan n'a jamais observé d'irritation autour des narines comme avec la précédente, mais elle est moins active.

Dans les *Annales de médecine*, M. Tissier indique diverses formules relatives au traitement de cette affection.

L'on a conseillé (Hayem) les inhalations d'un mélange d'acide phénique et d'ammoniaque. Voici une formule souvent employée:

Acide phénique pur.	5 grammes.
Ammoniaque liquide.	5 —
Eau	15 —
Alcool	15 —

On en verse quelques gouttes sur du papier buvard et on en respire les vapeurs pendant quelques secondes.

Ce moyen soulage, mais ne réussit pas toujours à arrêter l'évolution de l'inflammation.

Il ne faut pas compter beaucoup sur l'atropine qui a cependant été beaucoup vantée.

Les injections nasales sont inutiles au début, elles ne sont même pas sans inconvénients.

L'antipyrine peut être utile pour combattre la céphalalgie. Un des moyens qui ont le plus souvent réussi est le suivant :

Sous-nitrate de bismuth. . .	6 grammes.
Benjoin pulvérisé	6 —
Acide borique pulvérisé. . .	4 —
Menthol.	20 centigrammes.

Priser, cinq ou six fois dans la journée, une pincée de ce mélange, après s'être mouché avec soin, de façon à ce que la poudre pénètre profondément et arrive au contact de la muqueuse enflammée. On peut y ajouter 1 à 5 centigrammes de morphine et 1 gramme à 1gr50 de calomel.

Le camphre échoue souvent; l'ichtyol, recommandé par Unna, n'a pas encore fait ses preuves. Contre l'irritation de l'orifice des narines et de la lèvre supérieure, la pommade suivante réussit très bien :

Sous-nitrate de bismuth. . .	10 grammes.
Vaseline	10 —

D'autre part, le *Lyon médical* indique le procédé suivant :

Chlorhydrate de cocaïne. . .	1 gramme.
Eau distillée	50 —

Introduire dans les fosses nasales un petit tampon d'ouate antiseptique, préalablement imprégnée de cette solution de chlorhydrate de cocaïne. Renouveler deux fois par jour cette application.

Au bout de vingt minutes, ces applications répétées font cesser l'éternuement, ainsi que toute sensation douloureuse ; la respiration se rétablit peu à peu ; la muqueuse se décongestionne ; enfin, la céphalée frontale et l'enchifrènement du nez disparaissent peu à peu complètement.

Cette médication est toujours couronnée de succès et le résultat se produit en moins d'une heure.

Voici encore d'autres moyens thérapeutiques recommandés contre le coryza. M. le docteur Coupard préconise la formule d'une poudre à priser, qu'il emploie avec succès contre le rhume de cerveau, la céphalalgie ou les petites crises d'asthme au début:

Chlorhydrate de cocaïne	15 centigrammes.
Menthol	25 —
Acide borique	2 grammes.
Poudre de café torréfié et pulvérisé très finement.	50 centigrammes.

A prendre cinq à six prises nasales par jour.

Morell-Mackensie conseillait la poudre suivante :

Sulfate de morphine . . .	12 centigrammes.
Sous-nitrate de bismuth. .	3gr50.

A priser cette poudre dès le début du rhume, mais jamais plus de vingt-quatre heures.

Pour prévenir la bronchite, prenez le soir deux pilules formulées comme suit :

Extrait de jusquiame. . .	} āā 20 centigrammes.
Poudre d'aconit	
Calomel	} āā 5 —
Poudre d'ipéca.	

Pour deux pilules.

Le lendemain, prendre à jeun une solution de tartrate de soude dans une infusion de séné.

Enfin le docteur Neswitsky recommande le traitement suivant: le soir en se couchant, et le malade ayant nettoyé le nez des glaires qui y sont accumulées, il introduit dans chaque narine, avec le doigt (en fermant l'autre), un morceau d'ouate saupoudrée d'iodoforme. A signaler ce dernier procédé qui ne sera d'ailleurs supporté que par bien peu de sujets, malgré son excellence, d'après l'auteur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 février 1892. — Présidence de M. Regnauld.

COMMUNICATIONS

Huile de foie de morue et influenza. — M. A. GAUTIER, à propos du procès-verbal, rappelle que M. Ollivier a indiqué, comme moyen prophylactique de la grippe, l'usage de l'huile de foie de morue. M. Aussilloux (de Narbonne) demande à faire remarquer que, dans un établissement hospitalier où l'usage de l'huile de foie de morue est très répandu, la grippe n'en a pas moins sévi dans la proportion de 45 sur 100 hospitalisés.

M. LE ROY DE MÉRICOURT ajoute que M. Ollivier n'a pas dit si, comme moyen prophylactique de la grippe, l'huile de foie de morue agissait comme un adjuvant de la nutrition, ou par les principes gras qu'elle renferme ; dans le premier cas, l'iodure de potassium serait assurément préférable et, dans le second, tous les corps gras pourraient, sans doute, avoir le même effet, si tant est qu'il existe.

Injections sous-cutanées de substance nerveuse. — M. CONSTANTIN PAUL fait, sur ce sujet, une communication dont voici les conclusions :

1° Une solution au dixième de substance grise de cerveau de mouton stérilisée par l'acide carbonique dans l'appareil d'Arsonval, injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané, à la dose de 5 centimètres cubes, est parfaitement tolérée et ne provoque aucune réaction, ni locale, ni générale.

2° Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il se produit un peu d'engorgement lymphatique qui disparaît, en général, en trois ou quatre jours, sept au plus.

3° Sur plus de deux cents injections pratiquées sur douze su-

jets, il n'y a eu ni abcès, ni pustule acnéique. Il est vrai que l'asepsie a été rigoureuse, ce qui n'existe pas chez les morphinomanes.

4° Le malade sent une légère chaleur pendant quatre ou cinq minutes, rarement plus, et c'est tout.

5° Les régions qui paraissent les plus favorables aux injections sont les régions où le tissu cellulaire est le plus lâche, c'est-à-dire les flancs et la région lombaire.

6° Le premier effet ressenti par les malades est une sensation de force et de bien-être qui leur donne la conscience qu'ils ont à leur disposition une somme de forces qu'ils n'avaient pas auparavant.

7° L'amyosthénie et l'impotence musculaire diminuent rapidement; les malades en donnent la preuve parce qu'ils peuvent bientôt marcher beaucoup plus longtemps sans se fatiguer.

8° Les douleurs vertébrales et l'hyperesthésie spinale disparaissent au bout de quelques injections. Même dans l'ataxie, on voit les douleurs fulgurantes disparaître.

9° Il en est de même de la céphalée neurasthénique et de l'insomnie.

10° L'impotence fonctionnelle du cerveau disparaît à mesure.

11° Les malades prennent de l'appétit, leur nutrition s'améliore, et, s'ils sont préalablement dyspeptiques, comme nos chlorotiques, la nutrition se fait mieux, comme en témoigne l'augmentation rapide du poids.

12° Quant à l'impotence sexuelle, elle a été notablement améliorée, mais je n'ai eu l'occasion d'observer cette amélioration que chez trois neurasthéniques simples. Je n'ai pas cru devoir questionner sur ce point les jeunes chlorotiques, et, chez les ataxiques, un seul a gagné.

13° Ce qui est remarquable, c'est que chez l'une des trois chlorotiques neurasthéniques, alors que toutes les fonctions avaient énormément gagné : appétit, forces, embonpoint, poids, disparition de tous les troubles nerveux, les couleurs n'étaient pas revenues, et l'anémie restait la même. A cette époque, le fer a été très bien supporté et les couleurs sont revenues très rapidement; la jeune fille restée pâle avait, au bout d'un mois, des couleurs fraîches superbes.

Nous avons donc, dans l'injection sous-cutanée de substance grise cérébrale, un véritable tonique névrosthénique, comme disait Trousseau.

Aujourd'hui, si nous empruntons une comparaison à l'électricité, nous dirons que le neurasthénique est un malade dont le système nerveux constitue un accumulateur impossible à charger.

Pendant tout le temps que dure la neurasthénie, le malade a beau manger, il ne peut transformer ses aliments en force dont il aura la libre disposition.

Au moindre mouvement, les forces musculaires, intellectuelles et autres, sont épuisées.

L'injection nerveuse permet cette utilisation des aliments et leur assimilation sous cette forme. Le système nerveux devient un condensateur qui peut se charger, et le malade acquiert une somme de forces dont il peut disposer à son gré.

Mais c'est bien la force nerveuse qui se développe la première et permet la marche et le travail intellectuel. Les tissus augmentent de poids, mais le sang ne s'enrichit que plus tard.

Nous voyons donc que l'injection sous-cutanée de substance nerveuse améliore et guérit même les neurasthéniques beaucoup plus rapidement que ne le font d'ordinaire les moyens empruntés à la matière médicale : fer, arsenic, phosphates, opium, alcool, etc. Son action est plus rapide et plus sûre que celle de l'hygiène seule, de la suggestion, de l'ovariotomie et même de l'électricité.

Je crois donc que nous possédons aujourd'hui un tonique nerveux très précieux pour la thérapeutique.

Inefficacité de l'antisepsie interne. — M. ALBERT ROBIN fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 189.)

DISCUSSION

M. LABORDE fait remarquer que, dans l'intéressante observation de M. Alb. Robin, se trouvent un certain nombre de faits qui concordent en tous points avec les résultats expérimentaux observés chez les animaux soumis à des doses toxiques de sublimé. La dégénérescence des reins, la stéatose du foie, les altérations pulmonaires, les altérations du tube digestif constatées chez la malade de M. Robin, sont absolument celles que l'on trouve chez les animaux intoxiqués par de hautes doses de sublimé. Il y aurait donc lieu de se demander si le mercure n'a pas été lui-même la cause des accidents observés chez la malade de M. Robin; conséquemment, au point de vue de l'antisepsie interne, cette observation ne prouverait pas l'inefficacité du mercure.

M. ALBERT ROBIN répond à M. Laborde que le traitement mercuriel auquel il a eu recours, dans ce cas, a été employé pendant vingt ans couramment à l'hôpital du Midi, par M. Simonnet, et qu'on n'a jamais observé, chez les malades ainsi traités, des accidents semblables à ceux qu'il vient de rapporter. Il ajoute que sa malade était complètement guérie quand a éclaté la pneumonie à laquelle elle a succombé. Enfin, à son autopsie, on a trouvé les altérations typiques de la broncho-pneumonie et les altérations de la rate caractéristiques des états infectieux. M. Robin ne croit donc pas qu'on puisse en rien incriminer le mercure, au sujet de ces accidents; s'il ne les a pas prévenus, il ne les a pas non plus produits.

M. LÉON COLIN dit qu'il se rattache absolument aux conclusions de M. Robin. Il rappelle que non seulement la grippe, mais le typhus, le scorbut, sont excessivement graves chez les syphilitiques, c'est-à-dire chez des sujets dont l'économie a été imprégnée par le mercure. Et cette gravité se traduit, le plus souvent, comme chez la malade de M. Robin, par des complications broncho-pulmonaires.

M. LE PRÉSIDENT déclare vacante une place de membre titulaire dans la seconde division, en remplacement de feu Roger.

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Les hôpitaux de Paris.

I

Au premier janvier 1891, les médecins des hôpitaux de Paris étaient au nombre de 125. Nous comptions, en effet, à cette époque (1) 20 médecins honoraires, 88 médecins en exercice et 17 médecins du Bureau central.

Nous avons eu à déplorer récemment la mort de 6 médecins honoraires : MM. Henri Roger, Bouchut, Féréol, Barthez, Moutard-Martin et Bourdon.

Aucun changement ne s'est produit parmi les médecins en excrcice.

En deux concours, nous avons enregistré, pendant l'année 1891, la nomination de 5 nouveaux médecins du Bureau central. MM. Mathieu, Delpeuch et Lermoyez ont été nommés à la suite du premier concours, le 5 mai 1891, MM. Œttinger et Le Gendre à la suite du second, le 11 juillet 1891.

Au 31 décembre 1891, MM. Dumontpallier et Cadet de Gassicourt, nés en 1826, ont atteint la limite d'âge et sont devenus médecins honoraires. MM. Chantemesse et Edgard Hirtz, médecins du Bureau central, sont passés médecins titulaires.

Nous comptons donc actuellement 124 médecins des hôpitaux répartis comme suit :

16 médecins honoraires, 88 en exercice et 20 médecins du Bureau central.

Le plus âgé des médecins des hôpitaux est toujours M. Marrotte,

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1389.

médecin honoraire (quatre-vingt-trois ans), le plus jeune est M. Lermoyez, médecin du Bureau central, qui n'a que trente-trois ans et demi.

Le plus jeune des médecins honoraires est M. Cadet de Gassicourt.

Parmi les médecins en exercice, le plus âgé est M. le professeur Germain Sée, qui a eu soixante-quatorze ans, le 6 février et le plus jeune, M. Brocq, qui a eu trente-six ans le 1er février dernier.

M. Dumontpallier (Alphonse-Amédée), est né le 8 mars 1826. Interne des hôpitaux le 30 décembre 1852, il passe sa thèse en 1857. Il est nommé au Bureau central le 1er juillet 1866, et commence son service actif le 20 décembre 1869. Il est à l'Hôtel-Dieu depuis le 1er janvier 1887. M. Dumontpallier est officier de la Légion d'honneur.

M. Cadet de Gassicourt (Charles-Jules-Ernest) est né le 31 octobre 1826. Il est nommé interne le 6 janvier 1852 (promotion de 1851) et sa thèse date, comme celle de M. Dumontpallier, de 1857. Membre du Bureau central le 31 juillet 1865, son service actif dans les hôpitaux date du 22 décembre 1868. Il est médecin de l'hôpital Trousseau depuis le 1er janvier 1874. Chevalier de la Légion d'honneur, M. Cadet de Gassicourt a été élu, en 1890, membre de l'Académie de médecine dans la deuxième section (pathologie médicale). Il a été, de plus, nommé secrétaire annuel de l'Académie pour 1892.

Au 31 décembre de cette année, M. Édouard Labbé, médecin de l'Hôtel-Dieu, né le 24 août 1827, atteint la limite d'âge.

M. Lermoyez (Marcel-Émile-Joseph) est né le 24 juillet 1858. Il est interne à vingt-deux ans (17 décembre 1880), passe sa thèse, en 1886, et est nommé médecin du Bureau central, le 5 mai 1891.

II

Les chirurgiens des hôpitaux, étaient, au 1er janvier 1891, au nombre de 64 ainsi répartis : 8 chirurgiens honoraires, 43 en exercice et 13 membres du Bureau central. Par suite de la mort du professeur A. Richet, le nombre des chirurgiens honoraires est réduit à 7. Aucun changement ne se produit durant l'année parmi les chirurgiens en exercice, qui restent au nombre de 43, et le Bureau central s'enrichit de deux nouveaux membres, par suite du concours qui se termine le 1er juin 1891, par la nomination de MM. Lejars et Potherat, ce qui porte les membres du Bureau central à 15, et le nombre total des chirurgiens des hôpitaux à 65, au lieu de 64.

Au 31 décembre, M. le professeur Le Fort (Léon-Clément), seul, a atteint la limite d'âge et serait devenu honoraire s'il n'était professeur de clinique chirurgicale, ce qui lui permet de rester en exercice encore pendant huit ans.

Aucun autre chirurgien n'est né en 1829. M. Péan, né le 29 novembre 1830, atteint la limite d'âge à la fin de cette année.

M. Le Fort est né le 5 novembre 1829. Il est de la même promotion d'internat (1852) que M. Dumontpallier, sa nomination d'interne date du 20 décembre 1852. Sa thèse est de 1858. Chirurgien du Bureau central, le 28 mars 1863, son service actif date du 1er janvier 1865. M. le professeur Le Fort est officier de la Légion d'honneur, et, depuis 1876, membre de l'Académie de médecine dans la troisième section (pathologie chirurgicale).

M. Lejars (Marie-Louis-Félix) est de beaucoup le plus jeune des chirurgiens des hôpitaux. Il a eu vingt-neuf ans, le 30 janvier dernier. M. Broca qui vient ensuite est dans sa trente-troisième année.

M. Lejars, né le 30 janvier 1863, était nommé interne dans sa vingt et unième année (24 décembre 1883), successivement, aide d'anatomie, puis prosecteur à la Faculté, il fut ensuite chef de clinique du professeur Le Fort, et fut nommé chirurgien du Bureau central le 1er juin 1891. Il est docteur depuis 1888.

III

Quant aux accoucheurs des hôpitaux qui étaient au 1er janvier 1891 au nombre de 10, ainsi répartis, 7 titulaires et 3 suppléants, ils sont actuellement au nombre de 11, 7 titulaires et 4 suppléants. M. Boissard a été, en effet, nommé le 15 juillet 1891.

En résumé, le personnel des hôpitaux de Paris est ainsi réparti au 1er février 1892.

	Médecins.	Chirurgiens.	Accoucheurs.	Total.
Honoraires . . .	16	7	»	23
En exercice. . .	88	43	7	138
Bureau central .	20	15	4	39
Total. . . .	124	65	11	200

Le nombre des services des hôpitaux est donc de 138, mais nous devrions ajouter, pour être complet, les *médecins des services d'aliénés* qui sont en exercice.

Ce sont :

MM. Voisin (Auguste), Falret et Voisin (Jules), à la Salpêtrière, et MM. E. Bourneville, Charpentier, Deny et Féré, à Bicêtre.

SECRET MÉDICAL

Une question de secret médical, souvent soulevée et bien embarrassante, est la suivante. Un domestique est adressé à un médecin avec une lettre cachetée dans laquelle son maître demande s'il est (le domestique) oui ou non atteint d'une maladie contagieuse. S'il en est indemne, la réponse est facile, mais s'il présente une maladie de cet ordre, que faire ? Parler sans l'assentiment du malade, c'est trahir le secret médical. Ne pas parler, c'est risquer d'exposer une famille à une contagion redoutable. Conseiller au domestique d'aller se faire soigner ailleurs, l'effrayer au besoin, le menacer de tout dire, cela peut encore ne pas réussir. Le dénoncer quand même est grave au point de vue purement déontologique, dangereux au point de vue des responsabilités légales.

Le moyen suivant nous paraît devoir tout concilier et être d'un succès certain. Avertir le domestique en question qu'il est atteint d'une maladie contagieuse, lui remettre à lui-même, ouverte, après lui en avoir donné lecture, une lettre dans laquelle on déclare qu'il est atteint d'une maladie contagieuse, inutile de spécifier... même en cas de spécificité. Ceci fait, avertir le maître que son domestique a reçu la réponse par écrit et ouverte et que c'est à lui qu'il faut la demander.

S'il la remet, il n'y a évidemment pas violation du secret professionnel ; s'il ne la remet pas, le maître comprend et alors...

S'il ne comprend pas, il est digne de toutes les contagions, lui et sa famille, jusqu'à la troisième génération.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Association médicale mutuelle a tenu dimanche son assemblée générale, sous la présidence de M. le docteur Lagoguey. Au cours des cinq années de son existence, cette Société a payé des indemnités dont le total dépasse 25 000 francs et a mis en réserve un capital de 57 000 francs. Trois des membres malades ont reçu des indemnités consécutives s'élevant à 2500, 4000 et 5000 francs.

— M. le docteur Paul Berger est nommé chirurgien de l'École normale supérieure, en remplacement de M. le docteur Bourdon, décédé.

— M. Treille, médecin-inspecteur du service de santé des colonies, part en mission pour le Sénégal. Il embarquera, le 5 mars, sur le paquebot-poste partant de Bordeaux, et sera accompagné de M. le médecin de première classe Roussin.

— *Faculté de médecine de Nancy*. — M. le docteur Sterne est institué chef de clinique médicale, en remplacement de M. Specker, dont le temps d'exercice est expiré. — Un congé, sans

traitement, du 1er février au 1er novembre 1892, est accordé, sur sa demande, à M. Sterne, chef de clinique médicale.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Thézée est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Dijon.* — M. le professeur Deroy est maintenu dans leurs fonctions de directeur de l'École.

— MM. Imbert et Truc, professeurs à la Faculté de médecine de Montpellier, sont nommés médecins oculistes du lycée de Montpellier.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 21 février 1892, à neuf heures et demie très précises du matin, à la nouvelle Sorbonne (entrée rue Saint-Jacques).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des lichénifications des téguments.

Par M. le docteur L. BROCQ,
Médecin des hôpitaux.

I

EXPOSÉ DE LA QUESTION

Quand on veut étudier, dans les divers traités de dermatologie, la question du lichen, on est extrêmement frappé de voir que ce mot n'a plus du tout la même signification, suivant que l'on prend les vieux auteurs anglais et français, tels que Willan, Bateman, Biett, Cazenave, Schedel, Rayer, Devergie, Gibert, Bazin, ou suivant que l'on consulte les ouvrages du chef de l'école de Vienne, Ferdinand Hébra, et ceux de ses nombreux disciples.

Pour les premiers, les lichens étaient des dermatoses caractérisées à leur période d'état par des papules agglomérées ou discrètes plus ou moins prurigineuses, et s'accompagnant, à une certaine période de leur évolution, d'un épaississement de la peau avec exagération de ses plis naturels. Cette définition trop vague les avait entraînés à ranger dans ce groupe les affections les plus diverses. Aussi cette conception des lichens n'a-t-elle pu résister à la critique. On a démontré que leur *lichen pilaris* devait être rangé à côté de l'ichthyose sous le nom de kératose pilaire; que leur *lichen urticatus* devait être rattaché à l'urticaire; leur *lichen tropicus* aux éruptions sudorales, etc. S'inspirant de certains de leurs travaux, Hébra a cependant dégagé de leur *lichen agrius*, de leur *prurigo mitis et formicans*, une entité morbide distincte à laquelle il a donné le nom de *prurigo* (prurigo de Hébra de M. le docteur E. Besnier). Tous les autres faits, décrits sous le nom de *lichen simplex aigu* ou *chronique*, de *lichen circonscrit*, etc., il les range dans les eczémas.

De telle sorte que, pour le chef de l'école de Vienne, les anciens lichens n'existent plus comme groupe morbide; il ne décrit plus sous ce nom que des dermatoses qui ne sont pas simplement accompagnées de la formation de papules, mais qui sont aussi caractérisées par ce fait que ces papules ont une forme typique et qu'elles persistent pendant tout le cours de l'affection sans jamais se transformer en efflorescences d'un degré supérieur, telles que vésicules ou pustules; elles accomplissent toute leur évolution comme papules (Hebra et Kaposi).

Le mot *lichen* est dès lors réservé par l'école de Vienne pour désigner deux affections : 1° le *lichen scrofulosorum*, qui n'est en réalité qu'une folliculite pilo-sébacée; 2° le *lichen ruber* et ses diverses variétés : *lichen ruber planus*, *acuminatus*, *obtusus*, *moniliformis*, *corneus*, *atrophicus*, etc.

Cette réforme radicale de l'école de Vienne a été acceptée, presque sans discussion, par tous les dermatologistes français et étrangers. Seul, notre excellent et très honoré maître, M. le docteur E. Vidal, a fait entendre, en 1886 et 1889, d'énergiques protestations.

Nous avons repris l'étude de cette question depuis 1886, et, dans une série d'articles, dont l'un (1) a été fait en collaboration avec notre excellent ami, M. le docteur Jacquet, nous croyons avoir démontré que la simplification proposée par l'école de Vienne, simplification qui est actuellement adoptée de tous, est vraiment beaucoup trop radicale, qu'elle ne saurait s'accorder avec des faits d'observation journalière, et que l'étude des anciens lichens doit être reprise sur des bases nouvelles.

Dans ce qui va suivre, nous laisserons complètement de côté les lichens ruber, sur lesquels tout le monde est actuellement d'accord, et nous exposerons en quelques mots comment nous croyons qu'on doit concevoir les faits complexes qui ont été rangés par les anciens auteurs dans le groupe des lichens.

II

THÉORIE DE LA LICHÉNIFICATION DES TÉGUMENTS

Lorsqu'on exerce sans cesse un traumatisme quelconque sur un point précis de la peau, cette peau ainsi traumatisée subit peu à peu des modifications dans son aspect, sa texture, son fonctionnement. C'est ainsi que se développent peu à peu les diverses lésions cutanées professionnelles, les altérations dermiques dues à la compression des corsets, des bandages herniaires, etc. Or, quand on n'a plus affaire à une peau normale, mais à une peau en état morbide, les traumatismes que l'on exerce sur elle produisent parfois des modifications bien plus rapides et bien plus profondes.

(1) Note pour servir à l'histoire des névrodermites.

En particulier, dans les cas si fréquents où l'on éprouve des démangeaisons, si l'on traumatise incessamment l'endroit prurigineux en se grattant soit avec les ongles, soit avec les vêtements, soit avec un instrument quelconque, on peut déterminer, comme l'a fort bien prouvé M. Jacquet, avec une assez grande rapidité, des altérations cutanées qui consistent essentiellement en une inflammation chronique des téguments. C'est ainsi que le derme s'infiltre peu à peu d'éléments embryonnaires, qu'il s'épaissit, devient dur et rugueux, les papilles s'hypertrophient, se groupent même parfois de façon à simuler des papules assez irrégulières et inégales, n'ayant aucune relation ni avec l'appareil sébacéo-pilaire, ni avec l'appareil sudoripare. Bientôt la peau offre un aspect assez spécial, caractérisé par de l'exagération de ses plis naturels, qui forment une sorte de quadrillage à mailles plus ou moins larges et régulières, et par une infiltration plus ou moins accentuée des téguments, qui ont perdu leur souplesse et leur consistance normales. *Tel est le processus morbide auquel je donne le nom de* LICHÉNIFICATION.

Mais toutes les personnes qui ont du prurit et qui se grattent n'arrivent pas à lichénifier leurs régions malades avec une égale rapidité. Il semble, d'une part, qu'il y ait des affections cutanées qui modifient la vitalité ou la nutrition des tissus de telle sorte que la lichénification se produit avec la plus grande facilité chez ceux qui en sont atteints, alors que, dans d'autres maladies prurigineuses, la résistance des téguments aux traumatismes semble être normale ou même augmentée. D'autre part, il y a des sujets qui paraissent être plus prédisposés que d'autres à voir leurs téguments subir les modifications que je viens de décrire.

Donc, par cela seul qu'un malade est atteint de prurit en un point quelconque du corps, et qu'il se gratte pendant un certain temps, il ne faut pas croire que les régions intéressées vont sûrement se lichénifier : il faut, de plus, pour que le processus de la lichénification se produise, que la maladie, cause du prurit, prédispose à la lichénification, et, jusqu'à un certain point, que le malade y soit lui-même prédisposé.

Or, et c'est là le point capital de cette question, *la lichénification peut se produire soit d'emblée sur une peau saine du moins objectivement, soit sur une peau déjà atteinte d'une dermatose antérieure. Dans le premier cas, nous dirons que la lichénification est primitive ou que l'état lichénoïde est pur; dans le deuxième cas, nous dirons que la lichénification est secondaire ou que l'état lichénoïde est un épiphénomène, une complication.*

En somme, la lichénification peut s'observer dans les états morbides les plus divers, et elle ne doit être considérée que comme un syndrome : elle ne peut donc caractériser, à elle seule, un groupe pathologique bien défini et devenir la base d'une classification. C'est pour ne pas en avoir compris la valeur réelle que les dermatologistes ont commis tant d'erreurs à son égard. Les uns, la voyant coïncider de la manière la plus nette avec une autre dermatose bien définie, et en particulier avec l'eczéma, ont cru que dans tous les cas elle se reliait à cette dermatose et l'ont considérée comme une simple variété d'eczéma; les autres, ayant observé des faits incontestables dans lesquels ce processus de la lichénification s'était produit d'emblée sans autre dermatose antérieure, lui ont attribué trop d'importance intrinsèque et ont eu trop de tendance à faire, de tous les cas divers dans lesquels ils le constataient, des variétés à part d'une grande dermatose à laquelle ils donnaient le nom de lichen. Telle est la clef de toutes les confusions qui ont obscurci cette question.

Si l'on a bien compris ce qui précède, on voit que les seules affections qui soient vraiment dignes du nom de lichen, au sens ancien du mot, sont celles qui forment notre premier groupe des lichénifications primitives; celles qui forment le deuxième groupe, beaucoup plus considérable, des lichénifications secondaires, ne sont pas de vrais lichens, mais des *dermatoses lichénifiées*.

III

A. — LICHÉNIFICATIONS PRIMITIVES

Les lichénifications primitives sont caractérisées par ce fait majeur que les premiers phénomènes morbides qui se produisent consistent essentiellement en des sensations douloureuses de prurit. Les régions malades ne présentent tout d'abord aucune lésion objective, mais elles sont prurigineuses. Le sujet les gratte, les traumatise, et peu à peu les téguments se lichénifient. L'état lichénoïde est ici absolument pur.

On peut les diviser en deux grandes catégories, selon qu'elles sont circonscrites ou diffuses.

a. LICHÉNIFICATIONS PRIMITIVES CIRCONSCRITES. — *Symptômes.* — Cette première variété correspond au lichen circumscriptus des anciens auteurs : c'est le lichen simplex de M. le docteur E. Vidal. Elle est caractérisée à la période d'état par des sortes de plaques plus ou moins nettement limitées, uniques ou multiples, parfois symétriques.

Dans certains cas assez rares, dans lesquels la lésion semble en quelque sorte offrir le type le plus complet, il est possible de distinguer à ces plaques trois zones concentriques.

La *première zone*, ou *zone externe*, est caractérisée par une légère pigmentation d'un brun jaunâtre, parfois par une coloration rosée. En la regardant de fort près, on voit que les papilles du derme ont subi à son niveau une hypertrophie notable et qu'elles lui donnent un aspect légèrement velvétique. Elle présente un quadrillage fin et serré, constitué par deux séries de sillons parallèles à angle droit ou aigu, de façon à limiter des carrés ou des losanges minuscules. Le bord externe de cette zone peu net se confond avec la peau saine; la lésion augmente graduellement d'intensité jusqu'au bord interne, qui se continue avec la zone moyenne. Cette *zone externe*, ou d'*hypertrophie papillaire commençante*, manque souvent; elle n'est donc nullement caractéristique.

La *deuxième zone* ou *zone moyenne*, *zone papuleuse*, qui, d'après ce que nous venons de dire, est assez souvent la zone externe, peut, elle aussi, manquer totalement. Mais, dans ce cas, elle a presque toujours existé pendant les premières phases de la maladie et n'a disparu que peu à peu, par suite du progrès de la lésion. Elle est essentiellement caractérisée par des sortes de petits éléments papuleux, irréguliers de formes et de contours, le plus souvent arrondis et hérissés de toutes petites saillies correspondant au sommet des papilles du derme hypertrophiées, accolées les unes aux autres; parfois, ils sont aplatis, brillants à leur sommet et simulent des éléments de lichen plan; parfois, ils sont recouverts de squames grisâtres adhérentes; parfois, ils sont excoriés à leur sommet et y portent une croûtelle brunâtre sanguinolente; leur volume varie de celui d'une

petite à celui d'une grosse tête d'épingle; leur teinte est rose pâle, rose brunâtre, quelquefois grisâtre; ils n'ont aucun rapport avec les follicules pileux. Ces sortes de papules peuvent exister seules, diversement groupées, çà et là disséminées sur un espace circonscrit : elles constituent ainsi la plaque de lichen à l'exclusion de tout autre élément morbide; par contre, elles peuvent devenir confluentes et se confondre en une masse unique pour former une plaque d'infiltration : dans ce cas, on trouve d'ordinaire des papules disséminées à la périphérie de la plaque infiltrée.

C'est cette infiltration en masse des téguments qui constitue la *troisième zone*, ou *zone interne, zone d'infiltration des plaques typiques*. C'est le plus haut degré de l'affection : elle peut exister seule, surtout lorsque la dermatose est depuis un certain temps stationnaire. Elle est caractérisée par une infiltration et un épaississement marqués des téguments, qui présentent un quadrillage composé de deux séries de sillons parallèles, se croisant à angle droit ou aigu et formant des mailles d'autant plus larges que les téguments sont plus épaissis. Sa coloration varie du rose pâle au rouge un peu sombre : elle est parfois pigmentée, parfois comme décolorée. A sa surface se voient des squames d'un gris blanchâtre, furfuracées, adhérentes aux parties sous-jacentes, ou des croûtelles recouvrant des excoriations dues au grattage.

Au point de vue objectif, la plaque débute par un peu de rougeur, puis par de l'hypertrophie papillaire disposée soit en nappe presque uniforme, soit en îlots pseudo-papuleux, puis le derme s'épaissit, s'infiltre, et la lichénification se constitue.

La forme de ces plaques est variable; le plus souvent ovalaires, elles peuvent être triangulaires, semi-lunaires, franchement irrégulières.

Leurs sièges de prédilection sont le cou, les aines, la partie interne et supérieure des cuisses, la rainure interfessière, les poignets, la partie antéro-inférieure des avant-bras, les aisselles, les creux poplités, la paume des mains, la plante des pieds, la région lombaire, enfin le cuir chevelu.

Le caractère majeur de ces lésions est incontestablement le prurit dont elles sont le siège, prurit parfois incessant, plus souvent intermittent, mais qui préexiste toujours à l'éruption cutanée. Lorsque l'affection doit disparaître, le prurit cesse, puis la lésion cutanée s'efface graduellement. Cette influence du traumatisme, c'est-à-dire du grattage, suite du prurit, sur la production de l'éruption, est telle qu'il suffit d'envelopper la région malade et de la soustraire, pendant quelque temps, à toute action des agents extérieurs pour voir les lésions s'affaisser avec rapidité (Jacquet).

Anatomie pathologique. — D'ailleurs, l'anatomie pathologique prouve la vérité des vues précédentes en montrant que ces modifications des téguments ne sont dues qu'à des lésions d'inflammation banale de la peau, à une simple dermite.

Étiologie. — D'autre part, l'étude des antécédents personnels et héréditaires des personnes qui sont atteintes de cette affection nous apprend qu'elle se développe surtout chez des névropathes ayant des professions sédentaires, sous l'influence de violentes perturbations du système nerveux, de chagrins, d'émotions, de frayeurs, etc. Elle peut coïncider avec des névroses bien définies, telles que l'hystérie par exemple. Les personnes qui en sont atteintes ont fort souvent un tempérament arthritique en même temps que nerveux, et elles peuvent même parfois voir se produire des alternances entre les lésions cutanées et certaines déterminations viscérales, telles que des névralgies, des bronchites, des accès d'asthme, des crises d'hystérie.

En résumé, les caractères pathognomoniques de cette lichénification primitive circonscrite des téguments, de ce lichen simplex chronique, sont : 1° le nervosisme des sujets qui en sont atteints; 2° l'antériorité du prurit à l'éruption; 3° les caractères mêmes de cette éruption, qui n'est qu'une simple dermite, qui est circonscrite en placards et d'une sécheresse absolue; 4° la marche chronique, rebelle, de cette dermatose, et sa tendance aux récidives. C'est donc une affection vraiment digne, ainsi que M. le docteur Jacquet et moi nous l'avons établi, du nom de *névrodermite circonscrite*, distincte de l'eczéma vulgaire, du lichen planus et du prurigo de Hébra.

b. Lichénifications primitives diffuses. — Ce groupe est, à mon sens, des plus importants : il est encore fort mal connu. J'en ai commencé l'étude, il y a quelques mois à peine, en décrivant pour la première fois une variété de *lichénification primitive diffuse* que l'on pourrait désigner sous le nom d'*essentielle.*

Les personnes qui en sont atteintes éprouvent d'abord du prurit en certains points du corps, le plus souvent symétriques et d'une grande étendue. Ce prurit peut exister seul sans autre phénomène morbide pendant un temps assez long, puis, peu à peu, sous l'influence des grattages et des traumatismes divers, les téguments subissent des modifications d'autant plus promptes et plus accentuées, que la prédisposition du malade à la lichénification est plus marquée.

On voit alors se produire le plus souvent des sortes de petites papules, brillantes, aplaties, sans relief aucun, presque sans couleur, assez semblables à de minuscules papules avortées de lichen planus. Parfois alors le prurit cesse et tout rentre dans l'ordre; mais, si le prurit persiste assez longtemps, les lésions cutanées s'accentuent, l'hypertrophie papillaire devient plus marquée, le derme s'infiltre, s'épaissit; les téguments présentent un quadrillage d'abord presque imperceptible, puis, de plus en plus net; à leur surface se voit une sorte de piqueté que l'on croirait, au premier abord, dû à des vésicules, mais au niveau duquel il est impossible par le grattage d'obtenir le moindre suintement; il est, au contraire, facile de se convaincre qu'il est uniquement constitué par des saillies papillaires. Les téguments ont parfois une teinte rosée, plus souvent une teinte grisâtre ou légèrement pigmentée; l'éruption est disposée en vastes nappes diffuses sans limites précises, ou en placards peu étendus, mais très multiples, reliés entre eux par des lésions moins accentuées, disséminées sur des parties de peau encore saines en apparence. Le tout ressemble, au premier abord, à un eczéma lichénoïde diffus.

C'est, en somme, une véritable névrodermite diffuse, presque toujours à allures aiguës ou subaiguës, beaucoup plus rarement chronique, et qui peut, d'ailleurs, se produire, soit chez des sujets indemnes de toute autre dermatose, soit chez des sujets déjà atteints de plaques de lichen simplex chronique : l'anatomie pathologique et l'étiologie de cette affection sont les mêmes que celles des lichénifications primitives circonscrites.

Si l'on a bien compris ce qui précède, il est facile de concevoir toute l'importance de ce groupe morbide. En effet, les affections décrites sous le nom de prurits généralisés ou disséminés et qui se compliquent de lichénifications des téguments doivent y rentrer. Le *prurit sénile* ne peut y être rangé, car cette névrose cutanée a pour grande caractéristique de n'être nullement lichénifiante : les téguments supportent d'incessants traumatismes sans paraître le moindrement lésés; cependant, dans quelques cas des plus intenses et des plus invétérés, ils peuvent s'épaissir et se modifier en quelques points. Par contre, je serais fortement tenté d'y ranger le *prurit d'hiver*, qui se complique rapidement, comme on le sait, de lésions cutanées assez considérables.

IV

B. — LICHÉNIFICATIONS SECONDAIRES A UNE DERMATOSE PRÉEXISTANTE

Ces lésions sont d'une extrême fréquence : elles sont tellement banales qu'elles attirent presque exclusivement l'attention, et qu'elles ont fait méconnaître l'existence des lichénifications primitives.

En effet, presque toutes les affections prurigineuses de la peau, dont les manifestations sont assez fixes, donnent lieu à d'importants traumatismes, car le malade gratte sans cesse les lésions cutanées qui se compliquent par suite, au bout d'un certain temps, d'une lichénification des téguments.

Pour que ces états lichénoïdes secondaires puissent se produire, il faut que les conditions pathogéniques productrices des états lichénoïdes primitifs se trouvent remplies : il faut que l'affection cutanée primitive soit prurigineuse, qu'elle occupe, un espace de temps suffisant, une même région des téguments, de telle sorte que cette région soit assez longtemps soumise aux actions traumatiques lichénifiantes; enfin, il faut, jusqu'à un certain point, que le sujet soit lui-même prédisposé à la lichénification.

Lichénifications dans les eczémas. — Ces conditions diverses se rencontrent très fréquemment dans l'eczéma chronique, surtout lorsqu'il est localisé au cou, aux parties génitales, au podex, à la face externe des membres, des membres inférieurs, en particulier. L'éruption vésiculeuse suintante se produit; elle est prurigineuse; le malade se frotte, se gratte presque incessamment; peu à peu les téguments traumatisés s'enflamment de plus en plus, s'épaississent, s'indurent, se lichénifient, et il se produit ainsi des plaques dures, rugueuses, sans souplesse, épaisses, sillonnées de quadrillages plus ou moins complets et réguliers, lichénifiées en un mot, mais sur lesquelles existent en même temps, çà et là disséminés, des vésicules, du suintement, des croûtelles, c'est-à-dire un état eczémateux. C'est l'eczéma lichénoïde des auteurs, que l'on devrait appeler *eczéma lichénifié*.

Lichénifications dans les éruptions artificielles, le psoriasis, le lichen ruber. — On observe encore le même processus dans certaines éruptions artificielles, dans certains cas de psoriasis prurigineux où, sous l'influence du grattage, on voit les téguments s'épaissir, s'indurer, perdre leur aspect typique de psoriasis; dans certains cas de lichen ruber planus où la lichénification secondaire des téguments transforme complètement l'éruption primitive qui devient méconnaissable, etc.

Lichénifications dans le prurigo de Hébra. — Mais l'affection, où cette complication atteint son maximum d'importance, est incontestablement celle que Hébra a décrite sous le nom de prurigo et à laquelle M. le docteur E. Vidal a donné le nom bien caractéristique de lichen polymorphe ferox (lichen polymorphe chronique ou prurigo de Hébra).

Premier type morbide du prurigo de Hébra. — On sait que cette dermatose est des plus rebelles, d'une ténacité désespérante : elle débute fort souvent dans le jeune âge vers huit à dix mois, à l'époque de la première dentition, mais elle peut aussi apparaître beaucoup plus tard. Elle revêt souvent, dans ses phases initiales, surtout chez les enfants, l'aspect de l'urticaire ou celui de cette éruption à laquelle on a donné le nom de strophulus pruriginosus. Dans ce cas elle est constituée, tout d'abord, par des papules assez volumineuses, d'un blanc rosé, ayant parfois une aréole rose, souvent excoriées au sommet, qui seraient, pour M. le professeur Hardy, des éléments de strophulus, et par de petites papules rouges à sommet recouvert d'une croûtelle noirâtre, qui seraient pour lui des papules de prurigo vrai. L'élément strophulus ou urticarien est assez abondant au début, mais, peu à peu, il est remplacé par l'élément prurigo (Hardy). En général, la maladie ne revêt ses caractères distinctifs, chez les enfants, que vers l'âge de deux ou trois ans, souvent même plus tard.

Les relations de cette affection avec l'urticaire sont des plus étroites : les sujets qui seront atteints, plus tard, de prurigo de Hébra commencent souvent par avoir des poussées fréquentes ou même subintrantes d'urticaire rebelle. Quand la maladie est confirmée, ils restent prédisposés à l'urticaire.

L'élément essentiel, primitif de l'affection, semble être, bien nettement, des sortes de papules pâles, pour la plupart urticariennes, et qui deviennent rouges et saillantes par le grattage. Elles prédominent à la face externe des membres, sur les fesses; elles se montrent plus rarement à la figure. Le malade les excorie, car elles sont fort prurigineuses; il s'en produit incessamment de nouvelles, et, peu à peu, la peau irritée, traumatisée, s'épaissit, s'infiltre, se lichénifie. Il se forme ainsi des plaques d'un rouge brunâtre, irrégulières, à bords peu nets, au niveau desquelles les téguments sont indurés, enflammés, parfois suintants, et autour desquels on retrouve des éléments papuleux disséminés. Les ganglions correspondant aux régions malades, surtout ceux du pli de l'aine, sont tuméfiés et indolents.

L'éruption présente de temps en temps des poussées aiguës, en particulier pendant l'hiver et vers le printemps : il peut même survenir çà et là des pustules d'impétigo ou d'ecthyma qui compliquent l'éruption et contribuent parfois à rendre le diagnostic encore plus difficile. Puis, après une durée plus ou moins longue, le prurit se calme, les phénomènes inflammatoires se dissipent et l'affection reprend son aspect habituel.

Deuxième type morbide du prurigo de Hébra. — A côté du type morbide dont nous venons d'esquisser la physionomie générale, qu'en France on a maintenant l'habitude de désigner sous le nom de prurigo de Hébra, et qui se rapporte en grande partie à ce qu'on appelait autrefois le lichen agrius et l'eczéma lichénoïde, il en existe un autre que les dermatologistes modernes semblent avoir aussi de la tendance à ranger dans le prurigo de Hébra, qui, pour

quelques auteurs étrangers, constituerait seul ce prurigo, et qui correspond à ce que les anciens dermatologistes désignaient sous le nom de prurigo ferox.

D'après nous, ce deuxième type morbide est fort net, tout à fait distinct du précédent. Il est objectivement caractérisé par une éruption éminemment rebelle et chronique de papules assez volumineuses, variant comme dimensions de celles d'un tout petit pois à celles d'une petite noisette, d'un rouge pâle, parfois d'un rouge vif, parfois couronnées d'une vésicule, parfois suppurées et formant alors une pustule à base solide d'un rouge vif. Elles évoluent par poussées successives espacées ou bien subintrantes, et sont disséminées çà et là sans aucun ordre sur tout le corps, et même sur la face et le cuir chevelu.

Leur caractère le plus saillant est de s'accompagner d'un prurit d'une intensité telle que les malades n'ont aucun repos, que, parfois, ils ont des crises nerveuses de la plus grande violence, et qu'ils se mettent le corps littéralement en sang.

Ce qu'il y a de très remarquable dans cette deuxième forme du prurigo, c'est que la tendance à la lichénification des téguments est bien moins marquée que dans la première. Certes, la peau peut s'épaissir, s'indurer sous l'action des grattages, se pigmenter même quelque peu, mais jamais il n'y a formation des larges plaques lichénoïdes caractéristiques de notre premier type du prurigo de Hébra; c'est à peine si, en certains points, et chez certains sujets, il en existe de toutes petites. J'ai vu des cas dans lesquels, bien que l'affection évoluât déjà depuis plusieurs années, il n'y avait pas la moindre trace de lichénification.

Cette forme s'observe surtout chez les jeunes gens et chez les adultes, en particulier chez des femmes névropathes ayant des affections utérines chroniques. Il est vrai que les hommes peuvent, eux aussi, en être atteints.

Pronostic du prurigo de Hébra. — Il n'est pas rare de voir le prurigo de Hébra persister pendant une grande partie de la vie. Hébra l'a déclaré incurable. Cependant, il présente fréquemment des périodes d'accalmie assez prolongées pendant lesquelles il ne reste plus qu'un peu d'épaississement des téguments ou de desquamation superficielle en certains points du corps. J'ai vu même le prurigo de Hébra disparaître complètement chez des malades qui avaient été longuement et soigneusement traités. Il est vrai qu'ils sont toujours exposés aux récidives.

Anatomie pathologique. — D'après MM. Leloir et Tavernier, l'élément initial du prurigo de Hébra serait une lésion *sui generis* caractérisée par la formation d'une sorte de cavité kystique dans le corps de Malpighi, cavité qui renfermerait un liquide clair, quelques cellules épithéliales altérées et quelques rares globules blancs.

Étiologie. — L'étiologie de la première forme du prurigo de Hébra semble être fort complexe. D'après notre observation personnelle, les sujets qui en sont atteints sont presque toujours issus d'arthritiques nerveux, parfois de syphilitiques. Ils sont, eux-mêmes, fort impressionnables : leur système nerveux est d'une grande excitabilité. Ils ont, de plus, une certaine teinte, plus ou moins marquée, de lymphatisme : ils répondent assez bien au type créé, par Bazin, sous le nom de scrofule irritable. Je serais tenté de dire, d'après les faits que j'ai observés, que le prurigo de Hébra est le résultat d'une sorte de métissage de lymphatisme, d'arthritisme et de nervosisme. Ces malades ont souvent de l'emphysème pulmonaire, des accès d'oppression pseudo-asthmatiques; ils présentent des alternances fréquentes entre les phénomènes cutanés et thoraciques.

On a aussi incriminé dans la pathogénie de cette affection l'alimentation et l'encombrement. L'alimentation joue un rôle dans la production des poussées éruptives, c'est certain. Aussi, doit-on conseiller à ces malades une hygiène des plus sévères : presque toujours le début de la dermatose chez les tout jeunes enfants coïncide avec des écarts de régime ou avec une alimentation des plus défectueuses.

Par contre, nous ne croyons pas à l'influence réelle de l'encombrement. Le prurigo de Hébra est relativement fréquent en ville, dans la clientèle riche, chez des sujets qui ont toujours été élevés dans des conditions irréprochables d'habitat.

Comment doit-on comprendre le prurigo de Hébra? — Nous devons maintenant examiner une question d'une grande importance théorique, et qui consiste à décider s'il convient réellement de ranger, comme nous l'avons fait, le prurigo de Hébra dans nos lichénifications secondaires. N'est-ce pas, en réalité, une lichénification primitive?

Cette affection survient chez des névropathes, elle se caractérise avant tout par un prurit des plus accentués, prurit qui très probablement précède l'éruption, qui tout au moins l'accompagne. Cette éruption tend à diminuer, et même à disparaître, par l'enveloppement. Il semble donc qu'ici encore (Jacquet) l'influence du traumatisme sur la genèse des manifestations cutanées soit des plus importantes. En réalité, le prurigo de Hébra est bien une névrodermite, mais une névrodermite spéciale.

Tous ces arguments sont excellents, et, pour notre part, d'ailleurs, c'est bien ainsi que nous comprenons cette dermatose. Mais si nous étudions de très près l'éruption du prurigo, nous voyons que sa première manifestation est un élément urticarien (sans être un élément d'urticaire vulgaire), papuleux, spécial au point de vue histologique (voir plus haut), qui semble, en un mot, du moins dans l'état actuel de la science, avoir en lui quelque chose d'absolument caractéristique. Ce serait donc cet élément papuleux du début (du moins pour la plupart des dermatologistes actuels, et jusqu'à plus ample informé) qui serait l'élément constitutif, pathognomonique, du prurigo. Dès qu'il se montre, la maladie est constituée. Or, à ce moment-là, il n'y a point de lichénification dermique; cette lichénification ne survient que dans une période ultérieure, lorsque les traumatismes exercés ont été suffisants pour lui donner naissance. Elle n'est donc pas ici, comme dans nos lichénifications primitives, la manifestation éruptive première et unique de la dermatose.

En réalité, elle est ici *secondaire* à une autre éruption préexistante, bien que cette éruption préexistante soit, elle aussi, essentiellement prurigineuse, et peut-être déterminée par le grattage.

Tout cela est assez subtil, et cependant, si l'on veut bien réfléchir quelque peu à ces questions, il est facile de voir combien ces deux grandes classes de névrodermites, lichénifications primitives, prurigo de Hébra, sont en réalité distinctes l'une de l'autre. Dans nos lichénifications primitives, je le répète, le prurit survient, le malade se gratte, et, peu à peu, d'emblée, sans intervention d'une lésion élémentaire spéciale quelconque, la peau se lichénifie. Dans

le prurigo de Hébra le prurit survient, le malade se gratte, il apparaît tout d'abord une lésion élémentaire spéciale, la papule particulière sur laquelle nous avons tant insisté, et ce n'est que plus tard que la lichénification se produit, lorsqu'elle doit se produire; or, elle peut ne pas le faire.

Telles sont les considérations qui, jusqu'à plus ample informé, nous ont déterminé à ranger les lichénifications du prurigo de Hébra dans nos lichénifications secondaires, quoique nous fassions rentrer cette affection dans nos névrodermites.

V

DIAGNOSTIC DES LICHÉNIFICATIONS DES TÉGUMENTS

Ce qui précède permet de comprendre toute l'importance de la notion de la lichénification des téguments pour l'interprétation de cas qui paraissent, au premier abord, complexes, insolites, atypiques.

Toutes les fois qu'on observe ce syndrome, on doit avoir pour unique préoccupation de s'efforcer de trouver l'élément primitif, la lésion élémentaire, le mode de début de l'affection. Il faut donc, pour arriver à poser un diagnostic exact, faire abstraction de l'élément lichénification. Il faut chercher, avant tout, par les commémoratifs, par l'exploration patiente de l'éruption et de toute la surface des téguments, si cet élément est surajouté à une dermatose antérieure, et à quelle dermatose. Si l'on ne trouve aucun vestige de dermatose antérieure; si l'on ne peut découvrir de lésion élémentaire permettant de porter un diagnostic précis d'eczéma lichénifié, de lichen ruber, d'éruption artificielle professionnelle, de prurigo de Hébra, etc., on pensera à une lichénification primitive, à une névrodermite pure.

Rien n'est d'ailleurs plus difficile que cette enquête, dans la majorité des cas. Il y a certaines causes d'erreur de diagnostic contre lesquelles il faut être prévenu. C'est ainsi que l'on aurait tort, d'après moi, de ranger indistinctement dans les lichénifications secondaires, dans les eczémas lichénifiés, tous les cas dans lesquels, à un moment quelconque de l'évolution de la dermatose, on a vu survenir un peu de suintement eczématiforme. Si l'on posait en principe que toute éruption lichénoïde qui, à un moment quelconque de son évolution, a présenté du suintement, doit être considérée comme un eczéma compliqué de lichénification secondaire, ce serait là un schéma vraiment bien commode; malheureusement, il ne serait pas exact. Une lichénification primitive, une plaque vraiment digne du nom de névrodermite circonscrite, peut fort bien, à un moment donné, chez des sujets prédisposés et sous l'influence de traumatismes, se compliquer de quelques vésicules, et d'un suintement séreux ou séro-sanguinolent, lequel se concrète en croûtelles; mais c'est là un simple épiphénomène, un accident pour ainsi dire dans la marche générale de l'affection, qui est toujours sèche et qui a débuté par du prurit prééruptif. Il semble donc que, de même que l'eczéma peut se compliquer de lichénifications du derme, les lichénifications primitives peuvent, elles aussi, se compliquer, à certains moments de leur évolution, d'éruptions eczématiformes. D'ailleurs, par cela seul que l'on observe au niveau d'une dermatose des vésicules et du suintement, cela ne veut pas dire qu'il s'agisse réellement d'un eczéma dans le sens assez spécial que l'on doit, d'après nous, attacher à ce mot. En effet, ces symptômes peuvent se rencontrer dans d'autres dermatoses bien définies, en particulier dans le prurigo de Hébra, que la grande majorité des auteurs considèrent, à l'heure actuelle, comme bien distinct des eczémas vrais.

On voit donc que, pour arriver à une conception précise des affections que nous étudions, il ne faut pas se laisser uniquement guider par l'aspect extérieur qui peut n'être, en somme, qu'accidentel: il faut tenir compte de l'ensemble de la maladie, de sa pathogénie, de son évolution, de ses symptômes subjectifs, etc., et décider, d'après la résultante générale de ces données. Ici, comme toujours d'ailleurs, on ne doit pas faire œuvre aveugle d'analyste minutieux de la lésion locale à un seul moment de la dermatose; il faut remonter plus haut, faire abstraction des éruptions surajoutées, tâcher de retrouver la lésion élémentaire primitive de l'affection, et démêler ainsi, par une étude approfondie et intelligente du cas, la nature réelle de la maladie.

Quel que soit, d'ailleurs, le diagnostic précis auquel on arrive, il est certain que la présence de la lichénification dans une dermatose, indique tout d'abord l'existence d'une excitabilité cutanée accentuée; cette excitabilité s'est traduite par un prurit marqué, et le prurit a eu pour conséquence forcée des grattages, c'est-à-dire des traumatismes incessants. Il découle donc, de la simple constatation de cette lichénification, des indications thérapeutiques d'une importance considérable, que nous allons brièvement exposer.

VI

TRAITEMENT GÉNÉRAL DES LICHÉNIFICATIONS DES TÉGUMENTS

Traitement interne. — On doit avant tout s'efforcer de modifier l'excitabilité du système nerveux et celle des téguments. On surveillera l'alimentation; on interdira le café, les liqueurs, les boissons alcooliques, les poissons et les coquilles de mer, les crustacés, les fromages salés et fermentés, les aliments trop épicés. Dans certains cas des plus rebelles, je crois que le régime lacté absolu, longtemps continué, peut donner d'excellents résultats ; mais, lorsque les malades ont de la répugnance à l'accepter, il faut, pour en arriver à prendre une détermination aussi radicale, qu'il s'agisse vraiment d'une grande dermatose dont l'intensité trouble profondément l'équilibre général de l'économie.

On recommandera aux malades d'éviter, autant qu'ils le pourront, toutes les causes d'excitation nerveuse auxquelles ils peuvent être exposés, excès de toute nature, veilles, surmenage, affaires compliquées, etc., ils devront se mettre, autant que le comportent les nécessités de la vie, dans de bonnes conditions de calme, de tranquillité, de repos intellectuel et moral.

Il faut même ne pas craindre d'intervenir par des moyens médicaux, et employer, s'il en est besoin, les sédatifs énergiques du système nerveux, les préparations de valériane et les valérianates, les bromures, l'hydrothérapie et en particulier les douches chaudes (de 35 à 38 degrés), les révulsifs sur la colonne vertébrale.

Contre le prurit, je conseille avant tout de donner la teinture de belladone à doses fractionnées, de trois à douze gouttes par jour, en trois fois : en cas d'insuccès, on aura recours à l'acide phénique en pilules de 10 centigrammes (de trois à huit par jour). S'il existe un élément urticarien des plus nets, je prescris la quinine associée à l'ergotine, lorsque la belladone a été inefficace.

Je dois ajouter que l'arsenic, et en particulier l'arséniate de soude, semble bien agir dans certaines lichénifications. Chez les arthritiques, je l'associe d'ordinaire soit au benzoate de soude ou de lithine, soit au bicarbonate de soude. Il faut, d'ailleurs, qu'il soit bien toléré et qu'il ne cause ni maux d'estomac, ni diarrhée. En cas d'intolérance absolue du tube digestif pour ce médicament, on peut tenter de l'administrer par la voie sous-cutanée en injections hypodermiques.

Il m'a semblé que les eaux arsenicales de la Bourboule, employées à l'intérieur en boisson, à l'extérieur sous forme de bains et de douches chaudes, modifiaient heureusement les malades atteints de lichénifications dermiques. Leur action me paraît, en particulier, indiscutable dans le prurigo de Hébra, dont le traitement interne chez les enfants peut, d'après moi, être schématisé de la manière suivante : huile de foie de morue blanche ou blonde, de belle qualité, à haute dose, pendant tout l'hiver, arséniate de soude et saisons prolongées à la Bourboule pendant l'été, teinture de belladone pendant les crises prurigineuses; et, si l'état prurigineux persiste pendant fort longtemps très accentué, teinture de belladone trois ou quatre jours par semaine.

S'il s'agit d'adultes chez lesquels le nervosisme et l'état arthritique sont très marqués, on pourra leur conseiller de faire des saisons prolongées aux eaux sédatives de Néris, de Ragaz, de Schlangenbad, de Bains, de Luxeuil, etc., mais on ne doit pas trop compter, en les prescrivant, obtenir de bien grandes améliorations de la dermatose : cependant je les ai vues produire de bons effets.

Traitement local. — D'après ce que nous avons dit sur la pathogénie de ces affections, on comprend que la première indication du traitement local doit être de protéger les surfaces malades contre tous les traumatismes. On y arrivera, quand les téguments seront très enflammés, suintants, par des applications de cataplasmes de fécule de pomme de terre froids, par des enveloppements avec des tissus imperméables, caoutchouc, toile caoutchoutée, mackintosch, gutta-percha laminée, etc. Il est bon d'interposer, entre ces tissus et les téguments malades, des morceaux de tarlatane pliés en plusieurs doubles, que l'on imbibe d'une préparation anti-prurigineuse quelconque : on se servira pour cela soit d'eau de têtes de camomille légèrement phéniquée (au 150e, au 100e, au besoin au 50e), soit d'une solution de sublimé au 2000e ou au 1500e, soit d'une solution de cyanure de potassium au 1500e ou au 1000e. Les cataplasmes doivent être changés toutes les deux ou trois heures, car, au bout d'un certain temps d'application, ils deviennent plutôt nuisibles qu'utiles. C'est là un petit détail de pratique qui est peu connu. Lorsqu'on applique un cataplasme de fécule ou un pansement humide (enveloppement) sur une surface cutanée enflammée, ce topique agit très bien dans la majorité des cas pendant les premiers moments de l'application. Puis, il s'échauffe peu à peu au contact des parties enflammées, et, quand il est devenu brûlant, il n'est plus qu'une cause nouvelle d'irritation qui augmente à son tour les phénomènes inflammatoires. Il ne faut donc jamais, quand on a à traiter une dermatose très congestive, laisser appliqué à sa surface un cataplasme pendant toute une nuit. D'ailleurs le malade est averti du moment précis où il faut changer le pansement humide, par une vive sensation de chaleur et même de brûlure ; dès qu'il l'éprouve, il faut, sans tarder, enlever le topique.

Quand les parties malades ne sont pas très enflammées, ce qui est la règle dans la plupart des lichénifications primitives, les meilleurs pansements, de beaucoup, sont les emplâtres médicamenteux qui agissent à la fois comme topiques, par les substances qu'ils renferment, et comme moyens de protection, en empêchant les traumatismes de s'exercer sur les régions qu'ils recouvrent hermétiquement.

C'est M. le docteur E. Vidal qui est, le premier, entré dans cette voie. Ses emplâtres à l'huile de foie de morue sont excellents dans presque toutes les lichénifications dermiques; nous les recommandons surtout dans les lichénifications primitives, circonscrites, non irritables, et dans le prurigo de Hébra. Quand les tissus ne sont pas trop enflammés et ne suintent pas trop, on peut les laisser en place vingt-quatre et même quarante-huit heures, sinon on les change deux fois par jour. Il suffit, le plus souvent, de passer légèrement sur les surfaces malades de l'ouate hydrophile imbibée d'eau de têtes de camomille légèrement phéniquée, puis de remettre un nouveau morceau d'emplâtre : il ne faut pas s'efforcer, à chaque pansement, de nettoyer à fond les plaques malades, car ces irritations répétées seraient nuisibles. De temps en temps il est bon, cependant, de procéder à un nettoyage complet pour ne pas laisser s'accumuler sur les surfaces atteintes des débris épidermiques et des fragments de la masse emplastique. On y arrive assez facilement et sans exercer de grands traumatismes, en étalant du cold-cream ou du cérat frais sur les régions à nettoyer, en mélangeant doucement cette substance aux divers détritus que l'on veut enlever, puis, en râclant légèrement, avec une spatule, la surface des téguments.

Si l'emplâtre à l'huile de foie de morue pure ne calme pas suffisamment le prurit, on peut se servir d'emplâtres à l'huile de foie de morue dans lesquels on aura incorporé 1/10 ou 1/20 de naphtol, 1/40 ou 1/60 d'acide phénique.

Si l'emplâtre à l'huile de foie de morue détermine une certaine irritation des téguments, on le remplace par l'emplâtre à l'oxyde de zinc pur ou bien par l'emplâtre à l'oxyde de zinc additionné de 1/20 d'acide salicylique contre les épaississements épidermiques, ou de 1/40 ou de 1/60 d'essence de menthe contre le prurit.

Par contre, si l'emplâtre à l'huile de foie de morue n'irrite pas, mais reste presque inefficace, on parcourra successivement la gamme des emplâtres suivants : emplâtres à la résorcine au 20e, à l'ichthyol, à l'huile de cade, à l'acide salicylique, à l'acide pyrogallique, salicylé ou non, emplâtre rouge de M. le docteur E. Vidal, emplâtre de Vigo cum mercurio, pellicules à l'acide chrysophanique, emplâtres de savon mou de potasse, faits en étalant sur un morceau de flanelle une couche de ce savon délayé dans un peu d'alcool.

Si ces divers topiques irritent les plaques lichénifiées, on en suspend l'usage; on revient à des topiques plus doux; on calme même, au besoin, avec des bains émollients, desi cataplasmes, des glycérolés, puis on recommence l'emplo des topiques énergiques.

Mais ce traitement si commode par les emplâtres constitue un traitement de luxe, de grande ville ou d'hôpital. Il est, de plus, fort difficile à employer, quand la presque totalité des téguments est intéressée. Il trouve surtout son indication quand il s'agit de lichénifications circonscrites.

Voici ce que je conseille de faire quand on ne peut y avoir recours.

Il est bien évident qu'il sera toujours possible, en quelque endroit que ce soit, d'exécuter la première partie de la médication précédente, celle qui consiste à calmer les téguments irrités par des enveloppements de tissus imperméables ou par des applications de cataplasmes de fécule de pomme de terre froids, maintenant surtout que l'on est arrivé à fabriquer des cataplasmes de fécule de pomme de terre secs en plaques et en bandes, que l'on n'a qu'à tremper dans l'eau bouillante, puis qu'à laisser refroidir, ce qui simplifie singulièrement leur préparation et rend tout à fait facile et pratique leur usage. Les enveloppements pourront souvent être longtemps continués avec grand avantage : on obtient parfois la guérison par ce seul procédé.

Quand ils ne donneront plus d'effet utile, et quand les téguments ne seront plus irrités, on recouvrira matin et soir les parties malades d'une épaisse couche de pommade formée de 15 parties de vaseline pour 10 d'oxyde de zinc, dans laquelle on incorpore contre le prurit soit de 1/60 à 1/20 d'acide phénique, soit de 1/60 à 1/40 d'essence de menthe. On poudre par-dessus, avec de la poudre d'amidon (dans les plis avec de la poudre de talc et d'oxyde de zinc), et l'on obtient ainsi un enduit souple, adhérent, qui protège suffisamment les points malades et qui calme le prurit.

Quand on veut procéder à un nettoyage, on étale de la vaseline pure sur la région, on frotte doucement pour la mélanger à la pâte d'oxyde, puis on essuie.

Une autre préparation excellente est le glycérolé tartrique de M. le docteur E. Vidal, qui contient 1 gramme d'acide tartrique pour 20 grammes de glycérolé d'amidon à la glycérine neutre de Price. Elle calme le prurit et agit très heureusement contre l'infiltration dermique. Mais il ne faut l'employer que lorsqu'il n'y a pas de phénomènes inflammatoires marqués. Dans ce dernier cas, si le prurit est très intense, je prescris un glycérolé contenant 3 grammes d'acide tartrique, 2 grammes d'acide salicylique, 1 gramme d'acide phénique pour 54 grammes de glycérolé d'amidon : il m'a paru avoir une action des plus marquées sur les démangeaisons, sur les desquamations cutanées et sur l'induration lichénoïde.

Les pommades à base de glycérolé sont moins faciles à préparer et à appliquer que les pommades à base de vaseline, mais elles ont l'avantage d'être solubles dans l'eau quand on est forcé de faire des lotions. D'ailleurs, certaines peaux se trouvent mieux de l'un ou de l'autre de ces excipients, le plus souvent sans que l'on sache pourquoi.

Rappelons, en deux mots, que les meilleures lotions pour calmer le prurit sont des lotions d'eau fort chaude additionnée soit de vinaigre, soit d'acide phénique, soit de bichlorure d'hydrargyre, soit d'acide cyanhydrique, soit de chloral, etc.

Il faut, avant tout, que le malade ne se gratte pas, car ce sont les traumatismes, comme nous l'avons si longuement expliqué, qui produisent et entretiennent les lichénifications. Par suite, lorsqu'il éprouve du prurit, ce qui arrive surtout la nuit, il doit, au lieu de se gratter, refaire son pansement, se lotionner avec une préparation anti-pruri-gineuse, puis mettre de la pommade et de la poudre.

Dans le cas où les topiques précédents resteraient inefficaces, on a tout un arsenal thérapeutique à sa disposition. Ce sont d'abord les diverses pommades mercurielles à base de calomel ou d'oxyde jaune d'hydrargyre, les oléates de mercure au 20e, les préparations d'huile de cade, de résorcine, de naphtol, d'ichthyol, d'acide pyrogallique, d'acide chrysophanique, les applications de solution de nitrate d'argent au 40e, au 20e, au 10e, puis de lanoline, si efficaces quand les plaques de lichen se compliquent de fissures ; le mélange de M. le docteur Lailler composé de parties égales de savon noir, d'huile de cade et de soufre, etc.

Quelle que soit d'ailleurs la méthode dont on fait usage, il vaut mieux commencer par employer des topiques qui ne puissent pas nuire au malade ; on augmente ensuite graduellement l'énergie des moyens, si c'est utile.

En résumé, quand on se trouve en présence de lichénifications des téguments on doit : 1° s'efforcer de calmer le prurit et, pour cela, de modifier l'état général du sujet ; 2° mettre les régions malades à l'abri de tout traumatisme ; 3° y appliquer des topiques appropriés à l'état local de la lésion.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 février 1892. — Présidence de M. Chauvel.

COMMUNICATIONS

De l'emploi des purgatifs à la suite des opérations abdominales. — M. CHAMPIONNIÈRE, revenant sur la communication qu'il a faite dans la dernière séance, insiste sur ce fait qu'il est parfois difficile d'établir un diagnostic précis entre des obstructions intestinales de causes diverses et de vrais étranglements ; or, en pareil cas, l'administration d'un purgatif est un moyen héroïque pour fixer le diagnostic et n'offre aucun danger. M. Championnière croit donc qu'il est de bonne pratique de purger tous les malades aussitôt que possible après une laparotomie.

M. FELIZET trouve que M. Championnière est peut-être un peu trop exclusif en préconisant toujours, dans tous les cas, les purgatifs et en repoussant systématiquement l'emploi des opiacés. En clinique, il ne faut pas être systématique, il faut savoir distinguer les cas les uns des autres, et tenir compte des indications et des contre-indications que chacun d'eux peut présenter. Or, il est bien évident que, s'il y a des cas dans lesquels, après les opérations pratiquées sur l'abdomen, les purgatifs sont formellement indiqués et rendent de grands services, il en est d'autres dans lesquels l'opium n'est pas moins bien indiqué, ni moins utile. En clinique, il peut être fort dangereux d'adopter un système qu'on applique indistinctement à tous les cas.

M. TERRILLON, à l'occasion des faits cités par M. Championnière dans sa communication relative aux étranglements post-opératoires, a eu deux fois l'occasion d'intervenir dans les mêmes circonstances. Dans un premier cas, il s'agissait d'une malade qu'il avait opérée d'une salpingite suppurée. Elle fut prise quelques jours après de phénomènes d'étranglement, et comme les purgatifs et les lavements électriques étaient restés sans résultats, M. Terrillon pratiqua une nouvelle laparotomie et trouva l'appendice iléo-cæcal adhérent et une anse intestinale prise entre cet appendice et la paroi abdominale. Cette malade a bien guéri.

Le second cas se rapporte à un malade qui avait subi une hystérectomie abdominale pour fibrome. Il y a eu consécutivement des phénomènes d'étranglement par suite d'une compression exercée par l'épiploon. M. Terrillon rouvrit le ventre, dégagea l'intestin et cette malade a également bien guéri.

Quant à la question de l'emploi des purgatifs, M. Terrillon partage complètement l'avis de M. Championnière et purge presque toutes ses opérées, surtout lorsqu'il y a chez elles la moindre élévation de température. Celle-ci tombe aussitôt après l'effet du purgatif. Il n'y a jamais d'inconvénients à purger dans ces cas ; il peut y en avoir à ne pas le faire. M. Terrillon a recours au ca-

lomel ou quelquefois au sulfate de soude à hautes doses. L'emploi régulier des purgatifs constitue, selon lui, une excellente méthode, tandis que l'emploi des opiacés peut avoir de très grands inconvénients.

M. REYNIER partage l'opinion de MM. Championnière et Terrillon. Il purge ses opérés très rapidement, trois jours, au plus, après la laparotomie. Il a recours au sulfate de soude et jamais il n'a constaté d'accidents. Bien au contraire, les purgatifs font cesser les vomissements, préviennent les embarras gastriques et font tomber la température pour peu qu'elle ait de la tendance à s'élever. M. Reynier n'a jamais eu qu'à se louer de cette manière de faire. Il donne surtout et très rapidement ces purgatifs après les opérations pratiquées pour des hernies, et principalement pour des hernies ombilicales étranglées, qui se compliquent si souvent de parésie intestinale. Dans ces cas, il purge les opérés dès le lendemain de l'opération. Enfin, ainsi que l'a dit M. Championnière, l'emploi des purgatifs constitue un excellent moyen de diagnostic.

M. QUÉNU, d'une façon générale, est partisan des purgatifs comme son maître, M. Terrier; mais il croit qu'il importe d'établir une distinction entre les cas et de bien tenir compte de l'état de l'intestin. Quand l'intégrité de l'intestin n'est pas parfaite, il faut être très réservé dans l'emploi des purgatifs. Par exemple, dans certains cas de salpingites suppurées, avec abcès de voisinage, paroi rectale amincie ou ulcérée, fistule stercorale, etc., le moindre purgatif peut être fort dangereux, en amenant une rupture intestinale et une péritonite consécutive. Il est donc très important d'établir cette distinction entre les cas dans lesquels l'intégrité de l'intestin est parfaite, et les cas où cette intégrité peut être douteuse; dans ces derniers on ne saurait être trop réservé à l'égard des purgatifs.

M. ROUTIER cite un exemple à l'appui de ce que vient de dire M. Quénu, relativement à l'importance qu'il y a à s'assurer de l'état de l'intestin : On administra un purgatif à une malade qui venait d'être opérée pour une salpingite suppurée, et par suite d'un petite érosion de l'intestin, produite probablement au cours de l'opération, la malade rendit sa purgation dans le péritoine et fut atteinte d'une péritonite à laquelle elle succomba. M. Routier ajoute qu'il ne croit pas à la mort par parésie intestinale, et que tous les malades qui passent pour avoir succombé à cette parésie sont morts de péritonite.

M. BERGER cite également l'exemple d'une malade qu'il a opérée d'une hernie étranglée; cinq jours après, on donne un purgatif et la malade meurt le lendemain. On trouva, à l'autopsie, une perforation intestinale qui avait été déterminée par le purgatif.

M. TERRIER pense qu'il y a une distinction à établir entre les faits. Autrefois, le but qu'il se proposait était surtout d'immobiliser l'intestin après toutes les laparotomies. Il a perdu des malades de parésie intestinale, c'est-à-dire de péritonite, car, comme M. Routier, M. Terrier pense que ces prétendues parésies intestinales ne sont qu'un minimum de péritonite. A cette époque, donc, M. Terrier employait l'opium. Mais depuis Lawson Tait, depuis surtout qu'on pratique des laparotomies pour des salpingites, M. Terrier a changé de méthode et il a recours aux purgatifs salins. Mais encore y a-t-il des précautions à prendre dans l'emploi des purgatifs. On voit parfois les accidents les plus graves en être la conséquence. Par exemple, la surveillante du service de M. Terrier, ayant pris sur elle de donner un purgatif à une malade opérée de salpingite et qui allait très bien, cette malade succomba vingt-quatre heures après à une péritonite par perforation intestinale. On ne peut donc pas dire qu'en principe il faut toujours purger toutes les malades sur lesquelles on a pratiqué des opérations abdominales. Il y a des indications et des contre-indications; il y a des cas même où il est formellement indiqué de recourir encore à l'opium. M. Terrier cite l'observation d'une jeune femme atteinte de double salpingite suppurée s'ouvrant dans le rectum; après avoir lavé et drainé, M. Terrier prescrivit l'opium pour obtenir une immobilisation de l'intestin, en raison de fistule stercorale. Grâce à cette précaution, il n'y eut pas, dans les premiers jours, d'élimination par la fistule; mais il arriva un moment où il fallut faire aller la malade à la selle et donner un purgatif qui fut retardé autant que possible. Aussitôt après son administration, il y eut issue des matières par la fistule. Il y a donc des cas où il est indiqué d'immobiliser l'intestin par l'opium; il y en a d'autres, et ce sont de beaucoup les plus fréquents, où les purgatifs sont formellement indiqués. Il ne faut pas être absolu et agir selon ces indications.

M. CHAMPIONNIÈRE admet qu'il n'y a pas de règle sans exception. Il a surtout voulu parler d'une pratique générale à laquelle il a recours et qui lui donne de bons résultats. M. Felizet a invoqué les données de la clinique, les grands principes de la pathologie générale; M. Championnière se contente des faits. M. Felizet ne veut pas que l'on soit systématique; M. Championnière croit que c'est là une erreur et pense, contrairement à son collègue, qu'il faut avoir un système.

Tous les laparotomistes ont leur système ou leur méthode. M. Terrier, par exemple, a d'abord eu pour système de donner de l'opium, puis il a changé et donne maintenant des purgatifs. M. Felizet n'admet pas cette manière de faire; libre à lui; mais, pour M. Championnière, l'éclectisme en pareille matière ne vaut rien. Il faut savoir suivre une règle générale et cette règle, que suit M. Championnière, souffre de très rares exceptions. M. Terrillon, il y a déjà longtemps, s'appliquait à exciter l'intestin par des lavements de vin. Lawson Tait recommande expressément de purger chaque fois que la température monte. M. Terrillon, M. Championnière et d'autres ont adopté cette méthode et s'en trouvent bien. MM. Quénu, Routier et Berger ont fait des réserves, réserves qu'admet parfaitement M. Championnière. Il y a un fait particulier dont il faut évidemment tenir compte, c'est celui de l'ulcération intestinale pouvant prédisposer à une perforation sous l'influence d'un purgatif, cela est incontestable. M. Championnière n'a jamais dit qu'il n'y eût pas d'exception à la règle qu'il a formulée.

Contrairement à M. Routier, M. Championnière croit parfaitement que les malades peuvent mourir de parésie intestinale. Il a observé des faits qui ne peuvent lui laisser aucun doute à cet égard.

En résumé, la plupart des laparotomistes sont aujourd'hui d'accord sur l'opportunité de purger, de bonne heure, les opérées. La seule différence qui sépare M. Championnière de ses collègues, c'est que lui les purge dès le lendemain, tandis que ses collègues y mettent plus de réserve et attendent quelques jours.

M. PERIER, étant externe de Chassaignac en 1857, l'entendait dire souvent : « Chaque fois que vous vous trouvez en présence d'un frisson, pensez à trois choses : l'érysipèle, l'infection purulente et la constipation, et prescrivez aussitôt un purgatif. » M. Perier a modifié quelque peu cette maxime et dit : « Chaque fois que la température monte, méfiez-vous de la constipation et purgez. » Selon lui, en effet, la constipation joue un grand rôle chez les opérés et peut devenir le point de départ d'accidents graves. Il a toujours poussé ses élèves à faire des thèses sur ce sujet, mais ils s'y sont toujours refusés, probablement à cause des examens bactériologiques plus ou moins répugnants que nécessiterait cette étude. Mais au point de vue de l'auto-infection par les garde-robes, il y a évidemment des études fort intéressantes à faire.

Cancers de la langue. — **M. JALAGUIER**, à propos du malade présenté dans la dernière séance par M. Quénu, communique l'observation d'un malade atteint de cancer de la langue et des parties voisines, chez lequel, en août 1888, il a enlevé la langue, le plancher de la bouche, la glande sous-maxillaire, le maxillaire inférieur, et qui est resté guéri depuis cette époque.

M. QUÉNU fait observer qu'il serait intéressant de multiplier ces faits qui semblent prouver que le danger de la récidive ne tient pas tant à l'extension locale plus ou moins étendue de la tumeur qu'à la propagation de l'infection aux ganglions éloignés. Les auteurs anglais, Hutchinson et d'autres, ont insisté sur ce

point. Dans le cas de M. Quénu et dans celui de M. Jalaguier, l'infection ganglionnaire était limitée aux ganglions mêmes de la région du champ de l'opération. C'est là une raison qui peut expliquer l'absence ou tout au moins le retard considérable de la récidive.

RAPPORT

Appendicites. — M. **RECLUS** fait un rapport sur une communication de M. Régnier, médecin-principal à Nancy, relative à un jeune militaire de vingt-deux ans, qui présentait tous les signes d'une appendicite. M. Régnier fit une laparotomie médiane, introduisit la main dans le ventre, trouva l'appendice iléo-cæcal tuméfié, en érection, suivant sa propre expression, et, en le contournant, donna issue à un flot de pus, en arrière. Il fit alors une seconde incision parallèle à la première, le long du bord externe du muscle droit, réséqua l'appendice, nettoya le foyer et sutura. Afin de mieux examiner l'intestin, il fit une troisième incision de manière à former une H majuscule avec les deux premières; il fit un lavage soigneux, draina et referma le ventre. Le malade guérit.

A l'examen de l'appendice, on reconnut qu'il n'y avait pas de traces de perforation. Il y a déjà plusieurs observations analogues. L'ancienne opinion, qui consistait à admettre que la péritonite enkystée ne pouvait survenir qu'après la perforation de l'appendice, était donc erronée. Il est, d'ailleurs, démontré, d'autre part, que les coli-bacilles peuvent passer à travers la muqueuse non perforée. M. Clado a fait, à ce sujet, une communication à la Société de biologie qui ne peut plus laisser aucun doute.

Dans le cas de M. Régnier, M. Reclus trouve qu'il a été fait trop d'incisions. L'incision médiane était inutile. Pourquoi n'avoir pas fait, de suite, l'incision latérale classique de Roux (de Lausanne), c'est-à-dire une incision parallèle à l'arcade de Fallope, incision qu'on peut, d'ailleurs, modifier suivant les cas.

Tous les chirurgiens sont à peu près d'accord aujourd'hui, au sujet du traitement chirurgical de l'appendicite. En cas de crises appendiculaires légères, on s'abstient; quand les crises deviennent plus fréquentes, se précipitent, il vaut mieux intervenir, étant donné que l'opération est innocente. Dans les 7 cas que M. Reclus a opérés, il a toujours trouvé du pus; M. Roux, dans 73 observations sur lesquelles est basé son second mémoire, a toujours trouvé du pus. Un autre chirurgien cite 22 cas et 22 fois a trouvé du pus. Donc, en raison de ce principe que, là où il y a du pus, il faut l'évacuer, chaque fois que l'on sent un empâtement manifeste dans la fosse iliaque droite joint aux autres signes de l'appendicite, il faudrait intervenir. Mais, d'autre part, les médecins affirment que la suppuration ne se fait pas toujours; Franckel, Gutman, MM. Peter, Jules Simon vont jusqu'à prétendre qu'elle est extrêmement rare; ils se basent, pour admettre cette opinion, sur les nombreux cas de guérison sans intervention. Or, si, d'une part, les interventionnistes trouvent toujours du pus; si, d'autre part, les abstentionnistes citent de nombreux cas de guérisons spontanées, il faut en conclure que la suppuration existe mais guérit plus fréquemment qu'on ne le croit; le pus peut avoir existé et s'être résorbé. De telle sorte que la question à se poser revient à celle-ci : en présence d'une appendicite suppurée, vaut-il mieux pratiquer la laparotomie ou vaut-il mieux attendre la guérison spontanée?

Il ne faut pas accepter, sans réserves, les statistiques des médecins, parce qu'il faut tenir compte des récidives et parfois même des cas de mort survenus après des guérisons momentanées. C'est pourquoi M. Reclus croit qu'il vaut mieux pratiquer l'opération, qui n'est pas dangereuse. Il faut aussi tenir compte de ce fait que l'appendicite la plus grave peut évoluer d'une façon insidieuse, et devenir rapidement très grave et même mortelle.

Le traitement de choix de l'appendicite suppurée est donc l'incision. Mais, tout en émettant ce principe, il faut admettre que l'appendicite est souvent une affection moins grave que ne le croient la plupart des chirurgiens.

M. **TERRIER** signale une variété rare d'appendicite, dont il a observé deux cas. Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune Égyptienne, venue en France, et présentant tous les symptômes d'une appendicite. M. Terrier fit la laparotomie au niveau du cæcum, trouva un appendice enflammé, ramolli, et l'excisa. Cet appendice, examiné par des bactériologistes compétents, fut trouvé tuberculeux. Après une amélioration passagère, la malade fut prise de diarrhée et eut une péritonite tuberculeuse à laquelle elle succomba.

Dans un autre cas, que M. Terrier a observé avec M. Bouchard, il s'agissait d'un homme qui était atteint d'une énorme tumeur dans la fosse iliaque droite; il y eut des douleurs, formation d'un abcès, ouverture de cet abcès, guérison momentanée, réapparition des accidents, aggravation de l'état général, cachexie. Il n'y avait rien du côté de la poitrine; la tumeur était énorme et présentait l'apparence d'un sarcome; il se fit une fistule qui donna issue à du pus; ce pus fut examiné et on y trouva des bacilles tuberculeux. Il s'agissait donc d'un tuberculome auquel, d'ailleurs, ce malade succomba. M. Terrier ne connaît que ces deux faits; mais il est convaincu qu'il y en a d'autres et il croit que, dans bien des cas de résection de cæcum, prétendus cancéreux et suivis de guérison, il s'agissait de tubercule.

M. **THÉOPHILE ANGER** cite le cas d'une jeune femme de vingt-deux ans, présentant tous les caractères d'une appendicite; elle refusa une première fois l'opération, guérit, puis fut reprise de nouveaux accidents. Cette fois, elle consentit à se faire opérer. L'appendice iléo-cæcal était intact et c'était un repli épiploïque, induré, volumineux, qui était le point de départ de tous les accidents. M. Anger fit la résection de cette masse épiploïque. Le malade guérit.

A côté des appendicites, il y a aussi des pérityphlites.

PRÉSENTATIONS

Ectopie testiculaire inguinale. — M. **PEYROT** présente un jeune malade qui était atteint d'une ectopie inguinale; M. Peyrot mit le testicule à nu et le fixa au fond des bourses. Ce malade a bien guéri, le testicule s'est maintenu en place et il n'y a pas de hernie.

Néphrectomie. — M. **MONOD** présente un rein énorme qu'il vient d'enlever chez une jeune fille. Il avait pensé qu'il s'agissait d'une collection purulente du rein droit; il fit une incision lombaire, ne trouva pas de pus et tomba sur un rein qui paraissait normal; mais on sentait, à sa partie inférieure, une énorme tumeur qu'il était impossible d'extraire par cette voie. M. Monod referma donc la plaie lombaire et fit une incision au niveau de la fosse iliaque sans ouvrir le péritoine. La tumeur en question n'était autre que le rein lui-même, considérablement hypertrophié. Ce rein sera examiné. M. Monod pense qu'il s'agit d'un rein tuberculeux. La malade va aussi bien que possible.

ÉLECTION

M. **LE DENTU** est nommé membre honoraire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours de médecin du Bureau central, qui doit s'ouvrir le 27 février prochain, se compose actuellement de MM. Barié, Cuffer, Dejérine, Jaccoud, Legroux, Luys, Polaillon.

— Par décret, en date du 15 février 1892, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Julliard, Roux, Massal, Gattiker, Seigneurgent, Quinery, Delage, Foulon, Testory, Barbou, Jacob, Rivaud, Desesquelle, Gau, Lua, Monavon, Comar, Marsy, Lhomme, Heudier, Benoit, Quaghebeur, Lecocq, Decaillot, Barré,

Tripot, Duperron, Chifflet, Vairet, Delarra, Jeannin, Gontier-Lalande, Magnien, Gaillard, Pernet, Lermigeaux, Daumont, Desgraves et Dujardin.

— La Société médico-pratique de Paris, fondée en 1806, vient de décider qu'elle prendrait dorénavant le nom de « Société médico-chirurgicale de Paris ».

— Le bal annuel de l'Association générale des étudiants aura définitivement lieu, le 29 février, dans les salons du ministère des Affaires étrangères.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bouché (de Moncaul), Boursin (de Marans), Ferdinand Bourgarel (de Toulon), L. Faure (de Saoula) et F. Henry (du Muy).

— M. du Castel commencera ses conférences cliniques, à l'hôpital Saint-Louis, le mercredi 24 février à dix heures, et les continuera les mercredis de chaque semaine, à la même heure, dans la salle des conférences.

— Postes médicaux. — Côte-d'Or : s'adresser à M. le docteur Issaly, à Jugon. — Gironde : s'adresser à M. le docteur Clément, à Arrès. — Loiret : s'adresser à M. le docteur Popis, à Chécy. — Orne : s'adresser à M. le docteur Prieur, à Trappes (Seine-et-Oise). — Somme : s'adresser au maire du Crotoy. — Vendée : s'adresser à M. le docteur Mion, à Vix.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

41

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

62

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

79

ANTISEPSIE DES VOIES DIGESTIVES ET DES VOIES URINAIRES

ANTISEPTIQUES GRANULÉS BERTHIOT

Naphtol B. Berthiot GRANULÉ

Béthol Berthiot GRANULÉ

Salol Berthiot GRANULÉ avec $NaO2Co^2$

Salicylate de bismuth Berthiot GRANULÉ

Salicylate de magnésie Berthiot GRANULÉ

Leur emploi supprime émulsions et cachets toujours acceptés avec répugnance par les malades. Pas de dégoûts, pas de nausées à craindre. Administration facile, même chez les enfants. Chaque flacon est accompagné d'une mesure contenant 2 gr. de granules antiseptiques, qui représentent 20 centigr. de l'antiseptique prescrit. — Dépôt général : Phie BERTHIOT, 57, faub. Saint-Antoine, Paris.

36

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** (*caféine, iodoforme et strophantus*). Dépt Phie Cle Fg Montmartre, Paris.

42

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phthisiques, affections des bronches, insomnies,* etc.

Paris, 22 et 19, rue Drouot.

Dr. Zed

90

VIN ROBIN

AU PEPTONATE DE FER

Hématogène par excellence.

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Prix : **4 fr. 50** dans toutes les pharmacies.

94

DIABÈTE

PAIN
SEMOULE
chocolatée
AMANDINE } de SOYA

(L'Amandine se mange comme légume)

Ces différents produits ne renferment que 3 p. 100 de matière saccharigène.

DESVILLES, phen chimiste, fournisseur et externe des hôpitaux, *2, rue de Ponthieu, 2, Paris.*

55

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

7

HUILE DE FOIE DE MORUE DE BERTHÉ

Préparée par des procédés spéciaux approuvés par l'Académie de médecine de Paris.

HUILE DE BERTHÉ SIMPLE

2 fr. 50 le flacon.

HUILE DE BERTHÉ CRÉOSOTÉE

0,05 centigr. de créosote alpha par grande cuillerée (2 fr. 50 le flacon).

HUILE DE BERTHÉ GAÏACOLÉE

0,10 centigr. de gaïacol alpha par grande cuillerée (2 fr. 50 le flacon).

CAPSULES DE BERTHÉ CRÉOSOTÉES

0,025 de créosote alpha par capsule (2 fr. 50 le flacon de 60).

CAPSULES DE BERTHÉ GAÏACOLÉES

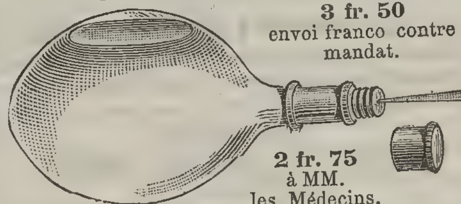
0,05 centigr. de gaïacol alpha par capsule (2 fr. 50 le flacon).

Maison L. FRERE, A. CHAMPIGNY et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris.

42

CHLORÉTHYLE DU Dr BENGUÉ

anesthésique local et analgésique instantané.



3 fr. 50 envoi franco contre mandat.

2 fr. 75 à MM. les Médecins.

Dr BENGUÉ, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

4

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES.

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

DETHAN, phen à Paris, et toutes les phies de France et de l'étranger.

Paterson

40

SOLUTION PELISSE

AU BENZOATE DE SOUDE DU BENJOIN

Recommandée dans les **Affections aiguës et chroniques** de la **GORGE** et des **VOIES RESPIRATOIRES.**

DOSAGE : Une cuillerée à soupe représente 75 centigrammes

Phie PELISSE, 4, rue de la Sorbonne, Paris.

51

KOLA-ROY

Donne la force aux débilités.

2 à 4 cuillerées par jour aux repas.

Th. ROY, pharmacien, Asnières (Seine).

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

79

PILULES SUISSES

Pilules de coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

69

PEPTO-SANTAL VICARIO

le meilleur spécifique

contre la **BLENNORRHAGIE**

ET LES MALADIES DES

VOIES URINAIRES

Phie VICARIO, 13, boulevard Haussmann, Paris.

33

FERME DE GRIGNON

(SEINE-ET-OISE, PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT)

Le lait de la **Ferme de Grignon** se recommande par sa pureté et sa fraîcheur; il est livré en carafes cachetées portant la date de la livraison à côté de la signature du concessionnaire.

L'Administration l'envoie pendant un mois, à titre d'échantillon, à MM. les Médecins qui en font la demande; passé ce délai, il leur est facturé **au prix de revient.**

Les demandes doivent être adressées à M. le Directeur du service de la Laiterie à Grignon même, ou à son représentant à Paris, 134, rue Vercingétorix.

62

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 22 février 1892.

Nous avons, à plusieurs reprises, protesté contre la façon dont la loi militaire était appliquée vis-à-vis des étudiants en médecine. Nous avons fait voir combien il était illogique et ridicule d'apprendre, une année durant, le maniement des armes à ceux qui, leur année finie, devaient être appelés, non comme soldats, mais comme médecins. La presse médicale tout entière a, comme nous, fait entendre des protestations unanimes. Aujourd'hui, la presse politique, par ses organes les plus autorisés, vient à nous et nous soutient dans nos justes revendications.

Voici, en effet, ce que l'on peut lire, à la date du 18 février, dans le *Journal des Débats* :

Un douloureux accident est venu appeler récemment l'attention publique sur une des nombreuses défectuosités de la loi militaire et sur la façon dont cette loi est appliquée. Il y a quelque temps, un sapeur-pompier du régiment de Paris mourait empoisonné, à la suite d'une erreur de l'infirmier chargé de le soigner. L'affaire a été portée à la tribune de la Chambre, et M. le ministre de la Guerre a déclaré que l'auteur de la méprise et l'officier chargé de la surveillance de l'infirmerie avaient été l'objet de peines disciplinaires. C'est fort bien; mais nous n'aurions pas à regretter la mort d'un soldat si, au lieu de charger du service de l'infirmerie un conscrit ne possédant aucune connaissance médicale, et, dit-on, sachant à peine lire, on avait placé là un des nombreux étudiants en médecine ou des élèves en pharmacie que la loi astreint au service militaire. Mais non : les jeunes gens qui ont commencé leurs études médicales ou pharmaceutiques sont exclusivement occupés à faire le maniement des armes ou à balayer les écuries du quartier pendant un an. Si on les employait à l'infirmerie des régiments ou dans les hôpitaux militaires, on croirait violer les prescriptions de la loi et surtout manquer au principe sacré de l'égalité. Les inconvénients de ce déplorable système ont été, à plusieurs reprises, exposés au cours de la discussion de la loi militaire. Maintes fois, des voix autorisées ont démontré qu'il était d'autant plus absurde de condamner les étudiants en médecine au maniement du fusil qu'en cas de mobilisation ils seraient versés dans les services sanitaires. La Chambre n'a rien voulu entendre. Il lui a paru démocratique au premier chef de forcer des milliers de jeunes étudiants à interrompre leurs études sans profit pour personne.

A la même date, le *Temps* terminait un de ses articles par les lignes suivantes :

Tout cela, dans une armée véritablement nationale, appelle une autre organisation.

Cette organisation nouvelle ne serait pas fort difficile, si l'on voulait user des éléments qu'on a en main et mettre à l'armée chacun à sa place, c'est-à-dire à la place où il peut rendre, par ses aptitudes et son éducation antérieure, le plus de services : *The right man in the right place.* Mais, sous prétexte d'égalité abstraite, nous nous obstinons à prendre le contrepied de cet adage anglais si pratique et si fécond ailleurs. Voici, par exemple, des étudiants en médecine ou en pharmacie qui, à vingt et un ans, ont déjà fait souvent deux ans d'études médicales ou pharmaceutiques; voici de futurs curés ou pasteurs qui, en temps de guerre, ne sont pas plus que les médecins appelés à porter le fusil. Il serait facile d'en tirer bon parti pour l'organisation des infirmeries régimentaires et tous les services hospitaliers. Eh bien! non. On prendra pour distribuer des remèdes ou panser les malades des hommes que rien n'a préparés dans leur vie passée à ce métier délicat, et les étudiants en médecine, on les enverra faire pendant un an l'exercice du fusil, avec interdiction même de mettre le pied dans les hôpitaux militaires. Voilà des pratiques que tout le monde aujourd'hui condamne; chacun à part soi en reconnaît l'absurdité. Mais, telle est la puissance du respect humain en ces matières, que personne n'ose proposer un changement dont tout le monde comprend la nécessité. Encore est-il fort heureux que de savoir monter à cheval ne soit pas une raison pour être exclu de la cavalerie ou d'avoir une belle écriture ne soit pas un motif d'être mis à la porte des bureaux. L'égalité l'exigerait cependant, et il ne faut jurer de rien.

Nous avons tenu à reproduire ces articles, heureux de voir la grande presse s'attacher à la solution d'une aussi grave et importante question. Au moins, la presse politique échappera-t-elle au reproche qu'on nous a plusieurs fois adressé; personne ne songera à l'accuser de défendre « ses intérêts particuliers ». On nous permettra, toutefois, de constater, avec étonnement, que des personnes étrangères aient eu besoin de prendre en mains les intérêts de la médecine, alors que les hasards de la politique font siéger, tant au Sénat qu'à la Chambre, un si grand nombre de nos confrères.

Nos lecteurs connaissent le travail que MM. A. Mathieu et Rémond (de Metz) ont lu à la Société médicale des hôpitaux sur la dyspepsie gastrique. M. Le Gendre présente, sur cette communication, quelques observations (séance du 19 février). MM. A. Mathieu et Rémond ont fait des troubles

de la motricité la caractéristique d'une variété de dyspepsie ; or, l'aboutissant ultime de cette viciation du fonctionnement de la musculature de l'estomac, c'est la dilatation avec stase des liquides. Cette stase des liquides, c'est précisément la base de la dilatation de l'estomac, telle que l'a comprise M. Bouchard. Une étude basée sur le chimisme stomacal aboutit donc à apporter, en dernier terme, des arguments à la conception de M. Bouchard.

M. A. Mathieu déclare qu'il ne peut consentir à laisser annexer la dyspepsie nervo-motrice à la dilatation de l'estomac. Les dyspeptiques nervo-moteurs sont souvent des neurasthéniques chez lesquels la névropathie a précédé et dominé la dyspepsie. Ils n'ont pas de dilatation de l'estomac avec stagnation, mais de la *distension*, de la dyspepsie flatulente : de névropathe dyspeptique, on peut devenir dilaté avec hyperacidité organique et stase, ils l'ont admis comme M. Bouchard lui-même. Toutefois, dans la majorité des cas, les dyspeptiques nervo-moteurs restent des distendus, des flatulents, sans devenir des dilatés avec stase permanente. Lé fait premier et prédominant est, dans ces conditions, la névropathie.

M. Comby, au nom de M. Coulon, lit une observation de delirium tremens d'origine professionnelle. Il s'agit d'un ouvrier feuillagiste, très sobre, obligé de tremper les fleurs artificielles dans l'alcool et presque continuellement exposé à l'action des vapeurs éthyliques.

M. Juhel-Rénoy conte, d'une façon humoristique, l'histoire d'un malade que certains bruits, très inoffensifs du reste, mettaient dans un état accentué d'irritation et d'angoisse. Tout jeune enfant, il était agacé au plus haut point par un claquement de langue habituel à sa grand'mère. Plus tard, au collège, il avait pris en haine un de ses condisciples qui, en récitant ses leçons, faisait entendre un reniflement particulier. Les bruits d'une grande gare, les coups de feu, les divers bruits d'une rue fréquentée, lui sont parfaitement indifférents ; mais il entre dans un état insupportable d'angoisse et de malaise lorsqu'il perçoit la série des bruits qui font, comme il le dit, partie de sa collection, bruits auxquels tout autre ne ferait aucune attention. De quoi s'agit-il dans cette curieuse sensibilité ?

Pour M. Luys, d'une maladie non décrite, d'une hyperacousie dont il n'a, pour sa part, observé qu'un cas chez un malade qui, de plus, entendait des voix lui défendre de faire telle ou telle chose. MM. J. Voisin et Raymond font remarquer, avec raison à notre sens, qu'il s'agit là d'un fait tout différent. Chez le malade de M. Juhel-Rénoy, il y a obsession angoissante : ce doit être un dégénéré supérieur. Il est sur la voie de la folie.

N'est-ce pas là, en effet, une des phobies comparable à la série si curieuse qu'on a pu relever déjà chez les dégénérés et dont l'agoraphobie est la plus connue ?

M. Comby a observé trois fois un abcès du sein chez des nouveau-nés. On sait qu'il se fait quelquefois, chez le nouveau-né, un gonflement de la mamelle qui rappelle la poussée du lait. Parfois, pour combattre cet engouement, on exerce sur la glande des pressions énergiques ; parfois encore, ce qui est pis, des succions. Ce sont ces manœuvres, inutiles et dangereuses, qui font naître l'abcès : il faut, chez les nouveau-nés, respecter l'engouement de la mamelle.

Contrairement à M. Debove, M. Huchard n'a pas observé de poussée de polyurie liée aux crises douloureuses de la sciatique. La polyurie, il l'a vue cependant trois fois sur dix malades, mais il s'agissait d'artério-scléreux, qui se trouvaient, par conséquent, dans des conditions particulières dans lesquelles sont fréquentes et l'augmentation de la pression sanguine et l'augmentation de la diurèse.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Duplay.

Recherches expérimentales sur la transmission du cancer.

(Note communiquée à l'Académie des sciences.)

La question de la nature du cancer a, de tout temps, préoccupé vivement les pathologistes, mais c'est surtout depuis les progrès réalisés par les études microbiennes que les efforts se sont multipliés dans le but de chercher à mettre en évidence, dans les maladies cancéreuses, les agents parasitaires dont on était autorisé à soupçonner l'existence.

Dans les recherches que nous poursuivons depuis plus de trois ans avec M. le docteur Maurice Cazin, mon chef de laboratoire, nous nous sommes efforcés, d'une part, de faire un grand nombre d'examens microscopiques de tissus cancéreux, au point de vue de la découverte d'éléments parasitaires (1), et, d'autre part, nous avons tenté de reproduire expérimentalement, chez les animaux, des lésions cancéreuses, de façon à pouvoir étudier le mécanisme de leur évolution.

Dans une première série d'expériences, comprenant un total de vingt-deux observations, nous avons inoculé des produits cancéreux humains au lapin, au cobaye et surtout au chien, chez lequel on voit assez fréquemment se développer des néoplasmes cancéreux, sous des formes entièrement semblables, par leur structure histologique, à celles qu'on observe chez l'homme.

Nous avons pratiqué ces inoculations en variant les procédés expérimentaux. Dans certains cas, nous avons implanté directement des fragments de cancer, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, en différents points du corps, soit dans la cavité péritonéale, soit dans la tunique vaginale, et, dans quelques expériences, nous avons essayé, par des traumatismes variés, de créer un milieu favorable au développement des néoplasmes.

Dans d'autres cas, nous avons injecté dans le sang ou dans la cavité péritonéale, ou encore dans quelques-uns des organes qui sont le plus fréquemment atteints de cancer, des liquides obtenus en broyant des produits cancéreux dans du bouillon stérile ou dans de l'eau distillée également stérile.

Nous devons ajouter que, dans toutes ces expériences, les fragments inoculés provenaient de tumeurs enlevées dans notre service d'hôpital quelques instants auparavant et présentaient, par conséquent, toutes les conditions de vitalité désirables.

Enfin, grâce aux précautions antiseptiques, nous n'avons jamais eu le moindre accident de nature à compromettre les résultats de nos expériences. Dans la majorité des cas, nous avons choisi, pour ces inoculations, des cancers épithéliaux (épithéliomes ou carcinomes) ; dans quelques cas seulement nous avons employé d'autres néoplasmes, tels que des sarcomes, des lymphadénomes.

Or, les résultats de toutes ces expériences ont été unifor-

(1) Congr. internat. d'hyg. de Londres, août 1891.

mément semblables. Quels qu'aient été le procédé d'inoculation, le tissu cancéreux employé, l'animal inoculé, en aucun cas il n'y a eu production de néoplasme cancéreux.

Les injections intra-veineuses, chez les animaux sacrifiés plus de trois mois après, n'ont pas laissé de traces appréciables à l'examen le plus minutieux des viscères thoraciques et abdominaux.

Quant aux fragments inclus dans les tissus, ils ont d'abord provoqué autour d'eux une réaction inflammatoire se traduisant par une augmentation de volume qui, parfois, a pu, dans les premières semaines suivant l'inoculation, nous faire croire au développement et à l'accroissement du tissu néoplasique implanté; mais, après s'être, en quelque sorte, enkystés dans les tissus, ils ont constamment fini par être complètement résorbés, de sorte qu'à l'examen microscopique, on ne pouvait même pas en retrouver la moindre trace, chez les animaux sacrifiés, après huit, six ou quatre mois et même quelquefois après quelques semaines seulement. Ainsi que nous avons pu nous en rendre compte en sacrifiant les animaux à des intervalles variés, le processus est toujours le même : dès les premiers jours de l'inclusion, le fragment implanté, bien que faisant absolument corps avec les tissus voisins, a perdu toute vitalité, au point que, sur des coupes pratiquées en vue de l'examen microscopique, on ne peut plus arriver à colorer les noyaux des cellules du tissu néoplasique greffé; autour de ce fragment qui, comme tout corps étranger aseptique, provoque ces phénomènes de réaction défensive des tissus qui ont été si bien étudiés par M. Metschnikoff, on constate un afflux considérable de cellules mobiles, dont le rôle phagocytaire a précisément pour résultat d'amener, après un temps plus ou moins long, suivant son volume, la résorption complète du fragment implanté.

Dans des expériences déjà anciennes, Langenbeck, Follin et Lebert, Cohn, Goujon, ont cru avoir obtenu la production de noyaux cancéreux, soit au point d'insertion, après inclusion sous-cutanée, soit dans les poumons et dans le foie; mais les descriptions histologiques que les expérimentateurs nous ont données de ces lésions sont loin d'être démonstratives, et il nous paraît à peu près certain que ces lésions étaient de nature inflammatoire et ne différaient pas de celles que nous avons pu nous-mêmes observer.

Dans une deuxième série d'expériences, nous avons cherché à inoculer aux animaux des produits cancéreux provenant non plus de l'homme, mais du chien. Grâce au concours bienveillant de plusieurs vétérinaires, mes collègues de l'Académie de médecine, j'ai pu me procurer quelques cancers épithéliaux développés chez des chiens et pratiquer des inoculations sur des chiens, des lapins et des cobayes, au moyen de fragments pris dans ces tumeurs, une ou quelques heures après leur ablation.

Une seule fois, nous avons eu entre nos mains une énorme tumeur sarcomateuse de la peau, et nous avons pu pratiquer nos inoculations dans des conditions aussi favorables que dans notre première série d'expériences.

Les résultats que nous ont donnés les essais de transmission du cancer du chien à d'autres animaux, tels que les lapins et les cobayes, sont venus confirmer ceux que nous avaient fournis nos essais de transmission du cancer de l'homme aux animaux; les inoculations n'ont donné lieu qu'à des lésions inflammatoires localisées autour des fragments greffés, qui, dans toutes les expériences, ont fini par être complètement résorbés.

Quant aux essais de transmission du cancer du chien au chien, contrairement à ce que nous pouvions espérer, en raison de certains faits obtenus par d'autres expérimentateurs, ils ne nous ont donné également que des résultats négatifs, après un espace de temps qui a varié entre trois mois et huit mois. Toutefois, avant d'avoir multiplié nos expériences et surtout avant de les avoir pratiquées dans des conditions plus favorables, nous ne saurions tirer une conclusion définitive de ces faits négatifs.

Il n'en est pas de même des faits relatifs à notre première série d'expériences pratiquées dans des conditions aussi complètement satisfaisantes que possible, et nous nous croyons en droit de conclure, en nous basant sur nos résultats et sur ceux qu'ont obtenus les expérimentateurs qui nous ont précédés, que les néoplasmes cancéreux ne sont pas transmissibles de l'homme aux animaux. Il nous paraît également démontré que le cancer n'est pas transmissible d'un animal à un animal d'une espèce différente. Quant à la transmissibilité du cancer d'un animal à un animal de la même espèce, nous pensons qu'il serait prématuré d'énoncer sur cette question importante une conclusion définitive.

Nous dirons, en terminant, que les résultats de nos expériences, en ce qui concerne la nature du cancer, ne permettent pas de nier sa nature parasitaire, de même que des faits positifs ne sauraient autoriser à l'affirmer.

Cette question reste donc indécise; mais si l'on peut espérer que les essais de transmission du cancer d'un animal à un animal de la même espèce fourniront un jour quelque lumière sur ce point encore obscur, il nous semble qu'il n'y a rien à attendre de semblable, des expériences faites en vue de transmettre le cancer d'une espèce animale à une espèce différente. Nous avons tenu à établir ce premier point, en attendant les résultats que pourront nous fournir les recherches que nous poursuivons dans cette voie.

TOPOGRAPHIE DES SCISSURES INTERLOBAIRES DU POUMON

Par M. le docteur Eugène Rochard,

Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

I

Les observations de pleurésies purulentes interlobaires deviennent de plus en plus nombreuses; leur thérapeutique par l'intervention sanglante fait tous les jours des progrès; leur diagnostic est aujourd'hui connu; la précision seule de leur siège anatomique, qui n'est autre que celui des scissures interlobaires, empêche souvent une action qui aurait pu être efficace. Aussi avons-nous cherché à déterminer la topographie de ces scissures.

Nos recherches ont porté sur 12 sujets (5 femmes et 7 hommes). Elles ont été faites à l'École pratique, grâce à l'obligeance de notre ami M. le docteur Poirier. Voici comment nous avons procédé :

Afin d'éviter le retrait dû à l'élasticité du poumon, après ouverture de la plèvre, la sortie de l'air était empêchée par l'obturation de la trachée; à cet effet, une canule en verre garnie de caoutchouc était introduite dans le conduit trachéal, et la trachée solidement ligaturée sur cette canule. Puis, sur l'autre extrémité de cette canule, était emmanché un tube en caoutchouc qui permettait, à l'aide d'un soufflet, de pratiquer les mouvements d'inspiration et d'expira-

tion, et de placer le poumon dans un état intermédiaire entre ces deux stades de la respiration. Le tube en caoutchouc était alors fermé à l'aide d'une forte pince à forcipressure.

Il est, du reste, à remarquer que, pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration, même forcés, les rapports des scissures avec les côtes changent à peine, ce qui s'explique par l'augmentation de volume simultané du contenant et du contenu (cage thoracique et lobes pulmonaires). Il ne se produit pas, au niveau des scissures, ces grands retraits du poumon qu'on observe au niveau des sinus costo-diaphragmatiques. Dans la majorité des cas, des adhérences fixaient le parenchyme pulmonaire sur la cage thoracique, et cela d'une façon complète. Rappelons qu'on a proposé, pour constater la présence ou l'absence d'adhérences pleurales, de planter une épingle aseptique dans le poumon. Quand il existe des adhérences, l'épingle ne bougerait pas. Elle se mouvrait, au contraire, si les adhérences n'existent pas; pour nous, ces mouvements ne font pas changer les rapports des scissures dans des proportions susceptibles d'être prises en considération.

Les mensurations thoraciques une fois obtenues, la dissection était commencée. Tous les muscles enlevés, on arrivait sur les espaces intercostaux qui étaient dépouillés jusqu'à la plèvre costale. Celle-ci était alors enlevée avec soin, sans intéresser le parenchyme pulmonaire, de façon à ne pas ouvrir les alvéoles et à empêcher ainsi la sortie de l'air. Le gril costal à jour, les scissures se dessinaient dans tout leur trajet et leurs rapports pouvaient être facilement pris.

Sujet n° 1. — Femme de vingt-six ans. Taille 1m52. Tuberculeuse. Périmètre thoracique 72 centimètres.

Côté droit. — Adhérences multiples. Adhérences interlobaires.

La scissure oblique ou inférieure commence en avant dans le cinquième espace sur le bord supérieur de la sixième côte, à 9 centimètres de la ligne médiane. Elle suit obliquement le cinquième espace intercostal jusqu'à la ligne axillaire; gagne ainsi le bord et la face interne de la cinquième côte, qu'elle traverse assez perpendiculairement et, arrivée à la partie postérieure du thorax, elle se place dans le quatrième espace et vient se terminer à la partie postérieure de cet espace.

La scissure horizontale ou supérieure commence en avant dans le troisième espace intercostal sur le bord du sternum, se dirige flexueuse horizontalement en dehors, croise ainsi la quatrième côte pour arriver dans le quatrième espace, traverse la face interne de la cinquième côte et se jette au niveau de la ligne axillaire dans la scissure oblique, située à ce moment dans le cinquième espace.

Côté gauche. — Quelques légères adhérences tout à fait au sommet du poumon. Légères adhérences interlobaires.

La scissure gauche commence en avant dans le cinquième espace sur le bord supérieur de la sixième côte, à 6 centimètres de la ligne médiane. Elle suit le bord supérieur de cette sixième côte, puis traverse obliquement le cinquième espace au niveau de la ligne axillaire. Elle passe en diagonale sur la face interne de la cinquième côte, arrive à la partie postérieure du thorax, traverse le quatrième espace et vient se terminer vis-à-vis de la partie postérieure de la quatrième côte.

Sujet n° 2 [fig. 1 et 2] (1). — Femme de vingt-neuf ans. Morte quelques heures après un traumatisme. Cage thoracique et poumons sains. Taille 1m53. Périmètre thoracique 83 centimètres.

Côté droit. — Quelques adhérences à la paroi, pas d'adhérences interlobaires dans la scissure.

La scissure oblique ou inférieure commence en avant dans le

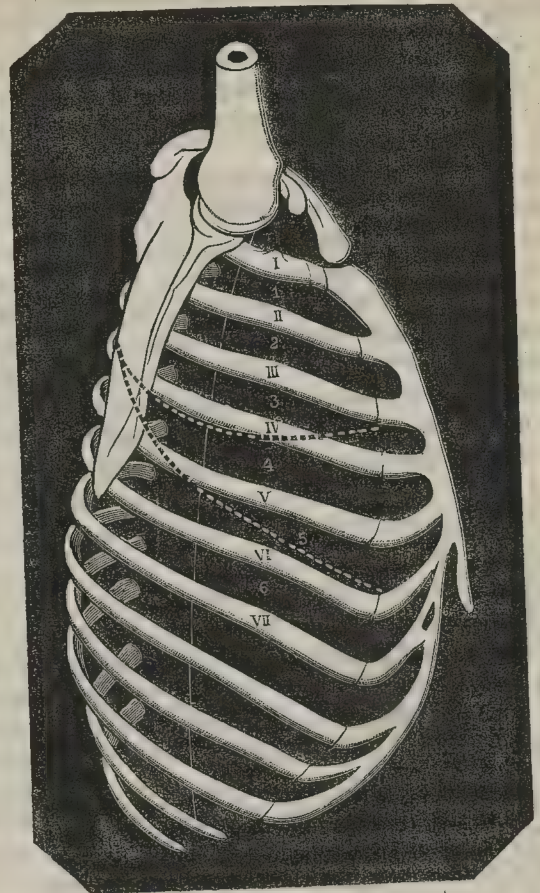


Fig. 1.

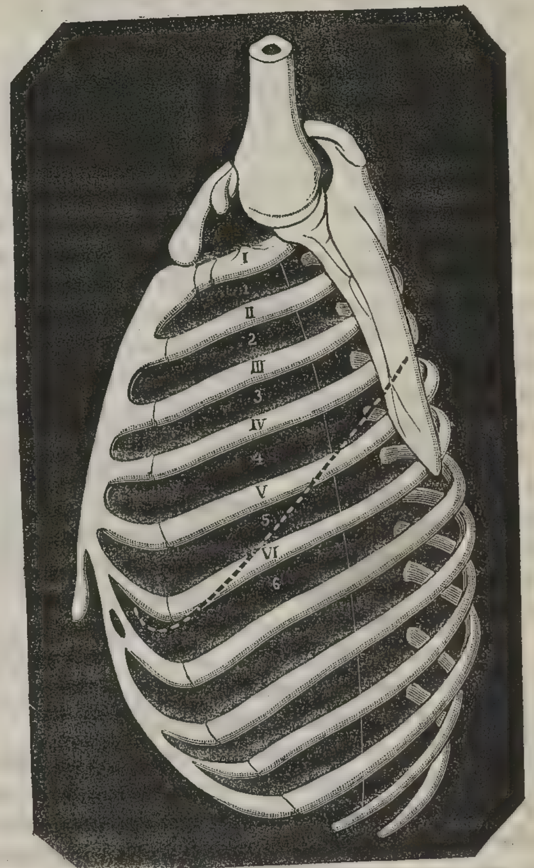


Fig. 2.

cinquième espace intercostal, sur le bord supérieur de la sixième côte, à 10 centimètres de la ligne médiane. Elle traverse le cin-

(1) Les deux premières figures représentent le type le plus normal.

quième espace, croise la face interne de la cinquième côte au niveau de la ligne axillaire et vient se terminer dans le quatrième espace au niveau de la partie postérieure du bord interne de la quatrième côte.

La scissure horizontale ou supérieure commence en avant dans le troisième espace intercostal, près du cartilage chondro-sternal. Elle se dirige horizontalement en dehors, en traversant obliquement la face interne de la quatrième côte, et se jette dans la scissure oblique, dans le quatrième espace, en arrière de la ligne axillaire.

Côté gauche. — Pas d'adhérences.

La scissure gauche commence en avant dans le sixième espace intercostal, sur le bord inférieur du cartilage. Elle croise obliquement la face interne de la sixième côte, le cinquième espace intercostal, coupe obliquement la face interne de la cinquième côte au niveau de la ligne axillaire, puis gagnant la partie postérieure du thorax, vient se terminer en arrière, dans la partie la plus reculée du quatrième espace intercostal.

Sujet n° 3. — Femme de soixante-sept ans. Scoliose à convexité gauche. Taille 1m51. Périmètre thoracique 79 centimètres.

Côté droit. — Adhérence totale des deux plèvres qu'on peut cependant décoller l'une de l'autre.

La scissure oblique ou inférieure commence en avant dans le cinquième espace intercostal, sur le bord supérieur de la sixième côte, à 11 centimètres de la ligne médiane. Elle suit ce cinquième espace en se rapprochant de la cinquième côte, traverse la face interne de cette cinquième côte pour venir se terminer à sa partie postérieure. Elle semble se terminer aussi bas à cause de la scoliose qui a changé la direction des côtes.

La scissure horizontale ou supérieure commence en avant dans le troisième espace intercostal, au niveau du bord du sternum. Elle se dirige horizontalement en dehors, en traversant la face interne de la quatrième côte, le quatrième espace, la face interne de la cinquième côte et vient se jeter dans la scissure oblique, au niveau du cinquième espace intercostal, en arrière de la ligne axillaire.

Côté gauche. — Quelques adhérences.

On rencontre d'abord dans le cinquième espace, à 10 centimètres de la ligne médiane, une fausse scissure qui se termine après un trajet de 6 centimètres.

La vraie scissure oblique commence en avant dans ce même cinquième espace intercostal, sur le bord supérieur de la sixième côte, à 14 centimètres de la ligne médiane. Elle croise ce cinquième espace, la face interne de la cinquième côte, le quatrième espace, la face interne de la quatrième côte et se termine dans la partie postérieure du troisième espace intercostal. Au niveau de *la ligne axillaire*, la scissure croise la face interne de la cinquième côte.

Sujet n° 4. — Femme de quarante ans. Tuberculeuse. Taille 1m49. Périmètre thoracique 68 centimètres.

Côté droit. — Quelques adhérences au sommet. Adhérences dans la scissure oblique qui se détachent facilement.

La scissure oblique ou inférieure commence en avant dans le cinquième espace intercostal, sur le bord supérieur de la sixième côte, à 9 centimètres de la ligne médiane. Elle suit ce cinquième espace en se rapprochant de la cinquième côte, traverse la face interne de cette cinquième côte, coupe la ligne axillaire dans le quatrième espace intercostal et vient se terminer au niveau de la partie postérieure de la face interne de la cinquième côte.

La scissure horizontale ou supérieure commence en avant dans le troisième espace intercostal à 4 centimètres de la ligne médiane, rejoint très obliquement le bord inférieur de la troisième côte, puis retraversant le même troisième espace, vient se jeter en arrière de la ligne axillaire, dans la scissure oblique au niveau de la face interne de la quatrième côte.

Côté gauche. — Adhérences totales des deux plèvres.

La scissure gauche commence en avant au bord inférieur et à la face interne de la cinquième côte, à 8 centimètres et demi de la ligne médiane, traverse presque perpendiculairement le quatrième espace intercostal, s'applique à la face interne de la quatrième côte au niveau de la ligne axillaire, traverse le troisième espace intercostal et vient se terminer à la partie postérieure de la face interne de la troisième côte.

Sujet n° 5. — Femme de trente-huit ans. Taille 1m60. Périmètre thoracique 76 centimètres.

Côté droit. — Quelques adhérences.

La scissure oblique ou inférieure commence en avant à la face interne de la sixième côte, à 12 centimètres de la ligne médiane, croise cette même côte pour arriver dans le sixième espace, suit dans ce sixième espace le bord supérieur de la septième côte, croise de nouveau la face interne de cette sixième côte et vient se terminer à la partie postérieure du cinquième espace. Elle suit donc presque complètement la sixième côte dans tout son trajet.

La scissure horizontale ou supérieure commence en avant dans le troisième espace intercostal, au niveau du bord du sternum, croise horizontalement ce troisième espace, effleure quelque temps le bord supérieur de la quatrième côte et croise la face interne de cette quatrième côte. Arrivée dans le quatrième espace où elle est en rapport avec la ligne axillaire, elle se porte presque verticalement en bas et en arrière, coupe la face interne de la cinquième côte, la face interne de la sixième et vient rejoindre la scissure oblique dans le sixième espace.

Côté gauche. — Adhérences.

La scissure gauche commence en avant dans le cinquième espace, sur le bord supérieur de la sixième côte et à 7 centimètres de la ligne médiane. Elle croise en remontant le cinquième espace, la face interne de la cinquième côte, redescend au niveau de la ligne axillaire dans le cinquième espace; puis, suivant quelque temps le bord supérieur de la sixième côte, vient se terminer à la partie postérieure de la face interne de cette sixième côte.

VARIÉTÉS

Deux livres sur les médecins.

La dernière quinzaine a vu naître deux livres, l'un et l'autre du domaine de la fantaisie littéraire, mais l'un et l'autre intéressants pour nous, les héros de ces deux ouvrages étant pris dans notre milieu.

L'un de ces deux volumes est même signé d'un confrère, le docteur Paul Vigné d'Octon, ancien médecin de marine, déjà connu par le petit tapage que fit l'*Éternelle Blessée*, son roman de l'année dernière.

L'*Éternelle Blessée* racontait, avec de faux noms, la véridique histoire d'un jeune ménage, autrefois soigné par l'auteur dans une petite ville du Midi. Les personnages étaient si ressemblants, le décor ambiant si fidèlement décrit, que le mari se reconnut et menaça notre confrère de le poursuivre en justice pour violation du secret médical. L'affaire n'alla pas plus loin; et, sans doute pour nous prouver, peut-être pour se mieux prouver à lui-même que le secret professionnel est l'une des choses les plus nobles, les plus relevées et les plus nécessaires de notre profession, M. Vigné d'Octon nous donne aujourd'hui un roman, dont le principal personnage, professeur de clinique chirurgicale à l'école de Montpellier, lutte héroïquement contre la révélation de ce secret d'où dépend la joie de sa vie.

En deux mots, voici le sujet du *Roman d'un Timide* (c'est le titre de ce volume).

Depuis l'enfance, le professeur Bérenger aime une jeune fille, qui lui préfère son ami intime, Christian. Or, Christian devient phthisique. Bérenger est seul à connaître le diagnostic : son amour et sa jalousie le poussent à le dévoiler; mais il fera son devoir jusqu'au bout. Il laisse s'accomplir le fatal mariage. Au bout de quelques mois, Christian meurt, laissant un fils con-

damné à mourir de la tuberculose héréditaire, et quand Bérenger, libre enfin, peut épouser la veuve de son ami, elle est elle-même phthisique, contaminée par son premier mari.

L'histoire n'est pas gaie, mais elle est bien contée par un écrivain de mérite, et il n'est pas pour nous déplaire, ce livre plein de l'héroïsme et des douleurs de notre profession. On y tousse un peu trop, peut-être, on y ausculte à chaque page, on y opère un cancer de la langue, on fait une trachéotomie, quatre constatations de décès. Mais ceux de nos confrères qui ne recherchent pas uniquement, dans la lecture, l'oubli de leur cruel métier, auront très grand plaisir à lire le *Roman d'un Timide*, dont le héros réel ne serait autre, si j'en crois une indiscrétion, que le défunt professeur X..., d'une Faculté du Midi.

Tout autre est l'ouvrage de Gyp, intitulé *Ces bons docteurs!*

Vous savez tous, mes chers confrères, que Gyp est le pseudonyme populaire d'une mondaine de beaucoup d'esprit, dont l'étincelante malice n'est pas foncièrement méchante, et dont les traits, toujours aigus, ne sont jamais empoisonnés.

Jusqu'à la fin de ce petit volume, sa verve ne s'exerce que très innocemment sur nous.

En scènes courtes, alertes, vives, l'auteur nous dépeint tour à tour — je me borne à citer les têtes de chapitres — le médecin bourru, le mondain, le jovial, le politique, l'amateur, le bon garçon, le roublard, le fantaisiste, le gaffeur, le complaisant, l'inoffensif. Si la peinture des caractères y est bien souvent fantaisiste, si les relations de docteurs à clientes y sont décrites avec plus d'agrément que de souci de vérité, ces petites saynettes n'en sont pas moins charmantes, et presque toutes d'un intérêt piquant.

Mais la dernière est toute différente.

Gyp ne badine plus, elle devient vengeresse et terrible. Le plus sérieusement du monde, avec une amertume que nous ne lui connaissions pas, elle accuse certains médecins parisiens d'une abominable infamie, et voici ce qu'elle raconte :

M. le docteur Déchar, pauvre médecin de quartier, a une femme affolée de grand luxe, qui lui reproche incessamment sa situation médiocre. Il est faible, ce bon Déchar, au point de se laisser pousser à faire opérer, par le célèbre chirurgien Rapass, un malade destiné fatalement à mourir de l'opération. Rapass touchera 15000 francs; il en donnera 5000 au confrère qui lui apporte cette aubaine et Mme Déchar aura sa belle robe. Ce n'est pas plus malin que ça!

Avec une bonne foi qu'on ne saurait mettre en doute, avec la conviction généreuse de flétrir une pratique qu'elle croit familière aux chirurgiens d'aujourd'hui, Gyp vient de répandre, dans le nombreux public où elle est lue, une périlleuse légende, d'une parfaite inexactitude, et, pour tout dire, une abominable calomnie.

Tuer volontairement, délibérément, des malades, pour se partager 15000 francs, c'est un épouvantable crime, qui, jamais, n'a été commis sur le territoire de France, dans ce pays du désintéressement et de la loyauté, où le corps médical est le plus généreux, le plus digne qui soit au monde.

Gyp, qui croyait venger l'humanité souffrante, ne venge rien du tout. Il est arrivé à des chirurgiens français de rogner leurs honoraires au profit d'un confrère pauvre, mais ce n'est là qu'un acte charitable et, dans le monde médical, il ne s'élèvera pas une voix pour protester si j'affirme que pas un de nos confrères n'a, sur la conscience, une opération faite sans espoir de sauver la vie au patient!

Gyp a donc fait, sans le vouloir, une action moins bonne que celle qu'elle avait en vue. Mais est-ce bien sa faute? En vérité, je n'en crois rien. Ce n'est pas elle que j'accuse de ce regrettable incident, et la morale qu'il en faut tirer n'est pas à son usage.

C'est nous autres, bien franchement, qui sommes les coupables, nous autres, grands et petits, professeurs à la Faculté ou médecins du bureau de bienfaisance, qui colportons trop aisément les potins sur nos chers confrères.

Entre nous, ça n'a pas de bien grande importance; nous savons tous faire la part de l'exagération, et nous disons du mal les uns des autres sans vouloir nous nuire autrement. Quand un profane nous écoute, c'est, croyez-moi, beaucoup plus grave. De deux choses l'une, ou il nous juge bassement envieux, ou il prend nos malices à la lettre, en exagère la portée et s'en va racontant partout que le docteur Untel n'est qu'un vil charlatan, ou un monsieur qui assassine les gens pour quinze mille francs.

Un jour ou l'autre, ça s'imprime, et nous sommes tous désolés. J'en conclus qu'il faut nous résoudre à avoir un peu moins d'esprit, à en faire un peu moins, surtout, sur le dos de nos camarades. L'honneur de la corporation entière y gagnera.

Maurice de Fleury.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 18 févrvier 1892, a été promu dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin principal. — M. Dupouy, médecin de première classe.

— Par décret, en date du 19 février 1892, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Le Quinquis, ancien médecin de deuxième classe de la marine.

— Par arrêté ministériel, en date du 18 février 1892, la chaire d'anthropologie du Muséum d'histoire naturelle est déclarée vacante.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Amédée Amette, secrétaire honoraire de la Faculté de médecine de Paris. Né en 1802, M. Amette était entré comme agent comptable à la Faculté en 1830; pendant trente ans, il se consacra, avec la plus grande courtoisie, à ses fonctions; il rédigea un « Code médical » justement estimé et ne compta que des amis.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Dumont, aide d'anatomie, est nommé prosecteur, en remplacement de M. Stroup, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine d'Alger.* — Un congé est accordé, sur sa demande, à M. Goinard, préparateur de physiologie.

— *École de médecine de Marseille.* — M. André est nommé préparateur d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

— *Muséum.* — M. Gréhant est nommé professeur intérimaire de la chaire de physiologie générale pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Rouget; — M. Gervais (Henri) est nommé assistant d'anatomie comparée.

— M. le docteur Bosc, chef de clinique médicale de la Faculté de médecine de Montpellier, vient d'être nommé chef du service de statistique médicale de Montpellier.

— Le collège communal d'Etampes prendra désormais la dénomination de « Collège Geoffroy-Saint-Hilaire ».

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'intéressante communication faite, dans la dernière séance, par M. C. Paul, sur les injections sous-cutanées de substance nerveuse stérilisée par l'acide carbonique (v. *Gaz. des hôpit.*, 1892, p. 192), visait surtout le côté clinique de la question et s'appuyait sur un certain nombre d'observations tendant à démontrer que nous possédions aujourd'hui un tonique nerveux très précieux pour la thérapeutique. C'est là un fait qui paraît acquis et qui mérite toute l'attention des praticiens. Mais comment s'obtiennent ces liquides? Comment arrive-t-on à les rendre suffisamment aseptiques, sans rien leur ôter de leurs propriétés physiologiques? C'est ce qu'est venu démontrer aujourd'hui M. d'Arsonval, auquel on doit l'invention des procédés et des appareils permettant d'obtenir la parfaite stérilisation de ces liquides. On comprendra l'importance de cette stérilisation, quand on saura qu'avant elle toute substance d'origine animale, injectée sous la peau de cobayes ou de lapins, entraînait la mort de ces animaux, tandis qu'aujourd'hui ces mêmes substances, ainsi stérilisées, donnent les effets physiologiques et thérapeutiques que l'on connaît. M. Constantin Paul n'a parlé que de substance nerveuse, mais on peut tout aussi bien injecter du tissu pancréatique, splénique, musculaire ou glandulaire, dans les mêmes conditions d'asepticité. Ce mode de stérilisation par l'acide carbonique présente donc cet immense avantage sur tous les autres qu'il débarrasse les tissus à injecter de leurs micro-organismes, sans leur faire perdre leurs propriétés physiologiques. C'est là une découverte qui peut devenir une source précieuse d'indications thérapeutiques.

Après une courte discussion, qui a suivi la démonstration de M. d'Arsonval, la parole a été donnée à M. Kelsch, professeur au Val-de-Grâce, pour la lecture d'une observation de pleurésie hémorrhagique déterminée par le bacille d'Éberth. M. Kelsch a tiré de ce fait des déductions très intéressantes de pathogénie et de pathologie générale.

Au début de la séance, a eu lieu l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la seconde division. MM. Duplouy (de Rochefort) et Queirel (de Marseille) ont été élus.

Nous rappellerons, en terminant, qu'il a été déclaré une place vacante de membre titulaire, dans la section de médecine, en remplacement du regretté Henri Roger.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

La syphilis tertiaire du testicule (forme scléreuse).

La syphilis tertiaire du testicule peut se présenter sous deux grandes formes anatomique et clinique : la forme scléreuse, aboutissant à l'atrophie de la glande séminale; la forme gommeuse, aboutissant comme toutes les gommes à la dégénérescence granulo-graisseuse, au ramollissement et à l'ulcération. Plusieurs malades du service nous ont offert des exemples intéressants de la première forme, et c'est à son étude que je veux me limiter aujourd'hui.

Au point de vue de la date d'apparition, l'orchite scléreuse, l'orchite interstitielle, le sarcocèle hyperplasique, l'albuginite syphilitique — tels sont les principaux noms qu'elle a reçus — est un accident tertiaire. Mais c'est un accident tertiaire jeune, apparaissant dès le début de la période tertiaire, dans la deuxième, la troisième année de la vérole. Certes, on peut voir des scléroses tardives, et j'en ai moi-même observé trois cas survenus vingt-sept, vingt-neuf et trente ans après le chancre, mais la règle de la précocité n'en subsiste pas moins.

Comme localisation, la sclérose frappe de préférence le testicule. Elle le frappe même seul, dans les trois quarts des cas. Dans un quart des cas, elle atteint à la fois le testicule et l'épididyme. Toujours unilatérale, monotesticulaire d'emblée et à l'origine, l'orchite finit toujours par devenir bilatérale, si le traitement n'intervient pas.

Comme aspect extérieur, le testicule atteint est augmenté de volume. Mais cette augmentation n'est pas très considérable. Elle atteint au maximum le volume d'un citron, d'un œuf de dinde. De plus, elle est régulière. La forme du testicule est conservée, on dirait un testicule normal vu à la loupe. La surface est restée lisse ou offre quelques très légères saillies pisiformes. — La dureté est remarquable, elle est ligneuse, cartilagineuse; le testicule semble en bois.

A la coupe, on trouve un épaississement général de l'al-

buginée. De plus, le parenchyme testiculaire ne forme plus une pulpe molle de couleur chamois, mais un tissu fibroïde résistant, rose, blanc et même laiteux. Sur ce tissu apparaissent des rayons tendineux, hypertrophie des cloisons normales, et entre ces rayons des noyaux blancs d'apoplexie fibreuse.

Au microscope, on trouve une prolifération cellulo-fibreuse surabondante. Les tubes séminifères ne sont plus tangents, mais séparés, enserrés par le tissu conjonctif. Leur tunique externe est elle-même hypertrophiée, leur tunique interne se frange, l'épithélium dégénère. Les éléments nobles, étouffés par le travail de sclérose, se transforment en véritables cordons fibreux. Les artères subissent un travail analogue d'artério-sclérose.

Le terme ultime de cette sclérose est, comme au foie, à la langue, la résorption progressive et l'atrophie de l'organe. Dans les scléroses partielles, cette atrophie peut amener des excavations, des enfoncements. Dans les scléroses totales, le testicule ressemble, à la période d'atrophie, à un vieux pruneau desséché. Il peut même se réduire plus encore, devenir le haricocèle de Ricord. On dirait un haricot perdu dans les bourses. Histologiquement, ce moignon atrophié n'est plus que du tissu fibreux pur.

La vaginale peut présenter un épanchement séreux ou fibrineux. Mais la lésion la plus fréquente est la présence de fausses membranes, développées surtout dans le cul-de-sac inférieur et qui enserrent, comme dans une gangue, l'épididyme.

L'épididyme est touché dans un quart environ des cas, soit qu'enserré par les fausses membranes il devienne rabougri, blanchâtre, soit qu'il soit atteint de sclérose en dehors de cette péri-épididymite.

Au point de vue des symptômes, l'orchite scléreuse est une intumescence froide, aphlegmasique, indolente, pouvant rester latente par suite de cette absence de réaction. Presque toujours, en effet, c'est le hasard qui fait découvrir au malade la grosseur du testicule. Souvent, c'est le chirurgien qui découvre cette orchite, que le malade ne soupçonnait pas.

La tumeur testiculaire offre quatre caractères principaux que vous comprendrez bien en vous souvenant de l'anatomie pathologique. C'est une tumeur petite ou de moyen volume, ovoïde, gardant la forme du testicule. Indolente à la pression, on peut la manier hardiment sans douleur. Elle est remarquablement dure en totalité. De plus, sur cette dureté générale, les doigts promenés à la surface de la tumeur sentent des indurations partielles. Tantôt ce sont des plaques dures, non saillantes, véritable blindage. Tantôt ce sont de petites duretés en relief, véritables grains de plomb enchâssés dans l'albuginée. Ce signe, indiqué par Ricord, ne se trouve dans aucune autre maladie.

Telle est la forme type. Comme variétés cliniques, je vous signalerai les quatre variétés suivantes ; orchite bilatérale, orchite avec hydrocèle, orchi-épididymite, orchite à début inflammatoire.

L'orchite est fréquemment bilatérale. Les deux testicules sont inégalement pris, le premier atteint est le plus gros. Mais le symptôme important, qui vient alors s'ajouter, est la diminution de la puissance virile. Les désirs génésiques s'atténuent. Les érections deviennent rares, difficiles, incomplètes. Les spermatozoïdes sont peu nombreux et même tout à fait absents dans le sperme.

L'hydrocèle se rencontre au plus dans le tiers ou le quart des cas. La couche de liquide est toujours peu abondante ; sa tension est minime ; on arrive toujours en déprimant le liquide à sentir la tumeur.

Dans l'orchi-épididymite, la forme change. La tumeur épididymaire coiffe la tumeur testiculaire à la façon d'un cimier de casque, d'un doigt recourbé en crochet ; on n'a plus la forme ovoïde régulière, mais la forme aplatie, dite en galet.

Le début inflammatoire est très rare. Il s'observe pourtant quelquefois. Ce n'est jamais qu'un incident de début, un petit orage léger, passager, durant à peine quelques jours.

La marche est lente ; les lésions restent stationnaires pendant des semaines, des mois. Non traitées, elles aboutissent fatalement à l'atrophie totale des testicules. Traitées, elles guérissent complètement si le traitement a été précoce. Alors même que le traitement est tardif, les résultats restent encore inespérés. Des indurations anciennes, ligneuses, finissent par faire place à la souplesse normale. Cette merveilleuse efficacité du traitement atténue beaucoup la gravité du pronostic.

Le diagnostic est d'ordinaire facile directement, en tenant compte des antécédents, de la coexistence possible d'autres accidents syphilitiques, du début insidieux, des caractères objectifs de la tumeur. Ni l'épididymite blennorrhagique, ni la tuberculose ne peuvent amener de confusion. Le cancer, au début, est plus difficile à distinguer. Vous tiendrez un compte particulier de l'unilatéralité, des douleurs lancinantes, de l'irrégularité, de la consistance dure sur quelques points, normale et ramollie sur d'autres, pour le diagnostic du cancer. Dans tous les cas douteux, dans tous les cas même où le cancer semble presque certain, ce serait une lourde faute de ne pas essayer le traitement par l'iodure de potassium avant de se décider à la castration.

L'iodure, par sa rapidité d'action, par son efficacité, est un merveilleux spécifique de la sclérose syphilitique du testicule. Dans les cas très anciens traités tardivement, il est parfois bon de lui associer le mercure. Comme traitement local on a préconisé toute une série de pommades résolutives et même la compression. Il suffit de conseiller des bains fréquents et le port d'un suspensoir soigneusement garni d'ouate.

DE L'INJECTION DES EXTRAITS LIQUIDES

PROVENANT DES DIFFÉRENTS TISSUS DE L'ORGANISME COMME MÉTHODE THÉRAPEUTIQUE

Par M. le docteur D'ARSONVAL.

L'appoint clinique important que M. Constantin Paul a apporté mardi dernier à la méthode thérapeutique inaugurée par M. Brown-Séquard et moi, m'engage à compléter sa communication au point de vue de la technique à suivre pour la préparation des extraits liquides.

Tout d'abord, il faut rejeter l'emploi de tout antiseptique mélangé à l'extrait.

Quand le liquide doit être injecté dans les veines, on prend exclusivement comme dissolvant l'eau salée à 10 ou 15 p. 1000.

Pour l'injection sous-cutanée, le dissolvant est exclusivement la glycérine, additionnée de deux ou trois volumes d'eau.

L'animal qu'il faut choisir de préférence pour l'obtention des liquides est le cobaye : on s'adressera, bien entendu, à un animal sain et vigoureux.

On le tue par section du cou. On enlève ensuite le tissu dont

on veut avoir l'extrait et on le met macérer pendant vingt-quatre heures dans trois fois environ son poids de glycérine officinale à 28 degrés, qu'on a chauffée à 140 degrés une fois pour toutes, et que l'on conserve dans un flacon bouché à l'émeri à la façon des flacons Pasteur.

Le tissu doit être divisé avec des ciseaux, en morceaux ayant environ 1 centimètre de côté, mais non broyé finement.

Le liquide, ainsi préparé et étendu de trois fois son volume d'eau bouillie récemment, obstruerait facilement la bougie poreuse du filtre à acide carbonique et filtrerait trop lentement si on ne le débarrassait d'abord des matières organiques insolubles en suspension. Dans ce but, on lui fait subir une première filtration à la peau de chamois et on le place ensuite dans le stérilisateur à acide carbonique.

Ce stérilisateur a reçu deux formes différentes qui répondent à des besoins divers.

Le premier est le stérilisateur-filtre, le second le stérilisateur-autoclave.

Avec le stérilisateur-filtre, on place le liquide, pendant une heure environ, sous une pression de 50 à 60 atmosphères : tous les germes organiques sont tués sous cette pression, qu'on peut, du reste, augmenter, et qu'on peut encore rendre plus efficace en plongeant l'appareil dans de l'eau à 37 degrés. De cette façon, les substances albuminoïdes ne sont nullement altérées, pas plus que les ferments solubles, ainsi qu'il est facile de s'en assurer avec la levure de bière, par exemple.

Pour que la stérilisation soit complète, il suffit de laisser pendant une heure le liquide en contact avec l'acide carbonique. Il ne reste plus alors qu'à débarrasser le liquide des germes qui ont été détruits par l'acide carbonique, ce qui s'obtient en lui faisant subir une seconde filtration à travers une bougie d'alumine. On le recueille ensuite dans un vase stérilisé.

Le liquide, ainsi préparé, peut se conserver presque indéfiniment si on le soustrait à l'action de l'air, mais à cette condition seulement; sans cela, il jaunit et perd ses propriétés au bout de quelques mois, sans toutefois devenir septique.

Quand on ne veut pas employer le stérilisateur-filtre, dont le maniement est un peu compliqué, on peut avoir recours à l'autoclave-stérilisateur, et voici alors comment on procède :

La solution glycérique de tissu, préparée comme précédemment, est simplement filtrée au papier (filtre Laurent). Le liquide passe très vite et se présente très limpide et très clair.

Avant de l'injecter, on lui fait subir la stérilisation dans l'autoclave à acide carbonique, où il est soumis à une pression de 53 atmosphères.

En laissant agir cette pression pendant deux heures, on est certain d'avoir tué tous les micro-organismes.

En mettant l'autoclave et le réservoir dans un bain d'eau à 42 degrés, on a une pression de 90 atmosphères, qui détruit presque instantanément tous les germes vivants en respectant les substances albuminoïdes. C'est donc une stérilisation à basse température, aussi énergique que le chauffage à l'autoclave à 140 degrés.

TRAITEMENT PRÉVENTIF DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

PAR LE CHLORAL LONGTEMPS CONTINUÉ

Par M. le docteur J. Arnaud, chef de clinique obstétricale à l'École de Marseille.

Le régime lacté, disent MM. Tarnier et Budin, est le meilleur traitement prophylactique de l'éclampsie. Mais, pour être efficace, ce régime doit être absolu; il doit être continué au moins pendant une semaine : « Nous n'avons pas encore vu de femme enceinte albuminurique, soumise à ce régime *depuis une semaine*, devenir éclamptique (1). »

(1) Tarnier et Budin. T. II, p. 143.

Or, l'intolérance, le dégoût empêchent souvent l'emploi absolu de ce régime « qui, mitigé, reste inefficace » (1).

Bien plus, le médecin peut être mandé pendant ces prodromes qui précèdent l'attaque de quelques heures seulement et quelquefois plus tard encore, après des convulsions arrêtées spontanément ou non, mais qui laissent, après elles, aussi longtemps que persiste la grossesse, des symptômes considérés par tous les médecins comme les précurseurs de nouvelles attaques convulsives (amaurose, céphalée, douleur épigastrique, vomissements). Dans le but de prévenir ces convulsions si nuisibles à la mère et à l'enfant, M. le professeur Magail, notre maître, emploie alors le traitement par le chloral seul ou, s'il en a le temps, combiné avec le régime lacté et prolongé aussi longtemps que persistent les prodromes. M. Magail, comme tous les accoucheurs, emploie le chloral pour combattre les convulsions éclamptiques, mais, de plus, par le traitement chloralé prolongé, il prévient la venue ou le retour de ces manifestations dangereuses de la maladie, comme on prévient les attaques épileptiques par l'emploi prolongé des bromures.

Nous allons essayer de prouver cliniquement cette action préventive. Nous mettrons ensuite en balance les inconvénients de ce mode de traitement.

I

Observation I. — A..., vingt et un ans, entre à la Clinique le 15 décembre 1891. Primipare. Dernières règles fin mars. Peu de troubles physiologiques : un peu d'anorexie et quelques vomissements.

Du 13 au 15 décembre, elle a, chez elle, trois accès d'éclampsie. On l'apporte à la clinique dans un état demi-comateux : elle y a une nouvelle crise éclamptique quelques heures après son entrée.

Nous constatons une anasarque généralisée et volumineuse. Rien au cœur.

Très peu d'urine dans la vessie : cette urine, non diluée, contient une si grande quantité d'albumine qu'elle ne peut être dosée avec le tube d'Esbach.

On prescrit 4 grammes de chloral en lavement et du lait. Comme le col est en partie effacé, l'orifice interne perméable, on donne des douches de Kiwish pour hâter l'accouchement et soustraire l'enfant encore vivant, et la mère, au danger de nouvelles crises d'éclampsie. Mais l'appareil fonctionne mal et, après quelques essais, on doit renoncer à ce moyen. On continue le lait et le chloral.

Le 17 décembre, il y a déjà de la polyurie : 4 litres par jour, 1 gramme d'albumine par litre. Pas de nouvelle crise; la malade commence à sortir de son état d'hébétude, elle se plaint de céphalée.

De ce jour, jusqu'au 24 décembre, date de l'accouchement spontané, on continue de faire prendre à la malade du lait et 2 grammes de chloral par jour. L'anasarque, l'albuminurie diminuent (75 centigrammes par litre). Pas de nouvelle crise, mais céphalée persistante.

Malgré la longueur du travail (du 24 décembre, huit heures du matin, au 25 décembre, midi et demi), malgré l'intensité des douleurs, l'accouchement a lieu sans aucun accident. Enfant vivant. L'albuminurie, l'anasarque diminuent après l'accouchement, mais avec lenteur, car un mois après, il y a encore 50 centigrammes d'albumine par litre, et cette femme continue à se plaindre de céphalée, bien que le chloral ait été suspendu dès le 25 décembre et le régime lacté continué. Elle semble donc avoir une lésion permanente des reins, car l'albuminurie, dite gravidique, disparaît très vite après l'accouchement.

(1) Tarnier et Budin. P. 142.

Dès les premières doses de chloral, les convulsions ont cessé, mais la femme restait en imminence d'attaque, car la lésion rénale persistait bien qu'atténuée, et il y avait surtout des prodromes menaçants (céphalée, troubles visuels, vomissements) qui durèrent jusqu'à l'accouchement. Grâce, croyons-nous, à la continuation du chloral, une nouvelle attaque fut prévenue, même pendant le travail.

Mais ce rôle de traitement préventif des attaques convulsives, par nous attribué au chloral, pourrait, nous objectera-t-on, être rapporté au régime lacté, qui, dans notre première observation, fut employé avec le traitement médicamenteux.

A cela, nous répondrons par une autre observation recueillie dans le service de M. le professeur Magail, à une époque où le régime lacté n'était pas encore employé; ici, c'est bien au chloral donné seul pendant toute la période prodromique, qu'il faut attribuer le rôle de préventif de l'attaque convulsive.

Obs. II. — Mme X... avait avorté, une première fois, dans de violentes attaques éclamptiques. Au milieu d'une seconde grossesse intervenue peu de temps après, cette dame eut de nouveau de l'anasarque, de l'albuminurie, et bientôt des prodromes incontestables d'éclampsie (céphalée très vive, amaurose). Le traitement chloralé fut aussitôt commencé et continué durant plusieurs mois, jusqu'à la mort du fœtus. Malgré la ténacité des prodromes et la prédisposition prouvée par une éclampsie antérieure, cette dame put achever sa seconde grossesse sans crise convulsive.

II

Mais ce traitement, dont nous venons de montrer l'efficacité préventive, n'a-t-il aucun inconvénient imputable à l'absorption très prolongée de doses quelquefois élevées de chloral? Quel danger fait-il courir au fœtus? Quel danger fait-il courir à la mère?

Contrairement à la statistique de M. Auvard (1) qui montre la médication chloralée comme la meilleure pour la mère, mais la plus mauvaise pour l'enfant, notre premier cas et les faits observés par MM. Fauny (2), Testut (3), Chambert (4) semblent prouver que le chloral n'a pas d'action fœticide.

En vérité, nous n'avons ici employé que des doses faibles (4 à 2 grammes par jour), comparées à celles données par M. le professeur Fochier [de Lyon (5)] : « 9 ou 10 grammes de chloral en douze ou vingt-quatre heures constituent une dose moyenne qui pourra s'élever jusqu'à 18 ou 20 grammes (dans un cas, 10 grammes en trois heures), si les accès se répètent avec insistance, si l'état général s'aggrave, si la température s'élève beaucoup. »

Les convulsions supprimées, M. Fochier continue le chloral (4 grammes par jour et même plus) aussi longtemps que persistent les prodromes (troubles de la vue, céphalée, douleurs épigastriques, vomissements). Pour assurer l'absorption du médicament, il ne le confie pas à la voie rectale, mais le donne par la sonde œsophagienne, surtout quand il y a du coma : en dilution au 30e, au 40e, le chloral est inoffensif pour la muqueuse gastrique.

(1) Auvard. *Traitement de l'éclampsie*, 1889.
(2) Fauny. Th. de Paris, 1874.
(3) Testut. Th. de Paris, 1879.
(4) Chambert. Th. de Paris, 1884.
(5) Em. Blanc. *Lyon méd.*, 1889, t. LXI, p. 293.

Malgré les hautes doses indiquées, selon M. Fochier, par l'hyperthermie éclamptique, cet accoucheur n'a pas observé les accidents signalés par M. Rallière (1) : cet élève de M. le professeur Richet insiste beaucoup sur ce fait que l'hyperthermie contre-indique le chloral : la mort peut arriver rapidement, précédée ou non de convulsions générales, quelquefois avec une température de collapsus. Ces résultats expérimentaux s'appliquent-ils bien à la clinique, le collapsus mortel peut-il être le premier symptôme du chloralisme? Peut-être qu'un médecin instruit et attentif serait prévenu du danger par les troubles vaso-moteurs [éruption érythémateuse, ortiée, gonflement et rougeur de la conjonctive (2)], par les douleurs articulaires, par la dyspnée avec cyanose (3).

Enfin, si le chloral était réellement dangereux pendant la période hyperthermique, c'est-à-dire convulsive, de l'éclampsie (et les faits cliniques de M. Fochier, de M. Auvard démontrent le contraire), ce danger n'existerait pas pendant la période prodromique où il n'y a jamais d'hyperthermie.

L'accoutumance au chloral est toujours très tardive, il n'est donc pas nécessaire d'augmenter les doses dans le traitement prolongé. Suffisamment dilué le chloral est sans action fâcheuse sur l'estomac; il ne donne jamais lieu à de la constipation.

En résumé, les dangers, les inconvénients du chloral ne sont rien moins que prouvés, et, d'autre part, il sauve la mère et souvent le fœtus en prévenant les attaques éclamptiques.

III

Nous n'aurions pas dédaigné de tenter, après d'autres, une explication de l'action anti-éclamptique du chloral; mais pour savoir comment le chloral agit ici, il faudrait savoir d'abord sur quoi il agit, c'est-à-dire connaître la pathogénie de l'éclampsie. Or, malgré les recherches de M. Doléris (4), de M. Blanc (5) il n'est pas admis par tous que l'éclampsie soit une maladie infectieuse, dont le chloral serait le spécifique. Agit-il sur la lésion rénale? Le chloral s'élimine par le rein en produisant, chez l'animal chloralisé, de la polyurie et de l'hématurie (6) : « Il n'est pas impossible que le rein obstrué, enflammé, éprouve une influence modificatrice favorable de la part de cette substance (7). » Mais, pour fréquente que soit l'albuminurie parmi les symptômes éclamptiques, on cite, cependant, plusieurs cas d'éclampsie avérée où l'autopsie ne démontra pas de lésion rénale.

On en est donc réduit à supposer que le traitement chloralé n'est, dans l'éclampsie, qu'un traitement symptomatique. Mais, comme les bromures dans l'épilepsie, le chloral a contre les convulsions éclamptiques une action préventive et curative particulière, d'ailleurs inexpliquée, qui le met au-dessus des autres médicaments anti-convulsifs.

(1) Rallière. Th. de Paris, 1888.
(2) Aviargnet. *Bull. méd.*, 1889.
(3) Rosenthal. *Centralbl. f. Klin. Med.*, 1890, p. 288.
(4) Doléris. Soc. de biol., 1885.
(5) Blanc. *Lyon méd.*, 1890, t. LXV, p. 71.
(6) Dujardin-Beaumetz. *Diction. de thérap.*, p. 834, art. Chloral.
(7) Blanc. *Lyon méd.*, 1889, t. XVI, p. 288.

THÉRAPEUTIQUE

Les bromures de potassium et de strontium.

Par le docteur X. Delmis.

Nous portons trop d'intérêt aux progrès de la thérapeutique pour n'avoir pas suivi avec la plus vive curiosité l'échange de communications qui s'est fait, depuis quelques mois, dans les divers Congrès médicaux, au sujet des effets thérapeutiques comparés du bromure de potassium et du bromure de strontium.

Si nos éminents maîtres, A. Voisin, Legrand du Saulle et Falret, ont été les intronisateurs du bromure de potassium en France, ce journal s'est fait le vulgarisateur de leurs doctrines. Et nous avons cette satisfaction de constater, après tant d'expériences tentées et tant de résultats obtenus, qu'aucune de leurs prescriptions n'a été mise en défaut. Le bromure de potassium est demeuré le remède souverain dans le traitement des maladies nerveuses, en général, et de l'épilepsie, en particulier. L'année dernière, cette vérité était magistralement constatée dans l'ouvrage de M. Féré (1) et, ici même, dans une revue critique de M. Gilbert Ballet (2).

Mais c'est le propre de la science de ne pouvoir jamais s'en tenir à un résultat acquis et d'être toujours à la recherche du mieux. MM. Germain Sée, Constantin Paul (3) et Dujardin-Beaumetz (4) constatent la parfaite innocuité des sels de strontium et la tolérance des bromures de strontium par certains estomacs moins sympathiques aux autres bromures. Ces observations, venant confirmer celles de Vulpian, ont stimulé la curiosité des praticiens à l'égard de ces sels. Et, parmi ceux-là mêmes qui préconisaient le bromure de potassium comme le seul efficace, il s'en est rencontré, tels que M. Féré (5), qui déclarent les observations faites sur la puissance thérapeutique du bromure de strontium comme intéressantes à constater : « Si l'on considère, dit-il, que le bromure de strontium, d'après les essais faits pendant quatre mois, paraît remplir les indications du bromure de potassium à hautes doses dans les affections convulsives. »

Rappelant ces précédentes observations, M. le docteur Laborde (6) conclut à l'efficacité du bromure de strontium qui, suivant lui, peut être substitué au bromure de potassium, notamment dans le traitement de l'épilepsie.

D'autre part, les observations et les expériences, celles de M. le professeur G. Sée notamment, ont établi l'utilité des sels de strontium dans le traitement des affections de l'estomac, des reins et du cœur. Dans les dyspepsies gastro-intestinales, l'usage du bromure de strontium régularise la digestion, fait disparaître les douleurs si elles existent (la gastralgie et l'entéralgie) et, enfin, dissipe les flatuosités qui constituent un des principaux inconvénients de ces dyspepsies.

Dans la thérapeutique si pauvre des altérations rénales et de l'albuminurie, l'usage des sels de strontium, et particulièrement du bromure, est appelé à jouer aussi, à l'avenir, un rôle précieux. Par l'administration de ce médicament, on diminue notablement les proportions d'albumine qui, souvent même, arrive à disparaître; la dyspepsie, la céphalalgie, qui indiquent un commencement d'intoxication urémique, s'atténuent, les œdèmes cessent de se produire.

Enfin, le bromure de strontium est particulièrement indiqué chez les individus atteints d'affections du cœur, chaque fois que l'éréthisme de l'organe, les palpitations, les crises d'étouffements nécessitent l'emploi d'un sédatif.

Mais les justes méfiances du praticien, si grandes à l'égard de la pureté des bromures de potassium, se sont montrées plus ombrageuses encore, et avec raison, à l'égard de la pureté des sels de strontium toujours si difficiles à isoler des sels de baryte, dont la toxicité est à redouter. C'est ainsi que M. le docteur Lutaud signalait (1), récemment, deux accidents produits par l'ingestion d'un sel de strontium. Mais, en nous offrant les résultats de ses observations, M. Lutaud ne nous a pas dit si le médicament administré avait été préalablement soumis au procédé d'analyse signalé par M. Dujardin-Beaumetz, et qui eût peut-être amené la découverte d'une certaine proportion de baryte.

Quelle conclusion tirer de ces communications en apparence contradictoires?

Cette conclusion est double.

La première affirme, une fois de plus, l'efficacité et la supériorité du bromure de potassium dans le traitement des maladies nerveuses. Le tableau comparatif dressé par M. le docteur Féré, touchant la toxicité des divers bromures, est un nouvel élément de démonstration à l'appui de cette précieuse méthode et maintient la suprématie au bromure de potassium bien préparé. Car, si la puissance thérapeutique d'un sel est en raison directe de sa toxicité, le rang qu'occupe, dans le tableau de M. Féré, le bromure de potassium, assure à ce dernier sel des avantages indiscutables sur les bromures d'ammonium, de strontium et de sodium. Cette étude comparative ne fait que constater ce qu'un passé expérimental de plus de vingt années a déjà démontré.

La pratique aurait, cependant, grand tort de ne pas prêter l'oreille à une seconde conclusion, non moins évidente, et qui propose aujourd'hui à la thérapeutique le bromure de strontium comme un succédané du bromure de potassium, dans le cas où le malade, saturé physiquement et moralement, voit son estomac se refuser à une grande ingestion du bromure de potassium. La précaution dans l'administration du bromure de strontium doit être plus sévère encore, puisque, ainsi qu'il a été indiqué plus haut, la pureté du produit ne s'obtient qu'avec les plus attentives précautions. Témoins des résultats obtenus, depuis vingt ans, dans la préparation du bromure de potassium, par les procédés d'analyse de M. Henry Mure, les plus grands praticiens ont demandé à cet habile chimiste de s'intéresser à ce progrès de la science, pensant qu'éclairé sur l'efficacité des bromures et la nécessité des sels associés, il pourrait, mieux que tout autre, préparer un produit qui, en donnant toute sécurité au praticien, assurerait au malade impatient du bromure de potassium le soulagement qu'on n'avait pu obtenir de ce dernier remède.

Leur attente n'a point été vaine, et, après s'être enquis auprès des personnages les plus autorisés, après s'être inspiré des prescriptions de ces grands praticiens, la maison Henry Mure met aujourd'hui à leur disposition une préparation à base de bromure de strontium d'une pureté irréprochable. La perfection à laquelle M. Henry Mure était parvenu dans la composition du bromure de potassium est garante de ce que peut être le bromure de strontium offert aujourd'hui à toute victime d'une névrose.

Chaque cuillerée de sirop de Henry Mure au bromure de strontium contiendra, comme son congénère au bromure de potassium, 2 grammes de sel chimiquement pur.

La pratique médicale prend note de la nouvelle préparation de M. Henry Mure. Mais le bromure de potassium demeurera son auxiliaire le plus puissant.

(1) Ch. Féré. *Les épilepsies et les épileptiques.*

(2) G. Ballet. De l'épilepsie envisagée au point de vue de sa nature et de son traitement, *Gaz. des hôpit.*, 26 juillet 1890.

(3) G. Sée, C. Paul. Séance de l'Acad. de méd. du 28 juillet 1891.

(4) Dujardin-Beaumetz. Soc. de thérap., séance du 11 nov. 1894.

(5) Féré. Soc. de biol., séances des 17 oct. et 21 nov. 1891.

(6) Laborde. Soc. de biol., séance du 5 déc. 1891.

(1) Lutaud. *Journ. de méd. de Paris*, 27 déc. 1891.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 février 1892. — Présidence de M. Regnauld.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres de MM. Duguet, Rendu et Straus, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la deuxième division.

Première élection, votants 56, majorité 29 : M. Duplouy (de Rochefort) est élu par 44 voix contre 6 données à M. Dezanneau (d'Angers), 4 à M. Queirel (de Marseille), 1 à M. Gaulard (de Lille) et 2 bulletins blancs.

Deuxième élection, votants 54, majorité 28 : M. Queirel est élu par 39 voix contre 8 à M. Dezanneau, 2 à M. Gaulard, 2 à M. Demons (de Bordeaux), 2 à M. Poncet (de Cluny) et 1 bulletin nul.

COMMUNICATION

De l'influence des extraits liquides provenant des différents tissus de l'organisme comme méthode thérapeutique. — **M. D'ARSONVAL** fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 218.)

DISCUSSION

M. NOCARD fait observer que l'acide carbonique ne détruit pas tous les micro-organismes. Il en est qui résistent, ceux en particulier qui donnent des spores. Le virus rabique, par exemple, n'est pas détruit par l'acide carbonique; mais, par contre, la chaleur le détruit très aisément. Il en est de même du virus vaccinal, qui résiste à l'acide carbonique sous une pression de 50 à 60 atmosphères.

M. D'ARSONVAL répond que, dans les expériences dont il vient de parler, il a toujours eu recours, à la fois, à la pression et à la chaleur. Il fait de nouveau remarquer que ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans ses expériences, c'est le fait d'obtenir la stérilisation, sans amener la coagulation des matières albuminoïdes, ni la destruction des ferments solubles.

M. GAUTIER rappelle que Paul Bert avait déjà montré que l'oxygène sous pression tuait tous les microbes, et qu'il avait également signalé ce fait que l'oxygène sous pression, comme l'acide carbonique, n'empêchait pas certains ferments solubles d'exercer leur action. Dans tous les cas, ces expériences prouvent que certains ferments peuvent agir sans qu'il y ait intervention des microbes.

M. LABORDE demande à M. d'Arsonval si les liquides stérilisés qu'il a obtenus dans ses expériences présentent une composition chimique définie et quelle est cette composition, si elle a été étudiée? Car le liquide dont s'est servi M. Constantin Paul, en particulier, ne contient ni phosphore, ni cérébrine, ni aucun des éléments qu'on pouvait s'attendre à y rencontrer.

M. D'ARSONVAL ne saurait dire quelle peut être exactement la composition chimique de ces liquides, mais il peut affirmer que tous ces liquides, soumis à la filtration et à la pression par l'acide carbonique, conservent absolument toutes leurs propriétés physiologiques.

LECTURE

Pleurésie déterminée par le bacille de la fièvre typhoïde. — **M. KELSCH** communique l'observation d'un homme de vingt-deux ans, entré à l'hôpital pour une pleurésie gauche semblant, au début, devoir évoluer sans la moindre complication. Des ponctions répétées donnèrent issue à un liquide louche, d'apparence hématique, dans lequel on constata la présence unique d'un seul micro-organisme, le bacille d'Éberth.

L'épanchement étant devenu purulent, on pratiqua l'empyème ; malgré cela, le malade succomba avec des accidents de fièvre hectique, après avoir présenté, dans les derniers jours, les signes d'un épanchement à droite.

L'autopsie montra que la cavité pleurale droite était tapissée et cloisonnée par une membrane épaisse, grenue, ayant la consistance de l'épiploon tuberculeux; elle contenait, en outre, environ 1 000 grammes d'un liquide, produit d'une phlegmasie récente.

Les deux poumons étaient parsemés de granulations miliaires, les unes fermes, les autres en voie de ramollissement; les ganglions du hile étaient tuméfiés, agglomérés et formaient une masse tuberculeuse volumineuse. Dans l'abdomen, on trouvait une tuberculose péritonéale diffuse, avec dégénérescence des ganglions, quelques ulcérations dans le gros intestin, ulcérations à bords infiltrés de granulations miliaires, mais l'intestin grêle était absolument intact; enfin, la rate était seulement tuméfiée et recouverte, à sa surface, de quelques granulations tuberculeuses.

M. Kelsch rappelle que MM. Rendu, Fernet, Charrin et Roger ont déjà rapporté des cas de pleurésie avec épanchement renferfermant le bacille typhique; dans le cas de MM. Charrin et Roger, les signes et les lésions intestinales d'une fièvre typhoïde faisaient défaut.

La clinique, depuis longtemps, a étudié et fait connaître la fièvre typhoïde à début pleural, la pleuro-typhoïde, mais on s'est demandé jusqu'à quel point ces pleurésies étaient des manifestations du bacille d'Éberth ou des infections secondaires. Ce fait semble prouver la justesse de la première hypothèse; quoique le liquide contienne du virus tuberculeux, il est certain que le bacille d'Éberth a, néanmoins, été l'agent de la pleurésie, puisque, expérimentalement, elle a pu être réalisée par les injections intra-pleurales de ce bacille.

Mais l'agent infectieux de la fièvre typhoïde peut-il se localiser sur la plèvre avant de se fixer sur l'intestin? Les lésions intestinales n'ont-elles pu évoluer insidieusement pendant quelque temps?

M. Kelsch répond à ces objections en faisant observer que, dans ce cas, la maladie a pris dès le début, et a conservé jusqu'à la fin, les allures d'une pleurésie vulgaire, et que, d'autre part, on n'a pu constater aucune lésion intestinale. En un mot, le bacille d'Éberth, dans le cas présent, a engendré, tout comme un vulgaire agent pyogène, une simple inflammation de la plèvre.

A ce point de vue et au point de vue des fonctions biologiques et pathogéniques du bacille d'Éberth, l'observation que nous venons de relater méritait d'être signalée.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 février 1892, M. Lafaurie, aide-médecin, docteur en médecine, a été promu, dans le corps de santé de la marine, au grade de médecin de deuxième classe.

— Par arrêté ministériel, en date du 16 février 1892, une médaille d'honneur en bronze a été accordée à M. le docteur Gairaud, médecin sanitaire commissionné à bord du cargo-boat *Charente*, pour le zèle intelligent dont il a fait preuve en prescrivant et en faisant exécuter les mesures propres à empêcher la propagation de la fièvre jaune à bord de ce navire.

— *Faculté de médecine de Paris.* — L'Assemblée des professeurs a dressé, comme suit, la liste de présentation des candidats à la chaire vacante de pharmacologie : 1° M. Gabriel Pouchet; 2° M. Quinquaud.

— *Académie de Nancy.* — Sont élus membres du Conseil général des Facultés : pour la médecine, MM. les professeurs Hecht et Bernheim; pour l'École supérieure de pharmacie, M. le professeur Bleicher.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 25. — SAMEDI 27 FÉVRIER 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 27 FÉVRIER 1892. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Du traitement des affections inflammatoires des annexes de l'utérus.

Par le docteur A. LE DENTU,
Professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker.

I

Le sujet que j'aborde est de ceux qui s'imposent par leur importance et par leur actualité; actualité prolongée, je pourrais dire, car cette question qui est, en permanence et depuis plusieurs années, à l'ordre du jour de la Société de chirurgie, n'a pas encore cessé de passionner le public médical. L'intérêt qui s'y attache est tel que ceux mêmes qui s'en sont lassés, qui se plaignent d'en avoir les oreilles rebattues, ne peuvent en parler avec indifférence. Difficile pour les chirurgiens les plus versés dans la pratique de la gynécologie, elle doit l'être encore davantage pour les médecins et surtout pour les élèves qui n'ont pas encore acquis ce fonds d'instruction dont on peut déjà tirer des idées personnelles. Je devine le désarroi que des débats, sans cesse renaissants, ont dû jeter dans leur esprit; je crois deviner aussi le désir qu'ils éprouvent d'être dirigés dans ce dédale d'opinions contradictoires, de voir leurs incertitudes se dissiper et leurs hésitations faire place à quelques idées nettes.

La question, immense dans son ensemble, doit être, selon moi, décomposée de la manière suivante :

1° Faire la part de la thérapeutique médicale ou non opératoire et de la thérapeutique opératoire.

2° Fixer les limites d'application de chacune des méthodes opératoires, en partant de cette idée qu'il n'y en a pas une seule qui puisse convenir à tous les cas.

Avant d'entrer dans le cœur de la question, il importe d'inscrire, au fronton de cette étude clinique, deux principes que je demande, dès maintenant, au lecteur de ne jamais perdre de vue :

Le premier, le plus important, c'est que la thérapeutique des affections des annexes est étroitement solidaire de celle des affections de l'utérus, comme ces affections elles-mêmes sont solidaires de celles de la matrice.

Le second, c'est que, d'une façon générale, les grandes interventions chirurgicales doivent être réservées, autant que possible, pour les formes chroniques.

A l'appui du premier principe j'invoquerai les raisons suivantes :

Ordinairement la maladie des annexes est consécutive à une maladie utérine, à une métrite. Exceptionnellement l'infection semble prendre simplement la trompe comme voie de passage, pour arriver à l'ovaire et au péritoine. S'il est vrai que, parfois, l'infection puisse atteindre, par les vaisseaux lymphatiques, l'ovaire, sans passer par la trompe (ce qui ne m'est pas absolument démontré), l'utérus n'en est pas moins le point de départ de cette infection.

Il serait donc irrationnel de ne tenir aucun compte de l'état de l'utérus et de s'attaquer d'emblée ou isolément à ses annexes; seulement, suivant les circonstances, le traitement de l'affection utérine doit avoir le pas sur celui de l'affection des annexes, ou inversement. On est quelquefois amené à négliger momentanément l'utérus, soit qu'on agisse sous la pression d'une urgence absolue, soit que l'on puisse compter sur le traitement de l'affection des annexes pour déterminer une modification favorable de l'état de la matrice. L'expérience a démontré que, chez un grand nombre de malades ou d'opérées, cette espérance n'était pas un leurre.

On n'est donc pas autorisé à supprimer systématiquement l'utérus en même temps que ses annexes. Une pratique aussi radicale ne peut se défendre que dans quelques cas déterminés. On verra, plus tard, pour quelles raisons.

Le deuxième principe s'appuie sur les arguments suivants :

Les formes suraiguës, mortelles d'emblée, des tubo-ovarites, sont rares en dehors de l'infection puerpérale. D'autre part, l'intervention radicale, au milieu de l'évolution de ces formes profondément infectieuses, est infiniment plus grave que dans les cas chroniques ou subaigus. Il faut donc savoir attendre que les malades reviennent aux conditions d'où dépend la bénignité des grandes opérations, sans cependant laisser échapper le bon moment pour tenter la laparotomie. Rien de plus délicat que de prendre une détermination dans ces circonstances particulièrement graves. Je ne connais pas de problème clinique plus ardu, plus difficile à résoudre.

Il semblera peut-être que ces conclusions, transformées en prémisses, seraient mieux placées dans le cours ou à la fin de cette étude. Au point de vue de l'ordonnance des développements dans lesquels je devrai entrer, cette impression pourra être exacte; mais, en revanche, je vois grand avantage à faire surgir sans retard devant les yeux du lecteur deux préceptes, dont il faut qu'il soit bien pénétré pour pressentir dans quelle voie je compte m'engager.

Il y a un intérêt considérable à envisager séparément les formes aiguës et les formes chroniques.

II

TRAITEMENT DES FORMES AIGUES. — Les formes aiguës des tubo-ovarites offrent deux types très distincts. Le type à grand fracas, à tendance extensive, répond au tableau clinique de ce qu'on appelait jadis la pelvi-péritonite grave. Non seulement le péritoine du petit bassin participe aux phénomènes inflammatoires, mais la séreuse abdominale peut être intéressée dans une grande partie de son étendue. Outre le météorisme qui survient rapidement, on sent nettement dans la moitié sus-ombilicale du ventre, parfois même au-dessus de l'ombilic, des indurations irrégulières, des plaques résistantes, indices des exsudats qui enveloppent et unissent les anses intestinales ou infiltrent l'épiploon. En un mot, on est en présence d'une péritonite générale ou peu s'en faut (douleurs, vomissements, angoisse respiratoire, facies grippé, cyanose et refroidissement des extrémités).

Ce type se rattache ordinairement à la septicémie puerpérale, ou à celle qui résulte d'une fausse-couche avec rétention placentaire. On l'observe aussi à la suite d'une infection sans corrélation avec les deux circonstances précédentes, au cours des métrites simples ou blennorrhagiques, ou après la chute de produits infectieux de la trompe dans le péritoine, par le pavillon incomplètement obturé, ou après rupture de ce conduit.

Pour ne pas trop agrandir le cadre de cette Revue, je parlerai peu des tubo-ovarites franchement puerpérales et de la péritonite générale qui en est souvent la conséquence. La multiplicité des voies de l'infection, en pareille circonstance, modifie beaucoup le caractère de la maladie. La question est donc collatérale à celle qui doit m'occuper spécialement. Je ne veux pourtant pas perdre de vue que beaucoup de tubo-ovarites aiguës, subaiguës ou chroniques, se rattachent à l'état puerpéral, aux suites de couches ou aux avortements, qu'il y ait eu rétention placentaire, ou simplement infection au niveau de l'insertion placentaire.

A côté de ce type de tubo-ovarite à tendance extensive, il y en a un autre, d'un pronostic moins grave, caractérisé par une localisation plus précise. C'est celui dont les chirurgiens ont le plus souvent à s'occuper.

Aux deux types convient ordinairement le même traitement dans la première période : émissions sanguines quelquefois, quand l'infection n'est pas d'emblée profonde, et que l'affection se développe chez une femme robuste et ne prend pas des allures déprimantes, applications résolutives et calmantes (onguent napolitain belladoné), glace, émollients, révulsifs, quand la marche des symptômes n'est pas trop aiguë pour que les vésicatoires n'aient pas le temps d'agir; en un mot, le traitement médical de la péritonite, sans oublier l'opium et le calomel à doses réfractées, suivant les indications.

Je ne sache pas que personne soit systématiquement partisan des interventions radicales, pendant cette période de développement de la maladie qui aboutit aux trois terminaisons suivantes : résolution, péritonite générale, formation d'abcès.

La résolution survient dans un laps de temps qui varie entre dix et quinze jours environ. Plus tardive, elle n'est ordinairement qu'apparente; la détente indique la formation d'un abcès. Cette détente n'est alors jamais aussi franche que lorsqu'il s'agit d'une résolution réelle. Il persiste souvent de la douleur et un état subfébrile accompagné d'embarras des voies digestives.

Quand la résolution vraie survient, le rôle du médecin ne consiste plus qu'à surveiller la convalescence en prolongeant l'emploi des moyens qui ont paru la déterminer, jusqu'au jour où il n'y a plus qu'à laisser agir la nature. Alors les organes tuméfiés par l'inflammation reviennent peu à peu à leur état normal, les exsudats se résorbent plus ou moins complètement, souvent, il est vrai, d'une façon incomplète, si bien qu'il faudra compter dans un avenir prochain avec les reliquats de l'inflammation péritonéale, adhérences de l'utérus et des annexes avec les organes voisins, intestin et vessie, ou avec les culs-de-sac péritonéaux. La maladie n'a pas réellement pris fin, elle a seulement changé d'aspect, elle s'est modifiée dans ses allures. D'aiguë elle est devenue chronique, ou du moins elle a laissé à sa suite des lésions, des modifications de rapports susceptibles de nécessiter, plus tard, une intervention opératoire.

Si la péritonite, de localisée qu'elle était, devient générale, si elle compromet gravement l'existence, faut-il assister impassiblement à son aggravation ou tâcher d'en arrêter la marche par une laparotomie? L'esprit entreprenant de certains chirurgiens les entraîne quand même vers l'intervention. Sont-ils dans le vrai? L'abstention n'assure-t-elle pas plus de succès?

J'admets fort bien qu'en présence de ces péritonites puerpérales graves qui se rattachent ou non à une salpingite, qui, en tout cas, sont l'expression d'une infection très menaçante pour la vie des malades, on essaye de les arracher à la mort par la laparotomie, le lavage et le drainage du péritoine. On a sauvé ainsi quelques-unes de ces malheureuses femmes vouées à la mort. Mais, je l'ai déjà dit, ce ne sont pas surtout ces cas-là que je vise. Ils sont d'une complexité qui en rend l'interprétation difficile au point de vue de la source réelle de l'infection et de sa localisation; tandis que les autres, ceux qui n'ont rien à voir avec l'état puerpéral ou qui, s'y rattachant, réalisent le type régulier de la salpingite et de l'ovarite aiguës, accompagnées de pelvi-péritonite, sont plus aisés à suivre dans leur évolution, de sorte que les indications qu'ils soulèvent sont un peu plus faciles à dégager.

La laparotomie est-elle encore une nécessité en pareille circonstance? Il y a un cas où il n'y aurait pas lieu d'hésiter, c'est celui où la péritonite paraîtrait due à la rupture d'une trompe remplie de pus. Alors, si les symptômes acquièrent d'emblée une intensité inquiétante, et si l'on arrive encore à temps, il faut se hâter d'agir avant que les signes de la dépression du système nerveux ne se soient trop accusés. Sauf ce cas qui est spécial et, en somme, assez rare, j'ai déjà dit plus haut qu'il fallait savoir attendre la résolution ou la détente qui annonce qu'une collection s'est formée

quelque part, dans la trompe, l'ovaire ou le péritoine.

En parlant ainsi, je ne m'appuie pas seulement sur des considérations théoriques, mais bien sur plusieurs faits qui ont été pour moi des plus instructifs.

En 1887, j'ai donné des soins à une dame atteinte de péritonite aiguë générale, consécutive à une tubo-ovarite aiguë gauche. Son état était tellement grave que je me gardai de toute intervention. Elle se remit peu à peu, les exsudats péritonéaux se résorbèrent et, un an après, en juillet 1888, je pus lui faire avec succès la laparotomie, fixer à la paroi abdominale une poche purulente en communication avec le rectum, et rendre ainsi à la malade une santé parfaite.

Je vous citerai encore une autre dame que j'ai soignée pour une salpingite aiguë suppurée droite, au cours de laquelle il se développa des symptômes de péritonite générale inquiétants. Cette crise alarmante se termina par la formation d'une collection purulente qui s'ouvrit dans le vagin avant que j'eusse trouvé une occasion favorable pour intervenir.

Au mois d'octobre 1890, j'ai eu, dans mon service, une femme qui a présenté des symptômes analogues. La péritonite était générale; malgré le ballonnement du ventre, on sentait sous la paroi abdominale des exsudats disséminés. L'angoisse respiratoire était très grande, le pouls petit, accéléré, le facies altéré. Le traitement fut exclusivement médical. La terminaison fut plus heureuse encore que je ne pouvais l'espérer; car il ne se forma pas d'abcès, les trompes ne restèrent pas tuméfiées ou distendues d'une façon appréciable. La maladie paraissait avoir marché franchement vers la résolution.

Or, à peu près à la même époque, j'ai eu l'occasion de constater que la laparotomie était bien loin d'assurer la guérison. Une femme, du service de M. Rigal, avait présenté absolument les mêmes symptômes que la malade précédente. Elle ne paraissait pas beaucoup plus menacée dans son existence. Comme la fièvre persistait et que cette femme éprouvait une douleur fixe, profonde, dans le côté gauche du bas-ventre, il nous sembla probable qu'il devait se trouver là une collection purulente à ouvrir. La laparotomie fut pratiquée; elle démontra que la péritonite n'était pas purulente et que c'était la trompe droite qui était atteinte d'inflammation. Or, c'était à gauche que siégeait le maximum des souffrances; exemple curieux de ces douleurs paradoxales par leur siège, signalées dans quelques observations et propres à induire en erreur.

Cette trompe droite n'était pas très distendue; elle ne contenait guère autre chose que des mucosités mélangées de leucocytes. L'abcès présumé n'existait pas. Cette femme a succombé rapidement, tandis que l'autre, dont la situation était bien à peu près aussi grave, a guéri sous l'influence d'un traitement purement médical. Cette opposition entre deux cas très analogues, traités par des méthodes très différentes, m'a beaucoup frappé. Elle n'a certes pas peu contribué à me ramener à une réserve plus grande dans la façon d'envisager ces graves situations. Je dirai donc, en manière de conclusion, que, sauf le cas spécial de rupture d'une poche purulente ou de péritonite générale bien caractérisée d'emblée, l'expectation doit être la règle ordinaire, la meilleure à suivre.

On attend, mais qu'attend-on? La résolution est exceptionnelle après de pareils assauts. On attend qu'il se forme quelque part un abcès, une collection purulente, dans la trompe, dans l'ovaire, dans les culs-de-sac péritonéaux, parfois sur le trajet d'un lymphatique ou d'un ganglion sous-péritonéal. Or, c'est là la troisième terminaison possible de la tubo-ovarite aiguë.

La formation des abcès est annoncée par la prolongation de l'état fébrile au delà du temps que demande la résolution franche. Une détente souvent assez complète, qui fait descendre le thermomètre au-dessous de 38 degrés, est l'indice que cette formation est terminée. Il ne faut cependant pas toujours attendre, pour agir, que la température soit redevenue absolument normale. D'abord, chez beaucoup de malades, cet abaissement ne se produit qu'après l'évacuation du foyer; ensuite, certains modes opératoires sont compatibles avec un état fébrile encore assez accentué. Telles sont la *ponction* et l'*incision*.

Est-il donc encore permis de recourir à ces deux méthodes surannées, indignes, à en croire certains opérateurs, de la chirurgie de notre époque? Sans scrupule, sans fausse honte, je répondrai par l'affirmative. Dans certaines circonstances déterminées, la ponction et l'incision doivent être les méthodes de choix. Je dirai même plus : l'une et l'autre peuvent être des méthodes curatives.

En 1879, j'ai donné des soins, à l'hôpital Saint-Louis, à une femme atteinte de péritonite grave consécutive à une affection des annexes. Au bout de quelques jours, il s'était formé une collection purulente qui remontait presque jusqu'à l'ombilic et occupait la plus grande partie de l'excavation pelvienne, tout en ayant son maximum de développement à gauche. Cette collection s'était-elle formée aux dépens du péritoine? N'était-elle qu'une trompe dilatée outre mesure? Je ne saurais le dire au juste; mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'après une première ponction qui donna issue à deux litres et demi de pus, et une seconde par laquelle un litre et demi fut retiré du ventre, la guérison fut complète et se maintint telle. (V. *Bulletin de la Société clinique*, 1880, p. 119.)

Deuxième cas : en 1889, également à l'hôpital Saint-Louis, j'ai reçu, dans ma salle de femmes, une malade atteinte de salpingo-ovarite gauche avec plastron rétro-abdominal. Sous l'induration correspondante on sentait nettement de la fluctuation. L'état fébrile avait à peu près entièrement cédé. Par une ponction aspiratrice, j'amenai au dehors environ 250 grammes de pus. Le foyer ne se remplit pas de nouveau; la malade quitta l'hôpital bien guérie.

Qu'on ne vienne donc pas dire qu'avec la ponction on n'obtient jamais de guérison définitive. Ce qu'on peut accorder, c'est que l'oblitération d'une poche formée par une trompe distendue, peut être plus difficile à obtenir que celle d'un foyer non limité par une paroi muqueuse; et même l'argument ne doit-il avoir qu'une valeur relative, car il s'en faut que tous les abcès ouverts spontanément dans le rectum, dans le vagin, dans la vessie, restent fistuleux. N'est-il pas avéré qu'ils ont beaucoup plus de tendance à se cicatriser rapidement, lorsqu'ils ont été incisés par un chirurgien et évacués ainsi plus tôt que si l'on en avait attendu l'ouverture spontanée?

L'objection s'appliquerait mal, du reste, aux abcès développés en plein péritoine, dans l'épiploon, dans les culs-de-sac, et qui, pour n'avoir pas leur siège dans les trompes, ne sont pas moins en corrélation pathogénique avec une salpingite aiguë; à titre de complications fréquentes, l'étude de leur traitement ne peut être séparée de celle des tubo-ovarites elles-mêmes.

L'incision est un bien vieux procédé de traitement des suppurations pelviennes, y compris le pyosalpinx, et pourtant, elle a été tellement décriée, dédaignée, à l'époque où la laparotomie tendait à envahir la thérapeutique gynécologique, que les chirurgiens qui, comme M. Laroyenne (de Lyon) et M. Bouilly (de Paris), ont fait de sérieux efforts pour la réhabiliter, semblent presque l'avoir inventée à nouveau. Ils ne pouvaient avoir d'autre pensée que de ramener l'attention de leurs collègues vers une opération injustement proscrite ou trop négligée.

Aussi bien que la ponction, l'incision a sa raison d'être, incision du côté de la paroi abdominale ou du vagin, comme la ponction elle-même, qu'on peut faire également dans ces deux points. J'aborderai plus loin ce qui concerne la technique de l'incision, mais auparavant je désire indiquer les conditions qui rendent rationnel ou légitime l'emploi de l'une ou de l'autre de ces méthodes.

D'une manière générale, la condition qui rend possible la ponction ou l'incision des collections abdomino-pelviennes, c'est leur adhérence à la paroi abdominale ou aux culs-de-sac du vagin. A plus forte raison, si l'abcès pointe sensiblement vers une de ces régions, l'intervention sera d'une facilité remarquable. Si, au contraire, il n'est pas en contact immédiat avec les culs-de-sac vaginaux, il faut vraiment aller à sa recherche en décollant la muqueuse vaginale autour du col et débrider ensuite largement les tissus par déchirure, de manière à rendre possible l'introduction de deux ou de trois doigts dans le foyer; mais pour se permettre cette recherche, il faudra qu'on ait pu, non seulement établir l'existence de l'abcès, mais aussi son siège précis, ce qui n'est pas toujours aisé. Aussi dans les cas où l'on n'arriverait qu'à supposer l'existence d'un foyer quelque part, le mieux serait d'attendre que les exsudats épais qui l'enveloppent se fussent en partie résorbés; au bout de quelques jours, le diagnostic se complèterait.

La technique de la ponction et de l'incision vaut bien que je m'y arrête un instant. Rien à dire de spécial de la ponction, si ce n'est que, très simple du côté de la paroi abdominale, elle est un peu plus délicate du côté du vagin, à cause des ramifications principales des artères vaginales et utérines que l'on doit éviter à tout prix, aussi bien que si l'on faisait l'incision. Quant à celle-ci, elle est aisément praticable, quand l'abcès décolle la paroi du vagin ou soulève une large surface de la muqueuse. Elle n'offre quelque difficulté que dans le cas d'abcès plus profond. Alors, ainsi que je l'ai déjà dit plus haut, il faut décoller la muqueuse vaginale, déchirer les tissus tout autour du col, en ayant soin d'attirer celui-ci par en bas pour l'empêcher de fuir, et ouvrir une large voie au pus en introduisant deux ou trois doigts dans la cavité. M. Laroyenne (de Lyon) a eu le mérite d'insister sur la nécessité des larges débridements, comme étant les seuls qui permissent l'évacuation complète et continue des foyers ; ainsi se trouve évitée la rétention des liquides et la septicémie consécutive. Le procédé opératoire qu'il a décrit permettrait même l'évacuation de foyers multiples. C'est déjà presque l'opération dite de Péan, moins l'extirpation de l'utérus.

En résumé, la ponction aspiratrice et l'incision sont, dans certaines circonstances, d'excellentes méthodes de traitement des collections péri-utérines aiguës. La ponction doit être considérée comme une méthode exceptionnelle, parce qu'elle ne peut procurer la guérison qu'exceptionnellement, et qu'il est souvent plus simple d'ouvrir largement les foyers.

L'incision large, suivie du drainage, doit être faite toutes les fois que le foyer paraît facilement accessible par la paroi abdominale ou par les culs-de-sac vaginaux. L'expérience a démontré depuis longtemps qu'elle donnait des résultats rapides et durables, malgré les quelques cas où une fistule persiste quelque temps ou définitivement. Je pourrais citer, pour mon compte, plusieurs exemples favorables à ce mode opératoire.

En dépit de la conservation des annexes, elle procure des guérisons complètes. Une seule fois, j'ai été obligé d'enlever ultérieurement les annexes de l'utérus. Ses autres avantages sont de ménager la possibilité de grossesses ultérieures et de ne faire courir aux opérées que des risques insignifiants.

Si l'incision, même par le procédé de M. Laroyenne, ne paraît pas praticable, les opérations plus radicales reprennent tous leurs droits. Elles seules, alors, peuvent procurer la guérison complète, mais il faut attendre que l'état aigu se soit calmé.

III

Traitement des formes chroniques. — Ici, j'entre en plein dans l'actualité, car c'est surtout dans le traitement des formes chroniques que l'innovation s'est donné libre cours depuis quelques années. C'est sur ce terrain que se sont rompues le plus de lances et que les désaccords se sont le plus vivement manifestés entre médecins et chirurgiens, et même entre chirurgiens. Les uns, poussant jusqu'à l'abus l'intervention opératoire, ont compromis la méthode nouvelle auprès de l'opinion publique; les autres, réfractaires par timidité ou par système aux opérations dont la laparotomie ou l'hystérectomie est le premier temps, ont suscité à tort le discrédit dont ces grandes interventions, souvent nécessaires, ont été menacées. Mon horreur instinctive de l'absolu me permettra, je l'espère, d'établir avec précision les indications de chacun des modes d'intervention qui peuvent conduire au même but par des voies très différentes.

C'est ici le cas ou jamais de rappeler ce que j'ai dit antérieurement de la nécessité de s'occuper de l'utérus, d'en guérir ou d'en atténuer les affections, avant de traiter directement celles des annexes qui en sont ordinairement l'extension. Donc, soigner la métrite, c'est soigner, en réalité, la tubo-ovarite concomitante, c'est aussi laisser le temps aux lésions des annexes de s'améliorer d'elles-mêmes, si elles ont de la tendance à rétrocéder.

C'est pendant cette période d'expectation raisonnée que les exsudats de la pelvi-péritonite disparaissent ou se transforment en tissu conjonctif, que la tuméfaction inflammatoire des ovaires, que l'épaississement de la paroi des trompes diminuent graduellement, que le liquide contenu dans ces derniers organes s'écoule peu à peu ou brusquement dans l'utérus ou se résorbe sur place. Il ne faut pas perdre de vue que les reliquats de la phlegmasie des annexes et du péritoine, à savoir les adhérences celluleuses de l'utérus et de ces organes avec le péritoine ou entre eux, ainsi que la sclérose plus ou moins profonde des ovaires et des trompes, sont loin de donner toujours lieu à des symptômes fâcheux. S'il en est ainsi assez fréquemment, ce n'est pas la règle, et même si ces symptômes

persistent ou reviennent d'une façon intermittente, ils ne causent pas toujours des accidents susceptibles d'entraver sérieusement l'existence, même des femmes pour qui le travail est une loi inéluctable.

Il faut donc savoir patienter et se donner le temps de mettre à contribution les méthodes de douceur qui ont fait leurs preuves et dont l'efficacité n'est contestable que pour les partisans systématiques de l'intervention hâtive. Pendant cette période d'expectation, on appliquera les modes de traitement habituels de la métrite, dont il serait oiseux de rappeler ici le détail. Il en est cependant deux sur lesquels il y a intérêt à s'arrêter un peu : ce sont les irrigations chaudes et les eaux minérales.

Très avantageuses dans les formes chroniques de la métrite, et surtout de la métrite parenchymateuse, les irrigations chaudes prolongées sont loin de donner un résultat constant dans les tubo-ovarites. Calmées par elles, et même supprimées dans certains cas, les douleurs sont exaspérées dans d'autres, si bien qu'il est impossible de savoir à l'avance ce qu'on en tirera d'effet utile.

Il en est de même des eaux minérales. J'en ai vu de bons et de mauvais résultats; souvent j'ai constaté qu'elles n'avaient rien changé à la situation. Sans doute, elles sont inefficaces et dangereuses contre les distensions considérables des trompes accompagnées d'ovarites névralgiformes, compliquées d'adhérences étendues, solides, des annexes et de la matrice elle-même ; mais quand la métrite paraît dominer la situation et que la salpingite est relativement peu importante, on peut obtenir de bons effets des eaux sédatives dans les formes douloureuses, des eaux sulfureuses ou chlorurées sodiques dans les formes torpides où l'élément congestion occupe une place considérable.

Il appartient au médecin de faire une sélection entre les cas qui seraient aggravés par les eaux minérales ou qui ne peuvent être améliorés par elles, et ceux où une action efficace peut être espérée.

A supposer que les méthodes médicales, dont il vient d'être question, soient d'emblée jugées inefficaces ou que, malgré leur emploi, la situation soit restée la même, l'intervention opératoire s'impose, soit celle qui, portant directement sur l'utérus, agit indirectement sur les annexes, soit celle qui n'intéresse que ces dernières, soit enfin celle qui s'adresse en même temps à l'utérus et aux annexes. De là, trois groupes d'opérations à étudier dans leurs indications et leurs résultats.

IV

Opérations sur l'utérus seul. — Les trois principales sont : la dilatation, le curage, l'amputation du col. Au dire de certains chirurgiens, aucun de ces modes d'intervention ne peut agir sur les annexes d'une manière sérieuse. Je suis, pour mon compte, d'un avis radicalement opposé, parce que j'ai vu ces trois méthodes faire cesser des symptômes qu'il était impossible de ne pas rapporter à des lésions des annexes.

Sans parler de la dilatation préliminaire, qui prépare un bon curage, j'ai acquis la conviction que la dilatation peut quelquefois agir efficacement sur l'état des trompes, à condition qu'elle soit prolongée pendant plusieurs jours et poussée aussi loin que possible. Aussi n'est-ce pas la dilatation extemporanée que je recommanderai, mais bien la dilatation graduée au moyen de tiges de laminaires et d'éponges volumineuses, suivie d'un tamponnement quotidien avec des mèches de gaze antiseptique qui la maintiennent aussi longtemps que l'on veut, quinze ou vingt jours de suite, si cela est nécessaire.

Il se peut que, chez certaines femmes très nerveuses ou atteintes de formes de métrite et de salpingite particulièrement douloureuses, la dilatation graduelle par les laminaires et les éponges doive être remplacée par la dilatation mécanique en une séance, sous le chloroforme ; l'essentiel est que le tamponnement consécutif soit prolongé assez longtemps pour déterminer du côté de l'utérus les modifications que l'on recherche. Or, la principale de ces modifications est le ramollissement de toute l'épaisseur de la paroi utérine, qui, parti du col, gagne le corps entier, le fond et les angles, et fait cesser la rigidité et l'occlusion des orifices des trompes.

Ceci n'est pas de la théorie et, quoique bien loin d'être assez constant pour qu'on puisse absolument y compter, ce résultat n'est pas de ceux qu'on puisse traiter de chimère. Si l'on pouvait toujours diagnostiquer l'oblitération complète des orifices des trompes, la dilatation ne serait appliquée qu'à coup sûr. En attendant que cette précision idéale soit obtenue, force est bien de tâtonner. Tant mieux si, à la place d'une oblitération réelle, on ne se trouve aux prises qu'avec une atrésie plus ou moins marquée.

J'ai dit que l'évacuation des trompes, consécutive à la dilatation utérine, n'était pas un leurre. Sans préjudice des faits que plusieurs gynécologistes ont apportés à l'appui de cette vérité, je puis en citer qui me sont propres.

Voici d'abord trois cas d'évacuation spontanée qui n'ont, je le reconnais, rien à faire avec la dilatation, mais qui prouvent toujours que des trompes très distendues peuvent se vider d'elles-mêmes dans la cavité utérine et rester affaissées.

Premier cas : Femme examinée plusieurs fois à l'hôpital Saint-Louis, en 1886 et 1887, chez qui j'avais reconnu, dans le côté droit du bas-ventre, une tumeur fluctuante ayant les dimensions d'une orange. Un jour, je constatai que la tumeur avait complètement disparu ; la malade me raconta qu'elle s'était sentie très mouillée un des jours précédents. Pendant plusieurs mois après cette évacuation spontanée, la tumeur ne s'était pas reproduite.

Deuxième cas : Malade à qui, en 1888, j'avais incisé une vaste hématocèle suppurée par le cul-de-sac postérieur du vagin. Quelque temps après sa guérison, je trouvai dans la partie latérale droite du bas-ventre une tumeur fluctuante du volume d'un petit œuf. Cette tumeur disparut pendant un second séjour de la malade à Saint-Louis ; par là même, l'extirpation projetée devint inutile. La persistance des douleurs m'obligea à faire la laparotomie à cette malade, l'an passé, à l'hôpital Necker. La trompe droite n'était pas distendue ; le liquide ne s'était donc pas reproduit ou du moins accumulé depuis l'évacuation, qui datait de deux ans.

Troisième cas : Une malade de la ville, que j'ai traitée l'année dernière pour une métrite, a eu évidemment, pendant quelque temps, une distension de la trompe droite. Celle-ci avait acquis la forme et les dimensions d'un petit fuseau ayant, dans son milieu, environ 2 centimètres de diamètre transversal. Dans le cours du traitement, cette distension a disparu d'elle-même et il n'est resté qu'une tuméfaction allongée due à de la salpingite parenchymateuse. L'état de cette dame est très bon actuellement.

D'autres cas de même sorte, sans compter les hydrorrhées

d'origine douteuse, plaideraient encore en faveur de la réalité des évacuations spontanées. Si celles-ci sont incontestables, pourquoi les évacuations artificielles par la dilatation seraient-elles inadmissibles ? D'ailleurs en voici plusieurs exemples :

J'en ai communiqué deux au Congrès de chirurgie de 1891, observés chez des femmes qui avaient subi antérieurement l'extirpation des annexes. Il leur restait un tronçon de trompe qui s'était rempli de sérosité et de sang et était le siège de douleurs extrêmement vives. La dilatation prolongée amena l'écoulement, à un moment donné, d'une boue sanguine poisseuse et, à partir de ce moment, les douleurs ont cessé. Ces deux malades, que j'ai revues récemment, dont l'une a été traitée il y a plus de deux ans, l autre il y a dix-huit mois, sont restées guéries.

Ces cas sont un peu spéciaux, soit; mais en voici qui rentrent absolument dans la donnée de la question.

Une malade, traitée l'année dernière à l'hôpital Necker, avait une de ses trompes, la droite, notablement distendue. On lui fit de la dilatation utérine prolongée; l'évacuation de la trompe s'ensuivit. Comme ses douleurs persistaient à un degré incompatible avec un travail régulier, j'ai pratiqué à cette femme, le 14 janvier 1892, l'extirpation des annexes. Des adhérences fermes de l'utérus et des annexes expliquaient suffisamment l'etat douloureux des annexes. Ce qu'il y a eu d'intéressant à constater, c'est que la trompe n'était plus qu'une cavité virtuelle ne contenant rien. Le résultat de l'évacuation obtenue par la dilatation s'était donc maintenu et l'opération avait été motivée par des circonstances étrangères à la salpingite.

Tout récemment, à la suite d'un curage précédé d'une dilatation de cinq jours fait à une dame de la ville, je constatai la disparition d'une douleur vive localisée dans la région des annexes gauches, ayant les allures de la névralgie ovarique, mais pouvant bien tenir à de la salpingite, sans distension évidente. A quoi attribuer la disparition de cette douleur, si ce n'est à l'évacuation d'un tout petit hydro-salpinx situé au voisinage de la corne utérine, peut-être dans son épaisseur même? Cette interprétation n'est-elle pas très vraisemblable ?

J'accorde que les faits d'évacuation par la dilatation doivent être assez rares, mais lorsque les malades ont eu à plusieurs reprises de l'hydrorrhée spontanée, lorsque le volume de la trompe distendue n'est pas très considérable, lorsque, en se développant, elle a gardé une direction à peu près transversale, lorsqu'elle ne paraît pas contournée sur elle-même et adhérente au cul-de-sac postérieur du vagin ou à la face antérieure de la vessie, lorsque rien n'indique à coup sûr l'existence de coudures brusques constituant autant de rétrécissements, lorsque les annexes ne forment pas des masses tout à fait fixes avec les exsudats qui les enveloppent, lorsque des phénomènes fébriles à répétition n'imposent pas une prompte et radicale intervention, la dilatation prolongée est recommandable; si elle n'est pas toujours complètement efficace, elle éclaire sur les indications, en les rendant plus précises et en montrant que l'extirpation des annexes est inévitable.

V

Que dire maintenant du curage et de l'amputation du col? Ces deux opérations, la première surtout, doivent être considérées comme complémentaires, par rapport à la dilatation qu'elles ne peuvent suppléer dans la recherche du résultat qui est l'évacuation des trompes. Le curage a l'avantage de réveiller la contractilité utérine et peut-être aussi celle des trompes, en outre de son action mécanique sur l'endométrite. L'amputation du col répond à des indications spéciales : métrite parenchymateuse et allongement de l'utérus et surtout métrite cervicale. Je l'ai vue faire cesser des douleurs localisées évidemment dans les annexes; une première fois, dans un cas où la dilatation avait été extemporanée, l'opérée devint enceinte par la suite et accoucha à huit mois et demi d'un enfant viable; une seconde fois, dans un cas tout récent, où elle fut combinée avec la dilatation extemporanée et le curage. L'une des deux trompes, reconnaissable par son volume, avant l'opération, ne peut plus être sentie distinctement.

Les opérations plus radicales sont nécessaires toutes les fois que les méthodes de douceur ou que les opérations exclusivement utérines sont reconnues d'emblée inefficaces ou ont échoué. Il me reste à en trouver les indications et contre-indications avec toute la rigueur désirable.

Indépendamment de l'incision vaginale, qui peut encore trouver son indication même dans les cas chroniques, deux méthodes se disputent actuellement la faveur des chirurgiens : la laparotomie et l'hystérectomie vaginale préalable; la laparotomie qui permet de détruire les adhérences, d'extirper les annexes malades, de drainer les abcès dont la paroi ne peut être séparée des parties voisines; l'hystérectomie vaginale préalable, qui ouvre un large accès vers les poches purulentes de siège quelconque, et en assure le drainage par l'intermédiaire d'un conduit naturel.

Dans le cours de la discussion qui vient d'avoir lieu à la Société de chirurgie, la plupart de mes collègues ont défendu la laparotomie contre les tendances envahissantes de l'autre méthode et en ont affirmé la supériorité dans la grande majorité des cas. Je m'associe sans hésiter à leur résistance pour les raisons que voici :

Que peut-on reprocher à la laparotomie? D'être une opération grave, lorsque des poches purulentes se rompent au cours de l'intervention; d'être une opération insuffisante, lorsque l'utérus est enclavé au milieu d'abcès pelviens multiples; de laisser persister les états morbides de l'utérus qui ont déterminé la tubo-ovarite; de donner lieu à une cicatrice disgracieuse et à des éventrations.

Par contre, quels sont les avantages qu'on ne peut lui refuser? Elle permet de compléter le diagnostic si souvent indécis dans ses détails, de s'assurer si les lésions sont unilatérales ou bilatérales, et dans quelle mesure les poches purulentes (pyo-salpinx, ovarite kystique ou abcès pelviens proprement dits) sont susceptibles d'être extirpées; elle met ainsi le chirurgien à même de choisir judicieusement entre les diverses façons de terminer l'opération au mieux des intérêts de la malade.

Comme les partisans quand même de l'hystérectomie vaginale ne reconnaissent à ces avantages qu'une valeur médiocre, en comparaison de ceux qu'ils attribuent à leur méthode de prédilection, de simples affirmations de préférence ne sont pas suffisantes; un peu de discussion s'impose.

La gravité de l'hystérectomie vaginale serait-elle vraiment moindre que celle de la laparotomie? Si l'on s'en rapportait à la première série des cas de M. Péan, on pourrait, dans une certaine mesure, admettre l'exactitude de

cette allégation. Mais il serait intéressant de savoir si, parmi les nouvelles opérations de mon collègue, il n'y a pas un nombre de morts suffisant pour donner à réfléchir. D'ailleurs, M. Segond qui s'est fait, devant la Société de chirurgie, le défenseur ardent et convaincu de l'hystérectomie vaginale, s'est appuyé sur un total de 64 cas, sur lesquels il y a eu 8 morts, soit 1 sur 8.

Or, la laparotomie, même appliquée aux cas vraiment graves, donne des résultats certainement aussi bons. Indépendamment de quelques statistiques françaises ou étrangères que tout le monde connaît, celle qui suit me paraît de nature à me fournir un argument en faveur de la laparotomie.

Ma statistique personnelle de laparotomies ayant eu pour but l'extirpation des annexes de l'utérus malade, comprend actuellement 47 cas. Plusieurs d'entre eux étaient très compliqués, soit que la suppuration des trompes et des ovaires ait été accompagnée d'abcès péritonéaux, soit qu'il ait fallu enlever, en même temps que les annexes, l'utérus fibromateux ou des fibromes saillant sur le fond de l'utérus, ce dernier pouvant être laissé en place. Dans cette série ne sont pas comprises les extirpations d'annexes saines ou à peu près saines, faites en vue de déterminer l'atrophie de fibromes utérins.

Avant mon arrivée à l'hôpital Necker, j'avais pratiqué 18 fois l'extirpation des annexes atteintes d'hydrosalpinx, d'hémosalpinx ou de pyosalpinx. Une fois, j'avais eu affaire à une grande collection développée aux dépens de l'ovaire; deux fois j'avais fait des myomectomies multiples sans hystérectomie.

Sur les 18 opérations de ce premier groupe, 17 ont été suivies de guérison, une seule a causé la mort. J'ai reconnu à l'autopsie que la ligature de la trompe avait glissé ou coupé, et que l'infection avait eu lieu par le tronçon de trompe non oblitéré.

Depuis le mois d'octobre 1890, jusqu'à ce jour, il a été fait, dans mon service gynécologique de l'hôpital Necker, 30 extirpations des annexes malades, dans des conditions très diverses indiquées ci-après :

2 salpingites chroniques atrophiques avec dégénérescence fibro-kystique de l'ovaire	2 guérisons.
1 salpingite kystique avec ovaire scléreux.	1 guérison.
1 salpingite catarrhale avec ovarite scléro-kystique	1 guérison.
1 tubo-ovarite parenchymateuse avec kyste para-ovarien hyalin de l'autre côté	1 guérison.
3 tubo-ovarites kystiques.	3 guérisons.
1 hydro-salpinx avec ovaire kystique et salpingite atrophique de l'autre côté.	1 guérison.
1 salpingite à contenu sanguinolent et odeur fécaloïde	1 guérison.
1 hydro-salpinx double très volumineux, avec fibromes utérins. Hystérectomie sus-vaginale.	1 guérison.
2 salpingites parenchymateuses.	2 guérisons.
1 hémo-salpinx avec péri-salpingite étendue et kyste para-ovarien de l'autre côté	1 guérison.
14 cas.	14 guérisons.

14 cas.	14 guérisons.
12 pyo-salpinx, dont plusieurs très compliqués, à foyers multiples, siégeant ordinairement au fond du petit bassin, mais non toujours, les foyers étant formés alors aux dépens d'exsudats situés à peu de distance de la paroi abdominale ou dans l'épiploon. Ces derniers n'auraient pas été accessibles par le vagin. Dans l'un de ces cas, j'ai fait dans la même séance la résection du côlon ascendant sur une hauteur de 22 centimètres. Les deux trompes, enlevées en dernier lieu, renfermaient du pus.	10 guérisons. 2 morts.
4 grossesses tubaires, dont une avec suppuration. Une des opérées, chez qui la trompe s'est déchirée sous la ligature (ce n'est pas celle qui avait suppuré), a succombé, malgré le soin que j'avais pris de faire un surjet sur la corne utérine, au voisinage de la trompe déchirée	3 guérisons. 1 mort.
30 cas, depuis octobre 1890.	
18 cas antérieurs.	
48 cas se décomposant en.	45 guérisons. 3 morts.

Sur l'ensemble, la proportion des morts est de 1 p. 16, ce qui fait 6,25 p. 100.

J'ajouterai que, pièces en main, j'ai pu affirmer que toutes ces femmes étaient stériles, le pavillon des trompes étant oblitéré par du tissu cicatriciel. Deux fois, les trompes étant à peu près intactes, les ovaires m'ont paru trop altérés, trop menacés de devenir le siège de kystes volumineux pour être laissé en places. Bien entendu j'ai respecté les annexes d'un côté, toutes les fois que cela m'a paru possible. Tout récemment j'ai fait une résection partielle de l'ovaire.

En admettant même que la gravité des deux modes d'intervention soit la même, les raisons qui plaident en faveur de l'hystérectomie vaginale ne me paraissent valables que dans un petit nombre de circonstances.

La principale, parmi ces circonstances, qui donneraient l'avantage à l'hystérectomie vaginale, c'est l'existence de poches purulentes multiples dont l'extirpation serait impraticable. L'opération est alors bien simple. Elle consiste, une fois l'utérus enlevé, à crever ces poches de bas en haut, à en détruire les cloisonnements avec les doigts, à les convertir ainsi en un foyer unique qui se draine de lui-même par le vagin et qui se rétracte rapidement. Si les annexes ne se présentent pas presque d'elles-mêmes, il n'y a pas à s'en occuper. Elles restent adhérentes aux parois de l'abcès et s'atrophient peu à peu. L'opération, quelque incomplète qu'elle ait été, est suivie d'une guérison complète.

Si les choses se passaient toujours de la sorte, ce serait parfait, mais ne faut-il pas compter avec l'hémorrhagie qui, dans certains cas, exceptionnels, je le veux bien, rend l'intervention très périlleuse, avec la blessure des uretères, avec la déchirure du rectum et la fistule stercorale consécutive, qui, en dépit de leur rareté, sont toujours des accidents possibles?

D'un autre côté, est-elle donc si fréquente, cette multiplicité des poches purulentes? Il m'est arrivé de voir deux

volumineux pyosalpinx accolés, ou un abcès franchement pelvien, de petit volume, indépendamment d'une trompe suppurée. Une fois, j'ai refusé l'opération à une femme dont la cavité pelvienne était transformée en loges aux parois de carton, parce que je la jugeais incapable de supporter une opération quelconque de longue durée; une autre fois j'ai observé une grande cavité pleine de sérosité, formée sans doute par la trompe dilatée, et superposée à un abcès en communication avec le rectum. Je tentai, sur cette femme, la seule opération que son état de faiblesse lui permît de supporter, la laparotomie suivie de la fixation de la poche à la paroi abdominale. La mort fut, au bout de cinq jours, la conséquence de mon intervention; mais, en dépit d'incidents fâcheux survenus à l'occasion de cette opération, je garde la conviction que cette malade aurait succombé au cours même de l'hystérectomie vaginale ou fort peu de temps après, si j'avais eu la malheureuse idée de l'entreprendre.

En faisant constater que la poche contenant du pus n'était pas suffisamment ouverte du côté de la poche à contenu séreux, l'autopsie a simplement démontré que, contre toute vraisemblance, les difficultés étaient de celles dont on ne peut triompher.

Si, après la laparotomie, la matrice continuait toujours à être malade, il n'est pas douteux qu'il serait avantageux de l'enlever toujours; mais tirer, de la persistance de quelques accidents, un argument applicable à un grand nombre, sinon à la totalité des cas, c'est tomber dans une exagération évidente.

Une seule fois, après l'ablation des annexes, j'ai vu persister du côté de l'utérus des hémorrhagies qui ont résisté à deux curages et m'ont amené à extirper la matrice. Tout récemment, une de mes opérées de l'année dernière est rentrée dans ma salle de femmes pour un écoulement sanguin de quelque persistance, mais peu important.

Il existe chez quelques-unes des signes de métrite prolongée au delà de l'opération. C'est encore l'exception, et d'ailleurs qu'est-ce qui empêche de traiter ces utérus atteints d'endométrite ou de métrite parenchymateuse, par les moyens que certaines circonstances ont pu tout d'abord faire passer au second plan par rapport à la laparotomie plus urgente? Ne l'ai-je pas dit plus haut? Le traitement de la métrite doit, suivant les cas, précéder ou suivre l'extirpation des annexes.

Un des avantages qui continueront à séduire, dans la laparotomie, c'est qu'elle permet de s'assurer si les annexes des deux côtés sont malades. Dans le cas de lésions unilatérales, n'est-on pas bien aise de pouvoir conserver l'utérus que l'on aurait sacrifié tout d'abord, en suivant l'autre méthode?

Elle permet encore de remédier à des désordres contre lesquels l'hystérectomie vaginale serait certainement insuffisante. Par exemple, j'ai rencontré chez une femme, il y a peu de temps, un abcès de l'épiploon coïncidant avec un pyosalpinx et placé si haut que jamais on n'aurait pu l'atteindre par le vagin.

Elle permet enfin de pratiquer des opérations très complètes, au lieu d'interventions systématiquement incomplètes. Si le succès de ces dernières peut ne rien laisser à désirer, peut-on toujours compter sur une solution aussi heureuse, puisqu'on abandonne dans le ventre, sans plus s'en soucier, des annexes malades, causes de souffrances prolongées?

Il est, du moins, toujours possible par la laparotomie, si l'extirpation parfaite des collections n'est pas praticable, de les désinfecter, de les drainer avec ou sans fixation de leur paroi à celle de l'abdomen. Trois fois j'ai eu recours à cette dernière méthode, à cause de la communication du foyer avec le rectum. Deux fois mes opérées ont guéri sans persistance de fistule stercorale. Une troisième fois, la malade a succombé par suite de circonstances spéciales relatées plus haut. L'hystérectomie vaginale aurait-elle donné mieux? J'en doute. En tout cas c'eût été certainement au prix d'un plus grand danger, puisque la fistule rectale aurait été mise en communication avec le cul-de-sac de Douglas.

Sans doute, les partisans de l'hystérectomie vaginale en ont, tout d'abord, théoriquement restreint l'application au pyosalpinx double et compliqué et à ces collections de siège mal déterminé désignées sous la dénomination très vague d'abcès pelviens; mais je ne sache pas que personne puisse être toujours certain de diagnostiquer la présence ou l'absence du pus dans les trompes, ni même la bilatéralité des lésions. C'est sans doute la difficulté de ce double diagnostic qui a poussé les hystérectomistes à dépasser beaucoup les limites tracées à l'origine de la méthode.

Pour les diverses raisons que je viens d'énumérer, j'ai continué jusqu'ici à donner la préférence à la laparotomie. Je suis d'autant plus frappé de ses avantages que j'ai obtenu par elle une série de bons résultats dans des cas souvent très défavorables, et que l'occasion de mettre en pratique l'hystérectomie vaginale préalable, dans les conditions où je la crois opportune, ne s'est pas présentée à moi, depuis que je la recherche sincèrement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 février 1892. — Présidence de M. CHAUVEL.

COMMUNICATIONS

Opération césarienne. — M. LEDRU (de Clermont) communique l'observation d'une femme rachitique, à bassin très étroit, arrivée au terme d'une grossesse, et chez laquelle il a pratiqué, avec succès, une opération césarienne; puis, pour éviter de nouvelles grossesses, une double castration tubo-ovarienne. La malade était complètement guérie un mois après l'opération, sans avoir présenté d'accidents consécutifs. L'enfant, extrait vivant de la cavité utérine, est mort peu de temps après, faute de soins suffisants. M. Ledru, après avoir extrait le fœtus et le placenta, mit sur l'utérus une ligature d'attente, pratiqua l'ablation des deux ovaires et des deux trompes, sutura l'utérus, le péritoine, fit une suture de Lembert et referma le ventre après avoir placé au fond de la cavité utérine une mèche de gaze iodoformée.

M. MARCHAND, en 1889, a pratiqué une opération césarienne, avec un succès complet, sur une femme de trente-deux ans. Il a pu faire toute l'opération en dehors du ventre, sans se servir de lien de caoutchouc. La femme et l'enfant ont survécu.

M. BOUILLY approuve M. Ledru d'avoir préféré l'opération césarienne à l'opération de Porro. Cette dernière ne doit être pratiquée que lorsque l'utérus est infecté. Alors, il y a tout avantage à enlever l'utérus. Mais, dans les cas où l'opération que l'on doit pratiquer est une opération de choix et non de nécessité, où l'on peut choisir le moment de l'intervention, c'est à l'opération césarienne, qui conserve l'utérus, que l'on doit recourir. C'est là, d'ailleurs, la conduite généralement admise aujourd'hui par les chirurgiens. Pour supprimer la possibilité d'une nouvelle conception, il y a quelque chose de plus simple à faire que de pratiquer l'ablation complète des ovaires et des trompes, c'est de jeter une double ligature sur chaque trompe et de sectionner entre les

deux ligatures. C'est ce que M. Bouilly a fait dans un cas qu'il a déjà fait connaître à la Société.

Plaie pénétrante de l'abdomen, traitement médical, guérison. — M. SCHUPPRE communique l'observation d'un soldat qui a reçu une balle de revolver dans le ventre. Ce blessé fut soumis à l'immobilisation et au traitement par l'opium, et il a bien guéri. (Comm. : MM. Terrier, Jalaguier et Reclus.)

PRÉSENTATION DE MALADE

Traitement du prolapsus du rectum. — M. BERGER présente un malade qu'il a traité d'un prolapsus du rectum par la colopexie. Il y a deux ans, cet homme, alors âgé de vingt-sept ans, entra dans le service de M. Berger pour un épithélioma du rectum. M. Berger, après avoir réséqué le coccyx et une partie du sacrum, excisa 8 centimètres de rectum et, ne pouvant attirer celui-ci en bas, l'aboucha au niveau de la perte de substance du sacrum et créa ainsi une sorte d'anus artificiel sacré. Cet homme guérit, en conservant naturellement une incontinence des matières. Il revint quelques mois après avec un prolapsus complet du rectum, de 6 à 8 centimètres de longueur, invaginé, recourbé en arrière en queue de trompette et présentant, à son sommet, une vaste ulcération très douloureuse, déterminée par le frottement des vêtements. Après avoir vainement tenté de maintenir ce prolapsus par les moyens ordinaires, M. Berger se décida à recourir à la colopexie, selon la méthode de M. Reclus. Il fit une incision au niveau de l'S iliaque, passa au-dessous d'elle une tige de verre et fixa l'S iliaque. Il ne fit une ouverture à l'intestin que neuf jours après et établit alors un anus iliaque contre nature. Après cette opération, le prolapsus ne s'est pas reproduit. Quelques mois après, M. Berger, sur les instances du malade, se décida à guérir l'anus iliaque, les matières passant déjà en partie par l'anus sacré. Il existait bien un éperon, mais qui n'empêchait pas le passage des matières de la partie supérieure ou iliaque dans la partie inférieure ou sacrée. Il sectionna cet éperon, ferma l'anus iliaque en suturant à part la muqueuse, puis la séreuse, et en faisant une suture de Lembert, puis réduisit le tout.

Ce malade présente actuellement un léger retour de prolapsus.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres : épithélioma chez un jeune homme de vingt-sept ans, sans récidive depuis deux ans; prolapsus grave; indication formelle de la colopexie, anus iliaque contre nature, ouverture de l'intestin neuf jours seulement après sa fixation; fermeture ultérieure de cet anus artificiel.

M. POZZI rapproche du fait de M. Berger l'observation d'une femme qui avait été opérée d'un abcès de l'ovaire adhérent à l'intestin; celui-ci avait été ouvert et on avait dû le fixer à la paroi abdominale. Cette femme conserva donc une fistule stercorale par laquelle s'écoulaient des matières pyostercorales. Il n'y avait pas d'éperon appréciable. M. Pozzi, pour guérir cette femme de cette repoussante infirmité, rouvrit la cicatrice abdominale avec les plus grandes précautions, attendu que l'S iliaque y était adhérente dans une grande étendue, débrouilla un écheveau d'anses intestinales adhérentes au niveau de la fistule, disséqua ces anses, trouva alors le bout inférieur, fit un large avivement et pratiqua une entérorrhaphie, en suturant isolément la muqueuse et en appliquant ensuite deux rangs de suture de Lembert. Il réduisit, sans drainage, et la malade a très rapidement guéri.

M. MARCHAND a fait plusieurs rectopexies, selon la méthode de M. Verneuil, pour corriger des prolapsus, et a vu la récidive survenir après deux mois.

M. MONOD cite le cas d'un malade qui a été successivement opéré par M. Verneuil, M. Ricard, qui a subi plusieurs rectopexies et une colopexie, et chez lequel la récidive apparaît toujours, quoi qu'on fasse.

M. GÉRARD-MARCHANT a obtenu de bons résultats de la coccy-rectopexie qu'il a déjà préconisée, opération qui consiste à raccourcir le rectum et à le fixer au coccyx. Il est vrai qu'il se fait quelquefois consécutivement un certain prolapsus de la muqueuse. Pour l'éviter, M. Gérard-Marchant applique sur cette muqueuse quelques raies de feu. Il rapporte l'histoire d'un jeune capitaine d'artillerie qui souffrait cruellement, tant au physique qu'au moral, d'un prolapsus complet du rectum. M. Gérard-Marchant lui pratiqua une coccy-rectopexie et lui appliqua plusieurs raies de feu sur la muqueuse. Cet officier, opéré depuis près d'un an, est resté jusqu'ici complètement guéri. Ce procédé, qui consiste à prendre un point d'appui osseux, donne plus de chances de réussite que la simple rectopexie.

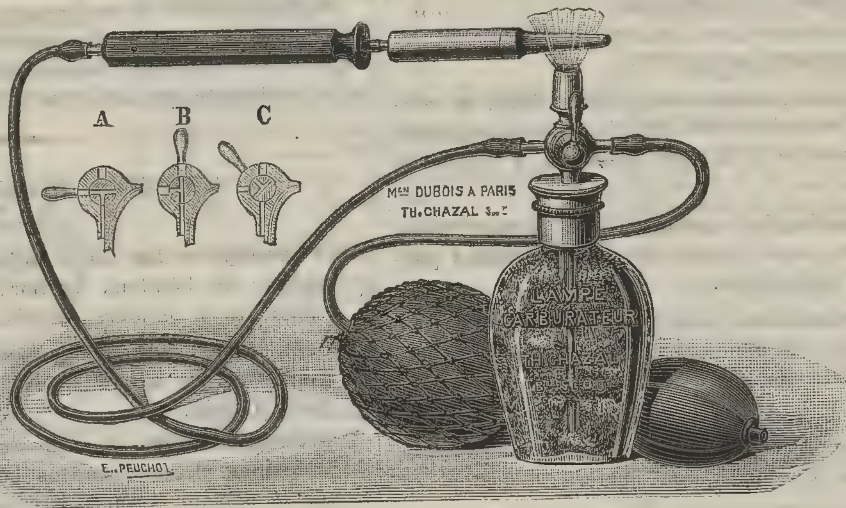
M. REYNIER a fait des rectopexies et des coccy-rectopexies, et a toujours vu des récidives se produire après quatre ou cinq mois.

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Thermocautère Chazal.

Ce nouveau modèle de thermocautère ne diffère de celui du docteur Paquelin que par la suppression de la lampe à alcool. Celle-ci, très incommode, ne produisait pas une température assez élevée, lorsqu'il s'agissait de rougir à blanc les foyers de platine ne fonctionnant plus, encrassés par les gaz carburés accumulés à l'intérieur.



Ce système, formant constamment chalumeau, n'a pas l'inconvénient indiqué, car, produisant une température de suite très élevée, il porte au rouge vif les cautères qu'on lui présente. L'appareil se compose des modèles connus de cautères, manches, flacons et soufflerie, et en outre d'un robinet double courant, formant chalumeau et remplaçant le double courant simple et la lampe à alcool.

Ce robinet est construit de telle façon que lorsque la clef est placée obliquement, comme le représente la figure C, il est entièrement fermé; la figure B le montre ouvert, laissant passer les courants de gaz carburés dans la partie supérieure qui est le chalumeau, et dans le côté communiquant au cautère; enfin, la position du robinet en A indique que les gaz passent entièrement dans le cautère.

Connaissant ces différentes combinaisons, il suffit pour le fonctionnement de l'appareil, de monter toutes les pièces comme l'indique l'ensemble de la figure, et ouvrant le robinet dans le sens vertical B, l'on obtient, avec la soufflerie, un chalumeau

qui s'allume avec la moindre flamme d'une allumette ou autre.

Lorsque le foyer de platine a atteint son maximum de chauffage au moyen de ce chalumeau, il suffit de renverser la clef du robinet en la position horizontale, pour éteindre le chalumeau et entretenir le cautère à toutes les différentes températures désirables, que l'on obtiendra en fermant plus ou moins le robinet.

Pour éteindre l'appareil, il suffit de fermer le robinet en la position C.

De plus, les flacons garnis d'éponges rendent l'essence contenue plus transportable et l'empêchent de se répandre dans les tubes en caoutchouc. Un modèle de flacon de petite dimension permet de rendre cet appareil portatif et peut être contenu dans une trousse de poche.

Le nouveau modèle de robinet peut s'adapter au modèle existant déjà.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Conseil général des Facultés de Paris vient de se réunir sous la présidence de M. Gréard. Après vérification des pouvoirs des membres élus au cours de ce mois pour trois ans, la Faculté de médecine se trouve représentée par M. Brouardel, doyen; MM. Lannelongue et Grancher, membres élus. L'Ecole de pharmacie est représentée par M. Planchon, directeur, et M. Milne-Edwards, comme vice-président, pour l'année 1892.

MM. Brouardel et Planchon ont fait connaître que des donateurs anonymes leur avaient remis des sommes relativement importantes pour les appliquer aux études des jeunes gens laborieux et dénués de fortune, de leurs Faculté et École.

La date de l'ouverture du concours du second semestre est fixé au 1er mars.

Les cours libres suivants sont autorisés : M. de Thierry, chimie médicale inorganique et organique; M. Bérillon, applications cliniques et médico-légales de l'hypnotisme.

M. Lannelongue est désigné pour préparer le rapport sur les travaux du Conseil, pendant l'année 1892.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 février 1892, un concours s'ouvrira, le 14 novembre 1892, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, à l'École de médecine de Reims.

— Un concours s'ouvrira, le 7 novembre 1892, devant l'École de médecine d'Angers, pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à ladite école.

— Le prix de médecine navale, pour 1891, a été partagé entre MM. Bedet et Guilloteau. Des mentions honorables ont été accordées à MM. Calmette et Le Dantec.

— *École de médecine de Reims.* — M. Mouflier, chef des travaux physiques et chimiques, est chargé des fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale.

— *École de médecine de Tours.* — M. le professeur Danner est maintenu dans les fonctions de directeur de l'École.

— M. le docteur Marie, conseiller d'arrondissement à Longuyon, est nommé inspecteur des Enfants assistés du département de l'Isère.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Blanchot (de Grandville), Chayrau (de Nantes), Chauvigné (de Châteaubourg), Chenard (de Rouillé), Cocheteux (de Lille), Leboucher (de Paris), Libert (d'Alençon), sénateur de l'Orne; Massol (de Paris), Martin (de Vitry-le-François), Perrenoud (de la Chaux-de-Fonds), Renault (de Nantes), Vailhé (de Montpellier).

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Friedel commencera le cours de chimie organique, le mercredi 2 mars, à dix heures et demie, rue Michelet, 3, et le continuera les mercredis à une heure et demie et les vendredis suivants à dix heures et demie. — Il traitera des composés de la série aromatique.

M. le professeur Munier-Chalmas commencera le cours de géologie, le mercredi 2 mars, à trois heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. — Il exposera les caractères principaux des périodes géologiques et s'étendra plus particulièrement sur les terrains secondaires.

M. Riban, maître de conférences, chargé de cours, continuera le cours annexe de chimie analytique le mercredi 2 mars, à trois heures trois quarts, rue Michelet, 3, et tous les mercredis suivants, à la même heure. — Il continuera l'étude du dosage et de la séparation des métaux.

M. le professeur Hautefeuille commencera le cours de minéralogie le jeudi 3 mars, à deux heures trois quarts, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, et le continuera les lundis et mercredis suivants à la même heure. — Il traitera d'abord de la cristallographie et étudiera ensuite les principales espèces minérales.

M. le professeur Lippmann commencera le cours de physique le samedi 5 mars, à deux heures, dans l'amphithéâtre de physique, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — Il traitera de l'électricité.

M. le professeur Yves Delage commencera le cours de zoologie, anatomie, physiologie comparée, le samedi 5 mars, à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — Il traitera des vers, zoophytes et protozoaires.

M. J. Chatin, professeur-adjoint, chargé de cours, commencera le cours annexe d'histologie, le mardi 8 mars, à dix heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, et le continuera les mardis suivants à la même heure.— Après avoir exposé les caractères généraux des éléments anatomiques, il étudiera les tissus nerveux et musculaires considérés au point de vue de l'histologie zoologique.

M. Salet, maître de conférences, chargé de cours, commencera un cours annexe de spectroscopie et photochimie, le mardi 8 mars, dans la salle des conférences (escalier F), à trois heures et demie, et le continuera les mardis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'absorption des corps solides, par le docteur E. Cassaet, médecin des hôpitaux de Bordeaux. In-8° de 70 pages, avec 2 planches en couleurs. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Études sur les délires des systématisés, par le docteur A. Marie. Gr. in-8° de 140 pages avec figures. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Traitement électro-statique des maladies nerveuses, des affections rhumatismales et des maladies chroniques, par le docteur Arthuis. In-8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Les derniers traitements de la diphthérie, renfermant les principaux traitements employés dans les hôpitaux d'enfants de Paris, par le docteur Mengeaud, licencié ès sciences naturelles, etc. (Mémoire communiqué à la Société de médecine de Nice.) In-8° de 32 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

24

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande; il contient aussi la fibre musculaire elle-même fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

Dose : **1/2 verre à madère au dessert.**

PILULES DIGESTIVES
de PANCRÉATINE DEFRESNE

Anorexie, Dyspepsie, Gastralgie.

Dose : 2 à 4 après le repas.

Détail : Ph^ie, 2, rue des Lombards, Paris.

77

ÉMULSION DEFRESNE

D'HUILE DE FOIE DE MORUE
IODO-PHOSPHATÉE

RENDUE ASSIMILABLE PAR LA PANCRÉATINE
aussi agréable à prendre que le lait

L'Émulsion Defresne, à faible dose, est plus efficace que l'Huile de foie de morue naturelle; elle est plus riche que celle-ci en principes reconstituants, stimulants et altérants (*Iode, Phosphore, Acides gras libres*); elle est agréable à prendre.

L'Émulsion Defresne contient :

45 gr. Huile modifiée par la Pancréatine;
5 gr. Acides gras libres;
0,20 centigr. Phosphore;
0,10 centigr. Iode;
50 gr. Eau et Glycérine.

L'Émulsion Defresne est héroïque dans :

RACHITISME,	LYMPHATISME,	ANÉMIE,
SCROFULE,	DÉBILITÉ,	CONSOMPTION.

L'Émulsion Defresne *est toujours assimilée : Dose de 2 à 6 cuillerées à café par jour.*

Prix : **2 francs.**

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine** et de la **Peptone.** 4, quai du Marché-Neuf;
Détail : Pharmacie, 2, rue des Lombards.

90

MAGNÉSIE ROY

Sel purgatif alcalin soluble.
Dépuratif chimique.

A. Roy

66

EUCALYPTOL VOIRY

LE SEUL CHIMIQUEMENT PUR

Récompenses obtenues par R. Voiry, pharmacien de 1re classe, pour ses travaux sur **l'Eucalyptol:**

Médaille d'OR, Société de pharmacie de Paris
Prix LAROZE, Ecole supér. de pharm. de Paris.

ÉLIXIR D'EUCALYPTOL VOIRY

Adopté d^s les HÔPITAUX DE LA MARINE ET DE L'ÉTAT

Médicament présentant à MM. les Médecins toute garantie de pureté. — Prescrit toujours avec SUCCÈS DANS LE TRAITEMENT DES **affections des voies respiratoires,** *Catarrhes pulmonaires, Bronchites chroniques, Tuberculoses, etc.*

5, boulev. de Courcelles Paris, et t^tes ph^ies.

36

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** (*caféine, iodoforme et strophantus*). Dép^t Ph^ie C^le F^s Montmartre, Paris.

80

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO. **viande crue,** Alcool, Ec. d'oranges am.
Phthisie, anémie, convalescence.
Paris, 20, place des Vosges.

66

SIROP ET PATE DE BERTHÉ

Pharmacien, Lauréat des Hôpitaux de Paris

« La *Codéine pure,* dit le Professeur Gubler, « doit être prescrite aux personnes qui supportent « mal l'opium, aux enfants, aux femmes, aux « vieillards et aux sujets menacés de congestions cérébrales. »

Le Sirop et la Pâte de Berthé à la *Codéine pure* possèdent une grande efficacité dans les cas de **Rhumes, Bronchites, Catarrhe, Asthme, Maux de gorge, Insomnies, Toux** nerveuse et fatigante des **Maladies de Poitrine.**

Les personnes qui font usage de **Sirop** ou de **Pâte Berthé** ont un sommeil calme et réparateur, jamais suivi ni de douleur de tête, ni de perte d'appétit, ni de constipation.

Prescrire et bien spécifier Sirop ou Pâte de Berthé.

PARIS - MAISON CLIN & Cie - PARIS

29

ÉLIXIR ET DRAGÉES FERRO-ERGOTÉS MANNET

Chloro-anémie, Métrorrhagies, Métrite, Incontinence d'urine.— 2, pl. Vendôme, Paris.

7

HUILE DE FOIE DE MORUE DE BERTHÉ

Préparée par des procédés spéciaux approuvés par l'Académie de médecine de Paris.

HUILE DE BERTHÉ SIMPLE

2 fr. 50 le flacon.

HUILE DE BERTHÉ CRÉOSOTÉE

0,05 centigr. de créosote alpha par grande cuillerée (2 fr. 50 le flacon).

HUILE DE BERTHÉ GAÏACOLÉE

0,10 centigr. de gaïacol alpha par grande cuillerée (2 fr. 50 le flacon).

CAPSULES DE BERTHÉ CRÉOSOTÉES

0,025 de créosote alpha par capsule (2 fr. 50 le flacon de 60).

CAPSULES DE BERTHÉ GAÏACOLÉES

0,05 centigr. de gaïacol alpha par capsule (2 fr. 50 le flacon).

Maison L. Frere, A. Champigny et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris.

97

EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE

OREZZA (CORSE)

ANÉMIE, CHLOROSE, DYSPEPSIE

LA PLUS RICHE EN FER & EN ACIDE CARBONIQUE

*Sans rivale dans toutes les maladies provenant de l'***Appauvrissement du sang** *ou de l'***Insuffisance de nutrition.**

62

QUINA-LAROCHE

Extrait complet des trois quinquinas.

J. Laroche

53

ANÉMIE, HERPÉTISME, DIABÈTE, FIÈVRE

GRANULES DE FOWLER

du Dr LEGROS

1 milligramme d'arsénite de potasse par granule.
Ph^ie Française, 1 et 3, pl. de la République, Paris.

51

KOLA ROY

Donne la force aux débilités.
2 à 4 cuillerées par jour aux repas.
Th. Roy, pharmacien, Asnières (Seine).

93

VÉRITABLE SOLUTION

D'ANTIPYRINE DU DR CLIN

..... L'Antipyrine peut être considérée scientifiquement comme le médicament le plus puissant contre la douleur

(Académie des Sciences, séance du 18 avril 1887.)

La **SOLUTION D'ANTIPYRINE DU Dr CLIN,** d'un dosage rigoureusement exact, contient :

1^gr. **ANTIPYRINE** *pure par cuillerée à bouche.*
0,25^cent. — — *par cuillerée à café.*

Dose : de 1 à 3 cuillerées de **SOLUTION D'ANTIPYRINE CLIN** par jour; augmenter progressivement, s'il y a lieu, en tenant compte de la susceptibilité du malade.

Exiger la *Véritable Solution d'Antipyrine Clin.*

Détail dans les Pharmacies.

Gros : Maison CLIN & Cie, à Paris.

11

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie,** la **Chlorose,** la **Gastralgie,** les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge,** etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux à trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

Mariani, ph^ien, 41, B^rd Haussmann, et t^tes ph^ies.

25

POUDRE DE VIANDE DIASTASÉE

DE TROUETTE-PERRET

Formule : Poudre de bifteck, 3/5; Lactine, 1/5; Malt de lentilles, 1/5.

Sans odeur ni saveur et d'assimilation très facile

Dose : *De une à deux cuillerées à bouche délayées dans du chocolat, du lait, du bouillon ou de l'eau sucrée. Répéter cette dose 2 à 6 fois par jour, suivant l'effet que l'on désire obtenir.*

SE TROUVE DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES
Gros : E. Trouette, 15, r. d^s Immeubles-Industriels.

54

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la flanelle et l'Ouate végétale du Pin sylvestre.
REYNAUD, **22, r. de la Paix. Envoi f^o du catalogue.**

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et ph^ies.

62

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses,* des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes ph^ies.

86

DIGITALINE D'HOMOLLE & QUEVENNE

Approbation de l'Académie de médecine.

MÉD. D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE PHARM. DE PARIS.

Le nouveau Codex a décidé, qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la *Digitaline* découverte par **Homolle** et **Quevenne** (1) qui doit **SEULE** être délivrée.

Dose p^r jour Granules (1 à 3).— Solution p^r us. int. (10 à 30 g^ttes.

(1) A cause des *imitations impures,* formuler la **Vraie Digitaline d'Homolle et Quevenne.**

Ph^ie Collas, 8, r. Dauphine, Paris, et t^tes ph^ies.

55

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.112	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux........................		
Chlorure de sodium.................		
Matières organiques................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

33

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

60

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

52

PEPTONATE DE FER ROBIN
OU
FER ROBIN ASSIMILABLE

Admis dans les hôpitaux de Paris
Présenté à l'Académie, en 1885, par Berthelot.

Le seul obtenu à l'état de véritable sel ferrugineux, en gouttes concentrées.

DOSE : 10 à 20 gouttes par repas.
DÉTAIL : Dans toutes les Pharmacies.

79

PILULES SUISSES

Pilules de coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

5

ANALYSE DE FÉVRIER DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de février, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1034.000
	gr.	
Beurre par litre.	50.900	
Albumine.	4.900	
Caséine.	33.000	
Sucre de lait	52.700	
Sels.	7.000	
Total des matières fixes. . .	148.500	148.500
Eau		885.500

L'analyse des sels a donné par titre de lait :

	gr.
Acide phosphorique.	2.262
Acide sulfurique	0.154
Potasse	1.675
Soude	0.442
Chaux	1.958
Magnésie	0.197
Acide carbonique, chlore, fer, etc. . .	0.312
Total.	7.000

PRIX :	Dans les dépôts. . .	65 c. le litre.
	— . . .	40 c. le 1/2 litre.
	Rendu à domicile. .	70 c. le litre.
	— . . .	45 c. le 1/2 litre.

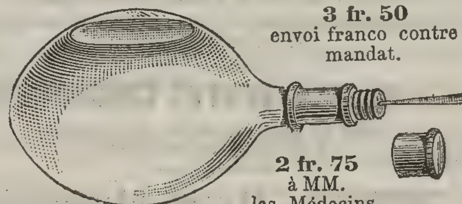
Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

42

CHLORÉTHYLE DU Dr BENGUÉ

anesthésique local et analgésique instantané.



3 fr. 50 envoi franco contre mandat.

2 fr. 75 à MM. les Médecins.

Dr BENGUÉ, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

79

ANTISEPSIE DES VOIES DIGESTIVES
ET DES VOIES URINAIRES

ANTISEPTIQUES GRANULÉS BERTHIOT

Naphtol B. Berthiot GRANULÉ

Béthol Berthiot GRANULÉ

Salol Berthiot GRANULÉ avec $NaO2Co^2$

Salicylate de bismuth Berthiot GRANULÉ

Salicylate de magnésie Berthiot GRANULÉ

Leur emploi supprime émulsions et cachets toujours acceptés avec répugnance par les malades. Pas de dégoûts, pas de nausées à craindre. Administration facile, même chez les enfants. Chaque flacon est accompagné d'une mesure contenant 2 gr. de granules antiseptiques, qui représentent 20 centigr. de l'antiseptique prescrit. — Dépôt général : Phie BERTHIOT, 57, faub. Saint-Antoine, Paris.

75

PILULES, SOLUTION, SIROP, VIN DE ROBIQUET

Au Pyrophosphate de Fer

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Prescrit contre l'*Anémie, Chlorose, Rachitisme, Scrofule,* etc.; il restitue à la *constitution des Os, des Nerfs et du Sang* le FER et le PHOSPHORE trop rapidement éliminés par les sécrétions.

Exiger sr l'étiquette la SIGNATURE **E. ROBIQUET.**

A Paris, DETHAN, phien, et ttes les pharmacies.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

72

ANTIPYRINE (CACHETS LIMOUSIN)

NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE ÉNERGIQUE.

4 à 6 cachets amènent un abaissement de température de 2 à 4 degrés 1/2.

L'étui de 20 cachets de 0,50cgr. . . . *5 fr.*
1/2 étui de 10 cachets . . . . *2 fr. 50*

Phien ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

109

INFLUENZA

HUILE DE FOIE DE MORUE

BRISSONNET

riche en principes actifs

au citron, à la menthe. Très facile à prendre.

Pharmacies : 13, boulevard Haussmann; 7, rue de Passy; 79, rue Claude-Bernard.

94

DIABÈTE

PAIN
SEMOULE
chocolatée
AMANDINE
} de SOYA

(L'Amandine se mange comme légume)

Ces différents produits ne renferment que 3 p. 100 de matière saccharigène.

DESVILLES, phen chimiste, fournisseur et ex-interne des hôpitaux, *2, rue de Ponthieu, 2, Paris.*

40

SOLUTION PELISSE

AU BENZOATE DE SOUDE DU BENJOIN

Recommandée dans les **Affections aiguës et chroniques** de la **GORGE** et des **VOIES RESPIRATOIRES.**

DOSAGE : Une cuillerée à soupe représente 75 centigrammes

Phie PELISSE, 4, rue de la Sorbonne, Paris.

62

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100s.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 29 février 1892.

La dernière séance de la Société médicale des hôpitaux a été tout entière consacrée à la dilatation de l'estomac (26 février).

M. Le Gendre, qui apporte une statistique de 102 cas, vient soutenir de nouveau la doctrine de la dilatation comprise à la façon de M. Bouchard. La dilatation primitive entraîne la stase, qui entraîne les fermentations anormales et l'auto-intoxication à jet continu, d'où une iliade de maux. L'absence de l'antisepsie par l'acide chlorhydrique permet aux agents pathogènes de pénétrer dans l'intestin avec toute leur vitalité, de là la facilité avec laquelle les dilatés contractent les maladies infectieuses, la fièvre typhoïde, la tuberculose à laquelle ils sont déjà prédisposés par leur état cachectique, etc.

M. Le Gendre termine sa communication par une charge à fond de train contre l'étude chimique des états dyspeptiques. Les praticiens, dit-il, sont déroutés, ne sachant plus comment traiter la dyspepsie. Ils se trouvent en présence, non seulement de techniques qu'ils ne peuvent mettre en œuvre, mais d'opinions contradictoires, professées par ceux qui se sont appliqués à l'étude du chimisme stomacal. Qu'ils se rassurent, on peut déjà beaucoup pour les dyspeptiques, sans avoir recours au repas d'épreuve et à l'analyse chimique, et la recherche des troubles moteurs continue à fournir des indications des plus utiles et souvent suffisantes.

M. Albert Mathieu répond que l'on ne peut plus, à l'heure actuelle, admettre en bloc la dilatation de l'estomac, telle que l'ont comprise MM. Bouchard et Le Gendre ; les faits réunis sous cette dénomination commune doivent être dissociés dans les différents groupes de la dyspepsie. Pour faire œuvre scientifique, on ne peut se dispenser de l'exploration intérieure de l'estomac et de l'analyse chimique ; on ne peut se contenter de diagnostiquer la dilatation et la stase par les manœuvres extérieures usitées par M. Bouchard. En voici les raisons :

1° Le clapotage donné comme signe pathognomonique de la dilatation est un signe trompeur. On le constate alors que la sonde ne peut démontrer la présence de liquide en stagnation dans l'estomac ;

2° Le liquide qui stagne dans l'estomac présente des qualités chimiques absolument opposées, appelant des modes très différents d'intervention thérapeutique. On peut trouver, en effet, par exemple, de l'hyperacidité chlorhydrique, de l'hyperacidité par stase et fermentation, de la bile.

Que les praticiens soient embarrassés, c'est évidemment chose regrettable ; mais qu'y faire ? La vérité avant tout, c'est d'elle seule et des méthodes rigoureuses qu'on peut et qu'on doit attendre le progrès en pathologie et en thérapeutique. Du reste, M. A. Mathieu donne un tableau des principales indications qui lui paraissent correspondre aux divers types de la dyspepsie qu'il a cherché à établir avec M. Rémond (de Metz).

M. Juhel-Rénoy, comme M. le professeur Debove, comme M. A. Mathieu, a vu le lavage, pratiqué chez des individus qui présentaient du clapotage au-dessous de l'ombilic, ne pas ramener trace de contenu stomacal. Il tend à penser, avec M. Malibran (de Plombières), que ce bruit de clapotage prend alors naissance dans le côlon transverse.

Il constate, comme M. Le Gendre, le malaise des médecins qui ne savent plus par quel bout prendre la dyspepsie. Le régime sec n'a pas, dans les cas de dilatation, donné tout ce qu'il promettait.

M. Le Gendre déclare qu'on a fait, à tort, du régime sec une formule unique et une panacée universelle. Pour trouver le traitement qui convient à un malade donné, il faut souvent tâtonner.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZY.

Les faux urinaires glycosuriques.

Parmi les malades qui viennent à notre consultation, se plaignant de souffrir des voies urinaires, vous avez certainement remarqué combien sont nombreux ceux qui rentrent dans cette catégorie, que M. Guyon a si bien désignés sous le nom de faux urinaires. Ils n'ont, du côté de leurs voies urinaires, d'autre mal que celui qu'ils ressentent. Après l'examen le plus complet, on ne trouve aucun signe qui puisse permettre d'affirmer l'existence d'une lésion ; on ne trouve, d'autre part, chez eux, aucune des affections médullaire, cérébrale ou nerveuse, susceptibles de déterminer les accidents dont ils se plaignent.

Il est toute une catégorie de faux urinaires, se rencon-

trant plus fréquemment dans la clientèle de ville qu'à l'hôpital, et sur laquelle il est important de bien éveiller votre attention. Ce sont les faux urinaires glycosuriques. Chez ces malades, les troubles vésicaux paraissent causés par la glycosurie ou plutôt permettent de faire le diagnostic de glycosurie.

Je dis glycosurie et non diabète, ne pouvant pas me prononcer sur la nature exacte de l'affection. Je dis, en outre, glycosurie et non diabète, parce que les malades chez lesquels j'ai observé ces troubles urinaires étaient loin d'être des diabétiques avérés. Les symptômes du diabète se réduisaient souvent chez eux aux troubles vésicaux, à la glycosurie et, symptôme important pour éveiller à l'occasion vos soupçons, à la diminution ou à l'abolition complète des réflexes rotuliens.

Ces malades ont présenté, du côté des voies urinaires, des accidents très variés : envies fréquentes d'uriner, picotements dans le canal, plus marqués parfois pendant la nuit, douleurs, cuisson à la fin de la miction, pesanteur au périnée, à l'anus, tension dans le bas-ventre. Ces accidents, augmentant par la station debout, diminuaient par l'exercice et la marche. Il y avait parfois de la lenteur dans l'émission de l'urine, un affaiblissement de la force et du volume du jet. Tous ces troubles, vous le voyez, sont vagues, peu précis. Ils peuvent se rapporter à toutes les maladies des voies urinaires, sans s'appliquer bien complètement, bien exactement à aucune. De plus, comme les autres faux urinaires, ces malades sont préoccupés à l'extrême de leurs souffrances. Leur existence en est empoisonnée. Ils vont de chirurgien en chirurgien, prenant au tragique des malaises, souvent, en somme, assez légers.

La glycosurie peut, d'ailleurs, déterminer d'autres troubles urinaires, ceux-là plus réels. La polyurie amène forcément une fréquence plus grande de la miction. C'est là un épiphénomène sans importance. Mais, d'autre part, dans le diabète vrai, on observe assez fréquemment des cystites attribuées à tort ou à raison au contact irritant de l'urine chargée de sucre. Ces cystites ont leurs symptômes ordinaires et les malades qui en sont atteints doivent être, bien entendu, séparés des faux urinaires dont je viens de vous parler.

Le diagnostic particulièrement important pour la pratique est, d'ailleurs, le diagnostic de ces troubles sans lésions, rattachés à la glycosurie. Si cette relation vous échappe, si vous prenez le malade pour un urinaire vrai, vous vous livrerez à des explorations, à des tentatives de traitement douloureuses et qui sont loin d'être toujours inoffensives. Vous savez avec quelle facilité un cathétérisme, qui offre la moindre lacune dans son asepsie, transforme malheureusement un faux urinaire en urinaire vrai. Et cette transformation, dans le cas particulier, ne peut qu'être facilitée par la glycosurie qui favorise les fermentations.

Le diagnostic est important à un autre point de vue. Ces glycosuries, chez les malades que j'ai observés jusqu'ici, cèdent assez facilement au régime. Elles n'ont pas la ténacité, ni d'ailleurs l'intensité des glycosuries du diabète vrai. Chez quelques malades, même, le sucre n'apparaissait qu'après les repas. Le régime donne, en général, une amélioration très rapide. J'y ai souvent ajouté une saison à des eaux minérales, comme celles de Pougues, dont les urinaires et les glycosuriques se trouvent également bien.

Pour tout médicament, j'ai prescrit ordinairement l'antipyrine, dont vous connaissez l'utilité à la fois contre les affections douloureuses et contre la glycosurie. Il m'est, au point de vue médical, possible seulement de préjuger de l'intérêt qu'il y a à soupçonner et à traiter de bonne heure une glycosurie non encore accompagnée des accidents ordinaires du diabète. Mais au point de vue chirurgical, ces faits présentent un intérêt extrême : d'une part, parce que le traitement de la glycosurie suffit presque toujours à faire disparaître les douleurs vésicales; de l'autre, parce que leur connaissance vous évite des explorations et des interventions intempestives.

Les faits de ce genre sont loin d'être rares. Dans le mémoire paru en 1890, dans les *Annales de médecine*, je n'avais pu rapporter que quatre observations. Mais depuis que mon attention est éveillée sur ce point, j'ai certainement vu une dizaine d'autres cas. M. le docteur Pousson, dans une lettre récente, m'écrivait avoir vu deux faits semblables aux miens. Chez l'un de ces malades, dont les urines renfermaient 8 grammes de sucre, glycosurie et troubles urinaires disparurent complètement en trois semaines, par l'usage de l'antipyrine.

Quelle est la pathogénie de ces singuliers accidents ? Je vous avoue que je l'ignore. On ne peut invoquer l'irritation produite par la glycose. Le plus souvent, la glycosurie est faible, parfois même elle est transitoire, alors que les troubles urinaires sont permanents. Au contraire, bien des malades, à glycosurie très intense et constante, n'éprouvent pas du côté des voies urinaires la moindre souffrance.

Dans quelques observations, les malades ont un passé urinaire : blennorrhagie, cystites antérieures qui ont pu créer une prédisposition. Mais ces antécédents urinaires manquent parfois d'une façon complète.

L'hypothèse la plus probable est qu'il s'agit d'une localisation particulière des accidents nerveux, accidents si communs chez les glycosuriques et les diabétiques. Vous savez combien chez ces malades les accidents nerveux sont nombreux et variables. Les névralgies sont très fréquentes, les troubles psychiques ne sont pas rares. Rien d'étonnant donc à trouver chez eux, d'une part, une névralgie vésicale, de l'autre, cette préoccupation mentale, cette obsession produite par un malaise léger dont je vous ai parlé.

Ce fait que la glycosurie peut s'accompagner de troubles urinaires m'a également conduit à rechercher si elle ne pouvait être une cause d'aggravation de lésions urinaires réelles coexistant avec elle. Dans deux faits de cystites extrêmement rebelles, très douloureuses chez des sujets non névropathiques, j'ai constaté la coïncidence de la glycosurie. Ces faits sont trop peu nombreux pour en tirer une conclusion. Ce côté de la question n'en était pas moins intéressant à vous signaler.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie, rappelez-vous cette conclusion pratique que, chez tout malade souffrant des voies urinaires, vous devez rechercher le sucre dans l'urine. Avant même de pratiquer l'analyse, l'abolition ou la diminution des réflexes rotuliens seront une présomption très forte en faveur de la glycosurie. La glycosurie constatée vous imposera, d'une part, une certaine réserve au point de vue des interventions chirurgicales. Son traitement sera, d'autre part, dans bien des cas, suffisant pour guérir, avec la glycosurie, les troubles urinaires.

ÉTUDE CLINIQUE SUR LA DYSPEPSIE GASTRIQUE (1)

Par A. Mathieu et A. Rémond (de Metz).

(Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.)

IV

3° *Hyperacidité organique et stase gastrique.* — L'*hyperacidité organique* que nous étudierons tout d'abord servira, en quelque sorte, de transition entre les faits précédents, caractérisés, le plus souvent, par des sensations banales de dyspepsie nerveuse, flatulente, avec distension gastrique paroxystique, et les cas dans lesquels il y a stase gastrique sans hyperchlorhydrie.

Voici le résumé sommaire de nos observations :

I. Homme trente-huit ans. Phénomènes de dyspepsie nervo-motrice. Sensations de brûlure à la région épigastrique. Estomac vide le matin. Analyse chimique : Acidité totale = 4,06. Acide chlorhydrique libre = 0,32. Acide chlorhydrique combiné = 1,62.

II. Femme trente ans. Douleurs immédiatement après le repas, allant en augmentant pendant une ou deux heures; crises se terminant par des vomissements alimentaires.

Anémie. Métrorrhagies légères. Petites attaques hystériques.

Le 28 novembre. Acidité totale = 2,33. Acide chlorhydrique libre = 0. Acides organiques libres = 0,77. Acide chlorhydrique combiné = 1,99.

3 décembre. Acidité totale = 0,53.

Traitement : lavages, gavages à la poudre de viande alcalinisée. Amélioration rapide.

III. Gastrite éthylique. Acidité totale = 2,77. Pas d'acide chlorhydrique libre. L'acidité du suc gastrique abandonné à lui-même passe en vingt-quatre heures à 3,03 p. 1000.

IV. Gastrite éthylique. Douleurs tardives quatre à cinq heures après le repas. Acidité totale = 2,30. Pas d'acide chlorhydrique libre. Distension de l'estomac. Pas de liquide, le matin, à jeun.

V. Alcoolisme. Distension gastrique. Acidité totale = 2,33. Pas d'acide chlorhydrique libre. Acide chlorhydrique combiné = 1,73. Quelque temps après, l'analyse donne les résultats suivants : acide chlorhydrique libre = 0,15, acide chlorhydrique combiné = 1,01 p. 1000.

VI. Femme trente-neuf ans. Gastrite éthylique. Renvois et aigreurs. Pas de stase gastrique le matin à jeun. Acidité totale = 2,11. Pas d'acide chlorhydrique libre.

VII. Homme quarante-quatre ans. Sciatique chronique. Ballonnement abdominal, pyrosis. Pas de liquide à jeun dans l'estomac.

Le 22 octobre. Acidité totale = 1,61. Acide chlorhydrique libre = 0,39. Acide chlorhydrique combiné = 0,90.

Le 29 octobre. Acidité totale = 2,28. Acides organiques libres = 0,92, le double à peu près de la normale.

Nous avouons avoir hésité pour classer ici les quatre dernières observations. Est-il bien démontré que leur chimisme n'est pas conciliable avec l'état normal, ou que l'hyperacidité organique a été suffisante pour jouer un rôle dans la pathogénie des phénomènes observés? Il est possible que leur place légitime soit dans la catégorie précédente.

Ces formes de dyspepsie se distinguent des précédentes par des sensations plus prononcées d'aigreur, de pyrosis, de brûlure au creux épigastrique. Les crises douloureuses peuvent aboutir au vomissement.

La douleur, on l'a vu, peut exceptionnellement prendre, à peu de chose près, les allures chronologiques de la crise due à l'hyperchlorhydrie. On ne voit pas pourquoi, du reste, une acidité qui peut dépasser 4 p. 1000, ne donnerait pas lieu, chez les individus prédisposés, à des manifestations semblables à celles de l'hyperacidité chlorhydrique.

Nous avons vu, dans la plupart des cas, l'acidité de l'estomac décroître rapidement sous l'influence du traitement et, en particulier, du lavage de l'estomac. Il est probable que les périodes d'exacerbation que présentent les malades sont attribuables surtout au régime vicieux auxquels ils sont soumis et dont les effets vont, en quelque sorte, en s'accumulant jusqu'à ce qu'éclate un paroxysme. Il est probable que les mêmes malades pourraient, suivant les périodes où on les examine, figurer tantôt dans la catégorie précédente, tantôt dans la catégorie présente, selon que prédominent les phénomènes nervo-moteurs ou les phénomènes de fermentation organique.

Stase gastrique. — Nous n'entendons parler ici que de la stase indépendante de l'hyperchlorhydrie qui constitue un cas particulier, étudié précédemment. Comme on le verra, elle ne s'accompagne pas forcément d'hyperacidité organique.

Voici le résumé sommaire des observations qui nous paraissent devoir être rangées dans cette catégorie.

I. B..., cocher, cinquante et un ans, alcoolique, est, depuis son adolescence, atteint de rumination involontaire. Alternatives de vomissements et de diarrhée. Vomissements alimentaires abondants depuis un an. Depuis trois mois environ, les gorgées d'aliments qui remontent de l'estomac ont une odeur prononcée de viande pourrie. Aigreurs, haleine fétide. Amaigrissement notable de 178 livres à 158. Le lait extrait de l'estomac présente une odeur butyrique des plus accentuées.

Repas d'Ewald : Acidité totale = 1,80. Acide chlorhydrique libre = 0. Acide chlorhydrique combiné = 0,36.

Estomac distendu. Clapotage le matin à jeun au-dessous de la ligne ombilicale.

II. Femme trente-neuf ans. Deux reins flottants. Très nerveuse. Vifs chagrins. Grande intolérance gastrique. Crises de vomissements durant quelquefois plusieurs jours. De temps en temps, quand les vomissements ont manqué pendant plusieurs jours, vomissements abondants le matin (1 litre et demi à 2 litres), en grande partie alimentaires, d'odeur aigre prononcée. Analyse de semblables vomissements : Acidité totale = 1,69. Acide chlorhydrique libre = 0. Acides organiques libres = 0,95. Acide chlorhydrique combiné = 1,22.

La proportion des acides organiques libres est considérable, sans que l'acidité totale soit supérieure à la moyenne physiologique.

III. Homme quarante-huit ans. Dyspepsie depuis huit ans, sans cause connue. Vomissements. Douleurs vives après les repas et assez tardives. Quelquefois, vomissements très abondants, 3 à 4 litres au dire du malade. Le lavage, pratiqué sept heures après le repas, démontre la persistance dans l'estomac d'une masse alimentaire encore considérable.

Repas d'Ewald : Acidité totale = 1,41. Acide chlorhydrique libre = 0. Acide chlorhydrique combiné = 1,73 p. 1000.

---

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 183.

IV. Femme vingt-neuf ans, très nerveuse.

Le 3 décembre, le matin, on extrait de l'estomac 6 à 800 grammes de liquide trouble, chargé de détritus alimentaires venus des repas de la veille. Acidité totale 0,85 p. 1000, ce qui suppose forcément l'hypochlorhydrie. Pas d'acide chlorhydrique libre. Acides organiques libres =0,57. Dents en très mauvais état. Haleine fétide.

Le 5, on ne constate plus de stagnation, le matin à jeun; la malade est perdue de vue.

V. Femme de quarante ans environ. Saturnisme chronique grave, atrophie musculaire presque généralisée. Pas d'albuminurie. Dilatation marquée de l'estomac. Clapotage au-dessous de la ligne ombilicale. Vomissements fréquents, par crises durant plusieurs jours : cinq ou six vomissements par jour. Vomissements très abondants quand ils ont manqué pendant plusieurs jours.

Repas d'épreuve : Acidité totale = 0,56. Acide chlorhydrique libre = 0. Acide chlorhydrique combiné = 1,33. Acides organiques libres = 0,36. L'acidité totale est donc due presque exclusivement à des acides organiques.

VI. Homme trente ans. Depuis un an, pesanteur, ballonnement, aigreurs. Douleurs au creux épigastrique. Vomissements souvent cinq ou six heures après le repas. Amaigrissement marqué.

Le 3 novembre, à jeun, on extrait 150 centimètres cubes d'un liquide couleur café au lait, distension marquée de l'estomac. Clapotage et flot. Acidité de ce liquide = 2,91. Pas d'acide chlorhydrique libre. Détritus alimentaires venant des jours précédents.

Crampes dans les mains et dans les jambes. Faiblesse marquée.

Le 5 novembre, à jeun, on extrait 500 centimètres cubes de liquide, couleur chocolat au lait clair. Après lavage de l'estomac, repas d'Ewald. Acidité totale = 0,85. Acide chlorhydrique libre = 0. Pas de peptone; 400 centimètres cubes de liquide dans l'estomac.

Le 7 novembre, repas d'Ewald, sans lavage préalable. Acidité totale = 3,85. Acide chlorhydrique libre = 0. Acides organiques libres = 0,80.

19 novembre. Vomissements noirs abondants. Jamais on n'a constaté de tumeur épigastrique, ni de vomissement.

20 novembre. Le malade sort mourant du service.

VII. Homme trente-six ans. Chancres simples suivis d'adénite suppurée trois ans auparavant. Il y a deux ans, fièvre typhoïde; il y a un an, périostite alvéolo-dentaire suppurée grave. Influenza. Phénomènes de dyspepsie apparaissant après la fièvre typhoïde : pesanteur, ballonnement, aigreurs. Quelquefois, douleur sourde au creux épigastrique, quatre et même six heures après le repas; on perçoit, à plusieurs reprises, un flot gastrique marqué et du clapotage au-dessous de la ligne ombilicale.

25 septembre. Repas d'Ewald. Acidité totale = 0,85. Pas d'acide chlorhydrique libre.

Amélioration par le gavage à la poudre de viande. Au bout d'un mois, l'acide chlorhydrique libre réapparaît; à ce moment, après un repas d'Ewald, on trouve les chiffres suivants : Acidité totale = 1,09. Acide chlorhydrique libre = 0,34. Acide chlorhydrique combiné = 1,32.

Le malade sort de l'hôpital, amélioré, essaie de reprendre son métier, mais les mêmes accidents se reproduisent, plus accentués encore. Il maigrit, perd ses forces.

Le 28 janvier, on trouve comme acidité totale 0,49. Acide chlorhydrique = 0.

On constate, à partir de ce moment, des signes de stase permanente dans l'estomac. Clapotage le matin à jeun à deux ou trois travers de doigt au-dessous de la ligne de Bouchard. Toux. Expectoration purulente. Sueurs nocturnes.

Mort de phthisie pulmonaire en avril.

La stase gastrique nous a été démontrée dans ces cas par l'abondance considérable des vomissements alimentaires, avec détritus, datant de la veille ou des jours précédents ou par la possibilité d'extraire le matin, à jeun, de l'estomac, une notable quantité de liquide, 300 à 800 grammes et plus. Le liquide ainsi obtenu n'était hyperacide que dans un cas.

Deux de nos malades avaient des vomissements procédant par véritables crises de deux ou trois jours de durée. L'un d'eux était une femme atteinte de rein flottant. Ces crises ne sont pas rares dans ces conditions; l'autre était sous le coup d'une grave intoxication saturnine, sans albuminurie et sans urémie. Ce n'est que lorsque ces crises avaient cessé pendant quelques jours, que l'on voyait survenir tout à coup des vomissements abondants, indice certain d'une stase stomacale prolongée.

Dans l'Observation III, il s'agissait peut-être d'un malade autrefois atteint d'hyperchlorhydrie avec hypersécrétion; les douleurs tardives, éprouvées autrefois, les longues périodes de rémission, sont en faveur de cette hypothèse.

L'Observation VI est le type de la grande dilatation rappelant la dilatation mécanique, consécutive à une constriction du pylore. Il n'est pas impossible, du reste, qu'il se soit agi, dans ce cas, d'un carcinome gastrique chez un homme jeune (trente ans).

Enfin, dans le dernier cas, la dyspepsie, consécutive à une fièvre typhoïde, a abouti à une dilatation permanente sans vomissements, alors que le malade était tombé dans un état de cachexie prononcée. La mort a été amenée par la tuberculose pulmonaire; ce cas correspond assez exactement à l'une des variétés de dilatation signalées par M. Bouchard.

On voit, d'après cela, qu'il n'y a pas de ressemblance étroite entre ces divers cas; on ne retrouve pas là l'unité clinique qui distingue l'hyperchlorhydrie, par exemple.

Cinq sur sept de ces malades avaient des vomissements alimentaires caractéristiques de la stase par leur abondance et leur constitution. Chez un autre, c'est le lavage pratiqué à jeun qui a permis de déterminer nettement la stase stomacale. Lorsque l'estomac renfermait une grande quantité de liquide et de matériaux alimentaires, il était facile, le plus souvent, de reconnaître l'existence de ce liquide accumulé dans l'estomac en se servant des procédés habituels d'exploration extérieure.

La classification que nous avons employée repose, en somme, sur la détermination, dans chaque variété, comme dans chaque cas de dyspepsie, du symptôme ou du complexus symptomatique, le plus important en physiologie pathologique et en clinique : 1° hyperacidité chlorhydrique; 2° phénomènes nervo-moteurs avec acidité normale ou faible, avec chlorhydrie normale ou inférieure à la normale; 3° hyperacidité organique et stase gastrique sans hyperchlorhydrie.

Il existe certainement des faits intermédiaires, des faits de passage de l'une à l'autre de ces diverses formes de dyspepsie. On doit admettre qu'en vertu même de l'évolution morbide, le même malade peut passer successivement de la première à la troisième variété, par étapes successives. Il est à croire, cependant, que les dilatés hyperchlorhy-

driques restent hypersécréteurs, lorsqu'ils perdent leur acide chlorhydrique en excès. C'est là un point sur lequel il est bon d'attirer l'attention.

Aucun état gastrique ne peut échapper aux cadres que nous avons établis. Cette classification toutefois est purement séméiologique. Elle ne tient pas compte des états anatomiques. Il ne peut pas en être autrement, étant donné que nous concevons les états dyspeptiques, non comme des maladies, mais comme des états symptomatiques.

Il n'a pas été question de la *gastrite*. C'est que rien n'est difficile à diagnostiquer sûrement comme l'inflammation de l'estomac, et que, d'autre part, le catarrhe ou la gastrite peuvent se rencontrer avec les diverses modalités du chimisme stomacal. La gastrite destructive, la phthisie gastrique, comme on l'a appelée, paraît pouvoir être un aboutissant commun des diverses formes de la dyspepsie. On comprend qu'elle doive se lier facilement dans ces conditions à la dilatation permanente.

La dilatation non plus ne nous a pas servi exclusivement à caractériser une forme de la dyspepsie. C'est qu'elle peut se rencontrer, tantôt avec l'hyperchlorhydrie, tantôt avec l'hypochlorhydrie.

Si l'on prend, comme point de repère de la dilatation, la présence de liquide dans l'estomac le matin à jeun, comme le fait notre maître M. Debove, on trouve qu'elle est relativement rare chez les malades qui accusent des troubles digestifs indépendants de toute lésion organique reconnaissable. La proportion, d'après nos faits, serait environ d'un cas de dilatation avec stase permanente, sur cinq ou six cas de dyspepsie. Beaucoup de nos malades, il est vrai, étaient des neurasthéniques et, chez eux, on trouve plutôt la distension plus ou moins paroxystique que la dilatation vraie. Chez les hyperchlorhydriques, avec dilatation, le contenu de l'estomac est souvent teint par la bile, c'est un fait connu. Chez un hypochlorhydrique nous avons trouvé, bien souvent, de la bile le matin à jeun. Ce reflux de la bile caractérise-t-il une forme chimique de dispepsie gastrique? Nous ne sommes pas les premiers à relever cette particularité.

M. Bouchard avait attribué un rôle prépondérant à la diminution de la sécrétion chlorhydrique dans la dilatation de l'estomac. L'absence de cet antiseptique physiologique rendait possibles des fermentations organiques exagérées ou anormales au sein de la masse alimentaire. De là, la production de substances toxiques et de phénomènes très variables d'auto-intoxication. Cette hypothèse ne pourrait pas s'appliquer aux cas assez nombreux, dans lesquels il y a à la fois dilatation de l'estomac et hyperchlorhydrie.

Il ne faut pas oublier, toutefois, que, dans l'hyperchlorhydrie elle-même, il peut y avoir en même temps hyperacidité organique de fermentation. L'antisepsie n'est donc pas complète dans bien des cas. D'autre part, d'après MM. Bouveret et Devic, la tétanie ne se trouverait que dans l'hypersécrétion avec hyperchlorhydrie, elle serait propre à cette forme particulière de gastrectasie. Ils paraissent attribuer cette action toxique, non à des produits d'origine fermentative, mais à des albumines devenues nocives en vertu de la viciation du processus chimique de chloropeptonisation (1). En est-il de même dans les autres variétés de la dyspepsie, avec l'hypochlorhydrie? Y a-t-il, suivant l'état chimique du contenu de l'estomac, production de substances toxiques variables, douées de propriétés différentes? C'est à la médecine expérimentale de trancher ce problème de physiologie pathologique.

Nous avons également laissé de côté les *crises gastriques*.

Les vomissements qui les caractérisent sont tantôt très pauvres, tantôt très riches en acide chlorhydrique. Leur étude chimique est, du reste, encore insuffisante.

Il en est de ces crises ce qu'il en est du vomissement lui-même qui n'est jamais un acte stomacal et qui, souvent, n'est pas non plus un acte d'origine stomacale.

(1) Bouveret et Devic. Soc. de biol., 1891. — *Rev. de méd.*, janvier 1892.

TOPOGRAPHIE DES SCISSURES INTERLOBAIRES DU POUMON (1)

Par M. le docteur Eugène Rochard,
Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

II

Sujet n° 6. — Homme de cinquante-six ans. Tuberculeux. Alcoolique. Calcul dans la vésicule biliaire. Taille 1m62. Périmètre thoracique 75 centimètres.

Côté droit. — Quelques adhérences au sommet du poumon.

La grande scissure oblique ou inférieure commence en avant dans le sixième espace intercostal, à 9 centimètres de la ligne médiane, croise la face interne de la cinquième côte et quitte cette côte au niveau de la ligne axillaire pour se placer dans le quatrième espace intercostal à la partie postérieure duquel elle se termine.

La scissure horizontale ou supérieure n'existe pour ainsi dire pas, c'est une petite incisure ayant à peine 2 centimètres de profondeur, ayant une longueur de 14 à 15 centimètres, se perdant par ses extrémités dans le parenchyme pulmonaire sans atteindre les bords du poumon. Cette incisure irrégulière est située au niveau du troisième espace intercostal.

Côté gauche. — Adhérences au sommet du poumon.

La scissure gauche commence en avant dans le sixième espace intercostal, à 8 centimètres de la ligne médiane, suit ce sixième espace jusque derrière la ligne axillaire, puis croise la face interne de la sixième côte, pour venir se terminer à la partie postérieure du cinquième espace intercostal.

Sujet n° 7 (fig. 3 et 4). — Homme de cinquante ans. Mort d'une affection cérébrale, comme le dénote le crâne seul ouvert à l'autopsie. Taille 1m68. Périmètre thoracique 86 centimètres.

Côté droit. — Adhérence totale des plèvres viscérale, costale et diaphragmatique. Adhérence de la scissure interlobaire.

La grande scissure oblique ou inférieure commence en avant dans le cinquième espace intercostal, sur le bord supérieur de la sixième côte, à 5 centimètres de la ligne médiane. Elle suit, flexueuse, le bord supérieur de la sixième côte et se rapproche du bord inférieur de la cinquième côte au niveau de la ligne axillaire, puis elle regagne le bord supérieur de la sixième côte et se termine à la partie postérieure de la face interne de cette même côte. Son trajet est donc plus horizontal que de coutume.

La scissure horizontale ou supérieure commence en avant dans le troisième espace intercostal, sur le bord supérieur de la quatrième côte et à 4 centimètres de la ligne médiane. Elle se dirige horizontalement en dehors, croise la face interne de la quatrième côte, le quatrième espace intercostal, dans lequel elle est en rapport avec la ligne axillaire, la face interne de la cinquième côte et vient se terminer dans la partie postérieure du cinquième espace sans se jeter dans la grande scissure oblique dont elle reste indépendante.

Côté gauche. — Adhérence totale des plèvres.

La scissure gauche commence en avant à la face interne de la septième côte, à 17 centimètres de la ligne médiane. Elle croise obliquement la partie supérieure de la face interne de cette sep-

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 211.

tième côte, pour arriver dans le sixième espace derrière la ligne axillaire, et se termine dans le cinquième espace sur le bord su-

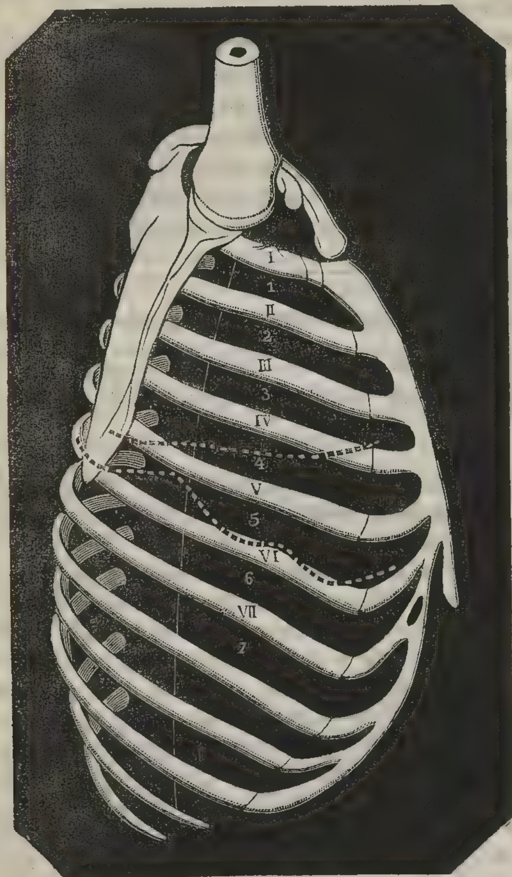


Fig. 3.

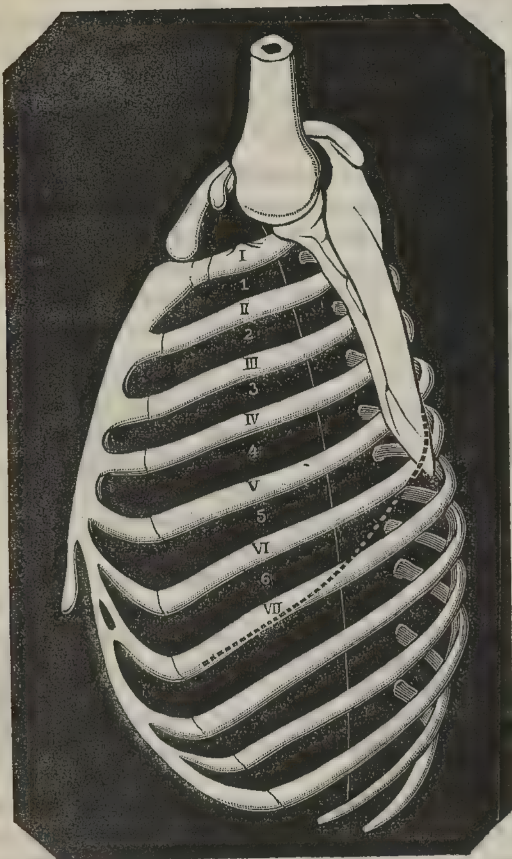


Fig. 4.

périeur de la sixième côte, à 11 centimètres de la ligne des apo physes épineuses. Elle ne sépare donc pas complètement les deux lobes, qui restent réunis en arrière par un pont de parenchyme pulmonaire large de 5 centimètres.

Sujet n° 8. — Homme de quarante-trois ans. Taille $1^{m}60$. Périmètre thoracique 73 centimètres.

Côté droit. — Adhérence des plèvres et des scissures interlobaires.

La grande scissure oblique ou inférieure commence en avant dans le quatrième espace intercostal, sur le bord supérieur de la cinquième côte, à 5 centimètres de la ligne médiane. Elle suit le bord supérieur de la cinquième côte, traverse la face interne de cette même côte au niveau de la ligne axillaire, pour arriver dans la partie postérieure du cinquième espace où elle se termine. Elle a donc un trajet plus horizontal que de coutume.

La scissure horizontale ou supérieure est en quelque sorte parallèle à la scissure inférieure. Elle commence en avant dans le troisième espace, se rapproche du bord supérieur de la quatrième côte, puis croise très obliquement la face interne de cette quatrième côte à la partie postérieure de laquelle elle se termine sans se jeter dans la scissure oblique.

Côté gauche. — Quelques adhérences.

La scissure gauche commence en avant dans le sixième espace, à 11 centimètres de la ligne médiane, traverse la face interne de la sixième côte, pour arriver dans le cinquième espace, au voisinage de la ligne axillaire. Elle coupe la face interne de la cinquième côte et arrive à la partie postérieure du quatrième espace, où elle se termine.

PHTHIRIASE DES PAUPIÈRES

Par le docteur Four-Raymond, de Laroquebrou (Cantal).

L'article de M. le docteur Jullien, paru dans la *Gazette des hôpitaux* du 12 janvier, m'a remis en mémoire une observation susceptible de vous intéresser.

Au mois d'août dernier, on me présenta, dans la rue, une enfant de vingt mois qui avait un œil chassieux et y éprouvait de vives démangeaisons. Très pressé (j'étais en voiture et prêt à partir), je n'examinai pas la petite fille et demandai qu'on me l'amenât ultérieurement dans mon cabinet. Je recommandai seulement de laver provisoirement l'œil malade avec de l'eau tiède, pour la propreté.

Le lendemain, on me présenta l'enfant. Sa sœur, en voulant pratiquer le lavage des paupières, n'avait pu réussir à en enlever les prétendues croûtes, et s'était alors aperçue qu'elles étaient constituées par 4 ou 5 poux assez gros, implantés sur le rebord ciliaire. En examinant moi-même à la loupe, je vis sur le rebord ciliaire inférieur gauche une multitude de ces petits animaux, dont la plupart étaient presque microscopiques.

Je crus qu'il s'agissait de la tique des chiens, parasite très commun dans nos régions. Leur couleur, cependant, m'ayant donné des doutes, à l'aide d'une pince j'en arrachai un des plus gros, ce qui ne fut pas facile, car l'enfant était bien indocile et le pou très adhérent. Je fus tout étonné de reconnaître un pediculus pubis. Depuis trois ans que j'exerce, c'est la première fois que je vois un pediculus pubis dans nos campagnes. Il fallait renoncer à les extraire en raison de l'indocilité de l'enfant. Je prescrivis une pommade au précipité rouge qui fut employée très irrégulièrement; la paupière, cependant, se nettoya complètement en quatre ou cinq jours.

En résumé, l'affection ne s'était traduite que par des démangeaisons.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 février 1892, M. Léon Bourgeois, député, est nommé ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

— Le Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française aura lieu à Blois, le lundi 1er août.

Le programme comprendra :

1° La mise à l'ordre du jour des questions suivantes :

Du délire des négations, sa valeur diagnostique et pronostique.

Le secret médical en médecine mentale.

Les colonies d'aliénés.

Un rapport sera fait sur chacune de ces questions et sera envoyé à chaque membre adhérent dans le mois de juillet.

2° La lecture des mémoires ou les communications orales des membres du Congrès sur des questions diverses touchant la médecine mentale.

3° Les visites aux hôpitaux de Blois, à l'ancien hospice des aliénés et à l'asile départemental actuel.

Inauguration d'une infirmerie et du nouveau service des épileptiques non aliénés.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Daudé (de Melesse), Dardel (de Béthanecourt), P. Decœur (de Thoirette).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques d'histologie (deuxième semestre), sous la direction de M. Rémy, agrégé, chef des travaux, sont obligatoires pour les élèves docteurs de deuxième année; ils commenceront le samedi 12 mars 1892, et se continueront les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de deux heures un quart à quatre heures de l'après-midi (École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine). — MM. les étudiants de deuxième année, qui ont pris la sixième inscription en janvier 1892, seront convoqués individuellement par une lettre spéciale.

Ces travaux sont facultatifs pour les élèves de troisième année. Le laboratoire sera ouvert, à partir du 12 mars 1892, les mardis, jeudis, samedis, de quatre heures à six heures de l'après-midi, aux élèves qui désireraient examiner des préparations histologiques en vue du deuxième examen (première partie) de doctorat.

Ces étudiants devront, au préalable, se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), jusqu'au 5 mars inclusivement. et présenter la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à la dixième inscription prise en janvier 1892; ils seront convoqués par lettre spéciale.

— Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le lundi 7 mars 1892, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux. Elles auront lieu dans la salle des démonstrations de l'École pratique, les lundis et vendredis, à quatre heures.

Les élèves de deuxième et de troisième année (doctorat et officiat) sont obligés d'assister à ces démonstrations : les élèves de deuxième année, du lundi 7 mars au vendredi 6 mai; les élèves de troisième année, du lundi 9 mai au vendredi 1er juillet. — Ils recevront une lettre de convocation spéciale.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 27. — JEUDI 3 MARS 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 3 MARS 1892. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On se rappelle la discussion qui a été soulevée, il y a un mois, à l'Académie, sur la fièvre puerpérale, à propos d'un fait communiqué par M. Charpentier.

M. Hervieux, ayant admis la possibilité de l'infection par les poumons ou par la voie cutanée, M. Alphonse Guérin est venu énergiquement protester contre cette opinion et soutenir qu'il ne saurait y avoir d'infection purulente ni d'infection puerpérale sans plaie comme porte d'entrée. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 109.) M. Guéniot, à son tour, avait déclaré qu'il croyait possible l'infection puerpérale par la voie pulmonaire, et s'était engagé à citer des faits à l'appui de cette manière de voir. Il a tenu sa promesse et a communiqué aujourd'hui plusieurs observations d'accidents puerpéraux déterminés, selon lui, par ce qu'il appelle le méphitisme, c'est-à-dire un air vicié, d'une façon sensible à l'odorat, par le voisinage d'un cabinet d'aisance ou de tout autre foyer d'infection.

Ainsi qu'on pouvait s'y attendre, l'argumentation de M. Guéniot a soulevé de nouvelles protestations de la part de M. Alphonse Guérin, qui a maintenu son opinion, à savoir qu'il ne peut y avoir d'infection purulente ou puerpérale sans plaie.

La question, croyons-nous, pourrait ainsi se résumer : Pas d'infection purulente possible sans une plaie quelconque; pas de septicémie puerpérale sans une plaie des voies génitales. Dans ces cas, la voie pulmonaire, à supposer qu'elle puisse favoriser l'infection, ne saurait suffire seule pour la produire. Cela nous paraît incontestable; mais aller jusqu'à considérer le poumon comme un filtre merveilleux, ne laissant jamais passer le moindre agent infectieux, cela nous semble exagéré.

La discussion doit continuer sur ce sujet dans la prochaine séance.

L'Académie a procédé à l'élection des diverses commissions de prix pour l'année 1892. On trouvera, au compte rendu, la composition de ces commissions.

HOPITAL ANDRAL. — M. Debove.

Angine pseudo-membraneuse à streptocoques; métrite, ecthyma ulcéreux streptococciques de la vulve et du périnée chez une accouchée; érysipèle phlegmoneux de la paroi abdominale chez l'enfant.

Par MM. L. Jacquet et J. Renault.

L'aspect objectif des lésions de la gorge pourrait, si l'on s'en tenait aux seules apparences, conduire à de singulières confusions cliniques; la malade dont nous allons relater l'histoire en est un curieux exemple.

C'est une femme de vingt-deux ans, qui nous est arrivée affaiblie, le teint pâle, anémié, et se *plaignant de la gorge*. Au premier coup d'œil jeté sur l'isthme du gosier, nous avons constaté de la rougeur et des fausses membranes blanc grisâtre, peu épaisses, médiocrement adhérentes sur le voile palatin et les amygdales. Cette angine pseudo-membraneuse, jointe à l'atteinte visible de l'état général, nous fit aussitôt soupçonner la diphthérie. Ce soupçon dura peu; en effet, pas de fièvre, engorgement ganglionnaire presque nul, aucune tuméfaction des amygdales; enfin et surtout, au-dessous des fausses membranes, muqueuse saignante, exulcérée.

Nous ne pouvions davantage admettre l'angine *herpétique*, la période d'invasion ayant été absolument silencieuse et non bruyante, fébrile, douloureuse, comme il arrive dans cette variété d'angine : rien d'ailleurs ne pouvait nous faire penser à la scarlatine.

Alors, en raison de l'irrégularité des exulcérations, de l'absence absolue de fièvre, nous songeâmes à la syphilis, dont les manifestations secondaires revêtent parfois dans la gorge un aspect étonnamment diphthéroïde. Tout aussitôt la malade nous déclara qu'elle avait des *boutons* aux parties génitales. La question semblait jugée : plus de doute, semblait-il, nous étions bien en présence d'une angine syphilitique : les contours irréguliers des lésions, la rougeur médiocre de l'isthme, l'absence de fièvre, tout concourait à renforcer ces présomptions. Pour les confirmer définitivement, il nous restait à examiner les parties génitales et les téguments.

La vulve, surtout à sa partie inférieure; le périnée, un peu tuméfié et enflammé; la région péri-anale enfin étaient couverts d'ulcérations : *le diagnostic de syphilis paraissait acquis.*

Pourtant, à y regarder minutieusement, l'aspect de ces prétendues plaques muqueuses nous sembla singulier : elles étaient irrégulières, sinueuses, découpées à angles ; nulle saillie, nul bourgeonnement. Des bords taillés à pic encadraient une surface exulcérée, couverte d'un enduit purulent, grisâtre, faiblement adhérent. Une fois détergées, elles nous apparurent rouge vif, saignantes : *la région génito-anale, avec ces ulcères sinueux, semblait comme mangée des vers.* A côté des ulcères irréguliers, d'autres existaient, arrondis, *cupuliformes*, et enfin, en dehors des parties génitales, à la partie supéro-interne des cuisses, se voyaient quelques pustules isolées, dont une très nette, prête à se rompre. Les singulières plaques muqueuses : la syphilis perdait décidément du terrain !

La malade, interrogée à nouveau, finit par nous dire qu'elle venait d'accoucher, qu'on lui avait fait des sutures au périnée et que son enfant était mort à dix jours, d'un *érysipèle au ventre*. Nous étions enfin sur la vraie piste !

La rougeur et la tuméfaction légères du périnée s'expliquaient tout naturellement ainsi, et nous retrouvâmes, caché par un pli cutané, un des points de suture encore béant, avec un des petits ulcères cupuliformes immédiatement juxtaposé, confondu avec lui par un point de sa périphérie.

Il nous parut alors qu'il y avait sans doute une relation indécise et mal définie encore dans notre esprit, mais très probable, entre les couches de cette femme, la rupture du périnée, l'érysipèle de son enfant, les ulcères ano-génitaux et enfin l'angine ulcéreuse : *mais quelle était la hiérarchie, la filiation réelle de cette série pathologique?*

La chronologie des accidents pouvait être précieuse : nous nous sommes donc attachés à la préciser. Nous avons pu le faire, aidés des renseignements que notre collègue et ami, M. le docteur Potocki, nous a obligeamment procurés.

La malade était accouchée à terme et spontanément, le 21 avril. La déchirure du périnée fut réparée après la délivrance par trois points de suture. Suites de couches des plus simples ; pas de fièvre, aucun accident.

En revanche, l'enfant, six jours après sa naissance, au moment de la chute du cordon, eut autour de l'ombilic une rougeur érysipélateuse. Cette rougeur s'étendit de proche en proche et envahit la plus grande partie de la paroi abdominale qui s'œdématia et prit l'aspect phlegmoneux. Le ventre se météorisa et l'enfant mourut le 1er mai.

A l'autopsie, on trouva la paroi infiltrée de sérosité ; pas de pus, mais sur la cicatrice ombilicale un détritus gangréneux d'odeur infecte. Pas de phlébite ombilicale ; pas de péritonite ; viscères sains, sauf existence de quelques noyaux broncho-pneumoniques.

La mère avait continué à allaiter son enfant jusqu'à la veille de la mort. Deux jours plus tard, elle commençait à souffrir de la gorge, se sentait du malaise, un peu de céphalalgie, un peu de fièvre. En même temps, la miction devint un peu douloureuse, des lochies rougeâtres apparurent ; au moment de notre examen les culs-de-sac vaginaux étaient empâtés, sensibles ; le col rouge, tuméfié, donnait issue à une sanie purulente et sanguinolente.

Enfin, le 6 mai, avant-veille de son entrée à l'hôpital Andral, elle constata l'existence des « boutons » vulvaires.

La lumière se faisait peu à peu d'elle-même. De la syphilis, plus question. D'ailleurs, la peau, les ganglions étaient indemnes. L'origine infectieuse, pyogénique des accidents s'imposait.

Et, en effet, des ensemencements faits sur gélose et sur gélatine avec des parcelles de fausses membranes de la gorge, avec le mucus du col utérin, avec le liquide des ulcères de la vulve et des pustules non encore ouvertes, donnèrent des cultures presque pures de streptocoque pyogène. Une souris, inoculée avec l'eau de condensation d'un des tubes de gélose, mourut, en moins de vingt-quatre heures, d'une infection à streptocoques. Nous croyons donc pouvoir attribuer à ce microbe tous les accidents dont souffrait notre malade. Il est plus que vraisemblable que l'enfant avait succombé à une infection de même nature.

Qui, de la mère ou de l'enfant a été infecté le premier et a contagionné l'autre ?

Il nous paraît vraisemblable, d'après ce qu'on sait des cas de ce genre, que la mère a subi la première atteinte, et que la filiation de ces lésions pyogéniques doit être ainsi établie : infection puerpérale *légère* ; métrite à streptocoques, inoculations secondaires de la vulve et du périnée ; ecthyma ulcéreux ; simultanément, angine pseudo-membraneuse streptococcienne et, entre-temps, contagionnement du nouveau-né et érysipèle du cordon.

Il ne semble pas inadmissible que le point de départ des accidents génitaux ait été l'utérus, que les pyogènes des sécrétions utérines aient infecté directement le périnée, et cela, d'autant plus aisément qu'il était en état de moindre résistance, de par la rupture obstétricale.

Tout cela n'est qu'hypothèse, plus ou moins plausible ; mais nous voici sur un terrain plus solide ; il n'y a pas d'hésitation possible en ce qui concerne la pathogénie des ulcérations génitales ; toutes les étapes sont marquées ; la lésion initiale est la pustule d'ecthyma retrouvée à la périphérie ; cette pustule rompue donne lieu aux petits ulcères cupuliformes, et ceux-ci, par leur fusion avec les ulcères voisins, aussi bien que par phagédénisme secondaire, forment les ulcérations sinueuses et découpées ci-dessus décrites.

Nous avons auto-inoculé, sous verre de montre, près de l'ombilic, le pus de l'un de ces ulcères et avons réalisé, en trois ou quatre jours, cette série de lésions, jusqu'à l'ulcère cupuliforme.

En ce qui concerne l'angine, nous sommes plus embarrassés : y a-t-il eu transport de l'agent pathogène à la gorge ? ou bien les streptocoques, hôtes fréquents de la cavité bucco-pharyngée (Netter), ont-ils évolué là pour leur propre compte, créant ainsi un deuxième foyer d'infection locale indépendant? Les deux hypothèses sont soutenables.

Nous préférons la seconde : il semble que l'état puerpéral facilite la culture du streptocoque. Cette culture peut se faire aux divers points de l'organisme où le microbe végète normalement, constituant ainsi des inoculations qui peuvent rester locales ou se généraliser. Nous n'avons pas cultivé le sang et il nous paraît probable que son ensemencement serait resté stérile ; cette malade aurait donc, d'après nous, subi des *inoculations locales ;* elle a simplement *côtoyé* l'infection puerpérale proprement dite.

Il y a dans ce qui précède des faits et des hypothèses. Retenons et fixons les premiers, qui peut-être le méritent, par leur rareté et les difficultés d'interprétation qu'ils pouvaient offrir :

Chez une femme entrée à l'hôpital pour une angine pseudo-membraneuse diphthéroïde, nous avons constaté de la métrite, de l'ecthyma ulcéreux phagédénique auto-inoculable, le tout développé à la suite d'un accouchement normal en apparence et suivi, dix jours plus tard, de la mort de l'enfant par érysipèle du cordon.

Notre malade a guéri rapidement de son angine, de son ecthyma, de sa métrite (1). Toutes ces lésions contenaient *principalement* le streptocoque, agent prépondérant de l'infection puerpérale, comme l'ont prouvé, après M. Pasteur, MM. Doléris et F. Widal.

Il semble donc qu'à côté de l'infection puerpérale à accidents graves, il y ait place pour des infections locales d'une gravité moindre, bénigne même parfois. La périmétrite, le phlegmon du ligament large, la métrite puerpérale, curable par le curetage comme on en a publié, tant en France qu'à l'étranger, de nombreuses observations depuis deux ans, sont déjà des formes localisées de l'infection. Le cas que nous venons de relater est un exemple d'infection absolument bénigne, comme il en existe beaucoup, sans doute, mais qui, en raison de l'angine pseudo-membraneuse diphthéroïde et de l'ecthyma ulcéreux des parties génitales, était d'une interprétation assez délicate.

(1) Le 5 juin, avant-veille de la sortie, le mucus du col ensemencé sur agar n'a plus fourni de streptocoques.

DU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

PAR LES INJECTIONS DE SUCCINIMIDE MERCURIQUE

Par le docteur Louis JULLIEN, chirurgien de Saint-Lazare.

I

Depuis deux ans, j'étudie, dans mon service de Saint-Lazare, l'action thérapeutique de diverses préparations, notamment de la succinimide mercurique et je crois intéressant de faire connaître les résultats que j'en ai obtenus. Mais avant d'entrer dans le détail des faits, je tiens à le déclarer par avance, je n'ai nullement la prétention d'apporter une panacée ou de révéler le meilleur des agents mercuriels; je suis de ceux qui pensent que le traitement de la vérole est essentiellement modifiable, suivant une infinité de circonstances tenant aux dispositions internes ou aux conditions extérieures des malades, et qu'un praticien, dont le devoir est de tenir compte de ces contingences, n'est jamais trop armé pour une lutte qui doit être de longue durée.

Naguère, encore, notre arsenal était limité et le choix était vite fait; on optait pour telle ou telle pilule, et le patient se voyait voué au proto-iodure ou au sublimé, à moins qu'on ne lui infligeât l'onguent. La chimie et la pharmacologie nous ont affranchis de ce joug en multipliant les préparations de nouveaux sels mercuriels : tannate, salicylate, benzoate, perchlorure, thymolate, etc. et nombre d'autres dont l'efficacité ne saurait être discutée, et dont les propriétés fort diverses justifient des indications que nous devons nous efforcer de discerner.

En même temps, se répandait de plus en plus l'usage des injections sous-cutanées de sels solubles préparant la voie aux injections intra-musculaires des sels insolubles, méthode puissante, ressource admirable à laquelle doit rester attaché le nom glorieux de Scarenzio. On le voit donc, en présentant les résultats qui vont suivre, je n'ai la prétention de rien renverser, mais je serais heureux si je contribuais à ajouter quelque chose à l'ensemble de nos moyens actuels.

La succinimide mercurique a été étudiée cliniquement par Vollert (1) et par Seleniew (2), qui l'a essayée dans un grand nombre de cas à la clinique du professeur Stukowenkow (de Kiew) et est arrivé à des résultats très sensiblement comparables aux miens.

II

J'ai employé ce sel dans 38 cas, 11 fois sous forme de pilules et 27 fois en injections. Deux mots tout d'abord sur son emploi par les voies digestives.

Les pilules que j'ai fait faire contenaient 2 à 3 centigrammes de succinimide, et j'en donnai deux par jour. Elles furent généralement très bien supportées, sans que j'aie eu besoin de leur adjoindre l'extrait d'opium. Dans deux cas, où elles amenèrent quelque révolte stomacale, j'ai pu constater que les pilules de sublimé n'étaient pas mieux acceptées, et j'ai facilement obtenu la tolérance dans l'un d'eux en donnant en même temps des cachets naphtolés. Ainsi, j'ai pu m'assurer de leur efficacité par de rapides et complètes guérisons et sans avoir eu à déplorer de stomatite, malgré la dose relativement considérable ingérée. Mais ce n'est pas sur ce point que j'ai l'intention d'insister et je désire appeler surtout l'attention sur le résultat des injections de ce sel.

J'ai injecté 1, 2 et 2 milligrammes et demi, dose que je n'ai jamais dépassée; la solution de 20 centigrammes sur 100 grammes d'eau distillée bouillie, correspondant à 2 milligrammes par seringue, est celle qui doit être employée communément. Ce sel se dissout très facilement et donne un liquide incolore, d'une parfaite limpidité. Quand un certain trouble, une teinte opaline y persiste, elle ne fait généralement que s'accentuer, et il faut rejeter le liquide qui provient d'un sel insuffisamment pur et dangereux pour l'injection, ainsi que je le montrerai plus loin.

Il est inutile que j'insiste ici sur l'antisepsie de la seringue, des aiguilles et de la peau elle-même. Dans mon service, seringue et aiguilles sont maintenues pendant la visite dans une solution aqueuse saturée d'acide borique; j'indique ce détail parce que plus d'une substance antiseptique pourraient précipiter la succinimide, c'est ce que font notamment les solutions de microcidine dont je fais usage d'une façon générale. Quant à la peau, je la désinfecte au moyen d'un tampon de coton imbibé soit de liqueur de Van Swieten, soit d'une autre solution antiseptique. Il est avantageux, mais non indispensable, de passer l'aiguille dans un corps gras. La vaseline à l'iodoforme est excellente pour cet usage.

La région préférable pour ce genre d'opération est la région fessière; en aucune autre, on ne trouve au même degré l'abondance des tissus et l'absence d'organes vulnérables; je fais toujours l'injection dans la profondeur, au sein des muscles, et je la fais suivre d'une friction énergique, pour la bien diffuser au sein des tissus.

Les phénomènes locaux qui suivent la pénétration de ce liquide sont extrêmement intéressants à étudier. Mes premiers essais, pratiqués avec une solution que m'avait remise M. Bocquillon Limousin, avaient été particulièrement heureux; après dix, vingt, trente piqûres, il ne restait aucune trace de l'injection, la peau était souple et les tissus profonds offraient leur consistance ordinaire. Quand ma provision fut épuisée, celle qui la remplaça fut injectée de même et dans les mêmes proportions, avec les mêmes soins; mais quel ne fut pas mon étonnement de voir se produire des effets diamétralement opposés! Dès le lendemain, mes malades se plaignaient d'avoir beaucoup souffert, la plupart présentaient un gonflement étendu de la région avec une teinte rosée attestant une inflammation en voie de développement; quelques-unes indiquaient la cuisse, la jambe comme le siège d'irradiations douloureuses, d'autres accusaient malaise général et céphalalgie. Autant le premier échantillon

(1) VOLBERT. *Monats therap.*, novembre 1890.
(2) SELENIEW. *Arch. f. derm.*, 1891.

avait été inoffensif, autant le second se montrait irritant. J'essayais à cette époque plusieurs autres préparations de sels solubles plus ou moins vantés à l'étranger, notamment l'alaninate de mercure ou amido-propionate, substance fort irritante à laquelle je renonçai bien vite, et je crus un instant que, par erreur, la fille de service m'avait fait passer le flacon d'alaninate, car je me trouvais en présence des mêmes symptômes que j'avais observés à la suite de l'injection de ce sel. Mais il n'en était rien, et l'expérience ayant été renouvelée et m'ayant donné constamment les mêmes résultats, j'en fis part à M. Bocquillon qui voulut bien me fournir la clef de l'énigme. Le premier échantillon provenait de la distillation du succinate d'ammoniaque, procédé, paraît-il, infidèle, et qui, par hasard, une première fois, avait donné un bon produit, mais la substance obtenue lors d'une seconde et de plusieurs autres préparations avait été toute dissemblable et avait engendré les injections douloureuses.

Dans ces conditions, il fallait ou renoncer à ce précieux agent ou faire usage d'un autre mode de préparation. C'est à cela que M. Bocquillon réussit parfaitement en employant le procédé qui consiste à faire agir le gaz ammoniaque sur l'acide succinique anhydre.

Il importe donc, pour qui voudrait imiter la pratique que j'expose ici, de s'enquérir tout d'abord de l'absolue pureté du produit et de connaître par quel mode de préparation il a été obtenu.

Avec le sel pur qui donne une solution d'une parfaite limpidité, sans la moindre opalescence, la réaction locale est réduite à son minimum, le territoire utilisé pour l'injection reste exempt de toute inflammation et aucune douleur n'est à redouter; je dois faire cependant une remarque; il arrive fréquemment, au cours d'une cure, que les premières injections ayant été admirablement supportées, une certaine intolérance se déclare vers la quinzième ou la vingtième, la palpation fait reconnaître quelques nodosités et les malades accusent un peu de sensibilité; cela ne m'a jamais empêché de continuer le traitement jusqu'au terme que je lui avais assigné, mais je devais en tenir compte, car les malades sont les premières à le dire : « Autrefois, les piqûres, je ne m'en apercevais pas, maintenant elles me gênent. »

Au reste, les phénomènes de prétendue intolérance locale ne vont pas au delà. Il est à peine besoin d'ajouter que je n'ai jamais vu d'abcès se produire sur un total de plus de six cents injections et, pour me résumer, à ce point de vue, je puis dire, ayant une grande et ancienne expérience des injections mercurielles, qu'ayant usé de beaucoup, sans excepter bien entendu les préparations de peptone ammonique, je considère les injections de succinimide comme celles qui donnent la moindre réaction locale.

III

Les effets généraux de la succinimide, indépendamment de son action thérapeutique, ont sollicité vivement mon attention. Nous n'avons à compter ni avec la céphalée, ni avec les malaises intenses, si caractéristiques avec d'autres produits, l'alaninate, par exemple; voyons ce qu'il advient des gencives, du tube digestif et des organes de l'appareil urinaire.

Je ne pense pas qu'il y ait un seul composé mercuriel qui mette le patient à l'abri de tout risque de stomatite, mais je ne crains pas dire que la succinimide peut être prise fort longtemps sans le moindre retentissement sur les gencives; j'ai vu trois fois survenir une salivation fort légère et vite apaisée, et plus souvent se raviver une gingivite déterminée par des traitements antérieurs. En tous cas il ne faudrait pas compter sur ces manifestations pour juger de l'état de saturation de l'organisme, il est un bien meilleur signe, je veux parler de la diarrhée.

Lorsque l'on administre le proto-iodure, ou tel autre de ces composés irritants, dyspeptogènes, auxquels sont dus, de complicité avec l'iodure de potassium, tant de dilatations de l'estomac et d'irrémédiables neurasthénies, il est bien difficile d'attacher une importance quelconque au catarrhe gastro-intestinal; ce sont souvent les premières pilules auxquelles ce flux doit de se produire, et l'estomac semble quantité négligeable, en face de l'ennemi qu'il faut combattre. Mais il n'en va plus de même quand on s'est servi de la voie sous-cutanée; en pareil cas, la diarrhée est, si je puis ainsi dire, le premier symptôme d'un empoisonnement dont l'évolution est à notre merci, et elle acquiert une valeur considérable. Je m'en enquiers toujours avec sollicitude, et son apparition m'est un indice précieux pour la cessation du traitement. Je l'ai observée ainsi quatre ou cinq fois. Dans un seul cas, j'ai cru devoir passer outre et poursuivre encore la cure pendant une dizaine de jours, jusqu'à parfaite guérison, et je n'eus qu'à m'en louer, la diarrhée cède, d'ailleurs, très vite à l'arrêt des injections, mais j'ai pu reconnaître que, si on les continue, l'antisepsie intestinale, comme les opiacés, restent sans effets.

La sécrétion urinaire offre, tout naturellement, les signes de l'élimination mercurielle. M. Bocquillon a trouvé la réaction caractéristique dans les urines de mes malades de Saint-Lazare, ce résultat n'a rien que de prévu, il est le témoignage de la parfaite absorption du médicament. J'ai fait la recherche de l'albumine dans douze cas, et je l'ai trouvée dans trois; mais, deux fois, l'albuminurie avait été constatée avant le début du traitement, dans le troisième cas, l'examen n'avait pas été fait. En revanche, dans la colonne des résultats négatifs, nous trouvons plusieurs sujets dont les reins n'ont paru subir aucune atteinte d'un traitement prolongé de vingt, vingt-cinq, trente-deux injections. J'ajoute qu'au cours de la syphilis secondaire, albuminurie et cylindrurie sont complications tellement fréquentes qu'il faudrait des faits en bien plus grand nombre et des coïncidences avérées pour permettre d'établir une relation de cause à effet à cet égard. Dans les faits dont il s'agit, on n'a, d'ailleurs, retrouvé qu'une infime quantité d'albumine : 10 et 20 centigrammes.

Enfin, pour être complet, je dois dire que M. Bocquillon a trouvé du sucre dans deux des urines que je lui ai confiées, 2 grammes chez une malade, et 2gr50 chez l'autre; ce sont là des résultats que j'enregistre tels quels, car je n'ai pas établi, d'une façon suffisamment régulière, la recherche du glucose chez les malades de mon service; c'est là un point à compléter, mais en tant que documents les deux cas de glycosurie constatée ne pouvaient être passés sous silence; car on sait que quelques auteurs : Draggendorf, Schneider, Sachowsky ont soutenu que c'était là un effet ordinaire de l'administration des préparations mercurielles par l'estomac. Sans vouloir interpréter mes deux observations, on peut, je pense, avancer qu'elles viennent à l'encontre de cette opinion.

IV

En faisant le compte du nombre des piqûres nécessitées dans vingt-six cas, je trouve qu'il se monte à 581, c'est-à-dire qu'en moyenne chacune des malades que j'ai traitées a reçu vingt-deux injections; mais j'en vois dont l'état exigea vingt-cinq, trente-deux, et même quarante-cinq injections; il y a des formes rebelles, il y a des organismes plus ou moins sensibles à l'action des médicaments, aucun spécifique assurément ne peut se flatter de triompher toujours et dans les mêmes délais, mais, toutes choses égales, d'ailleurs, la moyenne de ces vingt-deux jours d'injections peut passer pour brève. Entendons-nous bien, je ne parle point là du traitement de la vérole, de la diathèse, mais du traitement d'un accident, poussée de roséole, papules, plaques humides. Sous l'influence de la succinimide, les éruptions pâlissent vite, prennent une teinte peu animée et terne, les grosses papules s'affaissent, les condylômes s'aplatissent. Je ne prétends pas qu'il y ait rien de spécial sous ce rapport, et tout agent mercuriel bien toléré, régulièrement absorbé, est en mesure d'amener de bons résultats, mais il est, pour moi, hors de doute que le traitement pilulaire n'est pas à comparer avec celui que je viens préconiser sous le rapport de la rapidité de l'action et de la sûreté

des effets. J'en fais journellement l'expérience, j'ai comme témoins dans mon service des femmes qui, soit à cause de leur pusillanimité, soit en raison d'autres motifs, sont maintenues au régime de l'absorption stomacale; la stagnation de leurs accidents est un fait qui frappe les personnes même étrangères à la médecine.

J'ai employé la succinimide aux trois périodes de la syphilis. Pendant le chancre je fis dix-sept injections, la malade n'eut, par la suite, aucun accident secondaire, mais je n'insiste pas, et je n'en tire aucune conclusion; je connais trop, pour l'avoir apprécié nombre de fois, le genre d'arguments en usage en pareil cas : on me prouverait, clair comme le jour, que ma malade n'a jamais eu de chancre syphilitique. C'est à la période secondaire que se réfèrent la plupart de mes observations; j'ai déjà dit que ces injections m'avaient donné pleine satisfaction pour la cure des manifestations existantes, mais je n'ai pas parlé des récidives, c'est que c'est une utopie que de demander, à tel ou tel agent chimique, d'arrêter la marche d'une maladie cyclique parvenue à la période de généralisation. Il y a là une question de doctrine que chacun résout suivant ses convictions; tout ce que je puis dire, c'est que pour un traitement que les uns interrompent tôt, que d'autres préfèrent prolonger — ce n'est pas mon affaire de le discuter ici — la succinimide offre les mêmes ressources, et plus encore, que les meilleurs entre les autres agents thérapeutiques. Enfin, j'ai eu l'occasion d'en faire usage contre la syphilis tertiaire, isolément, chez un client qui ne pouvait tolérer les iodiques, ou concurremment avec l'iodure de potassium. Dans le premier cas, il s'agissait de profondes ulcérations de la lèvre inférieure, et le résultat fut complètement favorable.

Pour me résumer, je dirai que la succinimide mercurique peut être employée profitablement sous forme d'injections sous-cutanées à la dose quotidienne de 2 milligrammes, toutes les fois que, les malades acceptant le principe de l'injection, on a des raisons de rejeter les injections de sels insolubles qui constituent encore la méthode de choix. Mais dans ces dernières, la petite provision d'hydrargyre peut devenir nuisible, si les émonctoires offrent quelque tare. Avant de recourir au calomel, examinez donc les reins de vos malades. Sont-ils en état de bon fonctionnement, n'hésitez pas, au début d'un traitement surtout, ou lorsqu'il s'agit de faire la lumière sur un accident douteux, injectez le protochlorure. Mais si la moindre trace d'albumine est décelée, donnez la préférence au sel soluble que l'on injecte quotidiennement par petites doses et que l'on peut interrompre au moindre signe d'intolérance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er mars 1892. — Présidence de M. Regnauld.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une note de M. le docteur Deubel, sur le traitement des tumeurs vasculaires par les injections de chlorure de zinc;

2° Des lettres de MM. Kelsch et Fernet, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale;

3° Une note de M. le docteur Millot-Carpentier (de Montécouvez-Crèvecœur, Nord), intitulée : « Influence du virus charbonneux sur le développement de la tuberculose. Possibilité d'arrêter la tuberculose et de la guérir par des vaccinations de virus charbonneux atténué. »

ÉLECTION

L'Académie a procédé à la nomination des Commissions de prix pour l'année 1892. Voici quelle est la composition de ces Commissions :

Prix de l'Académie. — MM. Marey, François-Franck et Chauveau.
Prix Alvarenga. — MM. Laboulbène, Labbé et Chatin (Joannès).
Prix Amussat. — MM. Guérin, Verneuil et Rochard.
Prix Barbier. — MM. Empis, Sée (Marc) et Leblanc.
Prix Buignet. — MM. Riche, Schützenberger et d'Arsonval.
Prix Buisson. — MM. Sée (Germain), Jaccoud et Lannelongue.
Prix Capuron. — MM. Tarnier, Guéniot et Budin.
Prix Civrieux. — MM. Lancereaux, Blanche et Mesnet.
Prix Daudet. — MM. Hérard, Le Dentu et Weber.
Prix Desportes. — MM. Hardy, Dujardin-Beaumetz et Hayem.
Prix Falret. — MM. Charcot, Le Roy de Méricourt et Luys.
Prix Godard. — MM. Peter, Fournier et Bucquoy.
Prix Huguier. — MM. Tillaux, Guyon et Péan.
Prix de l'Hygiène de l'enfance. — La commission.
Prix Laborie. — MM. Larrey, Chauvel et Terrier.
Prix Laval. — MM. Le Fort (Léon), Brouardel et Bouchardat.
Prix Louis. — MM. Potain, Vidal et Bouchard.
Prix Mège. — MM. Besnier, Cadet de Gassicourt et Dieulafoy.
Prix Meynot. — MM. Duplay, Lagneau et Lereboullet.
Prix Monbinne. — MM. C. Paul, Trasbot et Périer.
Prix Nativelle. — MM. Planchon, Bourgoin et Jungfleisch.
Prix Orfila. — MM. Caventou, Proust et Colin (Léon).
Prix Portal. — MM. Panas, Cornil et Ranvier.
Prix Pourat. — MM. Polaillon, Duval et Laborde.
Prix Saint-Paul. — MM. Worms, Magitot et Quinquaud.
Prix Stanski. — MM. Brouardel, Javal et Robin.
Prix Vernois. — MM. Guéneau de Mussy, Nocard et Ollivier.

COMMUNICATION

Du méphitisme de l'air comme cause de septicémie puerpérale. — **M. GUÉNIOT** fait une communication sur ce sujet dont voici les conclusions :

1° En viciant l'air des appartements, les émanations méphitiques, quelle qu'en soit la source — fosses ou cabinets d'aisance, égouts, plombs, chambres borgnes ou de débarras, etc. — deviennent une cause active de fièvre et d'accidents puerpéraux;

2° L'intoxication méphitique, pendant la grossesse, s'effectue surtout par les voies respiratoires; après l'accouchement, elle se produit plutôt par les surfaces saignantes au contact des liquides et des solides contaminés;

3° La septicémie qui en résulte n'est pas de nature suppurative; son foyer principal réside dans la cavité même de l'utérus où, sans doute, à la faveur des produits du méphitisme, le vibrion septique paraît trouver, pour son développement, des conditions exceptionnellement propices;

4° Pour réaliser, à cet égard, une bonne hygiène préventive, on doit s'efforcer de maintenir toujours pure l'atmosphère des appartements; dans ce but, il importe de veiller, non seulement à l'aération et à la propreté de toutes leurs parties — les cabinets d'aisance et de toilette en particulier — mais encore de condamner les plombs, certaines pièces de décharge, etc., et de remédier ou de se soustraire aux filtrations malsaines de voisinage;

5° Enfin, dans le cas où ces pratiques auraient été omises et où l'on aurait à combattre une septicémie de semblable origine, les moyens principaux de traitement devraient consister :

a. Dans la suppression immédiate et absolue des sources du méphitisme;

b. Dans la purification, aussi complète que possible, de tout l'appartement;

c. Dans l'emploi de la quinine, des alcooliques à haute dose et des antiseptiques sous toutes les formes, mais spécialement des solutions phéniquées en injections intra-utérines.

DISCUSSION

M. ALPHONSE GUÉRIN ne saurait admettre l'existence d'une infection purulente ou d'une septicémie puerpérale sans plaie. Au point de vue de la fièvre puerpérale, le décollement du placenta, même après l'accouchement le plus simple, laisse une plaie bien suffisante pour servir de porte d'entrée à l'infection.

Or, dans les cas cités par M. Guéniot, c'est bien évidemment de cette façon que s'est produite l'infection et non par la voie pulmonaire. M. Guérin rappelle que les expériences de Tyndall et bien d'autres ont, depuis longtemps, démontré que la surface pulmonaire représentait un filtre parfait, ne laissant passer aucun germe, aucun corpuscule. En effet, si l'infection pouvait se faire par la voie pulmonaire, toute l'antisepsie des plaies deviendrait inutile. M. Guérin rappelle que, pendant la guerre, alors qu'on voyait tous les blessés mourir d'infection purulente, on ne voyait jamais celle-ci apparaître sans plaie ayant servi de porte d'entrée. Autrefois, on admettait un érysipèle traumatique et un érysipèle spontané ou interne, c'est-à-dire sans plaie. Qui oserait aujourd'hui soutenir l'existence de ce dernier?

M. Guéniot lui-même, d'ailleurs, fournit dans sa communication des preuves contre la thèse qu'il soutient : d'abord ses malades n'ont été infectées qu'après l'accouchement, c'est-à-dire après la formation de la plaie utérine. En outre, chaque fois que M. Guéniot pratiquait chez ces malades des injections intra-utérines, on voyait disparaître les accidents. C'était donc bien la plaie utérine qui avait servi de porte d'entrée à l'infection.

M. Guérin ne nie pas que le méphitisme invoqué par M. Guéniot ne puisse agir comme cause prédisposante, ne constitue une condition favorable à l'empoisonnement. Mais il ne saurait être considéré comme la cause première, unique, agissant seulement par la voie pulmonaire.

M. Guérin proteste donc contre les conclusions formulées par M. Guéniot et ne saurait admettre, avec lui, l'existence possible de la septicémie puerpérale sans plaie.

M. GUÉNIOT a cherché seulement à démontrer que le méphitisme pouvait être une cause de septicémie. Il croit qu'en raison des produits organiques volatils, des gaz qu'on rencontre dans l'air méphitique, l'intoxication peut se faire par la voie pulmonaire, mais il admet qu'il faut aussi l'existence d'une plaie, comme dans le cas d'accouchement.

M. CHARPENTIER fait observer que, dans la communication de M. Guéniot, il y a deux questions, une question de milieu, le méphitisme, et une question de voie d'introduction. Pour la première, la question de milieu, M. Charpentier pense que tout le monde est d'accord sur ce fait, qu'il peut exercer son influence sur la production des accidents septicémiques. Quant à la seconde, la question de voie d'introduction, il est hors de doute que, pour ce qui concerne la septicémie puerpérale, la voie aérienne ne saurait suffire et qu'il faut l'existence d'une plaie. M. Charpentier n'admet donc pas la possibilité d'une infection puerpérale, se faisant uniquement par la voie pulmonaire. La vraie et la seule voie d'introduction est ici la plaie utérine. Il en est tellement convaincu, qu'en pareil cas, il ne se contente même pas, comme M. Guéniot, des injections intra-utérines, il va jusqu'à pratiquer le râclage de la cavité utérine.

M. GUÉNIOT reconnaît que les femmes enceintes ne s'empoisonnent pas, dans les Maternités, avant d'avoir accouché. Mais cela peut tenir à plusieurs causes, entre autres à celle-ci qu'elles ne restent pas toujours exposées à un air malsain, qu'elles peuvent se débarrasser des poisons qu'elles absorbent, tandis que du jour où elles viennent d'accoucher, elles restent constamment exposées au méphitisme, quand il existe.

M. Guéniot déclare, en terminant, que, contrairement à M. Charpentier, il préfère infiniment les injections intra-utérines au râclage que préconise M. Charpentier.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La première épreuve du concours du Bureau central (médecine) a eu lieu samedi dernier. Le sujet était : « Des embolies. » Les questions suivantes sont restées dans l'urne : « Infections secondaires extra-pulmonaires consécutives à la pneumonie aiguë. — Anatomie pathologique et formes cliniques de la tuberculose miliaire aiguë. »

— *Académie de Nancy.* — Le nouveau Conseil général des Facultés est composé ainsi qu'il suit :

Président de droit, M. Mourin, recteur ;

Vice-président, élu, M. Bichat ;

Membres de droit, les doyens des quatre Facultés et le directeur de l'École supérieure de pharmacie : MM. Lederlin, Heydenreich, Bichat, Krantz et Schlagdenhauffen ;

Membres élus : droit, MM. Blondel et Binet ; médecine, MM. Hecht et Bernheim ; sciences, MM. Friant et Floquet; lettres, MM. Grucker et Egger ; pharmacie, M. Bleicher.

— La Société des Amis de l'Université de Nancy a émis le vœu qu'il ne soit créé d'Université que dans une ville possédant les quatre Facultés.

— Dans sa séance annuelle du 27 février, la Société de secours aux mutilés pauvres a élu vice-président M. le docteur Passant, en remplacement du général Sumpt, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs : Cret-Duverger (de Nice), Delalande (de Tours), Anatole Muller (de Pont-Saint-Vincent).

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Baillon commencera son cours d'histoire naturelle médicale le vendredi 4 mars 1892, à onze heures (grand amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

M. le professeur Brouardel commencera son cours de médecine légale le vendredi 4 mars 1892, à quatre heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

M. le professeur Straus commencera son cours de pathologie expérimentale et comparée le vendredi 4 mars 1892, à cinq heures de l'après-midi, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (École pratique, 1er étage).

M. Retterer, agrégé, commencera les conférences d'histologie le vendredi 4 mars 1892, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

M. Gley, agrégé, commencera ses conférences de physiologie le vendredi 4 mars, à six heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

M. Weiss, agrégé, commencera ses conférences de physique le samedi 5 mars, à onze heures (petit amphithéâtre), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

M. Villejean, agrégé, commencera ses conférences de chimie médicale le vendredi 4 mars, à une heure de l'après-midi (grand amphithéâtre), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

M. Letulle, agrégé, commencera ses conférences d'anatomie pathologique le samedi 5 mars, à trois heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine, publié sous la direction de MM. Charcot et Bouchard, membres de l'Institut, professeurs à la Faculté de médecine, et Brissaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Tome II, contenant : Typhus exanthématique, par L.-H. Thoinot ; Fièvres éruptives, par Louis Guinon ; Maladies vénériennes, par Georges Thibierge ; Pathologie du sang, par A. Gilbert ; Intoxications, par Richardière. 1 vol. gr. in-8° avec figures. — Prix : 18 francs. — Paris, G. Masson.

L'assistance maritime des enfants et les hôpitaux mari-

times (la scrofulose, la tuberculose, le rachitisme et les hôpitaux marins), par le docteur Charles Leroux; préface de M. le professeur Verneuil. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Leçons de clinique médicale (deuxième série), par M. le professeur J.-J. Picot (de Bordeaux). 1 vol. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.

Les pierres du poumon, de la plèvre et des bronches, et la pseudo-phthisie pulmonaire, d'origine calculeuse, par le docteur S.-A.-Marius Poulalion, ancien interne des hôpitaux et de l'hospice de la Salpêtrière. 1 vol. in-8°. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Steinheil.

Manuel d'anatomie microscopique et d'histologie, par P.-E. Launois, préparateur-adjoint d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, ancien interne des hôpitaux, et H. Moran, préparateur-adjoint d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, lauréat de la Faculté de médecine. Préface de M. Mathias Duval, professeur d'histologie à la Faculté, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-18 cartonné. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

La vision chez les idiots et les imbéciles, par les docteurs Marie et Bonnet, anciens internes des asiles de la Seine. Gran in-8° de 140 pages, avec figures et deux planches en couleurs. — Prix : 4 francs. — Paris, O Doin.

L'éducation de nos filles, par le docteur Jules Rochard, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

Du curetage de l'utérus, sa technique et sa valeur, par le docteur Berlin (de Nice). In-8° de 92 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Recherches expérimentales sur les leucocytes, par le docteur E. Maurel. Applications à la pathologie générale. IVe fascicule : « Action des températures prolongées sur nos leucocytes. » In-8° de 136 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le bacillus coli communis, dans ses rapports avec le bacille d'Eberth et l'étiologie de la fièvre typhoïde, par le docteur Gabriel Vallet. Brochure in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 28. — SAMEDI 5 MARS 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 5 MARS 1892. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la vaccine généralisée.

Par le docteur E. Jeanselme.

La vaccine est une maladie virulente qui conserve presque toujours les apparences d'une affection locale. Bien qu'elle modifie profondément l'organisme, comme en témoigne l'immunité qu'elle confère, elle s'accompagne rarement de symptômes fébriles intenses, hormis le cas de complication. Habituellement, elle ne traduit son existence que par la présence des pustules développées aux points d'inoculation. Mais, parfois, l'éruption ne se limite pas au lieu d'insertion du virus, et l'on observe, sur toute la surface tégumentaire, des éléments caractéristiques de la vaccine, disséminés en nombre plus ou moins considérable. C'est sur ces formes anormales, connues sous les appellations de vaccine surnuméraire, de vaccine généralisée, de fièvre éruptive vaccinale, que je désire attirer l'attention dans cette Revue.

I

La publication des premiers faits de vaccine généralisée est contemporaine de la découverte de Jenner (1798). Mais les premières observations qui ont été produites ne sont pas à l'abri de la critique. Pendant longtemps, l'inoculation variolique et la vaccination furent employées concurremment. Pour étudier comparativement leur efficacité, les médecins inoculateurs pratiquaient souvent l'une ou l'autre de ces opérations sur des malades réunis dans la même salle. Bien plus, à l'individu vacciné depuis peu de jours, ils inoculaient prématurément la variole pour apprécier le pouvoir préservateur de la vaccine. Il est aisé de comprendre comment des recherches, instituées dans des conditions aussi défectueuses, ont pu mener à des conclusions erronées, faire croire à la fréquence de la vaccine généralisée et à la transformation extemporanée du virus vaccin en virus variolique. Chez les malades soumis à ces expériences, il n'était pas rare de constater, en effet, après une période d'incubation, la sortie d'une éruption surnuméraire dont certains observateurs soutenaient l'origine vaccinale et, d'autres, la nature variolique. Presque toujours il s'agissait, en réalité, d'une éruption de variole modifiée par la vaccine, variole ayant pour cause soit la contagion (en l'absence d'isolement des vaccinés et des variolisés), soit l'inoculation variolique pratiquée trop tôt après la vaccination. Parmi les recherches qui sont passibles de ces objections, je citerai surtout celles de Woodville; l'auteur lui-même a, du reste, reconnu plus tard qu'il ne s'était pas entouré de toutes les précautions nécessaires pour rendre ses expériences irréprochables.

Peu à peu, la variolisation fut délaissée, et les bienfaits de la vaccine n'étant plus mis en suspicion, les prétendus cas de vaccine généralisée devinrent fort rares, aussi leur histoire clinique s'édifia-t-elle lentement, chaque auteur publiant, sans commentaire et souvent sans détails suffisants, l'unique fait observé par lui.

En 1866, les recherches expérimentales de M. le professeur Chauveau firent faire, à la question de la vaccine généralisée et spécialement à sa pathogénie, un pas décisif. Ces expériences, qui seront exposées sommairement plus loin, ont été reprises dans des limites plus restreintes et complétées sur quelques points par celles de Maurice Raynaud. Pendant que ces recherches se poursuivaient, la simple observation des faits apportait aussi son contingent à l'étude de la vaccine généralisée. Entre autres travaux de cette nature, je rappellerai les communications et rapports faits à l'Académie de médecine, par MM. Dumontpallier, Hervieux, Depaul, Guéniot, et surtout la discussion qui s'engagea sur ce sujet, en 1880, à la Société médicale des hôpitaux et à laquelle prirent part MM. E. Besnier, Damaschino, Gérin-Roze, Hervieux, Laboulbène et Rendu. Ces différentes études, tant cliniques qu'expérimentales, sont analysées dans la thèse de M. Dauchez (1883), qui contient, en outre, presque toutes les observations de vaccine généralisée connues à cette date. La thèse de M. Moulinet (1885) renferme quelques observations nouvelles provenant du service de M. Lailler. En terminant ce court aperçu historique, je dois une mention spéciale aux très remarquables leçons faites, en 1880-1881, au Muséum, par le professeur H. Bouley; le lecteur qui voudra bien les consulter, y trouvera un exposé lucide et précis de la question, aussi ai-je fait à ces leçons plusieurs emprunts pour la rédaction de cette Revue.

II

Un fait qui se dégage des statistiques avec une grande netteté, c'est l'excessive rareté de la vaccine généralisée.

M. Dauchez, en 1883, pouvait à peine en rassembler dans sa thèse une quarantaine de cas; depuis lors, dix ou douze observations nouvelles, tout au plus, ont été publiées. M. Chauveau a suivi ou fait suivre à Lyon, avec la plus scrupuleuse attention, plus de 500 enfants vaccinés ; aucun n'a présenté d'autres pustules que celles qui se sont développées dans la région inoculée, et, sauf un cas, les boutons ont poussé exclusivement sur les piqûres. Dans l'armée, où la vaccination est obligatoire, la vaccine généralisée est presque inconnue. Sur une moyenne annuelle de 3 à 500,000 vaccinations pratiquées à l'Académie de médecine, à peine cite-t-on chaque année 6 à 8 cas de vaccine généralisée. M. Chambon, sous la direction duquel un très grand nombre de vaccinations ont été faites, n'a vu d'éruptions généralisées que dans quelques cas.

A l'hôpital Saint-Louis, où les malades sont presque tous atteints de lésions dermo-épidermiques qui favorisent la généralisation de l'éruption, il se passe souvent plusieurs années sans qu'aucun accident de cette nature ne soit observé, bien que tous les entrants soient indistinctement soumis à la vaccination. Ce qui donne à ces malades une immunité relative, c'est l'existence d'une vaccination antérieure ; en effet, la *revaccination* n'est presque jamais suivie de généralisation, et, par suite, cet accident est infiniment plus rare chez l'adulte que chez l'enfant. Toutefois, il y a des exceptions à cette règle; quand l'intervalle qui sépare les deux vaccinations est considérable (quarante ans dans un cas de Dauchez, trente-trois dans un cas personnel), l'immunité paraît avoir totalement disparu, la revaccination équivaut alors à une première vaccination et tous les accidents, qui accompagnent parfois cette dernière, peuvent survenir. Dans quelques circonstances, la cause de la généralisation nous échappe, car la revaccination a suivi de près la vaccination ; il faut donc faire une large part à la prédisposition individuelle.

La vaccine généralisée peut se développer, à la suite d'une inoculation accidentelle, chez des individus que leur profession oblige à des contacts multipliés avec des animaux de l'espèce bovine ou de l'espèce équine. En effet, la vaccine de la vache (cow-pox) et la vaccine du cheval (horse-pox), sont l'origine de la vaccine humaine, et c'est même cette constatation qui fut le point de départ de la découverte de Jenner. Depuis le commencement du siècle, la transmission fortuite du cow-pox et du horse-pox à l'homme a été signalée à plusieurs reprises (Cazenave et Schedel, cow-pox de Passy, cow-pox de Bordeaux), mais à titre d'exceptions fort rares.

Dans la majorité des cas, la vaccine généralisée est la conséquence d'une vaccination intentionnelle. Parmi les auteurs qui ont cherché à expliquer cette anomalie éruptive, certains ont soutenu que l'éruption généralisée provenait de l'adultération du vaccin employé, de son mauvais état de conservation, de l'époque tardive à laquelle il avait été recueilli. Mais les partisans de cette opinion paraissent avoir confondu deux ordres d'accidents, qu'il faut soigneusement distinguer, car ils relèvent de causes différentes : ce sont, d'une part, les faits de vaccine généralisée véritable et, d'autre part, les infections secondaires ou plutôt mixtes, qui résultent de l'adjonction, au virus vaccin, de germes pathogènes variés. L'histoire de ces diverses manifestations éruptives trouvera sa place au chapitre du diagnostic ; sans empiéter sur leur description, je ferai seulement remarquer qu'elles sont incapables de reproduire des boutons de vaccine par l'inoculation, et qu'elles sont, en outre, polymorphes, épidémiques et contagieuses, tous caractères qui les différencient des véritables exanthèmes vaccinaux.

III

Cette distinction établie entre les éruptions qui appartiennent en propre à la vaccine et celles qui lui sont étrangères, nous pouvons entreprendre l'étude des causes qui favorisent la dissémination des pustules vaccinales. Et, tout d'abord, nous devons nous demander comment il se fait que la généralisation de la vaccine soit possible, puisque le principal effet de cette maladie est de préserver l'individu qui l'a contractée une première fois, contre une atteinte ultérieure. Si cette généralisation peut se réaliser, c'est que le sujet qui est soumis à la vaccination ne devient pas immédiatement réfractaire. Il s'écoule toujours un intervalle appréciable entre le moment où le virus est introduit dans l'organisme, et celui où il a achevé son œuvre et conféré l'immunité. Cet espace de temps n'est pas de même durée chez les différents animaux, et dans la même espèce on observe de grandes variations individuelles. Chez le cheval, la réceptivité pour la vaccine persiste environ cinq jours. Chez l'homme, cette période est plus longue, elle dure en moyenne de six à neuf jours, comme l'établissent les recherches de Trousseau et de M. Dumontpallier. Mais elle peut se prolonger bien au delà. Arnold Hiller, sur de jeunes recrues, a vu l'immunité n'être acquise que du onzième au treizième jour, et Damaschino a pu pratiquer avec succès des réinoculations, jusqu'aux quinzième et dix-septième jours après la vaccination primitive. L'existence d'une période pendant laquelle la vaccination n'a pas encore d'action protectrice est donc la condition essentielle pour qu'un exanthème généralisé puisse se produire.

Recherchons maintenant par quel mécanisme cette généralisation peut s'effectuer. Transport et diffusion par la voie sanguine, d'une part ; auto-inoculation, d'autre part : tels sont les deux procédés, fort différents, qui peuvent amener l'éclosion d'une éruption généralisée de vaccine.

Le mode d'auto-inoculation est incomparablement le plus fréquent, et l'observation clinique suffit à démontrer sa réalité, sans qu'il soit besoin de recourir à l'expérimentation. Le prurit engage le patient à se gratter, les ongles déchirent les pustules et transportent la lymphe dont ils sont imprégnés sur toute la surface cutanée. Que celle-ci présente des solutions de continuité, si minimes soient-elles (piqûres d'insecte, éruption acarienne, miliaire, sudorale), et chaque point contaminé deviendra l'origine d'une nouvelle pustule vaccinale. Il en est *a fortiori* de même quand le derme est dénudé sur de vastes étendues, comme cela s'observe chez les individus atteints d'eczéma.

Dans des circonstances infiniment plus rares, cette explication ne saurait convenir, car le derme est partout recouvert de son vernis protecteur et le vaccin, déposé sur la couche cornée intacte, ne peut germer. C'est alors que l'autre mécanisme trouve son application; dans ce mode de généralisation, la poussée vaccinale a la même signification que l'éruption variolique dans la variole, ce qui revient à dire que c'est le sang qui s'est chargé de diffuser le virus et de le déposer dans le derme; aussi l'expression de fièvre éruptive vaccinale doit-elle servir exclusive-

ment à désigner les cas qui relèvent de ce mécanisme (1).

On ignore complètement les causes qui amènent la généralisation de la vaccine par infection sanguine. Pour jeter quelque lumière sur ce difficile problème, recherchons comment se comportent, à l'égard de la vaccine généralisée, les conditions variées qui sont susceptibles de modifier l'expression des maladies infectieuses en général et la topographie de leurs manifestations. Parmi les principaux facteurs qui ont une influence sur la physionomie et l'évolution des infections, je passerai successivement en revue : la réceptivité du terrain, le mode d'introduction du virus, sa quantité et sa qualité. Dans cette étude, j'opposerai continuellement la vaccine généralisée humaine à la vaccine généralisée chez les animaux; ce parallèle permettra de mieux saisir les causes qui régissent la distribution de l'exanthème vaccinal.

1° La vaccine est une des maladies qui montrent le mieux l'influence toute-puissante du terrain sur la répartition des manifestations infectieuses. En effet, l'espèce sur laquelle le virus est ensemencé, l'âge du sujet soumis à la vaccination, l'existence d'une atteinte antérieure, sont autant de facteurs qui impriment des modalités variées aux allures de la vaccine. Pour fournir la preuve de cette assertion, il suffit de rappeler que le cow-pox est partiel et localisé, tandis que le horse-pox est habituellement généralisé; que dans une même espèce la réceptivité aux différents âges n'est pas la même; que les poulains, par exemple, contractent plus facilement le horse-pox que les vieux chevaux; enfin que la revaccination donne lieu bien moins souvent que la vaccination première à l'éclosion de la vaccine généralisée.

2° Le procédé, suivant lequel le virus est introduit dans l'organisme, peut avoir, sur la forme et l'intensité des localisations de la vaccine, une influence incontestable. C'est ce qui ressort avec évidence des belles recherches de M. le professeur Chauveau. Tandis que le horse-pox spontané, ou plutôt naturel, se traduit par des manifestations disséminées par tout le corps, le horse-pox, obtenu artificiellement par l'inoculation cutanée, reste toujours exactement circonscrit au point d'insertion. Toutes les tentatives, faites pour provoquer l'apparition de formes généralisées chez le cheval, échouèrent jusqu'au jour où M. Chauveau, à l'aide d'un grand nombre d'expériences, instituées de préférence sur de jeunes animaux, démontra rigoureusement qu'on peut à volonté produire un horse-pox généralisé artificiel, identique au horse-pox naturel, quand, au lieu de déposer le virus dans le derme, on le fait pénétrer directement dans la circulation. Pour obtenir ce résultat, il injectait de la lymphe vaccinale, soit dans les vaisseaux sanguins ou lymphatiques, soit même dans le tissu cellulaire, en évitant de contaminer les bords de la plaie cutanée. Parfois aussi, il a pu atteindre le même but, en faisant inspirer à l'animal, à travers un trocart placé dans la trachée, de la poudre de vaccin desséché, ou en mélangeant aux boissons ingérées par le cheval de notables quantités de lymphe vaccinale. M. Chauveau conclut de ses expériences, que la condition nécessaire pour que la vaccine se généralise chez le cheval, c'est que le vaccin arrive dans la circulation *sans passer par la peau;* si, dans la vaccination ordinaire, l'éruption locale n'est pas accompagnée d'une éruption généralisée, c'est, d'après lui, probablement parce que, « au moment où cette éruption générale pourrait se développer (huitième jour au plus tôt), la peau, en raison de l'immunité créée dès le cinquième jour par le travail local de la vaccination, n'est plus apte à la pustulation vaccinale ». Pour démontrer cette proposition, M. Chauveau vaccine des chevaux par scarification cutanée, puis il excise, vingt-quatre ou quarante-huit heures après, les lambeaux de peau sur lesquels ont porté la vaccination. En s'opposant ainsi dans les points d'inoculation au développement des pustules vaccinales qui créent, dès le sixième ou le septième jour, l'immunité contre toute éruption ultérieure, il a pu constater, au bout de quinze à vingt jours, une éruption de horse-pox généralisé. Le mode de pénétration du virus dans l'économie a donc une influence indéniable sur l'évolution de la vaccine chez le cheval. Mais il faut savoir imiter la prudente réserve dont l'auteur de ces expériences a donné l'exemple, et ne pas étendre à l'espèce humaine des résultats qui ne se vérifient que dans l'espèce équine. Il suffit, pour montrer combien cette assimilation serait contraire à l'observation, de faire remarquer que, chez l'homme, la fièvre éruptive vaccinale a presque toujours pour point de départ une inoculation cutanée, et que, dans certains cas d'auto-inoculation, la présence sur la peau de centaines de pustules vaccinales n'arrête pas la marche extensive de l'éruption (1). La période comprise entre le moment où la vaccination a lieu et celui où l'immunité est créée étant quelquefois beaucoup plus longue dans l'espèce humaine que dans l'espèce équine, on pourrait supposer que, si l'exanthème généralisé survient parfois chez l'homme inoculé par la voie cutanée, c'est qu'à l'époque où cet exanthème peut se montrer, la peau n'a pas encore perdu sa réceptivité. Si cette hypothèse est justifiée, la différence de réaction que présentent les diverses espèces animales, vis-à-vis de la vaccine transmise par insertion dermique, est plus apparente que réelle. Mais s'il en est ainsi, l'injection du vaccin dans le tissu cellulaire sous-cutané doit, chez l'homme comme chez le cheval, favoriser la production d'une éruption généralisée, or, c'est ce qu'on n'observe pas. M. Chauveau a réussi à rendre plusieurs enfants réfractaires, en employant la méthode sous-cutanée, mais jamais il n'a obtenu la moindre poussée éruptive.

3° Dans les expériences précédentes, la quantité de virus introduit dans la circulation n'a-t-elle pas joué un rôle dans la dissémination éruptive ? C'est ce qu'on est d'abord tenté de croire. Quelque faible que soit la dose de vaccin injecté dans un vaisseau, il semble, en effet, qu'elle est massive par rapport à celle qui est déposée dans le derme, suivant le mode d'inoculation usuelle. Mais cette interprétation tombe devant ce fait que M. Chauveau a pu faire naître « un beau horse-pox, en injectant dans un lymphatique une quantité de vaccin si minime, qu'on pouvait la comparer à celle qui est nécessaire pour faire une vaccina-

(1) Il est fort difficile de citer des exemples absolument authentiques de cette variété. Dans la description des cas qui ont été donnés comme tels, nulle part on ne trouve signalée explicitement l'intégrité de la peau avant la vaccination; on conçoit combien cette omission atténue la valeur démonstrative de certaines observations, surtout quand on se souvient que, au niveau de l'érosion la plus insignifiante, peut naître une pustule d'auto-inoculation.

(1) La seule variété de vaccine humaine qui présente une certaine ressemblance avec le horse-pox artificiel obtenu par M. Chauveau, c'est l'éruption vaccinale *par migration* (Socquart), qui consiste en pustules évoluant sur diverses régions du corps, sans qu'aucun bouton de vaccine n'occupe les points d'insertion.

tion cutanée ». Mais si ces expériences prouvent que, dans certaines circonstances et dans certaines espèces animales présentant une réceptivité spéciale, la dose de virus utilisé n'influence pas sensiblement les résultats, il ne s'ensuit pas qu'il faille décider que, les conditions étant autres, la quantité de vaccin en circulation est un facteur négligeable. Il serait très intéressant, à ce sujet, de savoir si la transfusion du sang d'un animal en pleine éruption généralisée confère plus aisément et plus sûrement l'immunité que le sang extrait d'un animal porteur d'une vaccine localisée. Mais les expériences, dans lesquelles on a réussi à rendre des animaux réfractaires par la transfusion, sont encore trop peu nombreuses (Chauveau ; Raynaud; Straus, Chambon et Saint-Yves Ménard), pour qu'on puisse en tirer des arguments pour ou contre cette hypothèse. Il y aurait également lieu de rechercher par l'observation clinique si les scarifications, leur nombre et leur étendue, l'abondance du vaccin dont on les recouvre, ne prédisposent pas plus à la généralisation, que de simples piqûres. Dans quelques cas, l'exanthème généralisé survient chez des vaccinifères, quelques jours après que les pustules ont été dilacérées pour en recueillir le vaccin, et l'on peut se demander si l'irruption soudaine d'une notable quantité de virus dans la circulation n'a pas été la conséquence de ce léger traumatisme.

4° La provenance du vaccin et son degré de virulence ont une part réelle dans le développement de certains cas de fièvre éruptive vaccinale. On admet généralement que le horse-pox, transmis directement à l'homme, sans passer par l'espèce bovine, s'accompagne plus souvent de phénomènes locaux et généraux intenses, et qu'il est assez fréquemment le point de départ d'une éruption généralisée. H. Bouley a rapporté l'histoire d'un élève vétérinaire qui, s'étant inoculé en soignant un cheval atteint de horse-pox confluent, eut une éruption vaccinale disséminée, compliquée d'un état infectieux fort grave. Mais pour être réelle, l'influence de la qualité du virus ne prime pas celle du terrain, et ce qui le prouve, c'est que le horse-pox artificiel généralisé peut être produit en utilisant le vaccin le moins actif (vaccin d'enfant), tandis que le virus le plus exalté est incapable de faire naître une éruption généralisée chez les bovidés.

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les faits qui viennent d'être exposés, nous sommes obligé d'avouer qu'ils n'expliquent pas d'une façon satisfaisante les circonstances dans lesquelles la fièvre éruptive vaccinale apparaît chez l'homme. Si la vaccine généralisée tire son origine de l'exaltation du virus, pourquoi, sur un grand nombre d'individus vaccinés avec la même lymphe, un seul présente-t-il des accidents de généralisation ? Si la qualité du virus est la condition nécessaire et suffisante de la vaccine généralisée, pourquoi celle-ci ne se montre-t-elle pas sous forme épidémique ? Si la quantité de virus inséré et le mode d'inoculation tiennent sous leur dépendance les manifestations de la vaccine généralisée, comment comprendre que cette anomalie éruptive ne survienne que chez un seul sujet, quand chez des milliers d'individus, vaccinés par le même opérateur, avec le même vaccin et la même lancette, la vaccine suit une marche absolument régulière ? Il faut donc admettre qu'il existe des conditions de réceptivité individuelles, que nous ignorons d'ailleurs totalement, mais qui sont d'importance majeure. Je le répète à dessein, *la nature du terrain sur lequel évolue la vaccine a certainement sur sa répartition une importance beaucoup plus grande que la manière dont l'inoculation est faite.* Chez le cheval, la vaccine tend à se généraliser, quel que soit le mode d'inoculation employé. Cette généralisation sera plus fréquente, il est vrai, quand le virus ne pénétrera pas par la peau ; mais cette condition n'est pas indispensable, et la vaccination par scarification cutanée pourra parfois faire naître, chez de très jeunes chevaux, un horse-pox généralisé. Par contre, l'injection de vaccin dans les vaisseaux des bovidés n'est jamais suivie de manifestations éruptives, et c'est ce qui démontre que les variantes de la vaccine ne sont pas subordonnées à une simple question de chronologie.

IV

Sans recourir aux enseignements fournis par la pathologie comparée, on peut trouver certaines observations cliniques qui démontrent, aussi sûrement qu'une expérience, l'infection de l'économie par voie d'absorption générale. En 1809, Richard (du Haut-Rhin) relate le cas d'un enfant de quatre ans, très indocile, qui suça, à plusieurs reprises, ses boutons au septième jour et qui, quatre jours après, eut une éruption généralisée de 53 boutons (dont 10 à la face, 5 au cou, 15 à la poitrine et au dos, 20 sur les bras, les cuisses et les jambes, 3 à la plante du pied). L'aspect était bien celui des pustules vaccinales. Leur virus, inoculé à dix-sept enfants de tout âge, donna lieu à des vaccines des plus régulières. Étienne (de la Meurthe) déclare qu'un enfant de quatre ans, ayant plusieurs fois sucé ses boutons au neuvième jour, fut pris, six jours après, d'un état de malaise, de nausées et de délire, en un mot, de tous les accidents qui accompagnent la petite vérole ; les boutons suivirent la marche d'une vaccine régulière. Leur virus inoculé ne donna naissance qu'à une vaccine normale. Richard cite le cas d'une petite fille de huit ans qui, quatre jours après avoir sucé les boutons de vaccine de son jeune frère, eut une éruption d'une vingtaine de pustules vaccinales. Cazalas (d'Agde, 1809), ayant fait prendre à un enfant, qui s'était montré plusieurs fois réfractaire à la vaccine, une pincée de poudre de croûtes vaccinales bien desséchées, détermina chez cet enfant, quatre jours après, un état profond de malaise (nausées et même vomissements comme dans la variole, fièvre violente avec assoupissement, mouvements nerveux, abattement extrême) qui dura près de six jours et fut suivi « d'une éruption générale de 18 boutons, tous de nature vaccinale, chacun suivant sa marche naturelle » (1).

V

Avant de clore ce chapitre d'étiologie et de pathogénie, je dois dire qu'il n'est pas toujours possible de savoir auquel des deux mécanismes exposés plus haut il faut attribuer un cas de vaccine généralisée. Voici, par exemple, un enfant atteint d'eczéma de la face et du cuir chevelu ; malgré cette affection cutanée, on pratique la vaccination, et, bientôt après, un grand nombre de pustules caractéristiques apparaissent sur les points dénudés (2). Comment de pareils faits doivent-ils être interprétés ? Plusieurs auteurs pensent que la dermatose n'a eu d'autre effet que de fixer et de

(1) Ces détails sont empruntés à GILLETTE, *Journ. de méd.*, t. I, 1843, et à LONGET, *Diction. encycl. des sc. méd.*, art. VACCINE.

(2) LACOUR. *Lyon méd.*, 1889.

mettre en évidence les germes spécifiques circulant dans le liquide sanguin, par un mécanisme analogue à celui qui rend plus manifestes et plus denses, au niveau des régions irritées par des révulsifs, les exanthèmes de cause interne. Cette explication ne doit être acceptée qu'avec la plus grande réserve, et, pour qu'elle soit valable, il faut que les pustules dépassent les limites de la région eczémateuse et se disséminent sur les parties recouvertes d'un épiderme intact, car, lorsque l'exanthème vaccinal reste exactement cantonné dans le territoire dénudé, comme dans le cas de Padieu (d'Amiens), il est difficile de nier le rôle de l'auto-inoculation. La plupart des cas de prétendue fièvre vaccinale, développée chez des individus atteints de dermatoses, doivent être vraisemblablement rapportés à des contaminations restées ignorées; le frottement du linge, les mains des personnes qui soignent l'enfant, aussi bien que le grattage inconscient, sont alors les agents de diffusion de la vaccine. Dans le doute, il faut d'autant plus incliner dans ce sens que l'hypothèse de l'auto-inoculation conduit logiquement au seul traitement efficace, la protection des parties dépourvues d'épiderme. On ne doit admettre sans restriction la fièvre éruptive vaccinale que quand la région malade, bien qu'abritée par un pansement contre tout contact virulent, devient le siège de la généralisation vaccinale.

VI

Avant de décrire la vaccine généralisée chez l'homme, il n'est pas inutile de tracer brièvement le tableau de la vaccine généralisée chez le cheval. Le horse-pox naturel, comme je l'ai déjà dit, se traduit par une poussée exanthématique sur tout le corps. L'expérimentation démontre que c'est après une période d'incubation de huit jours au minimum que survient la poussée éruptive. Celle-ci mérite rarement, à proprement parler, l'épithète de générale; « il est plus commun de voir les boutons vaccinaux accumulés sur certaines régions à l'exclusion des autres. Les premiers vaccinologues, Jenner, Loy, Sacco, etc., ont signalé, au nombre des régions privilégiées, les extrémités des membres, plus particulièrement le pli du paturon et les talons. H. Bouley a fait connaître ensuite les naseaux, le bout du nez, les lèvres, et il paraît incontestablement démontré aujourd'hui qu'il faut voir là le siège de prédilection de l'exanthème vaccinal naturel » (Chauveau). Quand l'éruption est ainsi concentrée sur l'extrémité céphalique, elle simule, à s'y méprendre, la morve aiguë par sa confluence sur la pituitaire et par l'abondance de l'écoulement nasal; aussi H. Bouley donna-t-il à ces cas, dont il ignorait alors la nature, le nom de *morve volante* pour marquer cette ressemblance. « C'est le mode d'évolution de cet exanthème qui fournit la plus nette de ses caractéristiques. Précédé d'un mouvement fébrile léger, le plus souvent même si peu apparent qu'il passe complètement inaperçu, l'éruption débute par une, deux, trois papules au plus, se montrant tout à coup avec un volume considérable. Bientôt, pendant que ces papules se changent en pustules proprement dites, d'autres boutons poussent à la surface de la peau, soit à côté des premiers, avec lesquels ils forment des groupes confluents déterminant de la tuméfaction, soit loin du lieu de l'éruption primitive. Cette efflorescence pustuleuse se continue pendant plusieurs jours, et pour peu qu'elle soit abondante, c'est-à-dire qu'elle comprenne une soixantaine de boutons (la vaccine du cheval est toujours une éruption discrète), on peut la voir durer près d'une semaine » (Chauveau).

VII

Chez l'homme, la fièvre éruptive vaccinale est l'analogue du horse-pox généralisé. La poussée exanthématique peut être contemporaine des boutons d'inoculation; souvent aussi, elle ne se montre que vers le septième ou le huitième jour, la marche est alors coupée en deux étapes, la vaccine primitivement locale ne s'est généralisée que secondairement; mais l'évolution des éléments surnuméraires étant plus rapide, en deux ou trois jours ils sont presque aussi avancés que les boutons d'inoculation. Du dixième au treizième jour, ils atteignent leur entier développement, puis ils se flétrissent et, le seizième jour, l'éruption est habituellement éteinte. Dans cette variété de vaccine généralisée, tous les éléments semblent à peu près de même âge, comme Damaschino l'a bien fait ressortir à la Société médicale des hôpitaux (1880). Cette uniformité de l'exanthème vaccinal est un des meilleurs signes que nous ayons pour distinguer la fièvre éruptive vaccinale de la vaccine généralisée par auto-inoculation.

VIII

En effet, l'aspect de cette dernière est tout autre. Dans les cas typiques, comme celui que j'ai eu l'occasion d'observer récemment, l'étude attentive de la répartition et de l'âge des divers éléments éruptifs permet de reconstituer l'étude rétrospective de la généralisation (1). Au pourtour des boutons initiaux qui occupent les points d'inoculation, on remarque de nombreuses pustules surnuméraires constituant, par leur coalescence, un grand placard éruptif. Les éléments qui concourent à le former paraissent plus jeunes que les pustules initiales dont ils procèdent. Peu après, aux extrémités des doigts qui peuvent atteindre le plus aisément la région vaccinée, de nombreuses pustules se développent rapidement, gagnent le pourtour de l'ongle et constituent de véritables tournioles vaccinales. Dès lors, les ongles, armés de matières virulentes, répartissent en quelques heures le vaccin sur toutes les régions dénudées. Parfois, les pustules d'auto-inoculation occupent un siège insolite, et, quand elles s'y cantonnent exclusivement, on conçoit qu'elles puissent donner lieu à des méprises en l'absence des commémoratifs. Tel est le cas des boutons développés sur le bord libre des paupières et sur la cornée, où ils laissent une cicatrice indélébile. Une erreur est surtout facile à commettre quand les pustules siègent au niveau des commissures labiales, à la vulve (Gérin-Roze), ou à la région péri-anale (Morin), car ces localisations sont aisément confondues avec des plaques muqueuses.

Une des caractéristiques de l'exanthème par auto-inoculation, c'est que les éléments qui le constituent se présentent sous des aspects variés. Certains paraissent avortés, comme l'avait déjà fait remarquer Trousseau, et consistent en une saillie papuleuse, surmontée ou non d'une vésico-pustule; d'autres, et ce sont les plus nombreux, ont la forme d'une petite pustule aplatie, non déprimée au centre; d'autres, enfin, offrent tous les caractères des boutons de vaccine légitime, y compris l'ombilication. Parmi ces élé-

(1) E. Jeanselme. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 7 novembre 1891.

ments éruptifs, beaucoup crèvent spontanément ou sous l'influence du grattage ; le liquide qui s'en écoule est légèrement louche, très visqueux, et se concrète immédiatement en croûtes de consistance variable, rappelant parfois celles de l'impétigo. Sur les régions détergées par l'application de pansements humides, l'éruption prend quelquefois un aspect tout spécial ; chaque élément ou chaque placard est surmonté d'un plateau constitué par une sorte de fausse membrane grisâtre, diphthéroïde, très adhérente, qui n'est autre que le corps muqueux de Malpighi altéré.

Un fait bien digne de remarque, car il démontre aussi rigoureusement qu'une expérience le mécanisme qui préside à la généralisation, c'est que sur toutes les régions protégées par un pansement avant la vaccination, et qui, par conséquent, n'ont pu être contaminées, il n'existe aucune trace d'éruption vaccinale. Ainsi, dans le cas que j'ai observé, les deux avant-bras étaient exactement recouverts d'une bande sèche depuis le poignet jusqu'au voisinage du coude, or, les pustules nombreuses qui couvraient les mains s'arrêtaient aux poignets, elles ne remontaient pas sous le pansement. Même remarque fut faite au niveau de la face ; le front garanti par une compresse resta indemne, mais à la hauteur des sourcils et de la base du nez, points correspondants à la limite inférieure de la région abritée, il existait un liséré de pustules vaccinales. Une autre preuve qui démontre également le rôle de l'auto-inoculation dans la répartition de l'exanthème, c'est que les parties découvertes, mais peu accessibles au grattage, sont à peu près épargnées.

De cet exposé, il ressort que quatre grands symptômes caractérisent la vaccine par auto-inoculation, à savoir :

1° Le développement, au voisinage du point sur lequel a porté la vaccination, de nombreuses pustules-filles ;

2° L'existence de tournioles vaccinales, qui trahissent le rôle des doigts dans la généralisation ;

3° L'âge variable et le polymorphisme des éléments éruptifs ;

4° L'absence de pustules sur les régions inaccessibles au grattage (1).

IX

Ce qui met un terme à la marche extensive de l'éruption, c'est la perte de la réceptivité. Aussi, l'évolution, dans les deux formes de la vaccine généralisée, a-t-elle sensiblement la même durée. Dès que l'immunité est acquise, l'éruption cesse brusquement de s'accroître, bientôt après l'état général s'amende et l'on assiste à une détente soudaine qui est l'une des particularités les plus curieuses de la vaccine généralisée.

Ordinairement, les symptômes fébriles sont réduits au minimum ; pourtant la fièvre peut être assez vive et atteindre 39 ou 40 degrés, quand l'exanthème est confluent. Exceptionnellement, on a signalé un état simulant l'inflammation des méninges (Longet), ou des troubles intestinaux intenses, en particulier de la diarrhée cholériforme (Dauchez). Abstraction faite de ces cas mortels, qui sont peut-être dus à une infection secondaire ou à une affection concomitante, la vaccine généralisée comporte un pronostic bénin. Les complications locales ont rarement des suites fâcheuses. Les adénites et lymphangites sont particulièrement fréquentes dans les inoculations accidentelles de cow-pox et surtout de horse-pox. L'éruption ne laisse ordinairement, après elle, que des macules insignifiantes, d'abord violacées, puis blanches, à peine déprimées. Pourtant, quelques éléments peuvent donner lieu aux cicatrices gaufrées caractéristiques de la vaccine légitime (Dardignac). Les pustules cornéennes, d'ailleurs excessivement rares, peuvent amener des troubles sérieux de la vision.

A l'actif de la vaccine généralisée, il faut ranger l'influence bienfaisante exercée sur la maladie cutanée antérieure par l'exanthème vaccinal. Plusieurs observateurs mentionnent la disparition rapide d'un eczéma ou d'un psoriasis à la suite d'accidents de généralisation. J'ai été, dans les mêmes circonstances, le témoin, non pas d'une guérison, mais d'une rétrocession des plus remarquables, chez une malade atteinte de mycosis fongoïde, depuis une dizaine d'années.

X

Ordinairement, le diagnostic s'impose. Toutefois, quand la vaccination est le résultat d'une inoculation accidentelle, chez un homme en contact avec des chevaux atteints d'une affection pustuleuse et de jetage, l'hypothèse de la morve doit être discutée. Du reste, l'hésitation ne sera pas de longue durée ; s'il s'agit véritablement d'une affection farcino-morveuse, l'inoculation à une génisse sera complètement négative ; si, au contraire, la maladie pustuleuse est de nature vaccinale, transplantée chez la vache, elle donnera lieu à un beau cow-pox. Chemin faisant, j'ai déjà indiqué les diverses localisations anormales (vulve, anus, etc.), qui peuvent être confondues avec des manifestations syphilitiques, je n'y reviendrai donc pas. Parmi les éruptions qui peuvent être prises pour des cas de généralisation, il faut citer, en première ligne, toute une série d'exanthèmes qui surviennent à la suite et à l'occasion de la vaccination, quand la lymphe mise en usage est altérée. Des faits de ce genre ont été observés, il y a quelques années, dans plusieurs cercles de l'Allemagne du Nord, à la suite de vaccinations pratiquées, soit avec du vaccin humain, soit avec de la lymphe animale de conserve (épidémies de Rügen, de Stettin, de Dusseldorf, de Eichewald, de Eiderstedt). Lors de la dernière épidémie qui sévit dans le cercle de Schlaive (1887), Koch décela, dans la lymphe animale conservée qui avait servi à la vaccination, ainsi que dans les bulles de l'éruption, l'existence d'un micrococcus inconnu jusqu'à ce jour. L'injection d'une culture pure de ce microbe sous la peau d'un homme y fit naître des bulles ressemblant à celles du pemphigus. Ces éruptions secondaires se distinguent de la véritable vaccine généralisée par de nombreux caractères : 1° les éléments, loin de présenter la régularité et l'aspect typique des boutons de vaccine, sont essentiellement polymorphes et revêtent les formes variées de l'impétigo, de l'ecthyma, du pemphigus, de l'herpès et même de l'urticaire ; 2° ces éruptions sont contagieuses pour l'entourage du vacciné et créent de véritables foyers épidémiques ; 3° le liquide puisé dans ces éléments et inoculé à un sujet reproduit, non pas la vaccine, mais une éruption analogue à celle dont elle procède. Inversement, la vaccine généralisée n'est pas contagieuse, elle n'apparaît pas sous forme épidémique, un seul fait par exemple se produira sur un

(1) Voir, au Musée de l'hôpital Saint-Louis, les moulages nos 331, 620, 850, qui sont de beaux exemples de généralisation vaccinale.

grand nombre de vaccinations, enfin, et c'est là son critérium, elle donne toujours, par l'inoculation, chez l'homme et les animaux réceptifs, des boutons de vaccine caractéristiques.

Deux maladies éruptives, la variole et la varicelle, simulent assez souvent la vaccine généralisée. Au sujet de la variole, trois sortes d'erreurs peuvent être commises : 1° la variole et la vaccine évoluant simultanément chez le même sujet, l'une de ces deux infections est méconnue; 2° la vaccine généralisée est prise pour une inoculation variolique; 3° réciproquement, une variole inoculée peut être regardée comme un exanthème vaccinal. Pour éviter ces méprises, il est utile de bien connaître la marche de la variole inoculée, telle qu'on la pratiquait au siècle dernier. Trousseau, qui avait lui-même fait usage de l'inoculation variolique, en donne la description suivante : Le deuxième jour, on voit, au niveau de l'insertion, un petit bouton rouge, qui, le cinquième jour, se transforme en une vésicule acuminée. Le septième jour, cette vésicule, devenue pustule, s'aplatit, prend une teinte bleuâtre et s'entoure d'une aréole légèrement rouge qui augmente les trois jours suivants. A cette époque, le patient se plaint de céphalalgie, ressent des douleurs lombaires, est pris de vomissements, bref, il présente tous les phénomènes initiaux de la variole. Alors apparaissent un nombre variable de petites pustules, quelquefois dix, quinze, vingt, véritables satellites de la pustule-mère; puis les symptômes locaux et généraux s'apaisent. Mais l'éruption n'est pas toujours aussi discrète, elle se dissémine parfois sur tout le corps, et c'est alors qu'elle peut être facilement confondue avec la vaccine généralisée. Mais la non-contagiosité et l'absence des phénomènes réactionnels, qui surviennent vers le dixième jour de l'inoculation variolique, sont deux grands caractères négatifs qui séparent la vaccine généralisée de la variole inoculée.

La varicelle, quand elle n'a pas été suivie dans ses différentes phases, peut faire supposer à tort l'existence d'une fièvre éruptive vaccinale, surtout si (comme cela n'est pas rare) la varicelle se manifeste quelques jours après la vaccination. Sur une petite fille que j'ai vue, avec M. le docteur Furet (de Rueil), le quatrième et le cinquième jour après la vaccination, apparut, en deux poussées, une éruption disséminée à peu près uniformément sur tout le corps. L'enfant, examinée par nous, pour la première fois, le septième jour, portait de nombreuses vésico-pustules irrégulières, flétries, sans ombilication franche. L'inoculation du liquide contenu en très faible quantité dans ces éléments a été faite à une génisse, par M. Chambon, le résultat fut négatif; nous inclinons donc à penser, malgré l'absence de toute épidémie de varicelle dans le voisinage, que nous nous sommes trouvés en présence d'un de ces cas où la vaccine et la varicelle coïncident, et ce qui nous confirme dans cette manière de voir, c'est que nous avons découvert sur le pied de l'enfant une vésicule, unique il est vrai, mais pleine, hémisphérique et limpide.

XI

La généralisation de la vaccine étant due, dans la plupart des cas, à l'auto-inoculation, les mesures prophylactiques, appliquées en temps opportun, empêcheront presque sûrement la dissémination vaccinale. Pour éviter cette complication, M. Guéniot recommande de ne faire qu'une seule piqûre sur chaque bras, aux enfants atteints d'eczéma. Le conseil est utile assurément; mais ce qui importe le plus, c'est de protéger les piqûres et non d'en restreindre le nombre. Comme le disait M. E. Besnier, sous forme de conclusion, dans sa communication à la Société médicale des hôpitaux, en 1880, chez les individus dont le derme est dénudé, « les points d'inoculation doivent être immédiatement soumis à l'occlusion d'une manière solide et cette occlusion doit être maintenue avec une grande attention ». Pour obtenir ce résultat, le moyen préconisé par MM. Chambon et Saint-Yves Ménard me semble très pratique, il consiste à recouvrir les piqûres d'un morceau de baudruche gommée aseptique. Quand la généralisation a commencé, il est presque toujours trop tard pour protéger efficacement les surfaces qui paraissent encore indemnes. En effet, la diffusion du vaccin sur les parties dénudées ne commence guère avant le sixième ou septième jour; l'incubation étant de trois à quatre jours, c'est vers le neuvième ou dixième jour, que l'éruption pustuleuse secondaire se manifeste; or, à cette époque, dans la règle, l'immunité est déjà acquise ou va l'être, si bien que l'occlusion aussi tardive n'est ordinairement pas d'un grand secours contre la dissémination. Toutefois, même dans ces conditions, l'enveloppement ne doit pas être négligé, d'abord parce qu'il arrête l'éruption dans les cas exceptionnels où la réceptivité après vaccination se prolonge anormalement, et en second lieu, parce qu'il prévient la déchirure des pustules et diminue par là même les chances d'infections secondaires (érysipèle, lymphangite, etc.), qui peuvent en être la conséquence.

XII

C'est à dessein que j'ai rejeté du cadre de cette Revue les rashs vaccinaux qu'on rattache communément à la vaccine généralisée. Si ces efflorescences cutanées, qui ont pour analogue les exanthèmes de la période pré-éruptive de la variole et de la varicelle, relèvent certainement du virus vaccin, elles se distinguent de la vaccine généralisée, telle que je l'ai comprise, par ce fait capital qu'elles ne sont pas inoculables. Le rapport officiel du Conseil central de la vaccine, en 1806, signale déjà l'impossibilité d'obtenir aucun résultat en inoculant le contenu des éruptions vésiculeuses, miliaires ou papuleuses. Le virus n'est donc pas contenu dans ces éléments et c'est probablement d'une manière indirecte, en impressionnant les centres vasomoteurs bulbo-médullaires, qu'il détermine ces efflorescences cutanées.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. — AIKINS, *Abrégé des faits les plus importants concernant la vaccine ou petite vérole des vaches*, par B. DE C., 1801 (Critique des expériences de Woodville). — AUBRY. *Arch. gén. de méd.*, 1841, t. XII. — BOULEY (H.). *Leçons de pathologie comparée*, Paris 1882. — BOUSQUET. *Traité de la vaccine*, 1833. — CAZENAVE et SCHEDEL. *Abrégé pratique des maladies de la peau*, 2e édit., Paris 1833. — CHAUVEAU. *Bull. de l'Acad. de méd.*, séances des 17, 24 avril et 11 septembre 1866; *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1866; *Rev. mens.*, 1877. — DARDIGNAC. *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1884. — DAUCHEZ. Thèse de Paris, 1883; *France méd.*, 1886, t. II, p. 1481 à 1483. — GALLIARD. *France méd.*, 1880, p. 281. — GAUCHER. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 1891, p. 21 à 23. — GILLETTE. *Journ. de méd.*, t. II, 1843. — GUÉNIOT. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1882. — GUERSANT et BLACHE. *Dictionnaire en 30 volumes*, art. VACCINE. — HERVIEUX. Rapport à l'Académie de médecine sur la vaccination en 1878; *Arch. de*

tocol., 1881. — Husson. *Dict. des sciences medicales*. art. Vaccine. — Jeanselme. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 7 novembre 1891. — Kaposi. *Pathologie et traitement des maladies de la peau*, t. I, trad. franc., 2e édit. — Jenner. *Inquiry into the cause, and effects of the variolæ vaccinæ*. — Lacour. *Lyon méd.*, 1889. — Longuet. *Dict. encycl. des sciences médicales*, art. Vaccine. — M. Morris. *Monats. f. prakt. Dermat.*, t. XI, 7. — Monneret et Fleury. *Compendium de médecine*, art. Vaccine, t. VIII. — Moulinet. Thèse de Paris, 1885. — Paul (C.). *Prog. méd.*, 1880. — Perron. *Bull. méd.*, 11 décembre 1888. — Proust. *Bull. méd.*, 11 décembre 1887. — Rayer. *Dictionnaire en 15 volumes*, article Vaccine, 1836. — Raynaud (M.). *Recherches expérimentales sur l'infection et l'immunité vaccinale*, Masson, Paris 1879. — Rennes. *Arch. gén. de méd.*, t. VI. — Richard. *Rev. de méd., de chir. et de pharm. milit.*, 3e série, t. XXXVII, 1881 (Il s'agit très vraisemblablement d'un cas de varicelle survenue le quatrième jour après l'inoculation vaccinale qui suivit une marche absolument régulière). — Société médicale des hôpitaux, 1880. — Straus, Chambon et Saint-Yves Ménard. Société de biologie, 1890. — Trousseau. *Cliniq.-Veröffentlichen des Kaiserl. Gesundheit.*, 1888, n° 3. — Widal. *Mém. de méd., de chir. et de pharm. milit.*, 1864. — Woodville. *Report of a series of inoculations*, etc., London 1799, trad. par Aubert, Paris, 1800.

TOPOGRAPHIE DES SCISSURES INTERLOBAIRES DU POUMON (1)

Par M. le docteur Eugène Rochard,
Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

III

Sujet n° 9 (fig. 5 et 6). — Homme de cinquante-deux ans. Taille $1^{m}59$. Périmètre thoracique 72 centimètres.

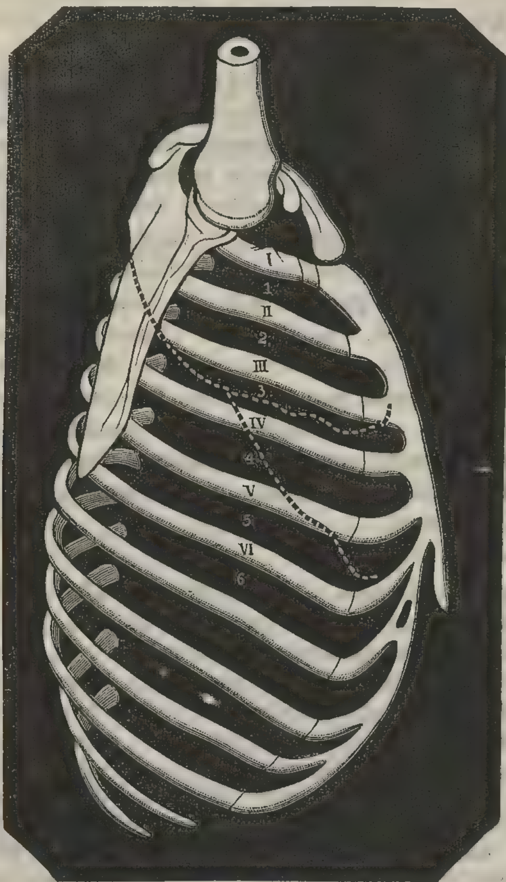


Fig. 5.

Côté droit. — Une petite adhérence au sommet du poumon. Quelques petites adhérences faciles à détacher dans la scissure horizontale. Rien dans la grande scissure oblique.

La grande scissure oblique ou inférieure commence en avant dans le cinquième espace, sur le bord supérieur de l'articulation chondro-costale de la sixième côte, à 8 centimètres de la ligne médiane. Elle traverse presque perpendiculairement le cinquième espace intercostal, la face interne de la cinquième côte, le quatrième espace intercostal, la face interne de la quatrième côte. Elle coupe la ligne axillaire dans le troisième espace où sa direction devient moins oblique, traverse la face interne de la troisième côte et vient se terminer au niveau de la partie postérieure de la face interne de la deuxième côte.

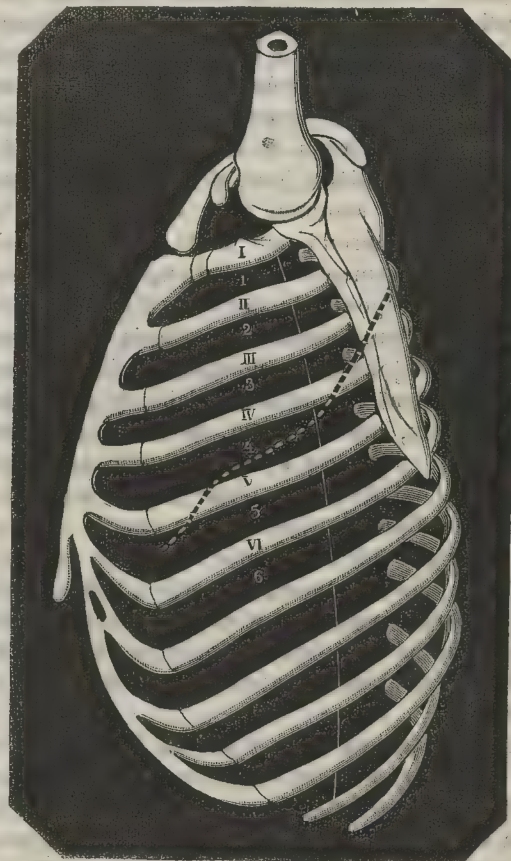


Fig. 6.

La scissure horizontale ou supérieure commence en avant vis-à-vis de l'articulation du cartilage de la troisième côte avec le sternum. Elle descend immédiatement dans le troisième espace, qu'elle suit en décrivant des flexuosités, et vient se terminer dans la scissure oblique, au niveau de la ligne axillaire.

Côté gauche. — Adhérences de la plèvre diaphragmatique. Adhérences assez solides entre les deux lobes.

La scissure gauche commence en avant dans le cinquième espace à 11 centimètres de la ligne médiane. Elle passe obliquement derrière la cinquième côte, arrive dans le quatrième espace, traverse la face interne de la quatrième côte derrière la ligne axillaire et, après avoir parcouru le troisième espace, vient se terminer au niveau de la partie postérieure de la face interne de la troisième côte.

Sujet n° 10. — Homme de cinquante-huit ans. Taille $1^{m}66$. Périmètre thoracique 95 centimètres.

Côté droit. — Quelques adhérences de la plèvre costale, mais se détruisant facilement.

La grande scissure oblique ou inférieure commence en avant dans le sixième espace intercostal, sur le bord supérieur de la septième côte, à 15 centimètres de la ligne médiane. Elle croise presque perpendiculairement le sixième espace, la face interne de la sixième côte, le cinquième espace, et se met en rapport avec la

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 241.

ligne axillaire, au niveau de la face interne de la cinquième côte. Elle devient alors un peu plus horizontale, suit le quatrième espace intercostal pendant quelque temps, et vient se terminer à la partie postérieure de la face interne de la cinquième côte.

La scissure horizontale ou supérieure commence dans le quatrième espace sur le bord droit du sternum. Elle suit le bord inférieur de la quatrième côte, est masquée pendant un court trajet par ce bord inférieur, mais restant toujours dans le quatrième espace, elle vient se jeter dans la grande scissure en arrière de la ligne axillaire.

Côté gauche. — Pas d'adhérences.

La scissure gauche commence en avant dans le sixième espace sur le bord supérieur de la septième côte, à 15 centimètres de la ligne médiane. Elle croise presque perpendiculairement le sixième espace, la face interne de la sixième côte, le cinquième espace, la face interne de la cinquième côte, se met en rapport avec la ligne axillaire, au niveau du quatrième espace intercostal et, devenant alors plus horizontale, se termine à la partie postérieure de la face interne de la quatrième côte.

Sujet n° 11 (fig. 7 et 8). — Homme de soixante-neuf ans. Grand traumatisme. Fracture du bassin. Mort de shock. Taille 1m65. Périmètre thoracique 85 centimètres.

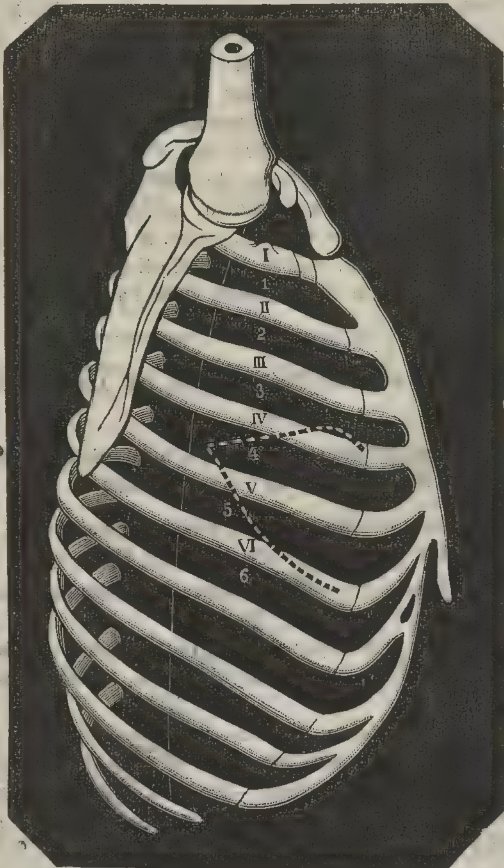


Fig. 7.

Côté droit. — Quelques légères adhérences au sommet.

La grande scissure oblique ou inférieure commence en avant à la face interne de la sixième côte, à 13 centimètres de la ligne médiane. Elle passe obliquement dans le cinquième espace intercostal, sur la face interne de la cinquième côte, arrive au niveau du bord supérieur de cette côte, dans le quatrième espace, point où elle se termine en recevant la scissure horizontale à 18 centimètres de la ligne médiane. *Le poumon n'est donc pas divisé dans sa partie postérieure.*

La scissure horizontale ou supérieure commence en avant à la face interne de la quatrième côte, à l'union du cartilage avec cette côte, effleure en décrivant une convexité le troisième espace, puis, redescendant traverse la face interne de la quatrième côte et vient se jeter dans la scissure inférieure au milieu du quatrième espace intercostal.

Le lobe moyen du poumon ainsi circonscrit est un peu plus petit qu'il ne l'est quand la disposition des scissures est normale.

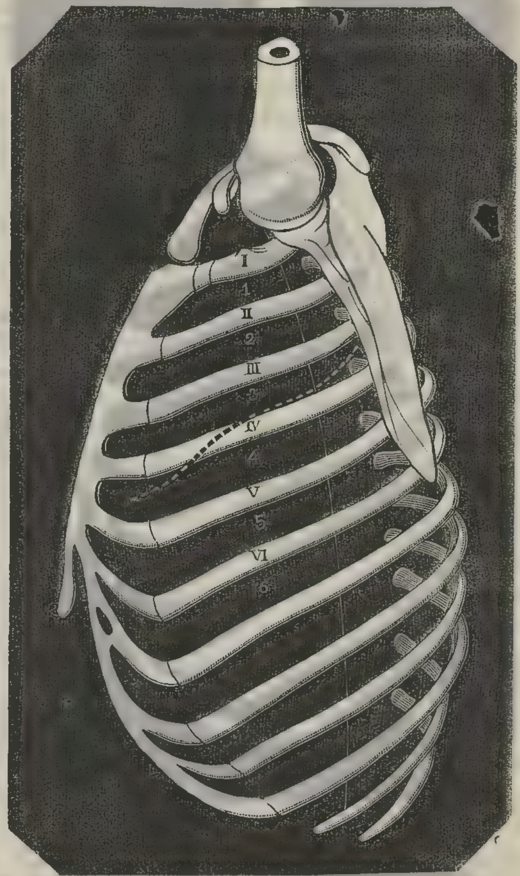


Fig. 8.

Côté gauche. — Adhérences lâches mais complètes des plèvres pariétale et viscérale. Adhérences interlobaires.

La scissure gauche commence en avant dans le quatrième espace intercostal, à 6 centimètres de la ligne médiane, croise obliquement la face interne de la quatrième côte, suit le bord supérieur de cette quatrième côte et se met en rapport avec la ligne axillaire en traversant petit à petit le troisième espace intercostal. Elle vient se terminer à la partie postérieure de la face interne de la troisième côte.

Sujet n° 12 (fig. 9 et 10). — Homme de quarante-sept ans. Taille 1m66. Périmètre thoracique 75 centimètres.

Côté droit. — Quelques petites adhérences interlobaires.

La grande scissure oblique ou inférieure commence en avant sur le bord inférieur de la septième côte, à 9 centimètres de la ligne médiane. Elle suit le bord inférieur de la septième côte, le septième espace intercostal qu'elle traverse au niveau de la ligne axillaire; puis elle côtoie le bord supérieur de la huitième côte, traverse une seconde fois le septième espace et vient se terminer à la partie postérieure de la face interne de la septième côte. (Cette scissure suit en résumé dans tout son trajet le septième espace. Elle est donc beaucoup plus basse que de coutume et cette disposition ne peut pas être mise sur le compte des adhérences qui n'existent pas.)

La scissure horizontale ou supérieure commence en avant à la face interne de la sixième côte, à 2 centimètres de la ligne médiane. Elle décrit une convexité qui la fait apparaître dans le cinquième espace. Elle redevient horizontale, croise la face interne de la sixième côte, le sixième espace au niveau de la ligne axillaire, traverse la face interne de la septième côte en devenant descendante et vient se terminer dans la scissure oblique, à

22 centimètres de la ligne médiane, en plein septième espace intercostal.

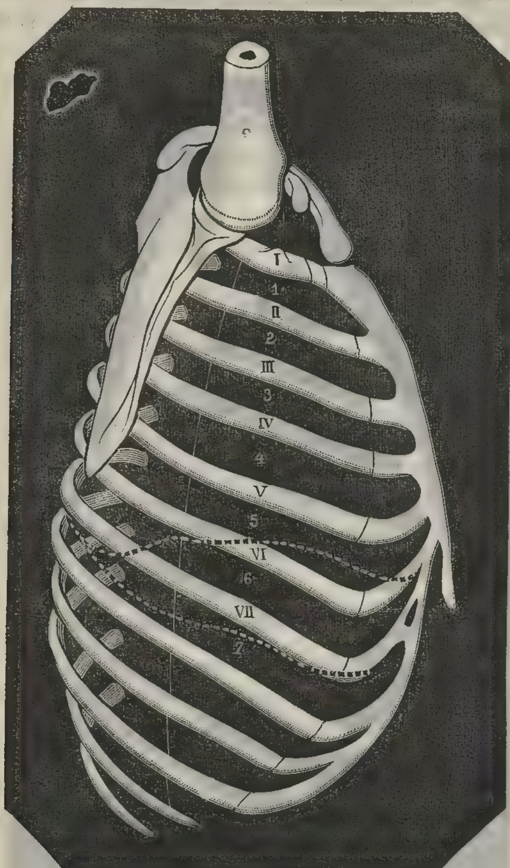


Fig. 9

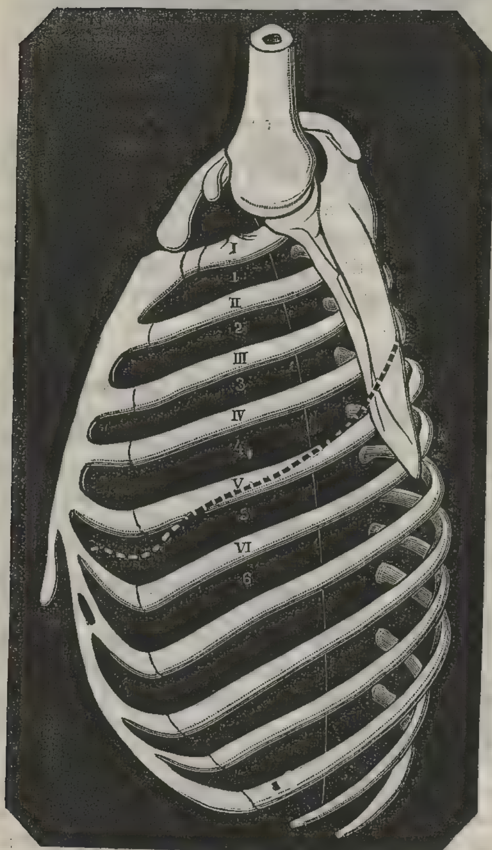


Fig. 10.

Côté gauche. — Adhérences lâches des deux plèvres.

La scissure gauche commence en avant dans le cinquième espace intercostal, à 6 centimètres de la ligne médiane, traverse ce cinquième espace, s'applique alors à la face interne de la cinquième côte qu'elle n'abandonne qu'en arrière de la ligne axillaire et se termine après avoir traversé le quatrième espace à la partie postérieure de la face interne de la quatrième côte.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

36. M. Bordas. Étude sur la putréfaction. — 37. M. Dagron. De l'occlusion intestinale par calcul biliaire. — 38. M. Vassal. Contribution à l'étude de la paralysie alcoolique et en particulier des formes généralisées. — 39. M. Bezou. De l'action diurétique du calomel. — 40. M. Périvier. De l'apoplexie pulmonaire dans l'artério-sclérose et les cardiopathies artérielles. — 41. Mlle Pavlowski. De la transmission intra-utérine de certaines maladies infectieuses. — 42. M. Pilliet. Étude d'histologie pathologique sur la tuberculose expérimentale et spontanée du foie. — 43. M. Delangle. Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique du sérum. — 44. M. Létienne. De la bile à l'état pathologique. — 45. M. Constantinescu. De la contagiosité et des complications pleuro-pulmonaires dans les angines aiguës. — 46. M. Cagny. Infarctus placentaires et albuminurie. — 47. M. Kaplan. Le sinus sphénoïdal comme voie d'infection intra-cranienne et orbitaire. — 48. M. Civel. De la trachéotomie préventive avec tamponnement du pharynx dans les opérations intéressant la bouche et la cavité pharyngienne. — 49. M. Paulides. Contribution à l'étude de l'infection purulente (pustules de Colles). — 50. M. Poulat. Étude critique et bibliographique sur quelques-uns des traitements de la subinvolution utérine. — 51. M. Tuvache. De la néphrite grippale. — 52. M. Vibert. Contribution à l'étude du traitement de la rétention du placenta dans l'avortement.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

Répartition des médecins en chef, médecins adjoints et internes, pour l'année 1892.

Infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police. — Service de M. Garnier; internes : MM. Lucas et Vigouroux.

Asile clinique Sainte-Anne. — Service de M. Magnan; internes : MM. Pécharman et Fargoula.

Service de M. le professeur Ball (clinique); chef de clinique : M. Pactet; chef de clinique adjoint : M. Sollier; interne : M. Boëteau.

Service de M. Dubuisson; interne : M. Pribert.

Service de M. Bouchereau; internes : MM. Lefèvre et Toulouse.

Service hydrothérapique externe. — Médecin adjoint : M. Dagonet.

Laboratoire de la clinique. — Chef : M. le docteur Klippel; aides : MM. Boëteau et Champion.

Asile de Villejuif. — Service de M. Briand; médecin adjoint : M. Sérieux; internes : MM. Boissier et Lachaux.

Service de M. Vallon; médecin adjoint : M. Rouillard; internes : MM. Hannon et Lafilliâtre.

Asile de Vaucluse. — Directeur médecin en chef : M. Boudrie.

Service des femmes. — Médecin adjoint : M. Blin; interne : M. Laroussinie.

Service des hommes. — Médecin adjoint : M. Ramadier; interne : M. Croustel.

Service de M. Legrain; interne : M. Maupaté.

Asile de Ville-Évrard. — Service de M. Marandon de Monthiel; internes : MM. Escat et Lavergue.

Service de M. Kéraval; interne : M. Desfosse.

Service de M. Febvré; interne : M. Mounlie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 2 mars 1892, M. Febvre, médecin-major de première classe au 71e d'infanterie, a été désigné pour le 4e tirailleurs algériens.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Malbec est nommé préparateur des travaux pratiques de physiologie, en remplacement de M. Saint-Hilaire, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Larrieu est nommé assesseur du doyen de la Faculté de médecine.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le professeur Texier est nommé directeur de ladite École.

— M. le docteur Garand, médecin adjoint au lycée de Saint-Etienne, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. Couturier, décédé.

— L'École dentaire de Paris, située rue Rochechouart, est reconnue d'utilité publique.

L'Etat voudrait-il utiliser les écoles dentaires existantes, pour l'enseignement dentaire à créer en vue du diplôme de dentiste?

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Schwartz, agrégé, chargé du cours complémentaire de pathologie chirurgicale, commencera ce cours le samedi 5 mars 1892, à trois heures (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

M. Chauffard, agrégé, commencera ses conférences de pathologie interne le samedi 5 mars 1892, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique) et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— La prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale aura lieu, le dimanche 6 mars 1892, au Crématoire du cimetière du Père-Lachaise, à neuf heures et demie très précises du matin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 7 mars 1892.

Signalons, à la Société médicale des hôpitaux (5 mars), une communication de M. Huchard, aussi intéressante en théorie qu'en pratique. Il s'agit de la dyspnée, des accès de faux asthme qui surviennent quelquefois chez les cardiaques, en dehors de tout phénomène d'asystolie. Il ne s'agit donc pas de la dyspnée de cause mécanique et chimique, qui résulte de la stase du sang, de l'engorgement des poumons et de l'oxydation insuffisante des globules rouges dans ces conditions. Cette dyspnée particulière apparaît souvent sous l'influence même de minimes efforts, chez des cardiaques par lésion aortique, chez des athéromateux avec lésion du myocarde.

C'est à l'intoxication par insuffisance rénale que M. Huchard attribue cette dyspnée particulière. Cette conception lui paraît justifiée par les recherches de son interne, M. Tournier, sur la toxicité de l'urine chez des malades de cet ordre. Dans une première phase, en effet, tant que le foie n'est pas fortement atteint, le pouvoir toxique de l'urine augmente, ce qui s'explique probablement par ce fait que les substances toxiques sont retenues dans le sang et ne s'éliminent pas par les urines, en vertu sans doute d'un certain degré d'imperméabilité du rein. Dans une seconde phase, phase hépatique, le foie fortement modifié ne transforme plus les substances toxiques, il verse au contraire lui-même, dans le sang, des substances nocives sous forme de pigments insuffisamment élaborés. La toxicité des urines devient alors excessive. Le rein, longtemps irrité, finit par s'enflammer; il survient dès lors de l'albuminurie et de l'urémie.

Il importe donc au plus haut point d'arrêter ce processus d'auto-intoxication dans son évolution. Le mieux pour cela, c'est le régime lacté, complet au début. Plus tard, il faut ordonner un régime qui réduise au minimum l'introduction des toxines et les fermentations gastro-intestinales; donc, pas de bouillon, qui n'est qu'une solution de poisons, pas de poissons, pas de fromages forts, pas de viandes faisandées, du laitage, des légumes, des viandes bien cuites. Il est bon de chercher à obtenir l'antisepsie intestinale, et pour cela M. Huchard recommande le benzo-naphtol. Dans l'intervalle des périodes dyspnéiques, il faut donner régulièrement de l'iodure de sodium, de préférence à l'iodure de potassium, à cause du danger des sels de potasse.

M. Albert Robin ne croit pas, du reste, que le pouvoir toxique des sels de potasse soit bien démontré, et l'iodure de potassium lui paraît préférable à l'iodure de sodium qui est trop instable.

On voit l'intérêt que présente le travail de M. Huchard. Dans les cas qu'il vise, ne s'agit-il pas bien souvent de dyspnée nerveuse? demande M. Ferrand. Et il en donne pour preuve les bons effets du bromure de potassium, il eût pu y ajouter de la morphine. Mais n'est-il pas évident que toute dyspnée, même toxique, suppose la mise en œuvre du système nerveux?

M. Guyot rapporte l'instructive histoire d'une femme de trente-quatre ans qui, prise de colique hépatique, présenta des vomissements absolument incoercibles dus sans doute à la péritonite développée au voisinage de la vésicule biliaire. Pendant vingt jours, elle ne put supporter aucune nourriture. La douleur était exactement limitée au niveau de la vésicule, que l'on put même percevoir nettement au début. M. Guyot conseillait la laparotomie immédiate, d'autres médecins hésitaient; on finit par la faire et MM. Quénu et Terrier purent extraire deux gros calculs. Il était trop tard; la malade mourut au bout de trente-six heures. M. Guyot pense qu'on l'aurait sauvée si l'on était intervenu plus tôt, si on n'avait pas laissé la douleur et les vomissements amener un degré très grand d'épuisement. Instruit par cet exemple, M. Guyot serait, en semblable circonstance, partisan plus que jamais d'une intervention rapide.

REVUE DE MÉDECINE MENTALE

Les morphiniques. — Toxicité des urines des aliénés. — Les colonies d'aliénés. — La mort subite dans les familles névropathiques.

Par M. le docteur Édouard TOULOUSE,
Médecin-adjoint des asiles de la Seine.

I

Le docteur Lewin vient de publier en Allemagne, sur la récente loi votée contre l'abus des liqueurs spiritueuses, une étude critique, au cours de laquelle il demande que

l'on prenne des mesures contre l'extension, de jour en jour croissante, des intoxications volontaires, et notamment du morphinisme (1).

La protestation de ce médecin est des plus légitimes. Car chacun sait avec quelle rapidité ce vice s'est répandu, dans ces dernières années, en Europe. Le mal sévit dans toutes les classes de la société, principalement dans la bourgeoisie, c'est-à-dire dans le milieu qui fournit les forces psychiques de la nation. Ainsi que le fait remarquer le docteur Lewin, cela est doublement fâcheux.

Mais le morphinisme tend à contagionner les populations ouvrières, surtout à Paris, où il n'est pas rare aujourd'hui de voir des gens du peuple s'adonner à cette intoxication volontaire. Il y a donc là un péril social. Car, par la déchéance physique qu'imprime la morphine aux malheureux qui en font abus, cette dernière exerce son action jusque sur leur descendance. Elle ne produit donc pas seulement une maladie de l'individu, mais aussi une maladie de l'espèce. M. Lutaud publiait, il y a cinq ans, dans l'*Union médicale* (2), un travail tendant à établir que l'usage prolongé de la morphine supprime la menstruation chez la femme, qui est ainsi frappée de stérilité.

D'autre part, cette intoxication peut aussi déterminer, chez certains individus prédisposés, des troubles mentaux divers, et conséquemment les pousser à des actes délictueux, qui peuvent être dangereux pour leur entourage. Témoin ce morphinique qui, dernièrement à Paris, martyrisait son enfant.

Certaines personnes indélicates se sont même servies de la morphinisation pour attenter à la santé de leurs proches. On se rappelle la triste affaire de Mme Dida, cette malheureuse morphinique qui fut assassinée par son amant. Le procès a permis d'établir (3) que cette jeune femme avait été poussée à s'intoxiquer par son mari, qui lui vantait les agréables sensations procurées par la morphine. Ce mari, impuissant et très jaloux, agissait ainsi pour annihiler chez son épouse tout désir amoureux.

Il est enfin à redouter, si même le fait ne s'est déjà pas produit, qu'un esprit criminel n'essaye de faire mourir quelqu'un en l'incitant à prendre de la morphine.

Le danger causé par le morphinisme est donc évident et multiple. Comment donc combattre ce vice social ?

Les uns voudraient agir sur les intoxiqués, en les séquestrant, et les autres sur le toxique, en empêchant que les malades puissent s'en procurer à leur gré.

La séquestration des morphiniques est une question des plus délicates. Et d'abord, il faut bien séparer les simples morphiniques des morphinomanes (4), que l'on confond généralement avec les premiers dans le langage courant.

Les morphiniques sont les personnes qui s'adonnent habituellement à la morphine, comme les buveurs font usage d'alcool. Sans aller si loin que M. Pichon (5), qui soutient que l'appétit à la morphine peut être développé chez le premier venu, et bien qu'on doive, au contraire, supposer chez le malade une certaine prédisposition, qui transforme un besoin accidentel en un besoin fondamental et impérieux de l'organisme, on doit cependant admettre, étant donné surtout la généralisation du vice, que la plupart des gens sont plus ou moins aptes à devenir morphiniques. Les morphiniques sont donc, en quelque sorte, les ivrognes de la morphine.

Mais les morphinomanes sont de véritables aliénés et ont des appétits paroxystiques à la morphine. En dehors de ces crises, de ces impulsions morbides, pendant lesquelles ils recherchent l'alcaloïde de l'opium, comme les dipsomanes sont incités violemment à boire, ils peuvent être sobres et même avoir de la répulsion pour le poison. Ce sont, en somme, de vrais malades, chez lesquels les accès sont plus ou moins espacés et peuvent laisser, dans leur intervalle, une santé mentale relative.

Certes, ceux-là dépendent entièrement des aliénistes, et leur séquestration est légitime, parce que, dans leurs crises, ils peuvent commettre des délits nombreux ; d'ailleurs, ils ne sont pas responsables, et, à ce titre, doivent être traités comme tous les autres aliénés. Leur nombre est, d'ailleurs, excessivement restreint.

Mais les morphiniques, en tant que s'adonnant à la morphine, ne sont pas des aliénés. Il est donc impossible de les maintenir légalement dans les asiles, pas plus que les ivrognes simples. Lorsque, par suite de leur intoxication chronique, ils présentent des troubles de l'intelligence, ils rentrent alors dans la catégorie des alcooliques délirants, dont la séquestration est nécessaire.

A l'étranger, et notamment en Amérique, en Angleterre et en Allemagne, il existe, pour les morphiniques, des maisons de santé spéciales, qui rappellent les asiles spéciaux analogues, construits pour les buveurs. Car les uns et les autres sont de la même famille ; ce sont des intoxiqués volontaires, et le préjudice qu'ils causent par leur vice à la société est le même. C'est pour cela que les mesures qui sont dirigées contre les uns et contre les autres doivent être semblables.

Il serait à désirer que l'on créât, en France, des maisons particulières où l'on traiterait les morphiniques. Ceux-ci entreraient volontairement, en s'engageant à ne sortir qu'après l'autorisation du médecin. Un séjour de quelque durée dans l'établissement permettrait d'assurer la guérison dans bien des cas.

En France, le morphinique ne peut se soigner. L'hôpital n'est pas organisé pour le recevoir. La surveillance ne peut y être assez sévère ; les salles y sont trop ouvertes et la défense de la morphine faite à un malade n'a aucune sanction pratique.

D'autre part, l'asile est considéré presque comme infamant. Presque tous les morphiniques, pleins de bonne volonté et désireux de se soumettre à une cure, reculent devant une maison d'aliénés.

Enfin, le traitement à domicile est une chimère, encore qu'il ne soit possible qu'à une petite minorité de malades, à des personnes très aisées, qui ont les moyens d'avoir un médecin particulier chez elles.

Mais le traitement des morphiniques n'est qu'un côté de la question. Ce qu'il faut surtout, c'est un traitement prophylactique, c'est empêcher matériellement les gens sains de s'adonner à la morphine.

Il est bien clair que, si personne ne pouvait acheter de la morphine que sur une ordonnance médicale, le problème serait résolu aussitôt.

Malheureusement, il n'est pas facile, pratiquement, d'em-

(1) Lewin. *Berl. klin. Wochens.*, 1892.
(2) Lutaud. *Union méd.*, 8 avril 1887.
(3) Guimbail. Étude médico-légale à propos de l'affaire Wladimiroff, n *Ann. d'hypn. et de psychiat.*, février 1891.
(4) Magnan. Soc. méd.-psychol., séance de fév. 1891.
(5) Pichon. *La morphinomanie.*

pêcher les morphiniques de se procurer leur poison. On connaît la ruse de ces malades, les stratagèmes qu'ils emploient pour obtenir quelques centigrammes du précieux alcaloïde. Les mensonges, les faux, les bassesses les plus honteuses, rien n'arrête ces malheureux. Nous avons connu une femme qui se prostituait pour gagner l'argent nécessaire à l'achat de la morphine qu'elle consommait.

Comment les morphiniques se procurent-ils leur aliment? MM. Lutaud et Descouts (1), qui ont étudié ce point spécial, sont d'avis que les pharmaciens sont de moins en moins portés à délivrer de la morphine irrégulièrement, c'est-à-dire sans ordonnances ou sur des ordonnances ayant déjà servi.

Des condamnations sévères, et aussi une plus juste conception de leur devoir, les ont rendus plus circonspects.

Mais outre les pharmaciens qui vendent de la morphine en quantité plus ou moins grande, certains droguistes et fabricants, peu scrupuleux, distribuent généreusement au public des quantités considérables de cet alcaloïde.

Le Congrès international de médecine légale de 1889 a vu là un abus criant et a émis le vœu suivant :

1° *Les droguistes et les fabricants de produits chimiques et pharmaceutiques ne peuvent vendre de la morphine et de la cocaïne qu'aux pharmaciens;* la livraison des toxiques ne peut avoir lieu qu'à domicile;

2° *Les pharmaciens ne peuvent exécuter qu'une seule fois, à moins de mention contraire inscrite par le médecin, une ordonnance contenant de la morphine ou de la cocaïne.*

Malheureusement ces vœux, comme tant d'autres, sont restés stériles, et aucune modification n'a été apportée à l'ordonnance de 1846 qui réglemente la vente en gros des toxiques, et dont la seule exécution rigoureuse empêcherait déjà les principaux abus. Cela est regrettable, car les moyens proposés par le Congrès sont les seuls propres à enrayer l'extension du morphinisme.

Les autres moyens conseillés (2) sont aléatoires. On a dit qu'il fallait considérer le fait de se faire une piqûre de morphine, sans autorisation médicale, comme un délit assimilable à l'ivresse. Mais, pratiquement, il serait impossible de constater le délit. En outre, si la répression de l'ivresse a une excuse dans le désordre public que cause un homme ivre, celle du morphinisme ne peut avoir ce prétexte.

On a proposé aussi un impôt très lourd sur la morphine. Mais c'est là un médicament précieux, dont il serait peu philanthropique d'élever le prix. Si on adoptait cette mesure, le morphinisme ne serait plus qu'une maladie des riches; et encore n'est-il pas bien certain que le coût élevé du médicament ait pour résultat d'en dégoûter les pauvres.

Il est bien plus simple d'empêcher la vente clandestine de la morphine que de prendre un moyen détourné, qui frapperait aussi bien les malades qui ont réellement besoin de ce médicament, que les personnes qui s'en servent pour s'intoxiquer. On a là un procédé sûr et qui serait parfaitement efficace pour enrayer le mal.

On conçoit que pour l'alcool, qui est un objet de consommation publique, on ne puisse trouver d'autre empêchement à ses ravages qu'un fort impôt. Mais la morphine est un médicament. Que, dans aucun cas, elle ne soit vendue aux simples particuliers en dehors d'une ordonnance médicale, et du coup le morphinisme sera bien près de s'éteindre. *Sublatâ causâ, tollitur effectus;* pas de morphine, pas de morphinisme.

(1) Lutaud et Descouts. Questions médico-légales relatives à l'abus de la morphine : Rapport présenté au Congrès internat. de médecine légale de 1889.

(2) Lefèvre. De l'internement des morphinomanes, in *Ann. d'hypn. et de psychiat.*, mars 1891.

II

MM. Mairet et Bosc (1) ont récemment entrepris des recherches sur la toxicité de l'urine des aliénés.

On sait que cette question est aujourd'hui à l'ordre du jour; elle intéresse à la fois l'étiologie et le traitement de certaines formes de maladies mentales. Elle est donc des plus intéressantes.

M. Bouchard (2), par ses beaux travaux sur la toxicité des urines, a ouvert à la médecine expérimentale une voie originale. La médecine mentale a ressenti le contre-coup de cette impulsion nouvelle.

Une thèse (3), parue il y a deux ans, donne un aperçu assez complet des recherches de ce genre, tentées dans ces dernières années en psychiâtrie; elle peut être consultée avec fruit par les personnes qui s'intéressent à cette question spéciale.

MM. Mairet et Bosc ont choisi pour leurs expériences le lapin et le chien, ce dernier surtout à cause de son système nerveux très développé. Après avoir recueilli l'urine de vingt-quatre heures d'un aliéné, ils en ont injecté des quantités variables, par la voie intra-veineuse, et chez plusieurs animaux à la fois, afin d'avoir une moyenne de résultats. Ils font remarquer que, même dans les cas où il leur a été impossible d'obtenir toute l'urine excrétée dans une journée, la quantité totale ne leur a pas paru être inférieure à la moyenne normale, ce qui écarte l'hypothèse que l'urine expérimentée ait pu, étant plus condensée, avoir un pouvoir plus toxique.

Les expérimentateurs ont pris des aliénés appartenant à tous les genres de l'aliénation mentale. A ce propos, nous ferons remarquer que la division qu'ils ont adoptée est passible de quelques critiques. Ainsi, ils distinguent la stupeur en simple et lypémaniaque. Tout le monde connaît la stupeur des mélancoliques; mais il est à craindre qu'on trouve cette expression de stupeur simple comme un peu vague et contenant des cas cliniques divers.

Dans toutes leurs expérimentations, MM. Mairet et Bosc ont d'abord déterminé le degré quantitatif de la toxicité urinaire, spécial à chaque forme vésanique. Ce degré est représenté par la quantité de centimètres cubes d'urine nécessaire pour tuer l'animal injecté, toujours proportionnellement au poids de cet animal. Pour causer la mort d'un lapin ou d'un chien, il faut lui injecter environ 45 centimètres cubes (Bouchard) d'urine normale pour chaque kilogramme de son poids; MM. Mairet et Bosc admettent un chiffre plus élevé, 100 centimètres cubes d'urine normale par kilo d'animal. Ils ont donc recherché tout d'abord s'il fallait plus ou moins d'urine d'aliéné pour tuer le sujet en expérience, qu'en opérant avec le même liquide pris chez

(1) Mairet et Bosc. Recherches expérimentales sur la toxicité de l'urine des aliénés, in *Arch. de physiol.*, janv. 1892.

(2) Bouchard. *Auto-intoxications dans les maladies.*

(3) Chevalier-Lavaure. *Les auto-intoxications dans les maladies mentales*, Th. de Bordeaux, 1890.

une personne en bonne santé, et ils sont arrivés aux résultats suivants.

Le degré de la toxicité urinaire serait élevé dans toutes les formes de folie, sauf chez les déments séniles. Les stupides lypémaniaques, les mélancoliques, les maniaques agités sécréteraient l'urine la plus toxique ; après eux viendraient les stupides simples, les persécutés et les maniaques non excités.

Il semble donc que plus la forme vésanique est intense, c'est-à-dire plus les maniaques présentent de l'agitation, plus les stupides lypémaniaques sont abattus et prostrés, plus les mélancoliques ont un délire actif — plus l'urine, chez tous, est toxique.

L'intoxication générale de l'organisme, dont la toxicité urinaire ne serait qu'un symptôme, se traduirait par des troubles bruyants, psychiques et physiques. Les déments séniles, chez lesquels domine l'affaiblissement des facultés mentales et de toutes les autres fonctions physiologiques, auraient, au contraire, une urine peu toxique.

Cependant, MM. Mairet et Bosc ont constaté que, parfois, l'intensité des symptômes diminue, le malade entre en convalescence, et cependant la toxicité urinaire reste élevée. Il faudrait admettre, alors, que celle-ci est liée, dans ces cas, à une autre cause qu'à l'intensité seule de la forme vésanique.

Les expérimentateurs ont ensuite essayé de déterminer les qualités toxiques des urines, dans les différentes formes d'aliénation mentale. On sait que l'urine normale injectée sur un animal détermine, chez celui-ci, un ensemble de symptômes d'intoxication. MM. Mairet et Bosc ont remarqué que l'urine des vésaniques provoquait des phénomènes qui, dans certains cas, étaient les mêmes que ceux provoqués par une urine normale, plus ou moins exagérés seulement, et dans d'autres cas paraissaient nouveaux.

L'urine des persécutés et de certains maniaques occasionne des symptômes d'intoxication banale, tandis que celle des stupides lypémaniaques, de quelques maniaques et des mélancoliques produisent un tableau symptomatique nouveau. Ainsi, dans ce dernier groupe, les expérimentateurs ont remarqué que l'urine de quelques maniaques produit chez l'animal une hyperexcitabilité extrême, et surtout une convulsibilité telle que, dès qu'on touche l'animal, celui-ci a des secousses dans tous les membres.

L'urine des lypémaniaques stupides provoque un état d'inquiétude et d'apeurement assez net; on peut donner à l'animal une attitude difficile et la lui faire conserver; si on le frappe il ne bouge pas, si on le pousse plus violemment, il se dérange à peine et retombe dans sa prostration. Il est à remarquer que, dans ce dernier cas surtout, le tableau symptomatique de l'animal intoxiqué rappelle celui de l'aliéné qui a fourni l'urine.

Comme conclusion, MM. Mairet et Bosc font remarquer que lorsque les symptômes d'intoxication sont banals, le degré de toxicité urinaire est en rapport avec l'intensité de la forme vésanique, avec l'agitation chez les maniaques ou la dépression chez les mélancoliques; et que lorsque, au contraire, il existe des symptômes nouveaux, le degré de toxicité est lié au fonds même de la vésanie et ne varie pas avec son plus ou moins d'intensité.

Cliniquement, le premier groupe de malades, ayant la même étiologie que les névroses, formerait une classe de vésanies-névroses; tandis que le second constituerait une autre classe, celle de *folies par troubles de la nutrition.*

Quoi qu'il en soit de cette division, il nous paraît ressortir de ces expériences un argument de plus, tendant à prouver que certaines formes de manie aiguë et de mélancolie sont bien des maladies générales, où les troubles de la nutrition déterminent des phénomènes d'intoxication, auxquels sont dus les symptômes que présentent les malades. L'élévation de la toxicité des urines serait la marque objective de ce vice nutritif profond. Les troubles mentaux de ces malades, hallucinations et délire, l'excitation des maniaques et la dépression des mélancoliques ne seraient que des symptômes bruyants, mais pas plus importants que les autres portant sur les autres fonctions de l'économie. Jusqu'à présent, on a eu trop de tendance à ne voir que les premiers, qui, par leur caractère intellectuel, paraissaient toute la maladie, alors qu'ils n'en sont qu'un des éléments.

A quoi est due cette perturbation des phénomènes nutritifs? Il serait téméraire aujourd'hui d'en conjecturer les causes. Mais malgré cette absence de la notion étiologique première, on peut tout au moins essayer de traiter ces maladies, en combattant les phénomènes d'auto-intoxication, qui semblent dominer leurs symptômes. L'antisepsie générale et intestinale, les diurétiques, tout ce qui peut amener la destruction des substances toxiques ou faciliter leur élimination, doivent être employés.

Déjà cette thérapeutique a donné des résultats favorables dans le traitement des cas de mélancolie avec troubles gastriques et refus d'alimentation. Le lavage de l'estomac, en amenant l'antisepsie de cet organe, qui est un des principaux laboratoires des poisons organiques, a déterminé parfois la disparition de la sitiophobie, et même de l'état mélancolique, qui n'était là que le symptôme psychique d'une perturbation générale profonde des actes nutritifs.

III

La Préfecture de la Seine va proposer au Conseil général l'application du système colonial dans le traitement des aliénés. Le premier essai aurait lieu dans le Cher, où l'on placerait dans les familles d'agriculteurs des malades inoffensifs et ne réclamant pas un traitement spécial.

Ce système est déjà employé à l'étranger, notamment en Écosse et en Belgique. Dans ce dernier état, il existe une très ancienne colonie de fous, dont l'origine remonterait, d'après la légende, au XIVe siècle, mais dont l'organisation, conçue par Esquirol, ne daterait guère que de l'année 1851. Elle est située dans le village de Gheel, où 1600 aliénés vivent, dans une curieuse promiscuité, avec les habitants.

M. Falret (1) en a donné jadis une intéressante description, dans laquelle il fait ressortir les avantages et les inconvénients de ce système d'assistance. Il explique tout d'abord que la population de Gheel, familiarisée depuis longtemps avec les malades, a acquis une sorte d'éducation spéciale. Les aliénés sont placés chez les habitants, dont ils partagent le bien-être. Ils couchent à côté d'eux, mangent à leur table, vivent enfin de leur vie. Il est certain que, sous le rapport du confort matériel, ils ne peuvent pas trouver les commodités que l'asile le plus pauvre offre à ses pensionnaires. La nourriture est parfois trop grossière ou mal appropriée aux malades, qui ont presque tous besoin d'un régime spécial. Les malades sont occupés à

(1) Falret. *Les aliénés et les asiles d'aliénés*, 1860.

des labeurs divers, tantôt employés à des travaux agricoles, tantôt s'occupant dans la maison aux diverses besognes du ménage; tantôt, enfin, ils ne font rien et restent oisifs. Les évasions sont relativement assez rares, car les habitants connaissent les malades et les surveillent, exerçant ainsi à leur égard le rôle de gardiens. Ajoutons encore que les attentats à la vie des personnes et les tentatives de suicide ne sont pas si fréquentes qu'on le penserait.

Le docteur Hack Tucke (1) a fait, dans ces derniers temps, une visite à cette colonie et en a rapporté une étude critique très documentée. Pour ce médecin, les avantages de ce système seraient surtout de nature économique, quoique certains aliénés pourraient en retirer aussi une certaine amélioration de leur bien-être. Cependant, il croit qu'il faut aller prudemment dans l'extension de cette forme particulière d'assistance, et ne pas menacer la sécurité des habitants par l'admission, dans ces colonies, d'aliénés susceptibles de devenir dangereux.

Ce qui différencie, en effet, l'asile libre de Gheel des institutions analogues existant dans d'autres pays, c'est que, dans le premier, on n'est pas très sévère pour le choix des malades, qui appartiennent à toutes les formes de l'aliénation mentale. En Écosse, par exemple, où le même système existe, on ne place guère dans les familles que les déments chroniques.

La Préfecture de la Seine paraît avoir l'intention de n'admettre, dans sa colonie, que des malades non dangereux.

Il est difficile de se prononcer à l'avance sur les résultats que va donner l'établissement de notre colonie du Cher. Le système a des enthousiastes et des détracteurs, aussi ardents les uns que les autres.

Les partisans de cette institution font valoir d'abord l'économie de cette assistance publique. Il est certain que les dépenses ne sont jamais aussi grandes que celles nécessitées par la création de grands asiles publics. Mais ce n'est là qu'un argument secondaire, qui n'a qu'une valeur relative; car ce qui doit tout primer, en cette matière, c'est le bien-être des malades.

D'abord, on ne peut songer à mettre, dans ces colonies, les mélancoliques intenses, à idées de suicide, les persécutés toujours plus ou moins dangereux, les maniaques en état de crise. Il reste, en somme, les déments séniles, les malades à lésions circonscrites du cerveau, quelques convalescents alcooliques, des débiles, certains paralytiques généraux.

Le principal avantage des colonies d'aliénés est, dit-on, cette liberté, plus ou moins complète, que l'on donne aux malades. Il est certain que ces derniers, vivant de l'existence de leurs hôtes, peuvent trouver là une certaine satisfaction morale. Mais encore faut-il qu'ils soient aptes à la goûter. Or, ce ne sont pas justement ces chroniques et ces inoffensifs, des déments, des paralytiques, des débiles, tous plus ou moins inconscients de leur situation, qui apprécieront la liberté qu'on leur accordera. Ils y seront à peu près insensibles. Ceux qui seraient surtout capables d'en jouir sont des persécutés ou des dégénérés; mais aussi il serait dangereux de les en faire bénéficier.

Les arguments contraires ne manquent pas. Tout d'abord, on ne peut espérer obtenir d'un paysan les soins matériels qu'est capable de donner, à des aliénés, le personnel expérimenté d'un asile. Les malades perdront certainement au change, à ce point de vue. En outre, les lits ne seront pas aussi confortables, l'alimentation laissera parfois à désirer. Le chauffage, en hiver, sera rudimentaire ou vicieux, toutes les conditions hygiéniques de la vie journalière seront, enfin, plus ou moins défectueuses. Mais, de plus, chaque aliéné réclamant des soins plus ou moins spéciaux, un régime hygiénique particulier, il est peu probable qu'un paysan, même conseillé par le médecin de la colonie, puisse les lui assurer. Il faut avoir une longue habitude des malades pour surveiller seulement l'alimentation d'un dément ou pour entretenir la propreté d'un paralytique.

Et encore, il faut admettre que le logeur sera assez honnête ou assez surveillé par l'administration pour ne pas maltraiter le malade, abuser de son travail, s'amuser de son délire. Enfin, pour les aliénées, il existe un danger de plus. Étant donné leur liberté, elles courent des dangers d'une nature spéciale, si elles sont jeunes surtout. Les grossesses de malades ne sont pas très rares à Gheel.

En somme, l'asile paraît valoir mieux, au point de vue du confortable. De plus, la discipline qui y règne est, de l'avis de la plupart des aliénistes, une hygiène excellente pour l'état mental des malades, qui peuvent ainsi mener une existence plus étroitement adaptée à leur santé. Quant aux avantages de la campagne, du grand air, des promenades, les asiles actuels, surtout ceux de province, les possèdent suffisamment aujourd'hui.

Ce qui paraît mieux valoir que ce système d'assistance à domicile, c'est l'institution des *cottages* (1), tels qu'ils existent en Amérique.

Autour de l'asile, on construit des habitations où peuvent loger une cinquantaine d'aliénés choisis. Ces divisions annexes jouissent d'une certaine liberté; elles sont surveillées par un des employés de l'asile. Les hommes sont occupés à des travaux agricoles; les femmes font de la couture, de la cuisine. La vie que mènent ces malades se rapproche plus de la vie de famille. D'autre part, le voisinage de l'asile permet une surveillance médicale étroite et la rentrée facile des aliénés qui ne peuvent plus rester dans le cottage. La ferme est annexée à l'asile, mais elle n'en est pas séparée. Il y a ainsi un perpétuel mouvement entre les deux établissements.

Ajoutons que ces cottages ont déjà donné d'heureux résultats. Il semble que ce soit là un excellent moyen d'assistance des aliénés, car il tient le milieu entre l'asile et la colonie et bénéficie des deux systèmes sans souffrir des inconvénients d'aucun.

IV

M. Cullere (2) publie un travail des plus curieux, tendant à établir que la mort subite serait un stigmate de dégénérescence, et s'observerait fréquemment dans les familles chargées d'une tare névropathique.

Il donne dix-huit observations, dans lesquelles une personne, sans maladie antérieure connue, meurt subitement, alors que rien ne peut expliquer ce brusque accident. Dans ces dix-huit cas, on retrouve chez les ascendants ou les

(1) Hack Tucke. *The Journ. of mental Sc.*, janv. 1886.

(1) B. Burr. L'assistance et l'hospitalisation des aliénés dans l'État de Michigan, in *Ann. méd.-psychol.*, mars 1889.

(2) Cullere. De la mort subite dans ses rapports avec l'hérédité névropathique, in *Ann. méd.-psychol.*, janv.-fév. 1892.

descendants des maladies mentales ou nerveuses, dont la fréquence parfois indique bien une dégénérescence familiale accusée.

M. Cullere divise ces faits en trois groupes :

Dans le premier sont rangés les cas de mort subite, observés chez des familles où l'on constate de l'hérédité vésanique.

Un des plus curieux est celui-ci : Un homme, mort subitement à trente-trois ans, dans une foire, a trois sœurs, dont l'une est hystérique et aliénée, une autre atteinte d'une démence précoce et la troisième présente une folie à double forme; enfin, un frère est seulement de caractère bizarre.

Dans la famille M..., la mère est un jour trouvée morte dans son appartement. Ses trois filles devinrent aliénées, et toutes trois atteintes de mélancolie; la troisième s'est même suicidée au cours d'un accès.

Un deuxième ordre de faits comprend deux familles seulement, où la mort subite et la paralysie générale sont associées.

Ainsi, les enfants B... sont au nombre de trois; deux sont alcooliques et paralytiques généraux; le dernier meurt subitement à quarante ans.

Le troisième groupe d'observations contient des faits dans lesquels l'épilepsie a été constatée dans des familles où s'étaient produits des cas de mort subite. La famille G... se compose de quatre fils et filles. Le premier meurt subitement à soixante-sept ans; dans sa descendance on trouve un épileptique. Le second a deux filles épileptiques. Le troisième est sain. Le quatrième a cinq enfants, dont un est frappé de mort subite à trente ans. Enfin, un cousin germain est épileptique.

Dans la famille C..., où s'est produit un cas de mort subite, on a relevé, outre une aliénée, huit épileptiques dans trois générations.

Comme le fait remarquer M. Cullere, les observations de ce genre, publiées, sont assez rares. Une des plus curieuses est celle de M. Doutrebente (1), concernant une famille d'aliénés, dans laquelle trois sujets de la même génération ont été atteints de mort subite, à seize, dix-huit et quinze ans.

Il paraît légitime d'admettre qu'il y a, dans tous ces faits, un rapport entre la tare névropathique et la mort subite, observées toutes les deux simultanément dans la même famille. D'autant que la moitié des gens morts ainsi soudainement ont succombé dans un âge très jeune. Mais quelle est la nature de cette mort subite? Quelle est sa cause prochaine?

M. Cullere incline à croire qu'il s'agit là d'un accident épileptoïde, d'une sorte d'*apoplexie nerveuse*, dont la signification n'est pas très précise.

Quoi qu'il en soit, ces faits sont des plus intéressants et doivent attirer l'attention des médecins, qui sont assez souvent appelés à constater des décès subits. La lacune, qu'il faudrait surtout combler en cette question fort obscure, est la base anatomo-pathologique de la mort. Il est, en effet, regrettable que M. Cullere n'ait pu faire aucune autopsie des personnes dont il relate l'intéressante observation.

(1) Doutrebente. Étude généalogique sur les aliénés héréditaires, in *Ann. méd.-psychol.*, 5e série, t. II.

SECRET MÉDICAL

M. le docteur Plu (de Grand-Lucé) nous adresse la lettre suivante :

Vous donnez dans la *Gazette des hôpitaux*, du 18 février, une solution sur un cas de secret médical, qui est, dites vous, très embarrassant. Très fréquent? oui; embarrassant? nullement.

Lorsqu'un client me dit : J'ai une bonne que je crois enceinte, ou... que je soupçonne atteinte de... je vais vous l'envoyer. Voici ma réponse : inutile, je ne vous dirais rien. — Comment faire alors? — Dire à votre domestique : Je vous crois atteinte de... négations de sa part. Veuillez alors aller me chercher un certificat médical, constatant que vous n'avez rien.

Si on vous apporte le certificat, tout sera pour le mieux; dans le cas contraire, vous serez renseigné, et je n'aurai rien dit.

Je crois ma solution par la négative, la plus pratique au point de vue des responsabilités légales.

C'est évidemment une solution; mais il y a une grave objection à faire au tour de main que propose notre honorable confrère. Il ne fait pas autre chose, en effet, que de convenir par avance avec les maîtres que, si le domestique soupçonné n'est pas indemne, il ne dira rien. Son silence, d'après des conventions établies, équivaut à l'affirmation. Notre procédé nous paraît préférable : dans tous les cas, le domestique soupçonné reçoit un certificat qu'il peut remettre, s'il équivaut à une patente nette, ou garder, en cas contraire. Il demeure ainsi le maître du secret de sa santé, et rien ne se passe à son insu. Le médecin remplit son devoir de préservation sociale sans être un dénonciateur et sans violer le principe du secret médical.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Albaran, docteur en médecine, est institué, du 1er février au 31 octobre 1892, chef de clinique des maladies des voies urinaires (emploi nouveau).

M. Bar, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, en 1892, d'un cours clinique d'accouchement pour les élèves sages-femmes à ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Guilhem, docteur en médecine, est nommé chef des travaux de médecine légale à ladite Faculté (emploi nouveau).

— Le Congrès de MM. les délégués des Sociétés savantes de Paris et des départements s'ouvrira à la Sorbonne, le mardi 7 juin 1892, à deux heures précises.

Les journées des mardi 7, mercredi 8, jeudi 9 et vendredi 10 juin, seront consacrées aux travaux du Congrès.

La séance générale aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, le samedi 11 juin, à deux heures précises.

— *Legs Demarle.* — Le doyen de la Faculté de médecine et le directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris sont autorisés à accepter, au nom de ces établissements, la libéralité résultant de la disposition par laquelle le sieur Demarle (Alphonse), suivant son testament du 30 juillet 1890, a légué la nue propriété de tous ses biens, par tiers, à l'Académie de médecine, à la Faculté de médecine et à l'École de pharmacie de Paris, pour la fondation de trois prix.

Sont approuvées les délibérations des 19 mars et 11 juin 1891, par lesquelles le conseil de la Faculté de médecine et le conseil de l'École de pharmacie ont décidé d'abandonner aux consorts Demarle le tiers net de la succession.

Le produit de la libéralité ainsi réduite sera placé en rente de 3 p. 100 sur l'État français avec mention sur l'inscription de la destination des arrérages.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Arduin (de Paris); Boucemont (de Royat); Bureau (de Kouba); Conin (de Lamarque); Couderc (de Dégagnac); Da Crux-Texeira (d'Arcachon); Delest (de Morganx); Depoorter (de Valenciennes); Déru (de Genélard); Douais (de Béziers); R.-I.-J. Lacaze (de Montauban).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 30. — JEUDI 10 MARS 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 10 MARS 1892. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le débat continue sur les voies d'introduction de l'agent pathogène de la septicémie puerpérale. M. Hervieux est venu défendre l'opinion soutenue dans la dernière séance par M. Guéniot, opinion qu'il professe lui-même depuis longtemps, à savoir que la voie génitale n'est pas la seule par laquelle puisse pénétrer, dans l'économie, le streptocoque de la fièvre puerpérale, et qu'il peut aussi s'y introduire par la voie pulmonaire ou par la voie cutanée. Dans une communication qu'il a faite à l'Académie, en 1883 (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 1019), M. Hervieux avait déjà montré qu'à l'époque où la fièvre puerpérale faisait tant de victimes à la Maternité, les femmes en couches n'étaient pas seules atteintes, mais bien aussi les femmes enceintes, les nouveau-nés, les élèves sages-femmes, les surveillantes et jusqu'à l'accoucheur lui-même, puisque, au moment où la mortalité a été le plus considérable à la Maternité, M. Hervieux a dû payer son tribut à l'infection sous forme d'un pseudo-rhumatisme poly-articulaire. Or, si chez les femmes en couches on peut toujours invoquer la plaie placentaire comme porte d'entrée de l'agent pathogène de la septicémie, il faut bien chercher une autre voie d'introduction chez les femmes enceintes, les nouveau-nés, les élèves sages-femmes, et il n'est pas possible d'en trouver d'autre que la voie pulmonaire. Tel est le raisonnement présenté par M. Hervieux; telle est aussi, paraît-il, l'opinion de M. Bouchard qui, consulté à ce sujet par M. Hervieux, aurait déclaré se rallier à cette manière de voir.

La discussion ne s'en tiendra pas là. Plusieurs orateurs se sont fait inscrire pour avoir la parole.

La première partie de la séance a été occupée par une communication de M. le professeur G. Sée sur l'emploi, en thérapeutique, des sels de calcium. Nous donnons plus loin les conclusions de ce travail, sur lequel M. G. Sée doit revenir dans la prochaine séance. Mais cette première partie a déjà donné lieu à quelques observations de MM. Dujardin-Beaumetz et Laborde, que l'on trouvera au compte rendu. Retenons cette observation très juste de M. Laborde que, lorsqu'il s'agit d'un médicament nouveau, avant d'en étudier les effets thérapeutiques, il faut être bien sûr de sa fixité chimique. Tel n'est pas le cas, paraît-il, pour certains sels de calcium.

M. Ferrand a lu un travail intéressant sur l'emploi de la glycérine comme traitement des calculs biliaires. D'après les expériences qu'il a faites sur les animaux et les observations cliniques qu'il a pu recueillir, la glycérine agirait d'une façon beaucoup plus efficace que l'huile d'olive. Ajoutons qu'elle est infiniment moins désagréable à prendre. On trouvera plus loin les conclusions de ce travail.

M. le Président a déclaré deux vacances de membre titulaire, l'une, dans la section de thérapeutique, en remplacement de M. Féréol, l'autre, dans la section d'accouchements, en remplacement de M. Barthez.

HOPITAL SAINT-ÉLOI SUBURBAIN. — M. Grasset.

Un cas d'aérocèle bilatérale du cou chez un phthisique.

Par L. Imbert, interne des hôpitaux de Montpellier.

I

Le nommé H. L..., cinquante et un ans, entre à l'hôpital Saint-Éloi suburbain, salle Fouquet, n° 14, service de M. le professeur Grasset, le 2 février 1892. Cet homme a exercé successivement diverses professions pénibles, mineur, homme de peine, etc., qui l'ont exposé à de fréquents refroidissements; le père est mort à cinquante-cinq ans, d'une affection aiguë de la poitrine; lui-même était très sujet aux bronchites; pas d'autres antécédents personnels, sauf des accès de fièvres intermittentes, il y a vingt-cinq ans.

La maladie actuelle remonte à six ans; le début a eu lieu par une bronchite survenue à la suite d'un travail violent et prolongé, suivi d'exposition au froid. Deux ou trois jours après, dit-il, il cracha le sang en grande abondance pendant quatre ou cinq jours. L'hémoptysie arrêtée, il n'en continua pas moins à tousser; la toux, d'abord légère et peu profonde, s'accompagna d'expectoration peu abondante, et, peu de temps après, il fut pris de sueurs nocturnes; néanmoins, pendant de longs mois encore, l'état général se conserva satisfaisant, le malade put continuer son travail sans trop se ressentir de son affection; ses forces étaient conservées, l'appétit était bon, il n'y avait pas d'amaigrissement notable. Il y a deux ans environ, sans cause appréciable, il fut pris d'une seconde hémoptysie, beaucoup moins abondante que la première; il cracha le sang pendant quelques heures seulement; mais les suites de cet accident furent beaucoup plus

mauvaises que lors de la première hémoptysie; l'état général commença à décliner rapidement; il fut contraint, à cette époque, d'abandonner ses pénibles occupations; la toux devint plus fréquente, l'expectoration plus abondante; les forces et l'appétit diminuèrent progressivement; l'amaigrissement fit rapidement des progrès notables.

Actuellement, le malade est faible, très amaigri; le moindre travail est suivi d'un essoufflement rapide; la toux est très fréquente, quinteuse, pénible, et l'expectoration très abondante. Il y a de la submatité sous les deux clavicules avec gros craquements humides dans la même région et dans les fosses sus et sous-épineuses. L'examen des crachats dénote la présence d'une grande quantité de bacilles. Cependant, les sueurs nocturnes ont disparu depuis plusieurs mois.

La région antérieure du cou, très amaigrie, comme tout le reste du corps, offre des reliefs musculaires très accusés, le sterno-cléido-mastoïdien et ses deux faisceaux d'insertion inférieure forment une saillie très marquée et la veine jugulaire externe, un peu dilatée, dessine son trajet avec une grande netteté, principalement pendant les efforts. A l'état de repos, il est impossible de découvrir aucune saillie anormale, ni à la vue, ni au toucher.

Lorsque le malade s'est fatigué ou après de violents efforts de toux, il ressent une sensation de constriction tout autour de la partie inférieure du cou; mais il ne s'est jamais aperçu que son cou augmentât de volume pendant les efforts. Lorsqu'il tousse ou lorsqu'il fait une expiration forcée, on voit apparaître brusquement, de chaque côté de la trachée, une tumeur qui disparaît rapidement et spontanément dès que l'effort a cessé.

Voici d'abord les caractères généraux communs à ces deux tumeurs : Il n'y a jamais eu de traumatisme ayant porté sur la région. Les tumeurs apparaissent simultanément pendant la toux ou les efforts; leur apparition est brusque et leur disparition est tout aussi rapide dès que l'effort a cessé; elles sont complètement indolentes; la peau est intacte à leur niveau et elles ne sont nullement crépitantes; leur résistance est très notable et le doigt s'oppose difficilement à leur expansion; enfin, au moment de leur maximum de volume, la percussion donne un tympanisme très net. Lorsque le stéthoscope est appliqué sur la tumeur, on ne perçoit aucun bruit anormal au moment de sa dilatation; mais, dès que l'effort a cessé, lorsque la tumeur revient sur elle-même, on entend très nettement de gros râles muqueux ou plutôt de véritables gargouillements, analogues à ceux qui résultent de la réduction d'une hernie intestinale. Ces gargouillements sont même perçus, quoique bien obscurément, par la main appliquée sur la tumeur. La circonférence du cou augmente environ de 2 centimètres lorsque les tumeurs se produisent. Par la compression latérale assez énergique de la trachée au-dessous du cartilage cricoïde, on s'oppose, dans une certaine mesure, à l'issue de la tumeur; en outre, il semble que la trachée soit légèrement repoussée en avant à chaque effort de toux; mais ces derniers signes ne sont pas assez nets pour que l'on puisse affirmer l'existence d'une communication à la partie postérieure et supérieure de la trachée. Enfin, dans l'intervalle des efforts de toux, il est impossible de percevoir une tuméfaction quelconque à la place de la tumeur.

A droite, la tumeur a approximativement le volume d'un œuf; elle est manifestement sous-jacente au muscle sterno-cléido-mastoïdien et fait une saillie très accusée en arrière du muscle, et, plus bas, entre ses deux faisceaux d'insertion; elle est allongée de haut en bas, et s'étend de la clavicule jusqu'à l'angle du maxillaire inférieur. Elle est assez nettement divisée en deux lobes, l'un supérieur, l'autre inférieur; entre les deux, lors de son maximum d'expansion, c'est-à-dire pendant les violents efforts de toux, on sent une corde rigide qui est évidemment le muscle omo-hyoïdien en état de contraction. Superficiellement, on voit nettement la veine jugulaire externe un peu dilatée, gorgée de sang pendant les efforts de toux, mais nettement distincte de la tumeur elle-même.

Du côté gauche, la tumeur a un volume moindre; elle est environ moitié plus petite; elle occupe aussi la région du sterno-cléido-mastoïdien, débordant assez largement le bord postérieur du muscle. Comme celle du côté droit, elle est lobulée et présente deux bosselures très nettes : l'inférieure, de la grosseur d'une noix, est située immédiatement au-dessus de la clavicule et en arrière du chef claviculaire du sterno-cléido-mastoïdien; la seconde, grosse comme un œuf de pigeon, est située au-dessus de la première, au-dessous et en arrière de la grande corne de l'os hyoïde. Entre les deux bosselures, on sent très nettement, pendant les efforts, une corde tendue qui n'est autre chose que l'omo-hyoïdien et qui est la cause évidente de la formation en bissac. La tumeur n'est, pas plus que du côté droit, influencée par la compression veineuse de la base du cou.

M. le docteur François, qui a bien voulu pratiquer l'examen laryngoscopique, est arrivé aux résultats suivants : Ulcération petite au sommet du cartilage aryténoïde droit; paralysie de la corde vocale gauche provenant d'une lésion du crico-aryténoïdien postérieur. La voix et la toux ont un caractère faible, un peu rauque. Au cœur, pas de bruits anormaux.

Les tumeurs observées chez notre malade nous paraissent présenter incontestablement les caractères des tumeurs gazeuses du cou; le changement brusque de volume, l'augmentation considérable pendant les efforts, la sonorité, etc., ne nous paraissent pas devoir laisser de doute. Elles ne sauraient, du reste, être confondues, ni avec une tumeur solide, ni avec une collection liquide quelconque; le goître anévrysmatique s'élimine par une foule de signes : le siège de la tumeur, la dilatation brusque, l'absence de battements, etc. Deux affections seulement doivent nous arrêter un instant : pneumocèle et tumeur veineuse du cou. Nous avons vu que les veines jugulaires externes étaient anormalement dilatées et même ampullaires sur certains points; il ne serait donc pas impossible que les veines jugulaires internes eussent acquis un volume suffisant pour donner lieu, pendant les efforts, à deux tumeurs aussi volumineuses. Il ne nous semble pas cependant, pour plusieurs raisons, que l'on doive s'arrêter à cette hypothèse : les tumeurs veineuses ne sont jamais complètement réductibles; on sent toujours, à la place qu'elles occupaient, une tuméfaction plus ou moins vague et diffuse, qui faisait complètement défaut chez notre malade; de plus, elles n'ont pas cette brusquerie d'expansion et cette disparition rapide que nous avons signalées; leur réplétion, aussi bien que leur déplétion, se fait avec plus ou moins de rapidité, mais toujours progressivement. En outre, les ectasies veineuses se gorgent de sang et forment tumeur lorsque l'on comprime la partie du vaisseau la plus rapprochée du cœur, ce qui n'existait pas chez notre malade. Enfin, deux caractères absolument démonstratifs nous ont permis d'éliminer radicalement l'idée de tumeur veineuse : c'est, d'une part, la sonorité tympanique, qui est un signe évident de contenu gazeux; d'autre part, le bruit de gargouillement, que nous avons très nettement perçu pendant la réduction de la tumeur, et qui prouve, non moins incontestablement, la présence de l'air. Quant à la hernie du poumon, elle nous paraît devoir être éliminée par la bilatéralité des lésions et par l'absence de crépitation.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Influence de la tension intra-rénale sur les fonctions du rein.

Par M. le professeur Félix GUYON.

(Note communiquée à l'Académie des sciences.)

La mise en tension a été réalisée par la pression obtenue en mettant l'uretère en communication avec un manomètre à mercure ou par la simple ligature de l'un de ces conduits.

Lorsque l'uretère est en communication avec le manomètre, on voit la colonne de mercure s'élever rapidement.

Elle atteint 40 millimètres en vingt ou vingt-cinq minutes; en une heure la pression est de 66 à 70, et peut arriver à 73, mais ne paraît pas dépasser ce maximum. A peu près stationnaire pendant une heure ou une heure trente minutes, elle oscille de 65 à 70, et, après quatre heures trente minutes, de 46 à 44.

Heidenhain est arrivé à peu près au même résultat pour la tension maximum qu'il évalue à 64 millimètres; mais des chiffres très inférieurs ont été donnés. Lœbell a indiqué comme tension maximum, dans un uretère ligaturé, 7 à 10 millimètres de mercure et Gréhant 14. Mais la pression ne fut mesurée par cet habile expérimentateur que quarante-huit heures après la ligature et, dans les cas de Lœbell, « un certain temps après ». Ces résultats intéressants s'ajoutent donc aux nôtres pour montrer que la pression maximum ne se maintient que fort peu de temps et qu'elle est destinée à successivement décroître.

Dans trois ligatures de l'uretère faites sur des chiens, nous avons, en effet, trouvé, après vingt-six jours, 11 millimètres; après soixante-douze jours, 3 millimètres, et après quatre mois quinze jours, 3 millimètres.

Il faut donc établir une distinction entre la pression primitive et la pression secondaire, si l'on veut se rendre compte des résultats que détermine, suivant son degré, la tension intra-rénale.

Nous avons mesuré la quantité de l'urine excrétée par un rein dont l'uretère fut oblitéré pendant quatre heures et comparée à la quantité produite par l'autre rein, pendant le même temps. Un chien de 8 kilos a donné, du côté libre, 11^{cc},40, et du côté soumis à la pression, 2,50.

Sous la seule influence de la pression, il y a donc diminution considérable de la sécrétion. En faisant la part de l'œdème péri-rénal et de l'absorption, il reste encore à l'actif de la pression une influence que tous les expérimentateurs admettent. Nous avons, de plus observé que, lorsque la pression est supprimée, la sécrétion reparaît rapidement et qu'il y a même une polyurie temporaire très accentuée.

Les changements de composition chimique se manifestent aussi dès le début de l'expérience; je ne donne que la mesure de l'urée.

L'urine recueillie chez un chien, après une heure et demie, la pression ayant atteint 73 millimètres, contenait 27,32 d'urée, tandis que l'urine de la vessie, prise avant l'expérience, en renfermait 35,13. Si la diminution immédiate paraît constante, elle ne se montre pas toujours dans les mêmes proportions; après quatre heures de fermeture, elle n'était que de 1 gramme chez un autre chien. Elle est destinée à s'accentuer et devient extrême lorsque la pression continue à s'exercer, même à un degré beaucoup moindre. Nous avons suivi cette décroissance en sacrifiant des animaux dont l'uretère avait été lié depuis trois jours, jusqu'à trois mois, et constaté, par exemple, chez un chien tué le vingt-septième jour, 1,28 au-dessus de la ligature et 33,5 dans la vessie. J'ai observé ces énormes diminutions dans de nombreuses analyses faites chez l'homme. Le liquide recueilli par une ponction dans un cas d'uropyonévrose donne 1,30, l'urine de la vessie 12,81; chez un malade dont le rein avait été ouvert deux ans auparavant, et qui conserve une fistule, l'urine du rein donne 3,34 et celle de la vessie 23,06.

J'ai voulu ajouter, à ces renseignements, les résultats fournis par l'analyse comparative du liquide rénal examiné au moment de l'opération, et plusieurs mois après; la quantité d'urée augmente quelque peu, mais dans de faibles proportions.

Une malade, néphrotomisée le 7 novembre 1891, avait 21,48 d'urée dans la vessie et 1,30 dans le rein. Le 7 janvier, 14 dans la vessie et 3,20 dans le rein opéré.

J'ai examiné d'autres malades, dans les mêmes conditions, avec des résultats analogues, et je puis conclure que, lorsqu'il n'est plus soumis à la tension, le rein retrouve, jusqu'à un certain point, la faculté d'élimination, mais ne la reprend que très imparfaitement. Il s'agit, il est vrai, de reins pathologiques; mais, chez des sujets dont le rein avait cessé de faire de l'urine et ne contenait que du pus, la faculté de filtration reprend, à un tel degré, après l'opération, que l'urine inonde les pansements.

L'influence de la tension intra-rénale, sur le rein opposé à celui mis en expérience, mérite d'être examinée.

Nous avons recueilli, de vingt minutes en vingt minutes, pendant deux heures, puis de demi-heure en demi-heure, pendant deux heures et demie, l'urine sécrétée par le rein droit, alors que le gauche était soumis à la pression; chacun de ces échantillons a été analysé. Pendant la première heure, la quantité d'urine n'a, pour ainsi dire, pas varié, le chiffre de l'urée s'est abaissé de 44 à 33. La pression arrivant alors à 70 et oscillant pendant une heure jusqu'à 65, la quantité d'urine qui n'était que de 1^{cc},30 par vingt minutes, s'est relevée jusqu'à 3^{cc},60; le chiffre de l'urée a varié de 33 à 24. Dans la troisième heure, la pression a été de 52 à 60, mais la quantité d'urine est descendue à 1^{cc},60, puis à 0^{cc},80; dans la quatrième heure, elle s'abaissait encore et tombait dans la dernière demi-heure à 0,30, tandis que la moyenne de l'urée restait à 29.

Ainsi, le rein opposé, après avoir été indifférent pendant la première heure, a exercé une action compensatrice dans la deuxième; mais ses fonctions, modifiées dès la troisième heure, n'ont cessé d'être troublées jusqu'à la fin de l'expérience.

Nous avons soumis à une contre-pression brusque et intense de 160 millimètres de mercure le rein gauche et constaté que le rein droit qui, avant toute pression, rendait en un quart d'heure 6 centimètres cubes, n'en donnait dans le premier quart d'heure que 5 centimètres cubes et 3 centimètres cubes dans le troisième. L'urée, qui était à 25,03 avant la pression, descendait à 23,08 et à 20,50.

Je n'insisterai pas sur les lésions anatomiques, car nos recherches nous ont conduit aux mêmes résultats que ceux déjà établis par MM. Charcot et Gombault, Straus et Germont, Albarran. Je dirai seulement que, alors même que la ligature est aseptique, la substance rénale est destinée à se modifier, puis graduellement à disparaître. Aussi ai-je déjà proposé de substituer la ligature aseptique de l'uretère à la néphrectomie, dans les cas d'arrachement de ce conduit.

Chez un chien auquel nous avons arraché et lié aseptiquement l'uretère gauche, j'ai trouvé, après quatre mois et demi, le rein encore hydronéphrosé, avec 200 grammes de liquide et 1,30 d'urée; son tissu le plus épais n'a que 0,002; au microscope, il y a, dans certains endroits, quelques tubes englobés dans un tissu fibreux; dans d'autres, il n'y a plus que quelques glomérules sans trace de tubes urinifères.

Le rein allait donc disparaître, il contenait cependant une forte proportion de liquide. Cohneim a admis que, dans ces conditions, on n'observe que des hydronéphroses

moyennes, tandis que les hydronéphroses considérables se constituent lorsque l'obstacle urétéral est incomplet. J'étais également arrivé à cette opinion et l'ai vérifiée expérimentalement. Il m'a été donné d'ailleurs d'enlever une hydronéphrose contenant 5 litres de liquide et de constater que l'uretère était rétréci, mais non oblitéré, et que le tissu rénal était conservé sur bien des points de cette énorme poche ; des hydronéphroses vraiment volumineuses peuvent néanmoins se constituer après fermeture complète de l'uretère.

Sur un chien de 21 kilogrammes, j'ai trouvé 290 grammes de liquide après deux mois, ce qui, toute proportion gardée, équivaudrait à une volumineuse hydronéphrose chez l'homme.

Si l'on se rappelle à quel degré s'abaisse la tension et si l'on tient compte de sa diminution relative, dès les premières heures et dès les premiers jours, des effets de la compression, on comprendra que le rein puisse, en partie, reprendre ses fonctions sécrétantes, alors même qu'il reste fermé. Mais la décompression, qui permet la filtration aqueuse, ne rétablit pas l'élimination de l'urée ; nous en avons donné la preuve. Mes expériences et les résultats de mes opérations montrent que, lorsque le rein n'est plus seulement modifié physiologiquement par une pression temporaire, mais que les lésions de sa substance sont faites, son pouvoir éliminateur est, pour ainsi dire, aboli, tandis que la faculté de filtrer lui est encore conservée. L'observation des prostatiques qui, avec un minimum de substance rénale, sont polyuriques, mais dont les urines sont très pauvres en urée, témoigne dans le même sens. Sans m'arrêter au côté purement physiologique et chercher si ces faits apportent une contribution à la théorie qui tend à établir l'indépendance de l'élimination aqueuse et de l'excrétion des parties solides de l'urine, je ferai remarquer que ces constatations sont de nature à permettre d'accorder, à la diminution progressive et permanente de l'urée, une grande valeur séméiologique. Elles peuvent servir au diagnostic délicat des altérations du rein et contribuer à résoudre le problème si difficile de la mesure de l'insuffisance rénale chez les urinaires.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mars 1892. — Présidence de M. REGNAULD.

COMMUNICATIONS

De l'emploi des sels de calcium. — M. GERMAIN SÉE fait, sur ce sujet, une communication dont voici les conclusions :

1° Pour introduire de la chaux d'une manière sûre dans l'organisme, il faut prescrire les sels de calcium, le bromure et surtout le chlorure de calcium, qui contient plus du tiers de calcium. Les préparations de chaux usuelles sont incertaines, parce qu'elles sont absorbables au minimum ; elles sont, en effet, éliminées en très petite quantité, ce qui prouve qu'elles ont à peine passé par le sang. Elles passent, au contraire, en presque totalité par les intestins et sont rejetées au dehors sans avoir agi.

2° L'iodure et le bromure de calcium sont des sels qui conviennent particulièrement pour faire agir l'iode et le brome sur l'organisme. En effet, la proportion de l'iode et du brome y est plus élevée que dans tout autre sel. D'autre part, le calcium employé pour neutraliser le brome où l'iode n'a pas les propriétés actives, souvent gênantes, du potassium, ni l'inertie du sodium.

3° Le bromure et le chlorure de calcium s'appliquent à un grand nombre de dyspepsies et de lésions stomacales ; nous poserons prochainement les indications précises de ces nouveaux remèdes et du nouveau régime qui convient à l'estomac.

4° C'est encore le calcium qui agit favorablement sur l'estomac, lorsqu'on substitue l'iodure de calcium à l'iodure de potassium. Tous deux agissent merveilleusement sur la respiration, le cœur et les maladies spécifiques. Mais l'iodure de calcium, qui s'emploie, d'ailleurs, à une dose moindre, est parfaitement supporté par les organes digestifs, tandis que le potassium leur est manifestement préjudiciable.

Il y a donc une indication spéciale pour chacun des trois sels halogènes de calcium, mais aussi une indication commune, en tant que médicament gastrique ; cette propriété remarquable se maintient partout.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ est d'accord avec M. G. Sée, sur l'inanition calcaire dont il a parlé, et sur la nécessité de donner aux enfants des aliments calcaires. Mais il ne faut pas, pour cela, s'adresser aux préparations pharmaceutiques ; il faut avoir recours à des phosphates déjà assimilés, tels qu'ils se trouvent dans les végétaux. Les phosphates, tels qu'on les prépare en pharmacie, passent dans les urines et dans les matières fécales, sans faire pénétrer aucune substance calcaire dans l'économie.

M. GERMAIN SÉE fait observer que le chlorure de calcium passe dans le sang et est parfaitement absorbé.

M. CONSTANTIN PAUL rappelle qne la question des phosphates est jugée depuis longtemps ; il faut faire exception pour le lactate de chaux, qui est excellent chez l'enfant.

M. LABORDE regrette le parallèle qu'a établi M. G. Sée entre le bromure de strontium et le bromure de calcium. Il ne veut pas s'occuper de la question thérapeutique, encore trop difficile à juger ; il ne veut envisager que les substances en elles-mêmes. Or, le bromure de strontium est une substance inaltérable, parfaitement fixe, tandis que l'iodure de strontium, par exemple, s'altère très rapidement à l'air et qu'il est impossible, actuellement, de se procurer une préparation stable d'iodure de strontium. Le bromure de calcium est également très instable, et on ne peut, en aucune façon, compter sur une substance aussi altérable.

LECTURE

De l'application de la glycérine au traitement des coliques hépatiques. — M. FERRAND lit un travail sur ce sujet, dont voici les conclusions :

1° La glycérine, administrée par l'estomac, est absorbée en nature par les voies lymphatiques, notamment par les vaisseaux, qui vont de l'estomac au hile du foie et à la vésicule biliaire ; on la retrouve jusque dans le sang des veines sus-hépatiques.

2° C'est un puissant cholagogue et un agent précieux contre les coliques hépatiques.

3° A dose relativement massive (de 20 à 30 grammes), la glycérine détermine la fin de la crise.

4° A dose légère (5 à 15 grammes), la glycérine prise chaque jour, dans un peu d'eau alcaline, prévient de nouvelles attaques.

5° La glycérine, sans être un lithontriptique, est donc le médicament par excellence de la lithiase biliaire.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE

M. HERVIEUX admet avec M. Guéniot que des femmes enceintes peuvent être contaminées par le voisinage de cabinets d'aisance. Il invoque, à ce sujet, le témoignage de M. Bouchard qu'il a consulté et qui lui a répondu qu'il admettait que les émanations putrides, provenant d'un cabinet d'aisances, contenaient des streptocoques pouvant être absorbés par les alvéoles pulmonaires. M. Hervieux cite, en outre, un passage du livre de MM. Charcot et Bouchard, où il est dit que les voies pulmonaires peuvent servir de porte d'entrée à des agents infectieux, alors même que la muqueuse pulmonaire est intacte. Ces citations justifient pleinement l'opinion défendue dans la dernière séance par M. Guéniot et que M. Hervieux a, depuis longtemps, soutenue. Il est hors de doute que la voie génitale est celle par

laquelle pénètrent le plus habituellement les agents pathogènes de l'infection puerpérale; mais ces mêmes agents peuvent aussi pénétrer dans l'économie par les voies pulmonaire et cutanée.

A l'appui de cette manière de voir, M. Hervieux invoque les faits qu'il a observés à la Maternité, à une époque où elle était devenue un tel foyer d'infections puerpérales qu'on a été sur le point d'en décider la suppression; *delenda Carthago*, disait-on; mais l'antisepsie est arrivée et, grâce à elle, la Maternité est encore debout et les femmes n'y meurent plus. La contagion de la fièvre puerpérale s'y exerçait d'une façon médiate par les mains de l'accoucheur, les pièces de pansement, les instruments, etc., mais ce n'en était pas là les seules causes, ainsi que M. Hervieux l'a déjà prouvé dans un travail qu'il a communiqué à l'Académie, en 1883, sur l'influence de l'état sanitaire des Maternités. (Voy. *Gazette des hôpitaux* 1883, p. 1019.)

Ce travail était basé sur une statistique de 16173 accouchements pratiqués à la Maternité, du 1er janvier 1861 au 31 décembre 1872. Sur ce nombre, il y en a eu 5 236 avant terme, soit environ 32 p. 100. Tandis que la moyenne de ces accouchements prématurés a été, pour les six premières années, de 33,96 p. 100, elle a été seulement de 27,56 p. 100 dans les six dernières. En recherchant l'explication de ces faits, M. Hervieux a constaté que le plus grand nombre des accouchements prématurés était en parfaite concordance avec l'élévation de la mortalité des femmes en couches par la fièvre puerpérale. Quand l'un de ces chiffres s'abaissait, l'autre s'abaissait également. Il fallait donc admettre que c'était la même cause qui agissait à la fois sur la mortalité des femmes en couches et sur les accouchements prématurés. On savait déjà depuis longtemps que les accouchements prématurés pouvaient avoir pour cause une septicémie puerpérale contractée par la femme enceinte. La statistique établie par M. Hervieux confirme absolument cette manière de voir. Or, on ne saurait ici invoquer de plaie, ni de manœuvre opératoire, pour expliquer l'introduction de l'agent infectieux. Quelle voie d'introduction, autre que la voie pulmonaire, pourrait-on ici incriminer?

Cette influence funeste de la fièvre puerpérale dans les Maternités ne se faisait, d'ailleurs, pas seulement sentir sur les femmes enceintes, mais aussi sur les nouveau-nés, les élèves sages-femmes, le personnel. M. Hervieux en a observé bien des exemples pendant son séjour à la Maternité. Il y a eu des époques où il pouvait dire avec le fabuliste : « Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés. » Il rappelle la thèse de Lorain sur la fièvre puerpérale des nouveau-nés. Pendant ces terribles épidémies de la Maternité, combien M. Hervieux n'a-t-il pas vu, chez les nouveau-nés, de péritonites suppurées, de pleurésies suppurées, de phlébites ombilicales, etc., etc., et toujours la même concordance entre la fréquence de ces cas et la plus grande mortalité des femmes en couches par la fièvre puerpérale. Or, dans tous ces cas, par quelle voie pouvait s'introduire le streptocoque sinon par la voie pulmonaire? Ces lésions des nouveau-nés ont disparu de la Maternité en même temps que la septicémie puerpérale.

M. Hervieux cite encore l'exemple des élèves sages-femmes qui, à cette époque, étaient fréquemment atteintes d'érysipèles, de scarlatines, de péritonites infectieuses, toutes affections qui ont disparu quand l'état sanitaire a été amélioré. Quelle a été encore, dans ces cas, la voie d'introduction des streptocoques? M. Hervieux admet, avec M. Bouchard, que certaines de ces jeunes femmes ont pu contracter ces accidents pendant qu'elles avaient leurs règles. Mais pour celles qui ne les avaient pas, il faut bien encore admettre l'introduction par la voie pulmonaire. Mêmes observations à propos du personnel des surveillantes. Enfin, il n'est pas jusqu'à M. Hervieux lui-même qui, à l'époque où la mortalité par la fièvre puerpérale a été le plus élevée (19 p. 100) à la Maternité, n'ait à son tour contracté un rhumatisme polyarticulaire infectieux que M. Vigla, qui lui donnait ses soins, n'a pas hésité à attribuer à un empoisonnement contracté dans les salles de la Maternité.

Du jour où ont été installés dans ces salles les vaporisateurs phéniqués, une amélioration considérable a été aussitôt constatée, non seulement pour les femmes en couches, mais aussi pour les femmes enceintes, les nouveau-nés, les sages-femmes et le personnel.

M. Hervieux croit donc pouvoir tirer de ces faits la conclusion suivante :

Sans aucun doute, la voie génitale est une porte d'entrée pour l'agent pathogène de la septicémie puerpérale, mais ce n'est pas la seule voie par laquelle cet agent puisse pénétrer dans l'économie; il peut aussi s'y introduire par la voie pulmonaire ou par la voie cutanée, ainsi que le prouvent les faits nombreux qui viennent d'être rapportés.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine (1) publié sous la direction de MM. Charcot, Bouchard et Brissaud. T. II : par MM. Thoinot, L. Guinon, G. Thibierge, A. Gilbert, H. Richardière.

Le second volume du « Traité de médecine », publié sous la direction de MM. Charcot, Bouchard et Brissaud, renferme l'histoire des fièvres éruptives, des affections cutanées et syphilitiques, des maladies du sang et des intoxications.

M. Thoinot a été chargé du typhus exanthématique; il avait, pour la rédaction de ce chapitre, le rare avantage d'avoir observé et étudié, à l'île Tudy, dans le Finistère, en 1891, une épidémie de cette maladie. Son exposé est méthodique et de lecture aisée. Il n'est pas mauvais que, lorsqu'il s'agit d'une maladie qu'on n'a guère l'occasion d'observer soi-même, l'histoire en soit tracée d'une façon un peu schématique.

M. L. Guinon était chargé des fièvres éruptives. Aux trois fièvres exanthématiques fondamentales se trouvent réunies, cela va de soi, la varicelle, la vaccine et la rubéole. On a aussi compris dans le même groupe, et c'est leur place naturelle, la suette miliaire, les oreillons et l'érysipèle.

La description des fièvres éruptives n'est pas chose facile à faire à cause de la multiplicité des formes de la succession des périodes. Il est malaisé d'être à la fois clair et complet. M. L. Guinon s'est, le mieux du monde, tiré de cette tâche difficile; on ne pouvait guère faire mieux. Il est certain que des commençants saisiront toujours plus aisément l'évolution et l'aspect général des fièvres éruptives dans les cliniques de Trousseau, que dans le traité de pathologie le mieux fait; mais Trousseau n'était point limité par l'espace et son original talent de description n'avait pas à se contraindre dans le cadre et les dimensions d'un chapitre de traité théorique. A celui-ci il faut demander une mise au point consciencieuse des questions, une division nette et logique, une exposition sobre et précise. Ces qualités se trouvent, à un haut degré, dans les chapitres rédigés par M. L. Guinon.

M. G. Thibierge a été chargé des maladies vénériennes et cutanées. L'histoire de ces maladies, des affections cutanées en tout cas, n'est pas faite habituellement dans les traités de médecine. Cela tient sans doute, d'une part, à ce que les auteurs de ces traités ne sont pas suffisamment préparés à écrire l'histoire de ces affections particulières, et, d'un autre côté, à ce qu'il est très difficile de faire un résumé de dermatologie. La multiplicité des collaborateurs permettait, ici, de confier la rédaction des maladies de la peau à un auteur adonné à leur étude; pouvait-on faire, à ce point de vue, un meilleur choix que celui de M. Thibierge?

La dermatologie a été très remuée, très modifiée depuis dix ans d'ici; c'est une science en pleine évolution. De là une difficulté particulière pour en faire l'exposé en abrégé. L'auteur s'est très bien tiré d'affaire. Il faut le louer de n'avoir jamais oublié

(1) In-8°. Prix du volume : 18 francs. — Paris, G. Masson.

qu'il ne parlait pas à des spécialistes et que le lecteur ne devrait chercher dans son article que des notions précises, bien qu'élémentaires.

Élève de M. Hayem, habitué de longue date sous sa direction à l'étude du sang et de ses maladies, M. A. Gilbert réunissait toutes les conditions requises pour bien écrire le chapitre du Traité attribué à la pathologie du sang. La première partie est consacrée à la technique de l'examen du sang; état physique, état histologique, état chimique, état bactériologique. La seconde traite de la séméiologie; en voici les grandes divisions : 1° présence dans le sang d'éléments parasitaires; 2° présence dans le sang d'éléments anormaux empruntés à l'organisme même; 3° modifications des éléments normaux du sang; 4° modifications de la fibrine et du processus de coagulation; 5° modifications du sérum sanguin. Vient enfin, dans une troisième partie, l'exposé des maladies spéciales du sang : la chlorose, l'anémie pernicieuse progressive, la lymphadénie avec ou sans leucémie.

Toute cette pathologie du sang est de nature à faire honneur au Traité, dont elle est partie intégrante : on y retrouvera les qualités maîtresses de M. Gilbert, le savoir et la lucidité, non sans une pointe personnelle d'originalité.

Les intoxications, par M. H. Richardière, terminent le volume. En dehors de l'empoisonnement par les métaux et les métalloïdes (plomb, mercure, arsenic, phosphore), on trouvera l'histoire de l'alcoolisme, de l'empoisonnement par l'opium et la morphine, par la cocaïne, le tabac et la nicotine, par l'oxyde de carbon, les champignons alimentaires. Un élève de M. Brouardel ne pouvait pas oublier les empoisonnements alimentaires.

L'impression qui résulte de la lecture de ce chapitre est celle de la clarté et de la simplicité. L'auteur n'a visé qu'à exposer les faits les plus importants, les plus caractéristiques, et à le faire avec méthode et netteté. Il y a réussi. Ses lecteurs regretteront peut-être qu'on ne lui ait attribué qu'un espace un peu restreint.

Les auteurs, qui figurent dans ce second volume, ont certainement des façons d'être très différentes; cependant, leur œuvre présente des qualités analogues. La préparation des concours, qui a, sans doute, ses mauvais côtés, et qui joue un si grand rôle dans l'éducation médicale à Paris, a, au moins, l'avantage de rendre ceux qui sortent de ses engrenages ou qui y sont pris encore, particulièrement aptes à collaborer à une œuvre semblable à celle que publie actuellement la librairie Masson.

A. M.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique (1), publiée sous la direction de M. J. Rochard.

Les deux fascicules de l' « Encyclopédie d'hygiène » qui viennent de paraître sont consacrés à l'hygiène rurale. Cette hygiène spéciale est très négligée dans la plupart des traités, bien que des travaux de valeur lui aient été consacrés. La population rurale représente la partie la plus saine et la plus vivace de la nation; c'est par elle qu'elle se retrempe, c'est par elle qu'elle prend en quelque sorte racine dans la terre. Les villes, si séduisantes, ne sont que des gouffres dans lesquels viennent s'engloutir, en proportion toujours plus grande, les générations successives. Il n'est donc que juste de donner une grande attention à l'hygiène si négligée des campagnes; il importe de sauvegarder la santé des paysans. Ils représentent la réserve de notre vigueur nationale.

Malheureusement, le paysan est difficile à atteindre; il est ignorant, routinier, insouciant et, ce qui est pis encore, ironiquement rebelle aux progrès de l'hygiène. Dans les grandes agglomérations, dans les grandes institutions (guerre, marine, etc.), les travaux qui ont l'hygiène pour but sont assez facilement acceptés et exécutés, parce qu'ils sont discutés et imposés par quelques-uns à la collectivité. Dans les campagnes, l'individualisme triomphe, trop souvent dans la splendeur du malpropre et du nuisible. Les habitations, les eaux de boisson, par exemple, ne sont pas suffisamment protégées contre les contaminations d'origine excrémentitielle. Il importe d'éclairer les intéressés sur les nécessités de l'hygiène. C'est un rôle qui appartient de droit aux médecins; c'est un rôle qu'ils négligent ou dédaignent trop souvent.

Les gens de bonne volonté trouveront dans l'article de M. Drouineau des indications simples et précises.

A. M.

(1) T. IV, fasc. XIX et XX. Prix du fascicule, 3 fr. 50; l'ouvrage complet à forfait (8 volumes), 150 francs; les 20 premiers fascicules sont en vente. — Paris, Ve Babé et Cie.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Décision ministérielle relative à l'appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale en 1892.

A la date de ce jour, le Ministre de la Guerre a décidé que l'appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale en 1892 aurait lieu dans les conditions suivantes :

Réserve. — 257 médecins seront convoqués, savoir : 25 médecins-majors de deuxième classe, 54 médecins-majors de première classe; 178 médecins aides-majors de deuxième classe.

Ils seront appelés par moitié en deux séries : la première, du lundi 16 mai au dimanche 12 juin; la deuxième, du lundi 5 septembre au dimanche 2 octobre.

Armée territoriale. — 300 médecins seront convoqués, savoir : 50 médecins-majors de deuxième classe; 250 médecins aides-majors de deuxième classe.

Ils seront également convoqués par moitié en deux séries : la première, du lundi 16 mai au dimanche 29 mai; la deuxième, du lundi 5 septembre au dimanche 18 septembre.

Les médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils seront affectés, quel que soit leur domicile.

Toutefois, les médecins affectés à l'Algérie et à la Tunisie et résidant en France pourront être appelés dans le corps d'armée où ils sont domiciliés.

Le choix des commandants de corps d'armée devra porter de préférence :

1° Sur les médecins qui n'ont pas encore été convoqués, en commençant par les plus jeunes de grade;

2° Sur ceux qui, réunissant les conditions d'ancienneté nécessaires, auront demandé à faire un stage afin de pouvoir bénéficier des dispositions du décret du 19 décembre 1889.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée.

Les intéressés seront d'ailleurs prévenus que ceux qui ne pourraient accomplir leur stage pendant la première période, l'accompliraient pendant la seconde et inversement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 mars 1892, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Olivier, ancien médecin de deuxième classe de la marine.

— *Hôpitaux de Poitiers.* — M. le docteur Pouliet, chirurgien titulaire de l'Hospice général, démissionnaire, est promu à l'honorariat. — M. le docteur Chrétien, médecin auxiliaire des hôpitaux, est nommé chirurgien titulaire de l'Hospice général. — M. le docteur Comte est nommé médecin auxiliaire des hôpitaux.

— Le concours, ouvert à l'hospice Saint-André (de Bordeaux), pour une place de chef de clinique chirurgicale, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Binaud.

— Une épidémie de fièvre typhoïde s'était déclarée, en décembre dernier, à Bord-Saint-Georges (Creuse) et avait disparu en janvier. Aucune des mesures prescrites par le médecin des épidémies n'ayant été prise, l'épidémie a reparu fin février.

— M. le professeur Milne-Edwards commencera son cours (mammifères et oiseaux), le vendredi 18 mars 1892, à deux heures, dans l'amphithéâtre de la galerie de zoologie du Muséum, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — Le professeur traitera de l'organisation, de la classification et de la distribution géographique des oiseaux. — A partir du 2 mai, la leçon du lundi aura lieu à dix heures du matin, dans les galeries de zoologie ou dans la ménagerie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Contribution à la chirurgie du poumon. — Traitement chirurgical de la pleurésie purulente interlobaire.

Par M. le docteur Eugène ROCHARD,
Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

I

Les scissures interlobaires sont à peine mentionnées dans les ouvrages français d'anatomie et leurs rapports exacts avec la paroi costale ne sont décrits que sommairement dans une traduction du *Traité de diagnostic médical*, du docteur Hermann Eichhorst, et dans la thèse de M. Pailhas. Ces deux auteurs ont, du reste, emprunté leur description à l'anatomiste Luschka qui, déjà en 1867, dans un de ses atlas (1), en avait donné la première relation. Les anatomistes allemands font, à peu près tous, mention des scissures interlobaires et de leurs rapports; mais ils répètent ce qu'avait dit Luschka qui, à cette époque, avait en vue les études médicales et l'intérêt qui existe à savoir si une lésion se trouve dans le lobe supérieur ou dans le lobe inférieur du poumon. La chirurgie a besoin de notions plus précises, et aujourd'hui, le traitement des abcès du poumon, des pleurésies interlobaires, par l'ouverture transcostale, fait comprendre la nécessité qu'il y a de connaître la situation exacte des scissures par rapport à la paroi thoracique. C'est, du moins, ce que nous avons pensé lors de l'entrée à la Charité, dans le service de M. le professeur Duplay, dont nous étions le chef de clinique, d'un malade chez lequel M. le professeur Potain avait diagnostiqué une pleurésie interlobaire et qu'il s'agissait d'opérer. Frappé à ce moment du manque complet de descriptions anatomiques ayant trait à ce sujet, nous avons commencé des études sur le cadavre, et la lecture ultérieure des travaux allemands nous a encouragé à continuer.

Les *scissures interlobaires* sont de grandes incisions qui pénètrent jusqu'à la racine du poumon et qui divisent cet organe, en deux segments ou lobes pour le côté gauche, en trois pour le côté droit. C'est dire que la scissure est unique à gauche, tandis qu'elle se dédouble à droite. Telle est la disposition normale sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure; mais on ne retrouve pas dans les viscères la précision anatomique à laquelle on est accoutumé dans l'étude des systèmes locomoteur, vasculaire et nerveux. Aussi voit-on, dans la disposition des scissures interlobaires, de nombreuses anomalies. La scissure interlobaire droite peut être unique et diviser le poumon en deux lobes, comme le poumon gauche. C'est une disposition que nous avons rencontrée une fois [sujet n° 6] (1), sur les douze cadavres que nous avons examinés. Par une disposition contraire plus rare, la scissure gauche peut être double.

Les deux scissures droites, au lieu de se jeter l'une dans l'autre pour se terminer par une fente unique à la partie postérieure du poumon, peuvent rester, sur tout leur trajet, indépendantes l'une de l'autre et diviser ainsi cet organe en trois segments complets. Nous avons observé deux fois cette disposition (sujets nos 7 et 8); sur un autre sujet, au contraire (sujet n° 10), les scissures, après s'être réunies au niveau de la ligne axillaire, se terminaient là et le poumon ne présentait qu'un lobe dans sa partie postérieure.

Telles sont les anomalies les plus fréquentes et qui ne changent pas beaucoup la topographie des scissures; il n'en est plus de même quand leur nombre se multiplie, et nous ne citerons que pour mémoire les faits rappelés par Henle (2), dans lesquels le poumon droit présente quatre lobes par la continuation en arrière de la scissure horizontale.

Ces anomalies ont, du reste, été bien étudiées par Chiene (3) et Gruber (4). Il en est de même des petites incisures qui détachent un lobe linguiforme, appelé par Rektorzik le lobe inférieur accessoire (5), et du lobe surnuméraire du poumon droit, limité par une scissure indépendante et étudiée par M. Pozzi (6). Du reste, le poumon peut

(1) LUSCHKA. *Die Brustorgane des neuschen in ihrer lage*, Tubingen 1887.

(1) Se reporter, pour ces indications, à la description des scissures interlobaires. (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1892, pp. 211, 241 et 260.)

(2) HENLE. *Systematischen anatomie*, 1876.

(3) CHIENE. *Journ. of anat.*, 1869, n° 5, p. 89, Londres.

(4) GRUBER. *Bull. de l'Acad. des Sc. de St-Pétersbourg*, 1870, t. XV, p. 91.

(5) REKTORZIK. In Vochenll der Leitsch der Geselshaft, *Wiener Ærtze*, 1862, n° 1.

(6) S. POZZI. *Rev. d'anthropol.*, 1872.

être couvert d'incisures plus ou moins nombreuses, sillons borgnes (sulcus cæcus) et plus on moins profondes, comme dans le cas signalé par M. Nicolle (1) ; nous en avons rencontré plusieurs fois ; mais ces faits ne peuvent intéresser que l'anatomiste et seules, les grandes scissures, avec leurs épanchements possibles, doivent être étudiées par le chirurgien.

Les scissures interlobaires droites sont au nombre de deux : une *longue, oblique, inférieure ;* l'autre, *courte, horizontale, supérieure*, placée au-dessus de la première.

La scissure courte a été considérée, par certains anatomistes, comme la bifurcation de la scissure longue. Il n'existerait alors qu'une scissure interlobaire, donnant deux branches de terminaison. Nous pensons qu'il vaut mieux les séparer car, comme nous l'avons dit, chez deux sujets, nous avons vu la scissure supérieure conserver son indépendance jusqu'au bord postérieur du poumon. Cet organe est donc normalement divisé en arrière par une seule scissure interlobaire, qui sépare le lobe supérieur du lobe inférieur. De plus, la scissure horizontale, avant de se jeter dans la scissure oblique, détermine dans le poumon trois lobes, dont un plus petit et antérieur, auquel sa situation a fait donner le nom de lobe moyen.

La scissure interlobaire gauche est unique et divise le poumon gauche en deux lobes, l'un supérieur et antérieur, l'autre inférieur et postérieur.

La direction de toutes ces scissures est oblique suivant leur terminaison marginale. Cette obliquité se dirige dans le sens de celle des côtes, mais est plus accentuée qu'elle.

Dans la profondeur, les scissures se dirigent obliquement en haut, en arrière et en dedans, pour atteindre le hile du poumon situé au niveau des cinquième et sixième vertèbres dorsales.

Les adhérences des plèvres viscérales interlobaires sont moins fréquentes, d'après nos relevés, que celles des plèvres costale et pulmonaire.

Sur vingt-quatre poumons examinés, quatre fois il existait une véritable symphyse entre l'organe et la paroi thoracique, quatorze fois les adhérences étaient partielles et lâches. Dans les scissures, au contraire, nous n'avons constaté que onze fois des adhérences entre les lobes.

Nous allons maintenant étudier les rapports exacts de ces différentes scissures avec les côtes et les parois thoraciques, antérieure, latérale et postérieure ; mais auparavant il est nécessaire de rappeler les points de repère principaux, d'un usage courant en médecine, qui permettent de jalonner la projection des scissures sur le plan costal.

Ce sont d'abord les lignes thoraciques dont on a peut-être multiplié le nombre, mais que nous allons énumérer brièvement. On rencontre en allant de dedans en dehors :

La *ligne médiane*, qui passe par le milieu du sternum.

La *ligne sternale*, qui longe le bord du sternum.

La *ligne para-sternale*, qui doit être menée par la rencontre du tiers interne avec le tiers moyen de la clavicule.

La *ligne mammaire*, qui passe par le mamelon.

Rappelons que, d'après les recherches de Luschka et de Momberger, le mamelon, chez l'homme, se trouve à environ 10 centimètres de la ligne sternale, entre la quatrième et la cinquième côte, quelquefois sur l'une ou l'autre de ces côtes. Chez la femme, le mamelon est à 11 centimètres de la ligne sternale et le plus souvent au-devant de la cinquième côte.

(1) Nicolle. *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 175.

Les *lignes axillaires* sont au nombre de trois :

La *ligne axillaire antérieure*, menée verticalement sur la paroi thoracique à partir du point d'origine du bord inférieur du grand pectoral.

La *ligne axillaire postérieure* est menée de la même façon et parallèlement à l'antérieure, par le bord inférieur du grand dorsal.

La *ligne axillaire moyenne* ou *infra-axillaire*, est celle dont seule nous nous servirons, elle est verticale et, passant entre les deux premières, part du point le plus culminant du dôme axillaire.

En arrière, l'omoplate sert seul de guide. Quand les bras pendent le long du corps, sa pointe est en rapport avec la septième côte ; dans des cas plus rares, elle effleure le huitième arc costal.

Nous sommes maintenant en mesure de comprendre les différentes descriptions données par les anatomistes.

Luschka, dans son premier atlas des organes thoraciques, paru en 1857 (1), donne, des scissures et de leurs rapports, une description assez succincte. Dans son *Traité d'anatomie de l'homme* (2), il s'étend plus longuement sur ce sujet et voici comment il s'exprime.

« Sur les deux poumons, on note une grande fente diagonale, qui commence en arrière dans la région de l'extrémité vertébrale de la troisième côte, occupe presque toute l'épaisseur du poumon et s'étend du *côté gauche* obliquement jusque vers l'extrémité antérieure de la sixième côte osseuse. Du *côté droit*, cette fente reste un peu plus en dehors. Sur le poumon gauche, cette incisure est ordinairement la seule. Sur le poumon droit, on rencontre une deuxième incisure plus courte, qui chemine horizontalement au niveau d'un plan passant par l'extrémité sternale de la cinquième côte et se jette dans la grande incisure derrière la ligne axillaire. »

Eichhorst (3), dans son *Traité de diagnostic médical*, donne les rapports des scissures avec un peu plus de détails. Sa description est, du reste, comme le dit l'auteur, tirée de Luschka, la voici :

« En arrière, les scissures interlobulaires (scissura interlobularis) naissent au même niveau ; elles commencent à la hauteur de l'extrémité interne de l'épine de l'omoplate, en supposant que les bras pendent le long du corps, ou, ce qui revient au même, à la hauteur de l'apophyse épineuse de la troisième vertèbre dorsale. Leur trajet est dirigé de haut en bas, de façon à former avec la colonne vertébrale un angle d'environ 65 degrés.

La *scissure gauche* coupe la ligne axillaire postérieure entre la quatrième et la cinquième côte, et se termine sur la ligne mammaire, au niveau de l'extrémité antérieure de la septième côte. La *scissure interlobaire droite* suit, jusqu'à la ligne axillaire postérieure, un trajet à peu près semblable à celui de la scissure interlobaire gauche. En un point situé sur le bord externe de l'omoplate, à 6 centimètres environ de son angle inférieur, s'opère la division en scissures interlobaires supérieure et inférieure. La première se dirige en avant, à peu près horizontalement, et aboutit au bord droit du sternum, vers le quatrième cartilage costal, quelquefois vers le cinquième. La scissure inférieure se dirige

(1) Luschka. Loc. cit.

(2) Luschka. *Anatomie de l'homme*, Tubingen 1864.

(3) H. Eichhorst. *Traité de diagnostic médical*, trad. de MM. les docteurs Marfan et Weiss, Paris 1890.

de haut en bas et se termine sur la ligne mammaire droite, à l'union du tiers externe avec le tiers moyen du septième cartilage costal. Là elle se confond avec le bord inférieur du poumon. »

Comme on le voit, ce sont à peu près les mêmes rapports, sauf qu'Eichhorst fait arriver les scissures obliques droite et gauche jusqu'à la septième côte, tandis que Luschka les laisse à la sixième.

Jœssel (1), dans son *Anatomie topographique*, reproduit, à peu de chose près, la même description.

« L'*incisure interlobaire gauche*, dit-il, commence de 6 à 8 centimètres au-dessous de la pointe du poumon, immédiatement au-dessus et en arrière du hile. Pendant un court trajet, elle est ascendante en haut et en arrière, puis descend en bas et en avant, atteint le bord inférieur et externe du poumon, à un travers de pouce de son extrémité antérieure, et retourne sur la face interne en se portant vers l'extrémité inférieure du hile. Si on projette cette scissure sur la paroi thoracique, dans l'étendue où elle divise la face costale du poumon, on voit la ligne de projection commencer au niveau de l'extrémité interne de l'épine de l'omoplate, ou, si on veut, à la troisième apophyse épineuse dorsale (lorsque la clavicule est horizontale). Elle traverse obliquement la fosse sous-épineuse de l'omoplate pour atteindre l'extrémité externe du sixième cartilage costal. Sur le poumon droit, l'*incisure interlobaire droite*, projetée sur la paroi thoracique, atteint en arrière l'extrémité interne de l'épine du scapulum, se porte obliquement en bas, coupe la ligne axillaire postérieure au niveau de l'extrémité inférieure de l'omoplate et atteint le bord inférieur du poumon sur la ligne mammaire. Si, au point d'intersection de la ligne de projection que nous venons de décrire avec la ligne axillaire postérieure, on tire vers le sternum une ligne horizontale, qui atteint cet os à l'extrémité supérieure et interne du quatrième espace intercostal, cette ligne horizontale représente la projection de la deuxième incisure du poumon droit. »

Enfin, M. Pailhas, dans sa thèse (2), fait aussi parcourir aux scissures le même trajet. « *A gauche*, nous dit-il, la direction de la scissure est marquée, sur la paroi postéro-latérale du thorax, par une ligne commençant en haut, dans le troisième espace intercostal, en dehors de la gouttière vertébrale, et se terminant en bas, au niveau de la septième côte ou dans le sixième espace intercostal, au-dessous et en dehors de la pointe du cœur. Cette ligne effleure l'angle inférieur de l'omoplate lorsque le malade est assis les bras en avant, dans la position d'un homme qu'on ausculte. *A droite*, la direction de la scissure principale est à peu près la même, sauf qu'elle est peut-être un peu moins oblique en avant, à partir de sa moitié inférieure. Quant à la branche de bifurcation, elle est à peu près horizontale et correspond à la cinquième côte ou à la partie inférieure du quatrième espace intercostal. »

Telles sont les notions que nous avons rencontrées dans les principaux livres ou atlas d'anatomie. Il existe bien des coupes de sujets congelés, sur lesquelles les scissures sont dessinées, mais elles ne donnent les rapports qu'au niveau même de la coupe et n'ont pas, par conséquent, un très grand intérêt.

(1) G. Jœssel. *Anatomie topographisch chirurgischen*, Bonn 1889.

(2) Pailhas. *Contribution à l'étude de la pleurésie interlobaire suppurée*, Th. de Paris, 1889.

Comme on le voit, toutes ces descriptions paraissent copiées l'une sur l'autre et reproduisent la description de Luschka, qui s'accorde avec les planches contenues dans son dernier atlas.

Cette similitude de trajets donnée aux scissures interlobaires par les différents auteurs dont nous venons de parler, est loin d'exister réellement. Leurs rapports avec les parois thoraciques, tout en ayant une certaine constance, n'ont pas l'uniformité qu'on leur prête.

Voici les résultats auxquels nous sommes arrivé :

Côté droit. — La *grande scissure*, ou *scissure oblique*, commence, neuf fois sur douze, dans le cinquième espace intercostal ou à la face interne de la sixième côte, le plus souvent à 5 ou 10 centimètres de la ligne médiane. Nous avons rencontré son origine une fois dans le quatrième espace, une fois dans le sixième et une fois dans le septième espace. Elle se dirige en haut et en arrière en décrivant une convexité sur la face latérale du poumon et au *niveau de la ligne infra-axillaire*, elle est en rapport cinq fois sur douze avec la face interne de la cinquième côte, deux fois avec le cinquième espace, deux fois avec le quatrième. On peut donc dire que, neuf fois sur douze, elle est en rapport avec la cinquième côte ou les espaces intercostaux qui la bordent au niveau de la ligne axillaire.

Poursuivant son trajet en haut et en arrière, elle vient se terminer à la partie postérieure de la face interne de la

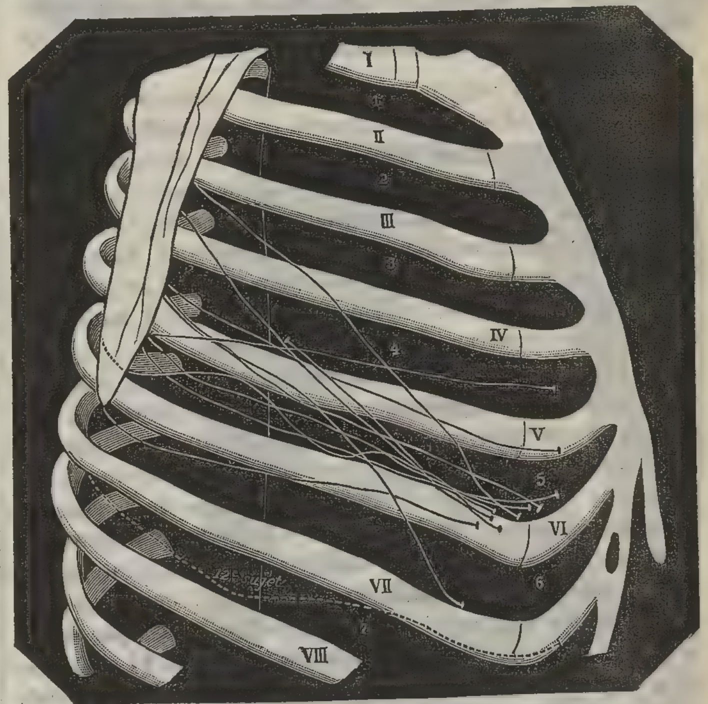


Fig. 11 (1).

cinquième côte, trois fois sur douze; à la partie postérieure du quatrième espace intercostal, trois fois sur douze; à la partie postérieure du cinquième espace intercostal, deux fois sur douze, soit huit fois dans la région de la cinquième côte. Une fois on la trouve finissant à la face interne de la deuxième côte, une autre fois très bas à la face interne de la septième côte. Sur un sujet, elle s'arrêtait au voisinage de la ligne axillaire.

Comme on le voit, le trajet le plus ordinaire de la grande scissure oblique diffère de celui donné par les auteurs que

(1) Le trait blanc vertical indique la ligne axillaire.

nous avons signalés. Elle commence plus haut, dans le cinquième espace au lieu du sixième, et surtout se termine beaucoup plus bas. Au lieu du troisième espace intercostal, indiqué par Luschka, nous la rencontrons se terminant le plus souvent au niveau de la cinquième côte. Il s'ensuit que son obliquité est moindre et que, sa direction se rapprochant de celle des côtes, elle croise un moins grand nombre de celles-ci. C'est, comme on peut le voir dans la figure 11, avec la cinquième côte qu'elle a les rapports les plus constants.

La *petite scissure horizontale* commence, sept fois sur douze, dans le troisième espace intercostal, une fois à la face interne de la troisième côte, une fois à la face interne de la quatrième côte, soit neuf fois dans la même région (troisième espace intorcostal et les côtes qui le forment). Nous avons rencontré son origine, une fois dans le quatrième espace, une fois à la face interne de la sixième côte. Sur un sujet, elle n'existait pas.

Elle se dirige horizontalement en arrière et se termine très irrégulièrement, mais toujours en se jetant, sauf un cas, dans la grande scissure oblique derrière la ligne axillaire. Chez deux sujets, elle continuait sa route indépendante et complète jusqu'au bord postérieur du poumon. Sur un autre cadavre, elle était à peine marquée. Trois fois, elle se jetait dans la grande scissure oblique au niveau du quatrième espace, une fois vis-à-vis de la face interne de la quatrième côte, une fois au niveau du troisième espace et les autres fois au niveau des cinquième, sixième et septième espaces.

Comme on le voit, le trajet de cette scissure est assez irrégulier et affecte des rapports un peu différents. Elle naît, d'une façon à peu près constante, au niveau du troisième espace intercostal. Son origine est donc située plus haut que ne l'indiquent les auteurs allemands, qui tous la placent dans le quatrième espace intercostal. Mais il est facile de se rendre compte, sur la figure 12, de ses rapports avec la quatrième côte; ce sera cette côte qu'il faudra réséquer pour explorer la scissure horizontale.

Côté gauche.— L'unique scissure située de ce côté, la *grande scissure oblique gauche*, commence, cinq fois sur douze (fig. 13), dans le cinquième espace intercostal, quatre fois dans le sixième espace, une fois à la face interne de la cinquième côte, soit dix fois sur douze dans la région de la sixième côte. Nous l'avons trouvée une fois dans le quatrième espace intercostal et une fois vis-à-vis de la face interne de la septième côte. Son point d'origine serait donc situé un peu plus bas que celui de la *grande scissure oblique droite*. Elle naît dans un intervalle compris entre 6 et 17 centimètres, à partir de la ligne médiane; mais, le plus souvent, ce point de départ reste confiné dans l'espace compris entre 6 et 11 centimètres.

De là, elle se dirige en haut et en arrière en décrivant une convexité sur la face latérale du poumon et *au niveau de la ligne infra-axillaire*; elle est en rapport quatre fois sur douze avec la face interne de la cinquième côte, trois fois avec la face interne de la quatrième côte, trois fois avec le cinquième espace intercostal et deux fois avec le sixième espace inter-costal. Elle cotoie donc, sur la partie antéro-latérale du thorax, la cinquième côte le plus souvent, puis la quatrième et enfin la sixième.

Poursuivant son trajet ascendant, la grande scissure oblique gauche vient se terminer trois fois à la partie postérieure de la face interne de la quatrième côte, deux fois dans le quatrième espace intercostal, trois fois à la face interne de la troisième côte, une fois dans le troisième espace intercostal et deux fois dans le cinquième espace intercostal. Sur un des sujets, c'est-à-dire une fois sur douze, elle s'arrêtait à 11 centimètres de la ligne des apophyses épineuses et ne divisait, par conséquent, pas le poumon à sa partie postérieure.

La terminaison de la grande scissure oblique gauche est donc, d'une façon générale (huit fois sur onze cadavres), située plus haut que la fin de la *grande scissure oblique droite*. Elle n'atteint cependant pas, d'une façon constante, l'extrémité vertébrale de la troisième côte, siège assigné par Luschka et les anatomistes allemands comme son point de départ ou de terminaison. Nous ne l'avons trouvée que trois fois sur onze se terminant à cette hauteur, huit fois elle était située plus bas.

La *grande scissure oblique gauche* commence donc en avant plus bas que la grande scissure oblique droite ; elle se termine en arrière, plus haut que celle-ci. Elle est donc plus inclinée et croise plus obliquement le plan osseux.

II

Détermination du trajet moyen des scissures interlobaires sur le squelette. — Si, maintenant, on jalonne sur les côtes les différents points par lesquels passent toutes les scissures que nous avons décrites, on se rend facilement compte que, malgré les écarts apparents qu'elles présentent, elles ne dépassent cependant pas une certaine zone qui est représentée dans les figures 14 et 15. Depuis leur point de départ en avant, jusqu'à l'omoplate sous lequel elles passent, elles sont en rapport soit avec la sixième côte, soit avec la cinquième côte, soit avec une minime partie de la quatrième (partie ombrée des dessins). Cette topographie dans son ensemble est la même pour les grandes scissures obliques droite et gauche.

C'est donc la sixième ou la cinquième côte que le chirurgien devra enlever pour aborder ces scissures.

Mais si on veut une approximation plus précise encore et qu'à cet effet on trace, sur la même figure 11, le trajet exact de toutes les scissures, on peut voir que, du *côté droit*, c'est le cinquième espace intercostal qui, en avant et sur le côté, est le plus communément en rapport avec la scissure oblique.

Du *côté gauche* (13), c'est le même cinquième espace qui répond aussi à la moyenne des trajets scissuraux, depuis leur point de départ jusqu'à l'omoplate derrière lequel ils s'enfoncent.

La *scissure horizontale* a aussi une constance qui permet de localiser ses rapports avec le squelette. On n'a qu'à regarder la figure 12 pour se convaincre que c'est la quatrième côte qui masque cette scissure horizontale. Cette côte enlevée, on tombe immédiatement sur elle.

En arrière, à leurs terminaisons, les scissures interlobaires n'affectent pas des rapports aussi réguliers.

A droite, elles sont plus groupées que du côté gauche. Dix fois sur douze, elles sont en contact avec la quatrième côte, le quatrième espace, la cinquième côte et le cinquième espace ; c'est la cinquième côte qui est le point moyen de leur arrivée.

A gauche, on peut les voir finir vis-à-vis des troisième, quatrième, cinquième, sixième côtes et des espaces intercostaux qu'elles limitent, mais c'est la quatrième côte qui est le plus souvent en rapport avec leurs terminaisons.

III

Détermination du champ opératoire. Description de l'opération. Exploration des scissures. — D'après ce que nous venons de dire, on peut voir qu'il est facile d'aborder chirurgicalement les scissures interlobaires sur la plus grande partie de leur trajet. On peut aussi se rendre compte, d'après les figures 14 et 15, que la méthode sera la même pour les grandes scissures obliques des deux côtés, leurs rapports étant à peu près semblables. C'est en avant et sur

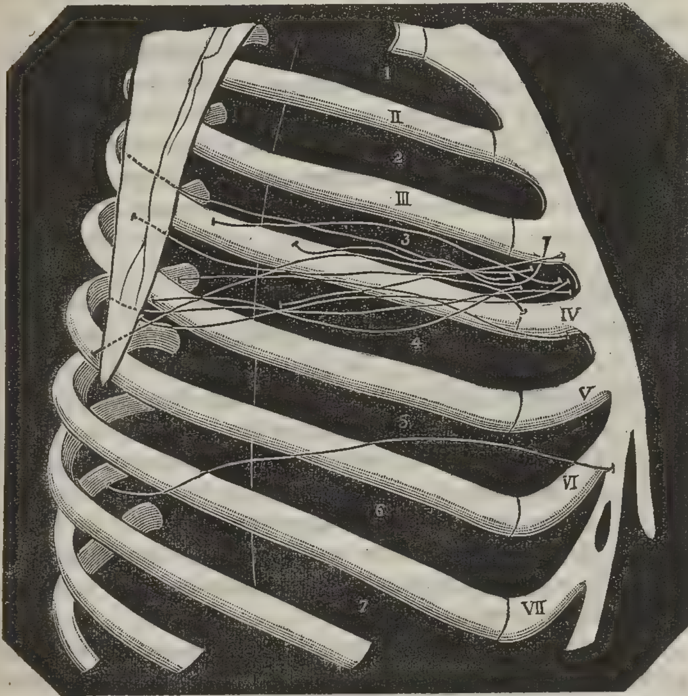


Fig. 12.

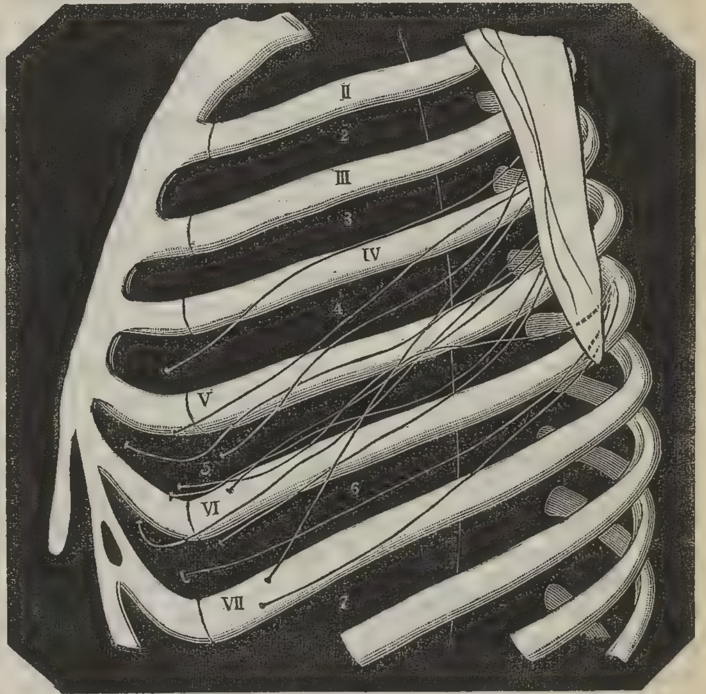


Fig. 13.

les parties latérales, qu'on peut efficacement se frayer un assez large passage. En arrière, l'omoplate couvre en grande partie la face postérieure de la cage thoracique et descend jusqu'à la septième côte. Sa pointe arrive même dans certains cas, très rares il est vrai, jusqu'à la huitième côte. Les scissures passent toujours au-dessus de ces points.

Le scapulum ne permet donc d'aborder la fin du trajet des scissures qu'entre son bord spinal et la ligne des apophyses articulaires; or, cet espace est très restreint, puisque la distance moyenne qui sépare ce même bord spinal de la ligne des apophyses épineuses n'est que de 7 à 8 centimètres. Si on en retranche l'épaisseur du corps vertébral et la partie articulaire des côtes, on n'a plus qu'un intervalle tout à fait insuffisant et défendu, du reste, par de puissants muscles, comme ceux de la masse sacro-lombaire. Nous savons bien qu'on peut, par un mouvement exagéré du bras en haut et en avant, déplacer l'omoplate ; cette manière de faire a été proposée et pratiquée même, mais nous pensons que, dans les cas les plus nombreux, dans lesquels on a à intervenir pour une suppuration, il est nécessaire d'avoir une ouverture toujours béante, ce qui ne serait pas réalisé, si le scapu-

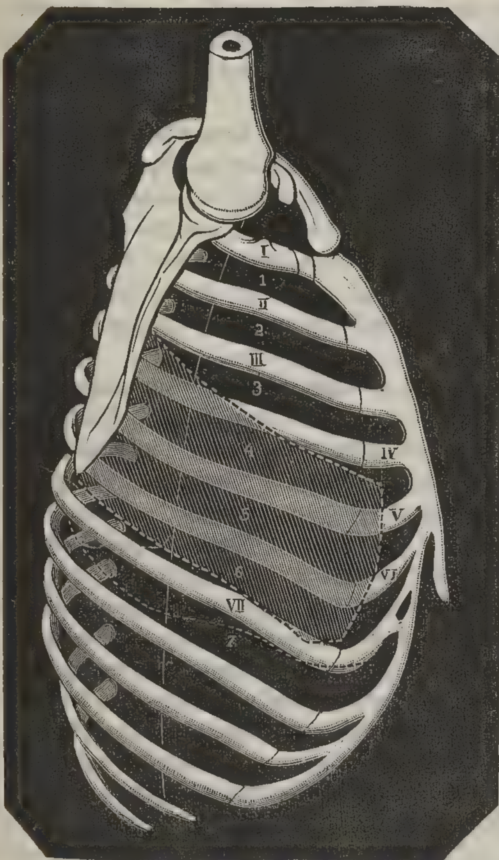


Fig. 14.

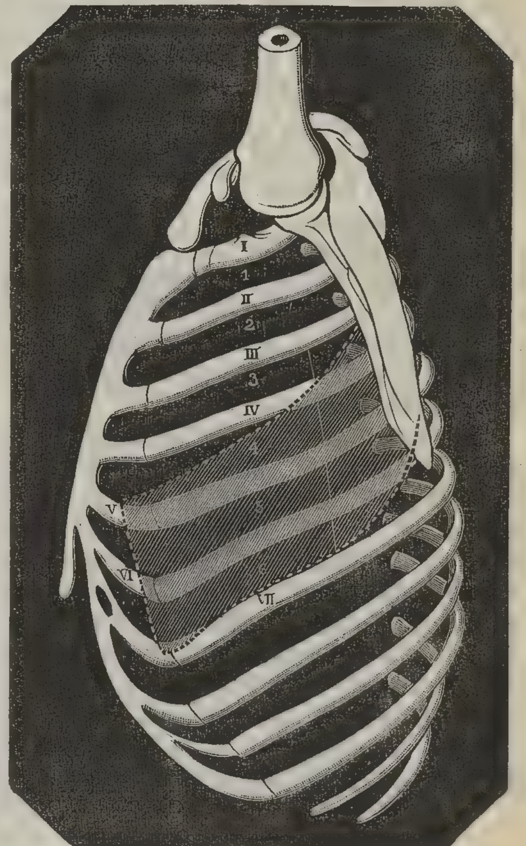


Fig. 15.

lum déplacé pendant l'acte opératoire reprenait ultérieurement sa position normale.

C'est donc sur la partie antéro-latérale du thorax qu'il faudra agir. Les scissures commençant en moyenne à 6 centimètres de la ligne médiane, on a, de ce point jusqu'au bord axillaire de l'omoplate, une surface assez étendue pour faire une incision à laquelle on pourra donner la longueur qui sera jugée nécessaire.

Cette incision mesurera 12 à 14 centimètres et aura son milieu au niveau de la ligne axillaire moyenne, point d'élection pour l'exploration des scissures. Elle sera menée vis-à-vis de la sixième côte et suivant le bord inférieur de cette côte, et se terminera soit à l'une de ses extrémités (incision en ⊣), soit aux deux (incision en H), par une ou deux incisions verticales qui permettront de relever deux lambeaux. Le dessin de l'incision a, du reste, peu d'importance. MM. Prengrueber et Poirier lui ont donné la forme d'un U à base supérieure, procédé qui leur a parfaitement réussi. Le grand dorsal, le grand dentelé et quelques fibres du grand pectoral et du grand oblique sectionnés, on arrivera immédiatement sur la sixième côte qui sera dépourvue de son périoste et réséquée sur une étendue de 10 à 12 centimètres, largeur suffisante pour laisser passer au besoin la main exploratrice. On fera de même et d'emblée pour la cinquième côte, et, après avoir lié les intercostales, on se trouvera en face de la plèvre pariétale qui sera incisée en H et dont on relèvera deux lambeaux. Il existe presque toujours des adhérences; si on les constate, elles seront déchirées pour permettre d'apercevoir la ligne qui dessine la scissure interlobaire. Même dans les cas où la plèvre était considérablement épaissie, nous avons toujours pu apercevoir facilement le profil noir de la ligne scissuraire. Suivant cette ligne, à l'aide d'un instrument mousse, on commencera le décollement des deux lobes pulmonaires et bientôt les doigts se frayeront un passage facile dans la scissure, en détruisant les adhérences et en écartant les deux faces du poumon.

Si les adhérences de la grande séreuse n'étaient pas faites, comme cela s'est observé dans les observations de Pridgin Teale (1) et de M. Bodet (2), on pourra, si on le juge convenable, suturer la séreuse viscérale à l'ouverture thoracique, de façon à y déterminer des adhérences et à fermer la communication de la séreuse interlobaire avec la grande séreuse pariéto-viscérale.

Pour explorer la *scissure horizontale*, le procédé à employer sera le même, comme forme de l'incision de la peau. Cette incision sera menée sur le bord inférieur de la quatrième côte. Les muscles grand et petit pectoral seront sectionnés et la quatrième côte dénudée sera seule réséquée sur une étendue de 10 à 12 centimètres. La constance plus grande de la situation de cette scissure (voir fig. 12) ne nécessite pas ici l'ablation méthodique de deux segments costaux. Dans le cas où l'on ne rencontrerait cependant pas cette scissure, on serait autorisé à réséquer la cinquième côte. On se souviendra que, la scissure dépassant peu la ligne axillaire, l'incision de la peau devra faire de même.

IV

De l'intervention chirurgicale dans les pleurésies suppurées interlobaires. — Les observations de drainage des pleurésies interlobaires, au moyen de la résection des côtes, sont encore assez rares. M. Truc (1) cite des cas dans sa thèse, M. Pailhas (2) en donne de nouveaux, mais, il faut le dire, ce sont là des faits épars qui deviendront de plus en plus nombreux, quand, l'intervention étant mieux réglée, on pourra aller rechercher les scissures en se basant sur des notions anatomiques.

La question de diagnostic est aussi très délicate. On peut confondre ces pleurésies interlobaires avec les abcès du poumon consécutifs à la pneumonie gangréneuse, notamment, mais en se fondant sur les signes différentiels donnés par Trousseau, sur les commémoratifs du malade, on pourra arriver à une quasi certitude et, en tous cas, tombât-on même sur un abcès du poumon, on n'aurait pas à s'en repentir, puisque le traitement est le même. Ces abcès, et c'est ce que nous voulons faire ressortir, sont du reste excessivement rares. Laënnec avait déjà fait cette remarque. « Il n'y a pas, disait-il, de lésion organique plus rare qu'une véritable collection de pus dans le tissu pulmonaire. » Trousseau (3), en vingt-cinq ans, avouait n'en avoir pas vu un seul exemple. Les pleurésies suppurées interlobaires, au contraire, sont beaucoup plus fréquentes et sont souvent prises pour des abcès du poumon; quand, au point de vue thérapeutique, elles en diffèrent par un caractère essentiel, par la fixité de leur siège entre les deux feuillets de la séreuse interlobaire.

Cette fixité de siège anatomique, correspondant aux points de repère que nous avons établis sur la cage thoracique, permettra d'aller à la recherche de ces pleurésies enkystées, avec une certitude que ne peuvent donner les signes stéthoscopiques et même les ponctions aspiratrices, qui peuvent tomber à côté du foyer, quand celui-ci n'est pas très développé ou lorsqu'une vomique l'a momentanément débarrassé du pus qu'il contient.

L'oreille est, en effet, séparée de la cavité par une lame pulmonaire qui, dans certains cas, peut masquer les gargouillements, les bruits hydro-aériques se passant dans la poche purulente. La matité peut être quelquefois voilée par la résonnance de cette même lame pulmonaire et les ponctions, comme nous allons le montrer, sont très souvent blanches, peuvent avoir donné du pus une fois et ne pas en ramener une seconde.

Si on consulte en effet les principales observations, on voit que, dans la fameuse relation de la maladie de Dolbeau, lue par M. Millard (4) à la Société médicale des hôpitaux, deux premières ponctions restèrent probablement trop en arrière et ne donnèrent pas de pus, et cependant ce même médecin nous dit que « toutes les hypothèses que pouvait provoquer une pleurésie enkystée ou interlobaire ouverte dans les bronches furent agitées dans notre consultation, *mais rien ne permettait d'en indiquer le siège précis, ni l'étendue* ».

Dans le premier fait de Thiriar (5), des ponctions exploratrices ne donnèrent aucun résultat et, dans sa seconde observation, ce chirurgien pratiqua encore, avant d'inciser le poumon, trois ponctions blanches en différents endroits.

Chez le malade opéré et guéri par M. Segond (6), on fit

(1) P. Teale. *The Lancet*, 5 juillet 1884, t. II, p. 6,
(2) Observation citée à la fin de ce travail.

(1) Truc. Th. de Lyon, 1885.
(2) Pailhas. Loc. cit.
(3) Trousseau. *Cliniques*, t. I, p. 761.
(4) Millard. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit*, 1875, t. XII, p. 2e série, p. 81.
(5) Thiriar. Congr. franç. de chirurgie, 1888, p. 194.
(6) Pailhas. Loc. cit.

encore deux ponctions sans résultat. Chez celui de M. Ricard (1), dix fois le trocart avait percé le poumon sans résultat. De même, dans l'observation de M. Bodet citée à la fin de ce travail.

Dans le fait de M. Poirier, rapporté plus loin, les signes stéthoscopiques ne permettaient pas d'affirmer le siège d'un énorme abcès. Enfin on rencontre des médecins qui ont porté le diagnostic de pleurésie interlobaire (diagnostic qui ne doit être fait que par eux), qui sont convaincus de l'utilité d'une intervention destinée à évacuer la cavité et à la drainer, mais qui, dans l'impossibilité, chez certains malades, d'assigner un siège précis au pus, ne les adressent pas au chirurgien.

Nous pensons que la topographie des scissures viendra en aide à l'auscultation pour permettre d'indiquer le siège des pleurésies interlobaires et que, lorsque l'évolution de l'affection, les symptômes perçus par l'auscultation, la constatation de vomiques auront permis, même sans qu'une ponction exploratrice ait ramené du pus, de poser le diagnostic, on ne devra pas hésiter à aller à sa recherche, de la façon que nous allons indiquer.

Si la maladie siège à gauche, il n'y a qu'une seule scissure; c'est donc à elle qu'il faudra s'adresser. Si la lésion est à droite, on devra reconnaître si c'est dans la scissure oblique inférieure ou dans la scissure horizontale supérieure que se trouve l'épanchement purulent. Toute la hauteur du lobe moyen sépare ces deux scissures l'une de l'autre et les signes fournis par l'auscultation et la percussion permettront de savoir sûrement laquelle des deux est atteinte.

On suivra alors le manuel opératoire que nous avons décrit plus haut et, arrivé sur la plèvre pariétale, on constatera ou sa liberté par rapport au feuillet viscéral, ou son adhérence avec ce dernier. La symphyse au moins partielle de ces deux séreuses est la règle. « On ne connaît pas d'exemple, dit Martinez Mesa (2), de pleurésie interlobaire ouverte dans la grande séreuse. » Cependant si la poche enkystée occupe la partie supérieure de la scissure, on comprend que le retentissement inflammatoire n'ait pas été suffisant pour faire disparaître la cavité pleurale. Dans ces cas, il faudra fixer le parenchyme pulmonaire à la paroi, en suturant la séreuse viscérale à la séreuse pariétale sur tout le pourtour de l'incision. On fermera ainsi la grande plèvre qui ne pourra pas être infectée.

Ceci fait, il faut aller à la recherche de la cavité purulente. Jusqu'ici, on a ponctionné le poumon avec un trocart et, à l'aide de la pneumotomie, faite au thermocautère le long du trocart qui avait ramené du pus, on est arrivé sur la poche qu'on a pu nettoyer et drainer. Cette pratique est certainement bonne et a déjà donné de nombreuses guérisons, mais l'incision passe à travers une lame pulmonaire et détruit par conséquent le parenchyme sur une certaine étendue; elle est, en général, hémostatique, mais a l'inconvénient d'amener presque immédiatement du sang à la bouche du malade, le sang passant des vaisseaux ouverts dans les conduits bronchiques sectionnés (3). De plus, si l'abcès n'est pas d'un très gros volume, ou a été vidé par une vomique, la ponction peut être inutile, étant susceptible de ne pas rencontrer l'abcès. Aussi pensons-nous qu'on pourra essayer de décoller avec les doigts les deux lobes pulmonaires en rétablissant la scissure sur une certaine étendue. On arrivera ainsi, par des pressions lentes, en séparant les adhérences, dans la cavité enkystée et le pus, trouvant une voie toute prête et déclive, la suivra.

Les adhérences interlobaires existent toujours quand il s'est produit une pleurésie purulente dans une des scissures; on n'aura donc pas à craindre de voir le pus, une fois la poche ouverte, se répandre entre les deux lobes pulmonaires et aller infecter n'importe quelle partie de la grande plèvre. Si cependant on rencontrait la scissure libre sur une certaine étendue et obstruée plus loin par des adhérences limitant la cavité purulente, on pourrait, avant d'ouvrir la poche, créer un trajet fermé, à l'aide de l'interposition, entre les deux lobes, d'une mèche de gaze iodoformée laissée quarante-huit heures.

Telle est la voie anatomique par laquelle on pourra arriver sur la pleurésie enkystée, en se servant de la scissure elle-même. Cette méthode d'ouverture des pleurésies interlobaires n'a pas, que nous le sachions, encore été suivie; nous l'indiquons, pensant qu'elle pourra peut-être rendre quelques services, mais sans y tenir davantage; conseillant, au contraire, si la ligne scissuraire ne peut pas être reconnue, d'attaquer le tissu pulmonaire avec le platine rougi, comme cela a déjà été fait. A cet effet, le thermocautère divisera couche par couche le parenchyme. On fera en sorte que la section soit hémostatique; on divisera donc les tissus doucement et avec peu de chaleur. Comme ici on n'est plus guidé par la disposition anatomique des parties qui vous trace en quelque sorte le chemin, on fera bien de faire des ponctions qui indiqueront le siège précis du pus, de façon à arriver sur le foyer le plus directement possible. Rappelons qu'il est des cas où la collection, suivant le plan incliné de la scissure, arrive à fleur de plèvre pariétale et qu'ici, une simple déchirure avec la sonde cannelée permet d'ouvrir le foyer. L'observation de M. Poirier nous en donne un exemple frappant.

Le point le plus important est le siège précis de l'épanchement interlobaire. Nous avons indiqué les sixième et cinquième côtes comme répondant aux trajets des scissures obliques inférieures normales; mais il faut savoir que, par le fait même de son poids, l'abcès interpleural peut déprimer le tissu pulmonaire en l'excavant et c'est ce qui explique que, dans quelques observations, la ponction dans le septième espace, ou la résection de la septième côte ait permis d'arriver dans la cavité purulente. Ainsi dans l'observation de Dolbeau, Nélaton fit son incision dans le septième espace. M. Segond, dans le fait déjà cité, réséqua la septième côte et M. Pailhas dans sa thèse, se basant sur ce cas, recommande la résection de la septième côte; Thiriar coupa, de parti pris, les neuvième, huitième, septième et sixième côtes chez un de ses malades. Puis il fit inutilement trois ponctions blanches en différents endroits du parenchyme pulmonaire. La quatrième, seule, donna du pus et lui indiqua la place où devait porter sa section au thermocautère. « Je fis une incision verticale, nous dit-il, *comprenant le cinquième et le sixième espace*, ainsi que celui occupé par la sixième côte; lentement, je pénétrai dans la profondeur des tissus et je finis par arriver dans une cavité qui laissa écouler une grande quantité de liquide très fétide. » La résection des huitième et neuvième côtes était donc inutile, ce qui ne peut nous surprendre, vu la topographie que nous avons donnée, et la résection de la

(1) Ricard. Observation citée à la fin de ce travail.
(2) M. Mesa. *De la pleurésie interlobaire suppurée*, Th. de Paris, 1889.
(3) Ricard. Loc. cit.

cinquième côte eût peut-être été préférable à celle de la septième.

Dans une autre observation, le même chirurgien enleva les huitième, septième, sixième et cinquième côtes, fit une incision transversale du parenchyme pulmonaire à la partie inférieure de l'espace créé par l'ablation des côtes, et fut obligé, pour trouver l'abcès, de faire, à la partie postérieure de cette incision transversale, une section verticale ascendante qui ouvrit la poche. On peut croire que la résection des septième et huitième côtes eût pu encore être évitée.

Nous voyons, par contre, M. Prengrueber (1) enlever une partie des cinquième et sixième côtes et arriver, en coupant le poumon, à la partie inférieure de la fenêtre ainsi établie dans la cavité pulmonaire. De même dans l'observation de M. Poirier. Chez le malade opéré par M. Ricard, cité à la fin de ce travail, il s'agissait d'une pleurésie de la scissure horizontale et c'est la quatrième côte qui permit d'arriver sur le foyer.

Ces derniers faits concordent avec les notions anatomiques mentionnées plus haut et prouvent que c'est la topographie des trajets des scissures qui doit guider le chirurgien. Celui-ci devra, cependant, savoir que, dans les cas où la poche purulente est soupçonnée présenter un grand volume; vu l'action de la pesanteur qui a changé les rapports; c'est plutôt vers le point déclive, c'est-à-dire vers le sixième espace, que devront porter ses recherches, s'il n'entreprend pas l'ouverture de la poche purulente par la voie interlobaire, en décollant les adhérences.

La question de l'incision, à la partie la plus inférieure de l'abcès, n'a pas ici l'importance qu'elle présente ailleurs. Le tissu pulmonaire, par son élasticité propre, a de la tendance à reprendre sa situation normale et vient facilement combler la cavité formée à ses dépens, par la pression du liquide qui l'a refoulé en bas. Il suffira donc de vider l'espace enkysté, de le nettoyer et de le drainer pour assurer la guérison.

Les lavages sont pratiqués par certains chirurgiens, refusés par d'autres, à cause de la communication fréquente de la cavité avec les bronches, et de l'asphyxie, que peut produire le liquide injecté dans l'arbre pulmonaire; mais il est certains cas dans lesquels ces lavages sont absolument nécessaires, quand on a affaire, par exemple, a un pus fétide mélangé à des lambeaux de tissu gangréné. Ils devront toujours être faits avec les plus grands ménagements, de façon à pénétrer le moins possible dans les ramuscules bronchiques. Du reste, au bout de quelques jours, la plaie pulmonaire bourgeonne et, de ce fait, la communication entre la cavité et le réseau pulmonaire est interrompu. Dans l'observation de M. Prengrueber, à partir du troisième jour, cette communication n'existait plus.

On a aussi indiqué la pneumotomie comme méthode de traitement des kystes hydatiques du poumon. L'exploration par la scissure interlobaire pourra permettre à la main, pénétrant entre les deux lobes pulmonaires, de reconnaître la présence de ces tumeurs. Il en sera de même des corps étrangers (2) et des autres néoplasmes du poumon. La main, par cette voie, peut arriver à explorer la partie du médiastin postérieur située au-dessous des hiles des poumons.

(1) Prengrueber. Acad. de méd., séance du 19 oct. 1886.
(2) Truc. *Rev. de med.*, 1886.

OBSERVATIONS

Pleurésie interlobaire suppurée de la scissure horizontale du poumon gauche; résection de la quatrième côte; pneumotomie; guérison. (M. Ricard.) — Le nommé L. J..., journalier, âgé de trente-six ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 9 février 1891.

En mars 1890, il aurait fait une chute ayant déterminé des accidents pulmonaires, pour lesquels il est entré dans différents services de médecine. Une dizaine de ponctions auraient été pratiquées dans le poumon sans jamais amener le plus petit résultat.

A son entrée dans le service de M. Letulle, il se plaint de douleurs thoraciques assez violentes. Il a de la fièvre et crache du pus, en grande abondance, le matin, après une suite de quintes de toux. En quelques heures, le malade remplit ainsi trois crachoirs de liquide purulent. M. Letulle fait d'abord une ponction qui est encore négative, suivie d'une seconde ponction également blanche. Ce n'est que le 14 avril que, trouvant une légère matité dans l'aisselle droite, il enfonce un trocart sur la ligne axillaire dans le quatrième espace intercostal et ramène du pus.

L'état du malade ne s'améliorant pas, il est évacué le 22 avril, salle Blandin n° 15 *bis*, dans le service de M. Monod suppléé par M. Ricard.

Ce chirurgien intervient aussitôt de la façon suivante : après anesthésie au chloroforme, le malade est placé dans le décubitus latéral gauche, le bras droit maintenu élevé par un aide. La région opératoire préparée, la résection de la quatrième côte, sur une étendue de 7 à 8 centimètres, est pratiquée d'emblée au niveau de la ligne axillaire, immédiatement au-dessus de l'orifice encore visible de la ponction. Les lèvres de la plaie écartées, un trocart est enfoncé horizontalement et un peu en arrière dans le parenchyme pulmonaire, et de chaque côté de la canule une incision au bistouri est pratiquée, cette incision donne lieu à un écoulement de sang assez abondant, et, au même moment, le malade devient légèrement violacé et une mousse sanguinolente se montre à la bouche.

Le trocart est alors retiré, la plaie est tamponnée; la section s'achève au thermocautère sans incident. Il fallut traverser une épaisseur de 2 à 2 centimètres et demi de tissu fort vasculaire, pour arriver à une cavité anfractueuse irrégulière, qui, à une exploration rapide, parut être beaucoup plus étendue transversalement qu'en hauteur et présenter une forme d'apparence discoïde.

Le malade présentant une respiration quinteuse avec expectoration sanglante, on dut faire le tamponnement de la cavité et de la plaie avec des bandelettes de gaze iodoformée. L'anesthésie, l'opération et le pansement avaient duré quarante-cinq minutes.

Les suites opératoires furent des plus simples : diminution considérable de l'expectoration purulente; puis cessation absolue de tout crachat présentant du pus. Le malade engraissa de jour en jour d'une façon notable.

Il quitta le service, le 26 mai, trente-quatre jours après l'opération, parfaitement guéri, sans la moindre fistule.

Pleurésie interlobaire suppurée de la grande scissure oblique du poumon droit; résection des cinquième et sixième côtes; pneumotomie; guérison. (M. Poirier.) — M. A. S... entre, le 31 juillet 1891, à l'hôpital Lariboisière, salle Chassaignac n° 26, service de M. Berger, suppléé par M. Poirier.

Cet homme, chef de gare à Bessancourt, est malade depuis longtemps. Il a une dyspnée intense, des douleurs dans le côté droit et a beaucoup maigri depuis quelque temps.

Depuis quelques jours, il a été pris de vomiques, se répétant plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, et on l'a envoyé consulter à Paris.

A son entrée à l'hôpital, ce malade présente un état général très mauvais et semble être sur le point de succomber.

L'examen de la poitrine ne donne pas de signes bien nets : à l'auscultation quelques râles disséminés. Il existe sur la paroi thoracique, au-dessous de l'aisselle droite, une légère voussure

s'étendant obliquement dans le sens des côtes, de haut en bas et d'arrière en avant, et occupant la largeur de deux espaces intercostaux. A ce niveau seul, légère zone de matité. M. de Saint-Germain, interne en médecine, examine le malade et déclare, après des recherches attentives et prolongées, qu'il ne croit pas à la présence d'un épanchement notable; à moins qu'il ne s'agisse d'un épanchement interlobaire.

Le 5 août. L'état du malade s'aggravant de plus en plus, M. Poirier se décide à intervenir, en allant rechercher l'abcès pour l'évacuer, l'asepsier et mettre ainsi fin aux phénomènes fébriles.

Une incision est pratiquée au-dessous de l'aisselle droite, incision en forme de volet. Le milieu du volet répond à la voussure et à la légère zone de matité signalée plus haut. La cinquième et la sixième côte sont dénudées et réséquées d'emblée sur une étendue de 12 centimètres. On aperçoit alors la plèvre épaissie, mais friable; avec la sonde cannelée, M. Poirier crée une voie dans le tissu néo-membraneux, rencontre dans ce tissu quelques nodules noirâtres, rappelant l'aspect du poumon induré, et, après avoir pénétré à une profondeur de 2 à 3 centimètres, pénètre dans une cavité qui laisse échapper un flot de pus. Cette ouverture est agrandie sur une étendue de 10 centimètres. En inclinant le malade sur le côté droit, la cavité qui contient environ un litre de pus se vide facilement et, après cette évacuation, la cavité est facile à inspecter. Elle est fort grande : sa paroi supérieure et sa paroi inférieure sont mobiles et se gonflent à chaque inspiration venant ainsi au-devant l'une de l'autre. Il s'agit évidemment d'une grande cavité interlobaire.

Suture de la plaie aux deux extrémités : placement de deux gros drains, lavages au chloral, piqûres d'éther.

Le malade est très affaibli, respire difficilement, on est forcé de l'asseoir dans son lit.

Le 8 août, le malade commence à se remettre et il reprend rapidement ses forces.

Le 16 septembre. Le malade sort très amélioré, l'état général est très bon, il a beaucoup engraissé.

M. Poirier a revu le malade en janvier, on ne le reconnaît plus tant il a pris de l'embonpoint. Cependant, il reste encore une fistule donnant quotidiennement une cuillerée à café de pus.

Pleurésie interlobaire suppurée de la grande scissure oblique du poumon droit. (M. Bodet.) — M. G... entre à l'hôpital maritime de Brest, le 16 septembre. Malade depuis deux jours, il a été pris, presque subitement, après un exercice, du reste peu violent, d'une vive douleur siegeant principalement du côté droit aux attaches du diaphragme et irradiant vers le cou. Cette douleur, dont l'acuité redoublait à chaque inspiration, s'accentuait parfois assez pour suspendre complètement la respiration. La température axillaire à l'entrée à l'hôpital est de 40 degrés.

La toux est nulle ainsi que l'expectoration. Le malade est dans le décubitus latéral gauche.

A l'examen, on constate du côté droit, et à la partie inférieure et postérieure du thorax, une diminution marquée des vibrations thoraciques. A la percussion, il existe, dans la même région, une matité dont la limite supérieure cesse graduellement. La région sous-claviculaire droite donne un son skodique. L'auscultation révèle les signes suivants : souffle pleurétique. Égophonie. Pectoriloquie peu marquée, toujours à la base droite du poumon.

19 septembre. Température 38°1 à 39°3. Épistaxis; la respiration s'entend jusqu'à la base du poumon droit. Le malade vomit ses médicaments.

22 septembre. Le malade, après une quinte de toux, vient de rendre par la bouche du pus phlegmoneux, mélangé de quelques filets de sang.

24 septembre. Température 38 degrés, 39°8. Le malade a eu des vomiques pendant la nuit dernière. Elles ont été assez abondantes. La matité est surtout localisée dans un point au niveau du lobe inférieur du poumon.

26 septembre. La thoracentèse est pratiquée au moyen de l'appareil Potain. L'aiguille n° 2 est enfoncée dans l'*hémithorax droit à peu près dans la région axillaire* et donne issue à du pus fétide. Une deuxième ponction est pratiquée le lendemain dans les mêmes conditions.

28 septembre. La thoracotomie est décidée et pratiquée entre la sixième et la septième côte, sur la ligne axillaire. La plèvre incisée ne laisse point écouler de pus. Le doigt se promène dans la cavité pleurale en écartant les deux plèvres; un béniqué recourbé s'y promène aussi sans trouver un abcès enkysté, sans rencontrer d'adhérences. Deux ponctions exploratrices, faites dans la même région que celles pratiquées les jours précédents, restent sans résultat. On draine, cependant, et on lave la cavité pleurale, puis un pansement à la gaze iodoformée est appliqué sur la plaie.

29 septembre. Température 38°7 à 39°2. La nuit a été mauvaise; le malade est agité.

30 septembre. Le malade meurt à huit heures un quart du matin.

L'autopsie n'a pu être faite.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 mars 1892. — Présidence de M. Chauvel.

COMMUNICATION

Prolapsus du rectum. — M. GÉRARD MARCHANT fait une communication sur ce sujet. Selon lui, le prolapsus du rectum peut se produire dans deux conditions différentes : 1° chez des sujets qui ont conservé, en apparence du moins, les moyens de contention du périnée; 2° dans les cas, beaucoup plus fréquents, où le périnée n'existe pour ainsi dire plus. La peau de la région est alors flasque, comme en excès, l'anus est entr'ouvert, et le prolapsus se produit sans effort. Les premiers ont, au contraire, un anus resserré, contracturé, et c'est dans l'effort que se produit l'issue de la portion rectale prolabée. On peut donc admettre qu'il y a des prolapsus de faiblesse et des prolapsus de force.

Chez l'officier, dont M. Marchant a rapporté l'observation, l'anus admettait difficilement l'introduction du doigt, et lorsqu'on disait au malade de pousser, comme pour aller à la selle, on voyait la muqueuse rectale faire d'abord hernie, puis entraîner dans un effort puissant les tuniques du rectum.

Cette remarque clinique est importante au point de vue du traitement — chez les prolabés de force, on respectera la peau du périnée, et il sera inutile d'agir sur le sphincter pour le rétrécir — chez les prolabés de faiblesse il faudra recourir aux opérations concourant à la réfection du périnée et au rétrécissement de la filière ano-rectale.

Sans revenir sur les différents temps de l'opération qu'il a imaginée, M. Marchant signale les modifications opératoires qu'il y a apportées.

Il ne divise plus le sphincter, et ne retranche plus un triangle musculaire pour en faire la suture et rétrécir par cette perte de substance l'orifice anal. Il pratique la suture de l'anus en bourse; il place transversalement un fil à 1 centimètre de l'orifice anal, traverse l'épaisseur du sphincter sans intéresser la muqueuse, puis il resserre les deux chefs de ce fil, après avivement des fibres musculaires. On peut ainsi rétrécir l'anus du quart, du tiers, suivant le degré nécessaire.

M. Marchant évite ainsi de faire communiquer la plaie opératoire avec la lumière intestinale, et c'est là une condition de succès.

Si la hernie de la muqueuse, malgré ces précautions, se produit, il a recours aux pointes de feu, et cette seconde intervention supprime définitivement cette tendance à la hernie.

DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. MOTY communique dix observations de pérityphlite et d'appendicite, qu'il a recueillies depuis quelques années. Voici le résumé de ces observations;

Un homme de vingt-six ans présente, en 1885, des phénomènes inflammatoires intenses dans la fosse iliaque; on fait une incision et on donne issue à une grande quantité de pus, drainage; guérison sans récidive.

Un homme de quarante ans a présenté des symptômes de péri-

typhlite à deux reprises dans la même année; ces symptômes ont disparu sans intervention. Depuis trois ans, pas d'accidents.

Un homme de quarante-cinq ans est atteint, en 1886, d'une dysenterie, suivie des symptômes ordinaires de la pérityphlite; après quelques jours, ils disparaissent spontanément; dans la suite plusieurs attaques d'accidents semblables, qui suivent la même évolution et ne laissent dans la fosse iliaque qu'un léger empâtement douloureux.

Un malade présente, en 1888, une première atteinte de typhlite et de pérityphlite; en 1889 et 1890, il a cinq récidives. La dernière est traitée par l'incision qui donne issue à du pus et à une masse fongueuse située sur le côté externe du cæcum. Guérison. Six mois après, récidive, même traitement, amélioration suivie de nouveaux accidents. On se décide à pratiquer une laparotomie; on ne trouve pas l'appendice et on découvre que le péritoine cæcal se continue avec le péritoine pariétal. La guérison se maintient depuis deux ans.

M. Moty cite un certain nombre d'autres cas dans lesquels il y eut ainsi plusieurs atteintes qui ont fini par disparaître sans aucune intervention. Enfin il cite un fait qui s'est terminé par une péritonite généralisée mortelle et, à l'autopsie, on a trouvé une large ulcération sur l'appendice.

M. Moty conclut de ces faits qu'il y a deux variétés de pérityphlites, l'une phlegmoneuse, l'autre péritonitique, que le pronostic varie suivant diverses circonstances, parmi lesquelles il faut faire intervenir les rapports du méso-cæcum et du péritoine. Les lésions ont pour point de départ, tantôt la muqueuse cæcale, tantôt l'appendice. Le traitement doit varier suivant ces cas et l'intervention peut être formellement indiquée ou contre-indiquée.

M. BOUILLY, à propos des faits d'appendicites tuberculeuses cités dans la dernière séance par M. Terrier, en rapporte deux nouveaux exemples. Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune femme à laquelle il a pratiqué la laparotomie pour des poussées de péritonites; il a trouvé la cavité du petit bassin remplie de pus. Après une notable amélioration, est apparue une fistule stercorale, en même temps que des lésions pulmonaires tuberculeuses. Nouvelle laparotomie; M. Bouilly trouve et résèque l'appendice qui était tuberculeux; disparition des accidents fistuleux, mort rapide par phthisie pulmonaire.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme atteinte d'une grosse tumeur développée aux dépens du cæcum et de l'appendice; ablation par résection de la portion iléo-cæcale de l'intestin, entérorrhaphie, guérison. L'examen anatomique de la pièce a montré qu'il s'agissait d'une tuberculose lymphoïde de la muqueuse. La malade était restée guérie jusqu'à l'année dernière, quatre ans après l'opération. M. Bouilly ignore actuellement ce qu'elle est devenue.

M. NÉLATON communique l'observation d'un malade dont a déjà parlé M. Reclus; il s'agit d'un homme de trente-quatre ans, qui eut une première atteinte d'appendicite, il y a douze ans; deux incisions permirent de vider le foyer purulent, et la guérison se maintint pendant dix ans. En 1890, récidive, M. Pozzi ouvre de nouveau la collection purulente et ne peut trouver l'appendice. Guérison pendant six mois. Au bout de ce temps, nouvelle récidive, nouvelle intervention, même amélioration. Quatre mois après, troisième récidive; on incise, on recherche l'appendice sans pouvoir la trouver. Quatrième récidive deux mois après; M. Nélaton pratique une nouvelle incision au milieu d'un tissu dur, lardacé, ouvre, sans le vouloir, le péritoine et en profite pour explorer la face antérieure du cæcum, qu'il trouve intacte. Il ne peut trouver l'appendice et ne veut pas pousser plus loin sa dissection dans la crainte d'ouvrir l'intestin. Le lendemain, une cuillerée de pus épais sort par une fistule. Trois mois après, cinquième récidive, ouverture spontanée, placement d'un drain qui pénètre à 17 centimètres de profondeur. Quatre mois se passent sans accidents; le drain était sorti de 2 centimètres, une sixième récidive apparaît; en même temps que le pus, sort une parcelle de matière fécale. Le drain est replacé, et jusqu'ici, il n'y a pas de nouveaux accidents.

Ce fait montre que si, dans certains cas, il est indiqué d'opérer *à froid*, cela peut être dangereux quand il y a eu beaucoup de récidives. Ce fait démontre, en outre, que la perforation peut siéger sur la face postérieure du cæcum.

M. Nélaton a observé, d'ailleurs, trois autres cas dans lesquels la perforation siégeait également sur la face postérieure du cæcum : dans le premier de ces cas, il s'agissait d'une fillette de neuf ans, atteinte d'un volumineux abcès du flanc droit, remontant jusqu'aux fausses côtes; M. Nélaton a fait une incision lombaire, pour donner issue au pus, et il a pu voir une ulcération bien nette sur la face postérieure du cæcum. L'abcès ici était rétro-cæcal. M. Nélaton cite deux autres faits analogues, dans lesquels la perforation siégeait bien nettement à la partie supérieure et postérieure du cæcum.

M. REYNIER a observé deux cas d'appendicites d'origine tuberculeuse. Dans un de ces cas, il a trouvé de nombreuses granulations tuberculeuses, siégeant sur le cæcum et sur le péritoine. Le malade a succombé à une tuberculose généralisée. Dans l'autre cas, il s'agit d'un jeune homme de vingt-quatre ans ayant eu, il y a huit ans, un abcès tuberculeux, qui a été ouvert par Gosselin. Cet abcès a laissé une fistule et M. Reynier a dû intervenir plusieurs fois pour ouvrir des collections purulentes. Ce malade est également mort tuberculeux.

RAPPORT

Plaies de l'intestin chez le chien. — M. GÉRARD MARCHANT fait un rapport sur un travail de M. Chaput, relatif au traitement des plaies de l'intestin chez le chien. La conclusion que M. Chaput a cru devoir tirer de ses expériences, est que l'expectation, en présence d'une plaie intestinale, donne de mauvais résultats. Ainsi, dans les expériences de M. Chaput, sur les chiens, sur 46 expectations, il y a eu 31 morts et 15 guérisons, soit 60 p. 100 de mortalité. Dans ces cas, la mort est survenue 4 fois immédiatement, 18 fois avant vingt heures, 5 fois le second ou troisième jour, 3 fois le quatrième jour.

Dans les coups de feu tirés à bout portant, le nombre des perforations est de 6 à 8; dans un cas, il a été de 26. Jamais il n'y en a eu moins de deux.

Les hémorrhagies par blessure des artères mésentériques sont graves et fréquentes. Le bouchon muqueux n'est pas obturateur et n'empêche nullement les matières de passer.

La guérison spontanée peut être favorisée par les conditions suivantes : puissance adhésive de l'épiploon, destruction de l'épithélium du bourrelet muqueux, vacuité de l'intestin, faible virulence de son contenu, absence d'hémorrhagie et d'infection péritonéale, petit nombre et petite étendue des perforations.

M. Gérard-Marchant passe en revue les différentes expériences faites par M. Chaput. Il résulte de ces expériences qu'après un certain temps, la péritonite est trop avancée pour qu'il y ait les chances de succès que donne l'intervention immédiate.

Dans le cours de ces expériences, M. Chaput a imaginé une nouvelle opération, la greffe intestinale, opération qui consiste à obturer les perforations en les suturant à une anse saine. Il est amené ainsi à établir des sutures à plusieurs étages, sans causer le rétrécissement intestinal. Selon M. Chaput, la greffe intestinale donnerait 100 p. 100 de guérisons, à condition qu'elle soit faite moins de trois quarts d'heure après la blessure.

M. REYNIER a pratiqué autrefois des expériences sur le chien et ces expériences lui ont montré qu'il y avait une très grande différence, au point de vue de la gravité, entre les plaies par coups de couteau et les plaies par revolver. Tandis que les premières guérissent généralement, les secondes sont habituellement suivies de mort. Les interventions pour plaies par armes à feu ont d'autant plus de chances de réussir qu'elles sont plus précoces.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 9 mars 1892, M. Pesme, médecin-major de deuxième classe au 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, est désigné pour le 52e d'infanterie, par permutation avec M. Verdier.

M. Labanonski, médecin-major de deuxième classe au 42e d'infanterie, est désigné pour le 30e régiment de même arme, par permutation avec M. Lévy.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera la prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 13 mars 1892, à

neuf heures et demie très précises du matin, au Dépôt de la Société de constructions du système Tollet, place d'Alleray (Vaugirard).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

24

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »	sesqui-oxyde de fer	
Phosphate »	sesqui-oxyde de fer	
Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	
— de chaux..................		
Chlorure de sodium..................		
Matières organiques..................		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

72

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

52

PEPTONATE DE FER ROBIN
OU
FER ROBIN ASSIMILABLE

Admis dans les hôpitaux de Paris
Présenté à l'Académie, en 1885, par Berthelot.

Le seul obtenu à l'état de véritable sel ferrugineux, en gouttes concentrées.

Dose : 10 à 20 gouttes par repas.
Détail : Dans toutes les Pharmacies.

34

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Prix : 4 fr. le flacon.

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

51

KOLA ROY

Donne la force aux débilités.

2 à 4 cuillerées par jour aux repas.

Th. Roy, pharmacien, Asnières (Seine).

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boites fer blanc de 50 et 100g.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

55

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

27

MALADIES DES VOIES URINAIRES

PEPTO-SANTAL VICARIO

Ce produit, obtenu par digestion pancréatique artificielle, est très rapidement absorbé. Grâce à cette assimilation facile, il **peut seul être employé à haute dose** sans provoquer de phénomènes douloureux du tube digestif. Il constitue par conséquent la préparation la meilleure et la plus active contre la blennorrhagie et, en général, contre les affections des voies urinaires.

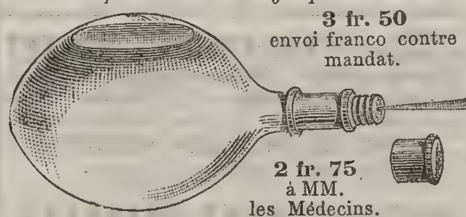
Dose : De 1 a 4 cuillerées a soupe dans un peu d'eau.

Phie VICARIO, 13, boulev. Haussmann, Paris.

42

CHLORÉTHYLE DU Dr BENGUÉ

anesthésique local et analgésique instantané.



Dr Bengué, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

39

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

INHALATIONS D'OXYGÈNE
APPAREIL DE LIMOUSIN

Inhalateur, location, 3 francs par semaine. Gaz, 2 f. 50 le ballon de 30 litres. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, **130** fr.
Phie Limousin ❄, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

94

DIABÈTE

PAIN
SEMOULE chocolatée
AMANDINE
de **SOYA**

(L'Amandine se mange comme légume)

Ces différents produits ne renferment que 3 p. 100 de matière saccharigène.
DESVILLES, phcn chimiste, fournisseur et exinterne des hôpitaux, *2, rue de Ponthieu, 2, Paris.*

66

EUCALYPTOL VOIRY
LE SEUL CHIMIQUEMENT PUR

Récompenses obtenues par R. Voiry, pharmacien de 1re classe, pour ses travaux sur **l'Eucalyptol :**
Médaille d'OR, Société de pharmacie de Paris
Prix LAROZE, Ecole supér. de pharm. de Paris.

ÉLIXIR D'EUCALYPTOL VOIRY

Adopté ds les hôpitaux de la marine et de l'état

Médicament présentant à MM. les Médecins toute garantie de pureté. — Prescrit toujours avec succès dans le traitement des **affections des voies respiratoires,** *Catarrhes pulmonaires, Bronchites chroniques, Tuberculoses, etc.*

5, boulev. de Courcelles Paris, et ttes phies.

36

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** (*caféine, iodoforme et strophantus*). Dépt Phie Cle Fg Montmartre, Paris.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.
Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.
Vente en gros : Chez tous les droguistes.

109

INFLUENZA

HUILE DE FOIE DE MORUE
BRISSONNET

riche en principes actifs

au citron, à la menthe. Très facile à prendre.

Pharmacies : 13, boulevard Haussmann ; 7, rue de Passy ; 79, rue Claude-Bernard.

90

MAGNÉSIE ROY

Sel purgatif alcalin soluble.
Dépuratif chimique.
A. Roy

62

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.
Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

97

EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE

OREZZA (CORSE)

ANÉMIE, CHLOROSE, DYSPEPSIE

LA PLUS RICHE EN FER & EN ACIDE CARBONIQUE

*Sans rivale dans toutes les maladies provenant de l'***Appauvrissement du sang** *ou de l'***Insuffisance de nutrition.**

62

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.
Une instruction accompagne chaque flacon.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE
CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

N° 32. — MARDI 15 MARS 1892. 65e ANNÉE. MARDI 15 MARS 1892. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.** »	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 14 mars 1892.

Notre siècle est le siècle des syndicats et des associations médicales. Partout, poussés par des instincts divers, on voit les médecins se réunir, se grouper, soit pour défendre leurs intérêts menacés, et étudier, en commun, tout ce qui touche à la profession, soit pour se communiquer entre eux leurs observations et leurs travaux, soit enfin pour se liguer contre une maladie qui, jusqu'alors, a résisté aux efforts les mieux combinés de tout l'arsenal thérapeutique. De là, des syndicats, sociétés savantes, congrès, associations.

Une de ces dernières associations est l'Œuvre de la tuberculose. Son succès est aujourd'hui solidement établi, il grandit chaque jour et, « par des procédés scientifiques irréprochables, impose maintenant le respect même aux sceptiques endurcis, aux détracteurs injustes, aux critiques malveillants de la première heure ».

On est en droit de dire que la tuberculose a largement bénéficié de cette association scientifique ; depuis quelques années, un grand courant d'études s'est produit autour de cette affection, des travaux importants ont vu le jour, et si la thérapeutique ne donne pas encore tout ce que l'on désire, on est en droit d'espérer que, grâce à une notion plus exacte du mal, grâce aux mesures hygiéniques et prophylactiques maintenant bien connues, grâce aussi à une thérapeutique plus rationnelle et plus puissante, nombre de tuberculeux échapperont à une mort qui, quelques années auparavant, eût été inévitable pour eux. Il convient de se rappeler qu'il n'y a pas bien longtemps tuberculose était synonyme d'incurabilité.

Bien d'autres affections, aussi redoutables, ont été étudiées et victorieusement combattues. La septicémie, la pyohémie, l'érysipèle, la fièvre puerpérale, qui faisaient ravage dans nos hôpitaux et nos maternités, sont aujourd'hui de rares et d'exceptionnelles complications destinées à disparaître.

Mais, à côté de ces maladies infectieuses, si bien étudiées et si bien combattues, se dresse « cette lugubre question du cancer, véritable honte de notre science médico-chirurgicale moderne ». Portons-nous mieux les diagnostics que du temps de Velpeau et Nélaton ? Avons-nous changé le pronostic final ? Nos succès thérapeutiques sont-ils plus grands qu'autrefois ? Répondre à ces questions c'est reconnaître que nous ne sommes point en progrès, que « le cancer reste jusqu'ici mal connu dans son essence, impénétrable dans ces causes et immuable dans sa fatalité ».

M. Verneuil, qu'on trouve toujours en avant, lorsqu'il s'agit de combattre le bon combat, vient d'écrire à M. le professeur Duplay une lettre dans laquelle il fait appel à tous les travailleurs, à toutes les bonnes volontés, il presse son collègue de se mettre à la tête du mouvement pour le conduire et le diriger, et, en terminant, lui donne les conseils suivants :

Puisqu'on a besoin d'observations multipliées et bien prises, je les demanderai naturellement aux cliniciens, médecins et chirurgiens, de divers États et contrées, des grandes et petites villes et de la campagne aussi, les praticiens ruraux pouvant fournir des documents précieux pour les questions de milieu, de régime, d'hérédité, etc. Les professeurs de médecine comparée seraient requis de droit. La néoplasie paraissant différer beaucoup suivant les pays, les climats, les races, le régime, j'interrogerais les médecins de l'armée et de la marine capables de faire la géographie médicale, puis les géographes eux-mêmes et les anthropologistes et jusqu'aux apôtres du régime végétarien qui ont sur la question des idées très nettes auxquelles j'ai donné quasi mon adhésion et qu'il serait au moins curieux de contrôler. Ne point réclamer l'assistance des zoologistes et des vétérinaires, de ces derniers surtout qui rendent journellement de si grands services à notre science médicale, serait à la fois une sottise et une ingratitude. Comme il serait imprudent de croire que l'expérimentation et les recherches de laboratoire ont dit leur dernier mot, les vivisecteurs, les histologistes, les bactériologistes seraient sollicités à nouveau, et comme il est impossible de ne pas admettre *a priori* que le sang et les tissus des néoplasiques aient des propriétés et une composition particulières, je tâcherais d'intéresser à l'œuvre les hématologistes éminents, tels M. Hayem et ses élèves, un chimiste transcendant comme M. Armand Gautier, des cliniciens biologistes comme MM. Albert Robin, Quinquaud, qui étudient avec tant de ténacité et de perspicacité les secrets de la nutrition et tout ce qui se passe, se forme, se transforme ou se détruit dans l'usine organique.

Mais je m'aperçois que me voici parti en guerre ou emballé (comme on m'accuse si poliment de l'être chaque fois que je me fais l'apôtre d'une idée tant soit peu grande), sans songer que tout à l'heure je reconnaissais implicitement mon impuissance et la nécessité où je suis de passer à d'autres la main pour ne pas faire faillite scientifique. Mais ce que l'âge et mes forces ne me permettent plus d'entreprendre, pourquoi ne le feriez-vous pas, vous qui êtes en pleine vigueur intellectuelle et physique, vous

l'un des chefs les plus autorisés, les plus sérieux, les plus instruits, les plus justement estimés et les plus sympathiques de notre école française ?

Voici donc créée chez nous une « ligue contre le cancer ». Il nous semble inutile de dire qu'elle trouvera, chez tous les travailleurs, encouragement et assistance.

La cirrhose alcoolique n'est plus maintenant considérée comme une maladie forcément incurable : trois malades présentés par M. Millard à la Société des hôpitaux, comme guéris en 1881, continuent à se bien porter. M. Millard présente un nouveau malade guéri depuis cinq mois. L'œdème des membres inférieurs et l'ascite ont disparu. L'état général est meilleur, le malade a gagné en poids 2 kilogrammes et peut vaquer à ses occupations. La rate a diminué de volume, mais le foie est resté gros (11 mars 1892). M. Troisier cite à la même séance une observation du même ordre, moins favorable cependant, puisqu'il ne s'est agi que d'une longue rémission. Un malade de M. Raymond paraît guéri depuis treize ans.

On est d'accord pour reconnaître que ces améliorations prolongées, équivalant parfois à de véritables guérisons, ne se produisent que lorsque le foie est gros. On ne peut pas les espérer avec un foie petit et rétracté. Il y a lieu de se demander, avec M. Rendu, si la cirrhose, avec hypertrophie, précède toujours la cirrhose atrophique, s'il n'y a pas des formes qui restent indéfiniment hypertrophiques. Ces dernières, seules, seraient curables.

Pour que la guérison puisse s'obtenir, il faut, de toute nécessité, que les malades renoncent à leurs habitudes d'intempérance. Il est très utile, sinon indispensable, de les soumettre, d'une façon prolongée, au régime lacté complet, puis, l'amélioration obtenue, au régime lacté mixte. M. Lancereaux y ajoute, d'une façon presque permanente, une certaine quantité d'iodure de potassium.

M. Troisier se demande si d'autres accidents de l'intoxication alcoolique, la gastrite, la néphrite, ne seraient pas également de nature à rétrocéder. On voit, en tout cas, quel intérêt pratique présente la notion de la curabilité de cette forme particulière de la cirrhose alcoolique, curabilité qu'ont affirmée également, du reste, d'autres auteurs : MM. Hanot et Gilbert, Semmola, d'après des faits cliniques.

M. Raymond a observé, chez une femme de vingt-sept ans, tous les phénomènes de la maladie d'Addison. A l'autopsie, il n'a trouvé, contrairement à ce qui est habituel en pareil cas, ni tuberculose pulmonaire, ni tuberculose des capsules surrénales. Il existait une adénopathie généralisée et le voisinage de ganglions lymphatiques malades avait amené la lésion du ganglion semi-lunaire du côté droit; l'examen histologique l'a montré nettement scléreux. Ce fait, très intéressant, vient donc à l'appui de la théorie nerveuse de la cachexie d'Addison. Ce ne sont pas les capsules surrénales qui, lésées, amènent la production de la pigmentation anormale, c'est le système nerveux qui, irrité, amène une véritable viciation trophique du système pigmentaire.

M. A. Mathieu complète l'observation d'un diabétique simple, dont il a, autrefois, entretenu la Société. Cet homme urinait, par jour, de 20 à 25 litres d'urine. Il avait des antécédents héréditaires névropathiques, mais ne présentait aucun stigmate d'hystérie. Dans le service de M. Lancereaux, où il était récemment entré, on lui donna, sous le nom de phénacétine, des cachets de chlorure de sodium, à la dose de 1 gramme à 2^{gr}50. L'urine ne tarda pas à tomber à 5 litres. Elle remonta à 9 litres lorsque le malade apprit qu'on l'avait trompé sur la nature du médicament administré. C'est là un bel exemple de grande polyurie fortement améliorée par la suggestion. Il semble donc s'agir d'un cas de polyurie hystérique; la chose est d'autant plus curieuse que, dans les cas de cet ordre cités jusqu'à présent, on ne relevait que 5 à 7 litres d'urine par jour.

Quelle singulière chose que l'hystérie et que la perversion psychique qui tient une si grande place dans la genèse des manifestations qui en dérivent!

La dernière séance de la Société de dermatologie (10 mars) a commencé par une discussion intéressante sur l'influence des bains continus sur certaines dermatoses rebelles. Unna (de Hambourg) a maintenu un malade atteint de psoriasis, pendant quatre-vingt-dix jours, dans un bain : la dermatose, améliorée, ne tarda pas à reprendre les caractères qu'elle présentait avant cette intervention. Aussi M. Besnier préfère-t-il donner des bains prolongés, des bains de trois à six heures par exemple, dans des cas de dermatose chronique grave. A Louesche aussi, on donne le bain continu; M. Lailler pense que la réputation de cette station est surfaite pour ce qui regarde les affections cutanées : on pourrait, en France, remplir tout aussi bien, sinon mieux, les mêmes indications à Plombières, à Bagnères-de-Bigorre, à Aix.

M. Besnier fait, sur la farcinose chronique de la face, une importante communication que nous sommes heureux de pouvoir donner *in extenso*. Bien qu'il s'agisse de faits relativement rares, sa portée pratique et son intérêt n'échapperont pas à nos lecteurs.

M. Besnier présente aussi un malade atteint d'une forme particulière de mycosis fongoïde. Cette maladie, qui commence habituellement par des éruptions prurigineuses ou eczématoïdes, aboutit à la production d'une infiltration du derme, puis de véritables tumeurs qui finissent par s'ulcérer. Nous ne retiendrons de la communication de M. Besnier que cette déclaration, que les cas de cette maladie paraissent maintenant beaucoup plus fréquents qu'autrefois.

M. Jullien fait connaître un nouveau cas de phthiriase des paupières : nos lecteurs sont au courant de la question.

M. Fournier montre un jeune homme atteint d'ulcères symétriques des jambes, qu'il rapporte à une grave fièvre typhoïde subie par le malade quelques mois auparavant : il s'agirait là d'ulcérations dépendant directement ou indirectement de l'infection typhique.

Présentation intéressante, par M. Hallopeau, d'un cas de lichen scrofulosorum. Cette affection est constituée par de petites papules d'un rouge brun; très rare, à Paris, elle coïncide toujours avec des lésions tuberculeuses. Elle ne serait elle-même, du reste, qu'un mode rare de la tuberculose cutanée. On y a trouvé des bacilles de Koch; les injections de lymphe de Koch ont pu faire disparaître ces éléments de lichen, mais ils ont pu aussi les faire apparaître. En somme, le lichen scrofulosorum est dû à une localisation, chez les sujets prédisposés, de la tuberculose dans les follicules pilo-sébacés; on ne le trouve que chez de jeunes

sujets. Quelle singulière chose que cette tuberculose cutanée qui donne lieu à des lésions si différentes d'aspect : ulcérations tuberculeuses vraies, tuberculose papuleuse, papulo-croûteuse, lupus, lupus érythémateux, lichen pilo-sébacé!

A signaler encore, dans la même séance, des présentations de différents malades : œdème bleu hystérique par M. Thibierge; érosions herpétiques surélevées de la vulve, simulant des plaques muqueuses, par M. Bataille; herpès bilatéral de la face simulant un double zona par MM. Hallopeau et Barrié; trichophytie de la plante des pieds simulant une lésion syphilitique, par M. Djelalledin-Mouktar.

La session plénière annuelle de la Société aura lieu les 21, 22 et 23 avril.

HOPITAL SAINT-LOUIS

Farcinose cutanée du centre de la face chez un homme de soixante-quatorze ans, n'ayant eu aucun rapport connu avec des animaux ou avec des individus atteints de morve ou de farcin (1).

Par M. Ernest Besnier.
(*Zoopsie et bactériologie*, par M. R. Sabouraud.)

I. En présentant, l'année dernière (2), un cas de farcinose mutilante de la face, dont le diagnostic clinique n'offrait pas de difficultés absolues, j'ai eu soin de faire remarquer que la farcinose cutanée de l'homme était une maladie essentiellement protéiforme, que beaucoup de cas restaient méconnus ici-même, et que, malgré l'observation de M. Hallopeau et la mienne, il y aurait toujours à compter avec les formes frustes et imprévues, et que, dans tous les cas, sans exception, de lésion cutanée ambiguë, il fallait, à présent, d'une manière systématique et régulière, débattre la possibilité de l'origine équine.

Le malade que je vous présente aujourd'hui vient à l'appui de ma proposition et son examen est, je pense, de nature à frapper vivement, et d'une manière utile, l'attention des dermatologistes et des médecins de pratique générale, non seulement parce que, chez cet homme, la farcinose est larvée, masquée par des lésions banales, mais encore parce que l'on cherche en vain chez lui, dans tout ce qui lui est personnel, ou dans tout ce qui l'entoure, la trace de l'origine équinienne.

Lorsque le malade est entré dans mon service, le 15 décembre 1891, il présentait, au centre de la face, dans la région et sous la disposition la plus symétrique du *vespertilio*, une surface d'un rouge vineux, ne ressemblant à rien de ce que nous voyons habituellement, parsemée de pustules espacées, semblables à celles que pourrait produire sur la même région une application d'huile de croton, par exemple. Le nez, lui-même, était modérément tuméfié, non déformé, les narines, surtout la gauche, encombrées de croûtes adhérentes, telles qu'on les voit communément dans l'eczéma narinaire. Le malade, âgé de soixante-quatorze ans, et déjà un peu affaibli par les années, racontait, en termes assez vagues, que, vers le mois d'octobre de 1891, il avait eu dans la narine gauche, sans cause connue, un bouton ou une écorchure, et que la peau de la narine correspondant au point malade de l'intérieur était devenue, ensuite, boutonneuse; c'est de là qu'était partie la rougeur étendue au nez entier et à la partie avoisinante des joues.

Il me fut impossible de porter, d'emblée, un diagnostic ferme; les mots de lupus et de syphilodermie, prononcés autour de moi, n'avaient aucun fondement; aucune forme d'épithéliomatose, ni de carcinose, ne répond à ce type, et je fis inscrire sur la feuille de diagnostic : dermite pustuleuse narinaire et cutanée, vraisemblablement provoquée par les applications externes, que le malade avait subies avant son entrée à l'hôpital. Après deux semaines de repos, d'applications émollientes, de pansements simples, la situation ne s'était pas amendée; la nappe rouge vineux s'étalait; les pustules se renouvelaient, mais aucune d'elles ne formait la moindre ulcération; cependant quelques ganglions indolents, petits, roulants, commençaient à être perçus sous le maxillaire inférieur, la notion de maladie virulente ou infectieuse prenait corps.

Dans les premiers jours du mois de février (cinquième mois de la maladie), à la suite de badigeonnages ichthyolés, la lésion subit, pour la première fois après six semaines d'observation, une modification évolutive. Les pustules de la zone supérieure de la lésion cessèrent à peu près de se produire, en même temps que la moitié supérieure de la nappe infiltrée subissait une décoloration accentuée; mais l'encombrement croûteux de la narine gauche allait en augmentant; la surface narinaire en vue, ainsi que l'aile du nez de gauche et le lobule, se recouvraient de croûtes eczématoïdes noir verdâtre, fragmentées, mais extrêmement adhérentes, et recouvrant des ulcérations indolentes, petites, cupulaires, à fond suppurant modérément. En même temps, la surface cutanée de la narine se *craquelait* de fissures profondes irrégulières, semblables à celles de la terre glaise desséchée au soleil, ayant, elles-mêmes, des bords déchiquetés, taillés à pic, et le tout, quand les croûtes étaient avulsées, présentant un aspect vermoulu, à nodules perforants très petits, mais rappelant exactement ceux que nous avons décrits chez notre précédent malade (1).

II. Ne fût-ce que par exclusion, et en tenant compte des principes sémiologiques que nous avons formulés tout à l'heure, il était naturel de soulever et d'étudier la question de farcinose, et elle eût été tranchée cliniquement par nous, sans désemparer, si les conditions personnelles du malade s'y fussent prêtées, s'il avait été cocher, palefrenier, équarrisseur, etc. Mais non, c'est un ancien maçon, retiré depuis trois ans, un bon vieux à la retraite, qui ne sort de chez lui que pour de petites promenades au centre de Paris. Il habite, aux Batignolles, une maison d'ouvriers dans laquelle il n'y a ni écuries, ni chevaux, ni palefreniers, ni cochers, ni rien de ce qui, de près ou de loin, peut se rapporter au cheval, ou à ceux qui sont en rapport avec lui.

En pressurant ses souvenirs, on obtient seulement que, cinq à huit ans avant le début de sa maladie, un palefrenier aurait habité en face de lui, et que, trois ou quatre ans avant ce même début, il allait, chaque matin, chez un buvetier où passaient les rouliers, et où il déjeunait quelquefois. Voilà tout; c'est vraiment à dire, rien. Il ne me reste qu'à ajouter, qu'en continuant à le pressurer de ques-

(1) Communication faite à la Société française de dermatologie.
(2) *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 2e année, 3 avril 1891, p. 184.

(1) *Loc. sup. cit.*

tions, peut-être trop suggestives, on apprend qu'il aurait eu, dans l'hiver de 1889-1890, une bronchite rebelle, assez intense, avec expectoration abondante et suintement nasal aqueux. Mais, de ces divers accidents, il n'était rien resté; aucun abcès n'a jamais existé sur son tégument; il n'a aucune autre cicatrice que celle d'un bubon suppuré remontant à quarante ans et consécutif à un chancre simple. Jamais de syphilis.

L'urine n'est pas albumineuse; la voûte palatine, le pharyngo-larynx, l'appareil pulmonaire ne présentent pas de lésions appréciables. Mais l'appétit se perd rapidement, la diarrhée survient à chaque instant, les forces faiblissent, et le poids diminue chaque jour.

III. Bien que cette dermite pustuleuse, ces ulcérations nodulaires, cette altération érodante de la narine et du nez, cet état térébrant et vermoulant spécial, me permettent d'affirmer qu'il s'agit ici de farcinose cutanée, je trouverai peut-être quelque incrédule. Mais tous les doutes seront levés quand j'aurai ajouté que mon interne distingué, M. Sabouraud, élève brillant de l'Institut Pasteur, malgré les délais insuffisants que je lui ai fixés, a pu cependant apporter des preuves expérimentales et bactériologiques qui seront complétées à la séance prochaine de la Société, mais qui sont, en l'état, parfaitement suffisantes.

IV. — Zoopsie et bactériologie, par M. Sabouraud. — Les inoculations ont porté sur trois cobayes.

Premier point. — Il s'agissait de savoir si les lésions, présentées par le malade, étaient ou non de nature morveuse.

Nous nous sommes adressé au procédé dû à M. le professeur Straus : à l'inoculation intra-péritonéale sur un cobaye mâle.

Dès le deuxième jour qui suivit l'inoculation, la réaction caractéristique de la morve s'est produite sur la séreuse testiculaire : vaginalite progressive, arrivant à décupler le volume de l'organe. Les lésions parvinrent à leur maximum vers le sixième jour, et le cobaye fut sacrifié par le chloroforme le huitième jour.

A l'autopsie, on trouva la vaginale très épaissie, adhérente au testicule en la plupart de ses points, et entre la séreuse et la glande, quatre collections purulentes du volume d'un pois environ, contenant un magma jaune caséeux.

L'examen direct de ce pus, par la méthode de Kühne (bleu méthylène, phéniqué, thymolé), nous montra d'abord tous les organismes habituels des infections secondaires : staphylocoques, streptocoques, points doubles, tétragènes, etc., et parmi eux le bacille spécifique de Capitan et Charrin nettement caractérisé, d'une part, par la ténuité de son petit diamètre, et, en second lieu, par sa coloration plus pâle que celle des microbes voisins.

On sait que la réaction spéciale de la séreuse vaginale chez le cobaye mâle, après l'injection de pus morveux dans le péritoine, est un caractère *de certitude positive*, et qu'à l'heure actuelle, il n'en existe pas d'équivalent.

Mais à côté de cet avantage, cette inoculation présente un inconvénient. La séreuse testiculaire, chez le cobaye, communique avec le péritoine : on retrouve donc dans le pus de la vaginale, avec le microbe spécifique, tous les microbes indifférents portés dans le péritoine par le pus de provenance suspecte. Si, donc, cette inoculation est d'une extrême valeur au point de vue du diagnostic, elle ne permet pas l'obtention immédiate de cultures pures. Il faut, pour les obtenir, s'adresser à une autre méthode d'inoculation.

Deuxième point. — Obtention de cultures pures. — Le dimanche 6 mars, nous avons inoculé en même temps deux cobayes neufs, mais en pratiquant cette fois l'inoculation sous la peau du flanc.

Par ce moyen, on n'obtient aucun caractère réactionnel particulier, mais une lymphangite qui s'étend de proche en proche. Et si ensuite on reprend aseptiquement un ganglion, on obtient sans peine une culture pure. Car sur le trajet des lymphatiques chaque ganglion a opéré une filtration microbienne à laquelle échappent seulement les microbes de haute spécificité.

Mais l'inoculation sous la peau, toujours moins sévère que l'inoculation dans les grandes séreuses, n'amène qu'en huit ou dix jours une adénite suffisamment prononcée, pour qu'avec le ganglion on puisse ensemencer un tube de pomme de terre. Et il faut encore quelques jours pour que la culture prenne sa teinte brun-chocolat caractéristique.

Or, nos inoculations sous-cutanées datent de quatre jours seulement. Il nous faut attendre encore une semaine et demie environ avant de pouvoir réunir l'ensemble des preuves bactériologiques de la nature des lésions suspectes.

Dès à présent, toutefois, on peut affirmer que ces lésions sont morveuses.

Nous en avons actuellement deux preuves : la vaginalite spécifique du cobaye, et l'examen du pus que nous en avons retiré.

Les deux autres preuves : cultures pures et examen du microbe cultivé, seront l'objet d'une communication ultérieure.

HOPITAL SAINT-ÉLOI SUBURBAIN. — M. Grasset.

Un cas d'aérocèle bilatérale du cou chez un phthisique (1).

Par L. Imbert, interne des hôpitaux de Montpellier.

II

L'existence des tumeurs aériennes du cou semble avoir été connue des anciens, et l'on en trouve de nombreuses mentions dans les ouvrages de chirurgie qui se sont succédé, jusqu'à la fin du XVIIIe siècle; mais ce n'est qu'avec Larrey père, dit M. Peschaud, que la question entra dans une voie plus scientifique et plus positive. Depuis, les travaux se sont multipliés, et, *sans avoir la prétention de citer tous les noms qui se rattachent à cette question*, nous nous contenterons de signaler le mémoire d'Hendenreich, les travaux de Virchow, et, plus près de nous, une bonne thèse de M. Peschaud (2) et une Revue très complète de M. L.-H. Petit (3).

Les causes qui président à la formation de ces tumeurs sont assez bien connues; les efforts violents et prolongés, tels que ceux nécessités par une profession pénible, par de fréquents accès de toux, sont souvent signalés et n'ont certainement pas été sans influence dans l'observation que nous venons de rapporter; nous avons insisté, en effet, sur ce point, que notre malade était un phthisique *toussant*, avait des quintes intenses, et dont plusieurs se succédaient

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 273.
(2) Peschaud. Th. de Montpellier, 1884.
(3) L.-H. Petit. *Revue de chir.*, 1889.

parfois presque sans interruption. Pour nous, il ne fait pas de doute que les efforts de toux n'aient été pour beaucoup dans l'apparition et surtout dans le développement de la tumeur. Ce simple fait de l'excessive distension de la poche, pendant la toux, nous paraît rendre cette opinion indiscutable.

C'est généralement chez les adultes que l'on rencontre de pareilles tumeurs; cependant, leur existence, chez de tout jeunes enfants, a pu faire penser parfois à une origine congénitale. Il n'y a évidemment rien d'irrationnel à supposer, chez notre malade, l'existence d'une fistule trachéale, dont la dilatation progressive a pu amener la production de ces tumeurs; mais un examen anatomique seul aurait quelque chance de lever tous les doutes.

On a souvent aussi incriminé la tuberculose et la syphilis comme cause prédisposante de la trachéocèle. Le mécanisme serait le suivant : une ulcération spécifique se développant en un point de la muqueuse trachéale déterminerait l'amincissement progressif de la paroi; les efforts, la toux, interviendraient alors pour amener la production d'une tumeur gazeuse qui communiquerait avec les voies aériennes à l'endroit même où s'était produite l'ulcération primitive. L'intervention de cette cause nous paraît, sinon probable, du moins possible chez notre malade; nous avions affaire à un tuberculeux de vieille date, puisqu'il toussait depuis six ans ; et il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'une ulcération ait rongé en un point sa muqueuse trachéale; cette supposition est encore appuyée par l'existence d'une ulcération tuberculeuse sur l'un des cartilages aryténoïdes; l'examen laryngoscopique a, cependant, été impuissant à montrer, non seulement l'ulcération primitive, mais encore l'orifice de communication de la tumeur avec la trachée.

L'anatomie pathologique des aérocèles du cou a donné lieu à des considérations intéressantes. La tumeur peut se produire par rupture complète de la muqueuse déterminant l'accès de l'air dans le tissu cellulaire du cou, ou par simple hernie de la muqueuse intacte. Il nous paraît impossible, en l'absence de pièces anatomiques, d'affirmer l'ulcération ou l'intégrité de la muqueuse : on a vu, cependant, que nous étions plutôt porté à admettre une ulcération de nature tuberculeuse, sans pouvoir naturellement rien affirmer de précis à cet égard. Il nous est tout aussi difficile de déterminer le siège de l'orifice de communication. On sait que le début peut avoir lieu, soit sur la face postérieure de la trachée, soit sur ses parties antéro-latérales, entre les anneaux cartilagineux. La bilatéralité de la tumeur, chez notre malade, nous permet de supposer qu'elle s'est développée sur la face postérieure du canal aérien; de là, elle se serait étendue à la fois à droite et à gauche, en refoulant la trachée en avant. Ce fait de la projection du larynx en avant, pendant les efforts de toux, viendrait à l'appui de cette manière de voir. Cependant, ici encore, il nous est impossible de rien affirmer, puisque l'examen laryngoscopique, qui seul aurait pu nous donner la preuve du fait, a été négatif. Enfin, pour terminer ce qui a rapport à l'orifice de communication, nous sommes en droit de supposer qu'il présente des dimensions notables, puisque le développement et la disparition de la tumeur sont presque instantanés : comme nous l'avons vu, la compression latérale exercée en ce point arrêta, dans une certaine mesure, l'expansion de la tumeur.

Quelle qu'ait été la pathogénie de la tumeur que portait notre malade, issue de l'air dans le tissu cellulaire ou hernie de la muqueuse, il est à supposer que la paroi de la poche était contractée, et s'opposait efficacement à la propagation rapide de l'épanchement gazeux; un emphysème se serait accompagné nécessairement de crépitation et n'aurait pas possédé cette brusquerie d'expansion et cette disparition rapide ; nous ne voyons pourtant pas là, comme on l'a dit, une raison de nier la hernie de la muqueuse; que la paroi soit constituée par du tissu conjonctif tassé ou qu'elle soit formée par une muqueuse à peu près intacte, elle pourra toujours revenir sur elle-même et la poche s'affaisser assez rapidement pour expliquer la disparition presque instantanée de la tumeur. M. Peschaud, qui estime que, dans la majorité des cas, il existe une solution de continuité de la muqueuse, pense que l'épanchement gazeux refoule progressivement le tissu cellulaire, le tasse à sa périphérie pour s'en former une véritable paroi, et il assigne une grande importance à l'aponévrose cervicale moyenne dans la délimitation de la tumeur. Il admet que le feuillet thoraco-hyoïdien constitue une barrière qui explique la forme et les dimensions de la tumeur et l'absence de crépitation. Sans nier que cette action puisse exister, nous ferons, cependant, remarquer qu'elle n'est nullement confirmée par notre observation. On a vu, au contraire, que, chez notre malade, chaque tumeur était nettement divisée en deux lobes; la limite du lobe inférieur correspondait précisément au bord supérieur de l'aponévrose cervicale moyenne, tandis que le supérieur était situé nettement au-dessus du muscle omo-hyoïdien qui donne attache à ce feuillet aponévrotique.

La symptomatologie de notre observation présente aussi quelques points à signaler. La bilatéralité de la tumeur est assez rare, puisque M. L.-H. Petit ne l'a rencontrée que trois fois; nous avons vu qu'elle pouvait être attribuée à ce fait que l'orifice de communication était situé sur la face postérieure de la trachée et que l'épanchement gazeux n'ayant pas de tendance à se porter plutôt d'un côté que de l'autre, avait fusé à la fois à droite et à gauche du conduit aérien; il se pourrait, cependant, très bien que cette disposition fût due tout simplement à une double poche. A noter aussi son apparition et sa disparition soudaines; nous avons montré qu'il fallait attribuer ce fait aux larges dimensions de la perforation trachéale, plutôt qu'à l'existence d'une cavité virtuelle sans parois propres. Le bruit de gargouillement, produit par la réduction de la tumeur, a été signalé par M. Détis et par M. Verneuil, qui le compare aussi à la sensation que produit la rentrée de l'intestin dans le ventre lorsque l'on réduit une hernie. La sonorité de la tumeur n'a pas été signalée dans tous ces cas, et les malades de Heidenreich, Gayet, Wolfenden, Eldridge, ne la présentaient pas (L.-H. Petit); dans plusieurs cas et dans le nôtre en particulier, on trouve noté, non pas une sonorité franche, mais un véritable tympanisme qui s'explique parfaitement par la tension plus ou moins considérable de l'air contenu dans la tumeur. L'auscultation de la voix a fait entendre parfois un murmure particulier comparable au son *ou vou vou*, qui a été généralement attribué à l'influence exercée sur les vibrations sonores par le voisinage de la poche et de son orifice; nous n'avons rien entendu de pareil chez notre malade, ce qui résulte vraisemblablement de ce que la tumeur n'existait que pendant les efforts. Quant au léger degré d'affaiblissement et de raucité de la voix que nous avons noté, il ne nous paraît pas pouvoir nous fournir d'in-

dication bien précise. Nous pouvions, en effet, supposer *a priori* l'existence de lésions laryngées tuberculeuses, indépendantes de la tumeur elle-même; c'est précisément ce que nous a montré l'examen laryngoscopique, qui nous a permis de distinguer nettement une petite ulcération située sur l'un des cartilages aryténoïdes; mais l'exploration du larynx nous a montré, en outre, un fait qui nous a expliqué mieux encore l'altération de la voix, c'est la paralysie des cordes vocales par lésion de muscle omo-aryténoïdien postérieur. Sans doute, il peut se faire que cette paralysie soit le fait de la compression par la tumeur de l'une des branches du nerf récurrent; mais il est infiniment plus probable qu'il s'agit là d'un processus tuberculeux local. Quant aux troubles de la respiration (essoufflement rapide) qui ont été signalés chez notre malade, ils sont certainement indépendants de son aérocèle et les lésions pulmonaires suffisent largement à les expliquer.

Nous ne pouvons être renseigné sur la marche de la tumeur, puisque notre malade n'en soupçonnait même pas l'existence. Il est toutefois permis de supposer, en raison de ce fait même, que l'extension en a été progressive et qu'elle est destinée à s'accroître encore, puisqu'elle n'est nullement bridée par l'aponévrose cervicale moyenne qui aurait pu lui opposer une certaine résistance. Nous n'avons évidemment pas à songer à un traitement curatif; le malade, ne souffrant en aucune façon, n'accepterait certainement pas une intervention chirurgicale; du reste, son aérocèle n'est, chez lui, qu'un accident tout à fait secondaire, eu égard à sa grave lésion pulmonaire. On peut donc, tout au plus, lui proposer un traitement palliatif. Nombre d'appareils contentifs ont été proposés dans le but d'enrayer le développement progressif de la tumeur, depuis le simple bandage compressif jusqu'aux appareils analogues à ceux destinés à contenir les hernies. Mais, chez notre malade, l'orifice est considérable, la cavité est large, les quintes de toux sont fréquentes et violentes; lui-même se soucie peu des appareils contentifs; aussi pensons-nous que tout l'effort du médecin doit se tourner du côté de sa lésion pulmonaire; si l'on parvient à guérir ou même à enrayer la marche de la tuberculose, il sera alors permis de songer à un traitement chirurgical, qui seul, du reste, présente des garanties de guérison suffisantes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 mars 1892. — Présidence de M. Chauvel.

COMMUNICATION

Gastropexie et gastrostomie. — **M. MONOD** rappelle avoir présenté un malade, atteint de cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage, chez lequel il avait fixé l'estomac à la paroi abdominale, se réservant de l'ouvrir lorsque l'obstruction serait complète. A la suite de cette gastropexie, il s'est produit une amélioration de l'état général; le malade a engraissé. Deux mois se sont ainsi écoulés et, depuis une huitaine de jours seulement, se manifeste une gêne notable de la déglutition.

M. Monod a alors complété aujourd'hui l'opération par la gastrostomie; il a utilisé, comme conducteur, d'un stylet d'abord et ensuite d'un trocart, un fil qu'il avait fixé à la paroi de l'estomac et qui pendait en dehors des téguments. Il lui a été ainsi facile de sentir la paroi antérieure de l'estomac et ensuite de la perforer avec le trocart.

Cette manière de procéder a l'avantage de réduire à son minimum tout danger opératoire, de ne créer sur la paroi de l'estomac qu'une très petite ouverture, et de ne faire la gastrostomie que lorsque cela est absolument nécessaire.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. JALAGUIER, depuis trois ans, a eu l'occasion de traiter 21 cas de typhlite, pérityphlite et appendicite, dont 12 ne l'occuperont pas, car ils se sont accompagnés de complications qui ont nécessité des interventions particulières. Des 9 cas restants, il peut former deux groupes, suivant qu'il y a eu abstention ou intervention. Dans le premier de ces groupes prennent place 6 de ces faits (typhlite et péri-typhlite, péricolite et appendicite), qui, tous, ont été suivis de guérison à la suite du traitement médical, par l'opium à dose assez élevée, par la glace, l'immobilisation absolue et la diète.

Ce traitement ne fut pas toujours suivi de succès; on est amené à se demander à quel moment il doit être abandonné, quelles sont, en un mot, les indications de l'intervention.

Ces indications découlent des circonstances suivantes: absence de résolution ou aggravation de la tuméfaction, persistance ou augmentation des douleurs, et élévation de la température après une période de défervescence. Dans ces cas, il n'y a pas à hésiter; il faut intervenir.

Le second groupe comprend trois cas; d'abord, une fillette chez laquelle les signes de typhlite et de pérityphlite, après s'être amendés pendant quelque temps, traduisaient manifestement l'existence d'un foyer purulent, que l'incision classique a mis au jour; le pus était mélangé à des parcelles de matière fécale et il existait une perforation de la paroi postérieure du cæcum. La guérison est survenue après cicatrisation d'une fistule stercorale.

Dans un second cas, il s'agit d'un garçon de douze ans qui, outre des symptômes de suppuration de la fosse iliaque, présentait, du côté droit, des accidents de pneumonie et d'épanchement pleural suppuré, qu'une ponction positive, au niveau du neuvième espace intercostal, avait semblé confirmer. Or, une incision lombaire a fait découvrir une énorme collection de pus, renfermant de la matière fécale et des lambeaux de tissu gangréné, et remontant jusque dans le thorax, où elle occupait un siège extra-pleural. Malgré quelques accidents d'intoxication iodoformée, ce petit malade a guéri.

Un enfant de dix ans offrait des symptômes de typhlite; il existait une volumineuse tuméfaction, étendue des fausses côtes gauches à la crête iliaque; M. Jalaguier a fait une incision verticale ayant la même direction, et il a trouvé le côlon ascendant très distendu, mais, après l'avoir décollé, il n'a rien rencontré ni en avant ni en arrière. C'est alors que la tuméfaction ayant paru plus prononcée à la partie supérieure sous les fausses côtes, il a fait, à ce niveau, une ponction qui a pénétré dans un foyer purulent développé au-devant de l'angle du côlon ascendant et se prolongeant au-devant du côlon transverse. L'incision, les lavages et le drainage de la poche en ont amené la cicatrisation.

M. SCHMITT communique deux faits qui lui paraissent de nature à faire faire des réserves sur les guérisons par le traitement médical, guérisons qui ne sont souvent qu'apparentes. En 1881, il était appelé auprès d'un enfant de treize ans, qui, dans les deux années précédentes, avait eu trois crises d'appendicite, que le traitement médical avait jugulées; depuis quelques jours, il avait été repris de douleurs dans la fosse iliaque, avec fièvre et vomissements verdâtres; quelque temps après, il succombait sans qu'une intervention eût été possible.

Le deuxième fait a trait à un soldat qui, en 1885, fut atteint d'appendicite; un traitement médical fit disparaître les accidents; deux ans plus tard, récidive et semblable résultat par le même traitement; mais cet homme est mort rapidement, deux ou trois mois après, à la suite d'une nouvelle crise.

Hématome du psoas. — **M. DIEU** rapporte l'histoire d'un sujet qui semblait avoir eu antérieurement des accidents de typhlite, et qui est une preuve de la difficulté de diagnostic des collections de la fosse iliaque. Ce malade, en 1891, accusait une constipation datant de quelques jours, de vives douleurs dans le genou, dans la cuisse et dans la fosse iliaque, où l'on percevait

une tuméfaction ; tous les accidents s'étaient montrés quelque temps après une sensation très douloureuse apparue très brusquement dans cette région.

Plusieurs jours après un premier examen, ayant constaté que l'état général empirait et que la fosse iliaque, le flanc et l'hypochondre droits étaient occupés par une grosse tumeur, lisse, uniforme, dure et mate, M. Dieu fit une incision au-dessus de l'arcade de Fallope et vida une poche profonde, remplie de sang et de caillots ; malgré le tamponnement de la cavité, des hémorrhagies se sont renouvelées les jours suivants et ce malade, qui antérieurement avait déjà eu des accidents d'hémophilie, ne tardait pas à succomber. A l'autopsie, on n'a pas trouvé d'appendicite, mais la loge du psoas entièrement disséquée et remplie de sang et de caillots, dont l'origine était probablement due à la rupture de quelques faisceaux de ce muscle.

PRÉSENTATION DE MALADES

Greffe. — M. JALAGUIER a fait, avec succès, une greffe par la méthode italienne, sur la main d'une petite fille, pour une cicatrice vicieuse.

Luxation de la hanche. — M. KIRMISSON a traité une luxation de la hanche en dehors, datant de quatre ans, par la résection d'une portion de la tête fémorale.

Naphtol camphré. — M. MOTY a obtenu la guérison d'abcès ganglionnaires par des injections de naphtol camphré.

Fracture de rotule. — M. RECLUS a fait la suture des fragments pour une fracture de la rotule avec grand écartement.

ÉLECTION

M. DELORME est élu membre titulaire de la Société.

La séance est levée.

— Le concours d'agrégation (médecine et médecine légale) s'est terminé samedi par les nominations suivantes :

Paris : MM. Charrin, Gaucher, Roger, Marfan et Ménétrier. — *Bordeaux :* MM. Cassaet et Auché. — *Lille :* MM. Courmont et Devic. — *Montpellier :* MM. Ducamp et Rozier. — *Nancy :* M. Haustalter. — *Toulouse :* M. Rémond.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 33. — JEUDI 17 MARS 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 17 MARS 1892. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été presque entièrement consacrée à l'obstétrique. La discussion sur la fièvre puerpérale a continué entre les mêmes orateurs que dans les séances précédentes, MM. Alph. Guérin, Guéniot, Hervieux et Tarnier, chacun restant sur ses positions et maintenant sa première opinion sans en rien céder. Il en est ainsi des discussions académiques. Toutefois, un fait important se dégage de ce débat, c'est que, grâce à une bonne hygiène et à une bonne prophylaxie antiseptique, les accoucheurs soigneux et attentifs sont aujourd'hui en mesure de prémunir leurs accouchées contre la septicémie puerpérale, quelle que soit d'ailleurs la voie par laquelle elle puisse pénétrer dans l'économie. N'oublions pas qu'il faut, pour être sûr du succès, peut-être une hygiène sévère, mais surtout une antisepsie rigoureuse.

C'est encore grâce à l'antisepsie qu'une opération obstétricale, d'origine française, vieille de plus d'un siècle, mais depuis longtemps abandonnée, tout au moins en France, va probablement revoir le jour et occuper une place honorable entre l'accouchement prématuré et l'opération césarienne; nous voulons parler de la symphyséotomie, opération qui, comme on sait, consiste à sectionner la symphyse pubienne dans le but d'agrandir les diamètres du bassin pour faciliter l'accouchement dans les cas de sténose pelvienne. Deux communications ont été faites sur ce sujet dans cette séance, l'une, sous forme de présentation, par M. Tarnier, d'un travail de M. Pinard; l'autre, par M. Charpentier, qui a lu un important mémoire sur la même question.

En présence d'une sténose pelvienne rendant impossible l'accouchement naturel, il n'y avait jusqu'ici que trois interventions : l'accouchement prématuré ou bien, quand la grossesse est à terme, l'embryotomie ou l'opération césarienne. La première, de beaucoup la meilleure, puisqu'elle ménage à la fois la vie de la femme et celle de l'enfant, n'est pas toujours possible, les femmes ne se présentant le plus souvent qu'au terme de leur grossesse; la seconde, peu grave pour la femme, sacrifie l'enfant; la troisième, enfin, bien qu'infiniment moins dangereuse qu'autrefois, reste cependant une opération fort grave, surtout pour la mère. Sans vouloir rallumer les querelles célèbres qui se sont élevées autrefois entre les *césariens* et les *symphysiens*, il est permis aujourd'hui de se demander, avec MM. Pinard et Charpentier, comment il se fait que la symphyséotomie soit ainsi tombée dans l'oubli, au moins dans le pays où elle est née, car les Italiens n'ont pas cessé de la pratiquer, de la perfectionner, et, à en juger par leurs statistiques, ils s'en trouvent fort bien. Il faut donc louer MM. Pinard et Charpentier de s'appliquer à remettre en honneur une opération qui peut rendre de réels services, et qui, grâce à l'antisepsie, ne présente plus les mêmes dangers qu'autrefois.

Signalons, en terminant, une intéressante communication de M. Perier sur le traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire. Il s'agit d'un homme du service de M. Constantin Paul, qui était atteint d'une gangrène pulmonaire et que M. Perier a guéri par ce qu'on pourrait appeler un curetage pulmonaire. M. Perier a présenté également un jeune enfant qui a subi une trachéotomie et deux thyrotomies pour des papillomes du larynx.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac.

Note sur un cas de cancer de la langue à signes insolites.

Par MM. Trekaki et Lenormand,
Internes provisoires des hôpitaux de Paris.

Le cas d'épithélioma lingual, que nous allons rapporter, est particulièrement remarquable au point de vue de son évolution clinique, d'une part, et des difficultés de diagnostic qu'il a présentées, d'autre part. On verra, en effet, par la lecture de cette observation, que quelques-uns des symptômes du cancer de langue ont totalement manqué, tandis qu'au contraire d'autres sont venus masquer l'allure clinique habituelle de cette affection et ont pu, de cette manière, dérouter un instant le clinicien aux yeux duquel les signes de l'épithélioma lingual sont faciles à reconnaître, au moins dans la période confirmée de la maladie.

Observation. — M..., âgé de cinquante ans, entre dans le service de M. le docteur Mauriac, à l'hôpital du Midi, pour une affection de la langue pour laquelle, dit-il, il consulta plusieurs chirurgiens des hôpitaux qui n'ont pas voulu l'opérer.

Les antécédents héréditaires et personnels de notre malade sont peu intéressants, en ce qui nous concerne, sauf, bien entendu,

ses *antécédents génitaux*. Ces derniers sont, au contraire, d'une grande valeur pour ce qui est relatif à l'affection qui nous occupe. En effet, M..., jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, c'est-à-dire jusqu'en 1865, n'a jamais rien eu ni du côté des organes de la respiration ou de la digestion, ni du côté des organes sexuels.

Mais à cette époque, il contracte une blennorrhagie et des *chancres* sur la verge. Ces chancres ont été diagnostiqués *indurés* par les médecins consultants; il n'ont été, cependant, soignés que localement.

Le malade ne se rappelle pas s'ils ont été suivis de roséole, mais il affirme qu'à la suite de ces chancres, il a eu des plaques muqueuses à la bouche et, particulièrement, sur la langue. En dehors de ces accidents buccaux, le malade affirme également qu'il n'a jamais eu de manifestation soit du côté de la peau, soit du côté des muqueuses, soit encore au cuir chevelu. Mais, en 1869, quatre ans après l'accident primitif, le malade s'aperçoit d'un écoulement purulent par les fosses nasales, sans phénomènes réactionnels, écoulement qui dure pendant quelque temps et qui finit par perforer la cloison des narines, toujours sans grand fracas. Ses autres antécédents génitaux, depuis cette époque, se résument en quelques balanites simples dues très probablement à ce que le prépuce recouvre constamment le gland.

L'affection, pour laquelle ce malade entre au service, a débuté en mars 1891, c'est-à-dire sept mois avant son entrée : le début a eu lieu par une ulcération siégeant sur le bord gauche de la langue, ulcération occupant la partie moyenne de ce bord, et évaluée à une tête de clou. Elle le gênait un peu pour la mastication et la parole, mais elle n'était *pas douloureuse*, et ne reposait pas sur une surface dure; rappelons de plus que les dents du malade n'ont aucune altération; cette ulcération est survenue à l'insu du malade.

Il consulte alors un médecin qui diagnostique une ulcération syphilitique tertiaire, et ordonne de l'iodure de potassium et des frictions mercurielles; malgré cette dose d'iodure de potassium qui, néanmoins, était faible (50 centigrammes par jour), l'ulcération linguale augmentait en étendue de jour en jour; il consulte alors un second médecin qui diagnostique des *tumeurs gommeuses de la langue;* il reprend alors, cette fois, 2 grammes d'iodure de potassium par jour et continue les frictions mercurielles.

Au bout de quinze jours de traitement ne voyant aucun résultat, il cesse toute médication; depuis, le malade n'a suivi aucun traitement jusqu'au moment où il entre au service de notre maître M. Mauriac.

9 octobre 1891. M... présente tous les attributs d'un homme bien portant; état général excellent; toutes les fonctions se font normalement, en particulier l'appétit est plutôt augmenté.

Aspect de la langue. — Le bord gauche de cet organe, depuis la base jusqu'à la pointe, est occupé par une ulcération en quelque sorte fongueuse, cratériforme à bords déchiquetés, à fond bourgeonnant et par place recouvert de pseudo-membranes puriformes.

Cette ulcération se prolonge dans le parenchyme même de la langue à 2 centimètres de profondeur environ; elle est facilement saignante soit au contact des aliments, soit encore lorsqu'on touche, avec le doigt, le fond de cette ulcération; le contenu pseudo-membraneux est fétide. Au niveau de la pointe de la langue, on voit encore une incision en coup d'ongle, non indurée, de cause probablement mécanique. Le dos de la langue, une partie de la pointe et tout le côté droit de cet organe sont indemnes; cependant, lorsqu'on déprime, avec le doigt, le dos de la langue, on éprouve une certaine résistance due à une dureté interstitielle de son parenchyme.

La langue a perdu à peu près complètement ses mouvements, le malade ne peut ni la retirer, ni la soulever.

Les douleurs provoquées et spontanées sont nulles: légère sensibilité au niveau de l'angle de la mâchoire, mais aucune douleur ni du côté *du cou*, ni du côté *des oreilles*. Les ganglions sous-maxillaires gauches sont *légèrement* engorgés. La parole et la mastication sont considérablement gênées.

En présence de tous ces phénomènes, en présence des antécédents du malade, de l'intégrité de son état général, on porte le diagnostic de gomme ulcérée de la langue. Le traitement fut donc institué immédiatement (4 grammes d'iodure de potassium et frictions mercurielles).

Quelques jours après ce traitement, l'ulcération restait dans le même état, malgré l'assertion de notre malade qui, lui, nous disait qu'il y avait un mieux sensible. Au bout de quinze jours de séjour à l'hôpital, le malade nous quitte; son état général se maintenait excellent; quant à l'ulcération linguale elle ne paraissait ni augmenter, ni rétrocéder.

Six semaines plus tard, le malade, n'ayant suivi aucun traitement chez lui, revient; mais cette fois, l'état général avait considérablement empiré : diminution de l'appétit, amaigrissement, fonctions digestives altérées; l'ulcération de la langue a augmenté d'étendue; elle occupe une grande partie du dos de la langue, et on peut y faire pénétrer deux pouces; fétidité de l'haleine, salivation exagérée; pas la *moindre douleur* du côté des oreilles; léger trismus. De plus, le corps de la mâchoire inférieure est augmenté de volume et d'épaisseur; les ganglions sous-maxillaires augmentés considérablement de volume font corps avec la portion horizontale de la mâchoire inférieure et simulent à s'y méprendre une ostéo-périostite du corps du maxillaire compliquée d'adéno-phlegmon des ganglions sous-maxillaires.

Quinze jours après sa seconde entrée au service, M... accuse une dyspnée assez intense survenue par accès; elle a été calmée par des inhalations d'oxygène.

Jusqu'au 5 février 1892, le malade a passé par des alternatives de mieux et de pire; l'appétit était presque nul, la déglutition se faisait cependant bien et la respiration était normale; il n'est plus survenu d'accès de dyspnée; pas le moindre saignement de l'ulcération jusqu'à ce dernier jour, lorsque, le 5 février au matin, une hémorrhagie en nappe se fait spontanément, hémorrhagie qui a duré pendant un quart d'heure et ne cédait pas aux hémostatiques usités. Au bout de ce temps, elle s'arrête d'elle-même; la perte de sang n'a pas été très considérable, malgré cela, quelques heures après, le malade, en se levant pour changer de lit, s'affaise; la mort avait été subite.

Autopsie vingt-neuf heures après.

On peut à peine faire pénétrer l'index dans la bouche.

La langue n'est plus représentée que par un champignon de la longueur d'un pouce; on ne peut l'extirper, car son tissu est friable et tombe en putrilage. Pas de généralisation du côté du plancher de la muqueuse buccale. L'incision des ganglions sous-maxillaires, qui présentent le volume d'une petite mandarine, fait sourdre une matière puriforme, fétide et contenue dans une coque dure.

Au niveau de l'épiglotte, on voit quelques îlots épithéliomateux non ulcérés. Pas d'œdème de la muqueuse laryngée.

Ankylose des deux articulations temporo-maxillaires; c'est à cette ankylose qu'était dû le trismus signalé plus haut.

La branche horizontale du maxillaire est à nu, dans sa face buccale; elle est rugueuse au toucher et la muqueuse qui recouvre sa face interne est détruite dans une grande partie de son étendue; la branche verticale de ce maxillaire est moins atteinte; il en est de même de la mâchoire supérieure qui participe beaucoup à l'altération, altération qui, en apparence, a les mêmes caractères que ceux de la mâchoire inférieure.

Les autres régions de la cavité buccale ne participent pas à l'altération et paraissent entièrement saines.

Il n'y a rien à signaler du côté des organes thoraciques ou abdominaux, si ce n'est une légère congestion des deux poumons.

Telle est l'observation que nous avons recueillie et que nous avons cru devoir rapporter à cause de l'intérêt qu'elle présente sur quelques points cliniques. En effet, il est dit, dans la majorité des cas de cancer de la langue, que les symptômes fonctionnels et, en particulier, les phénomènes névralgiques de la mâchoire et surtout ceux de l'oreille par

irradiation, sont, en général, très accusés, soit qu'ils apparaissent au début ou à une période plus ou moins éloignée du début. Or, chez notre malade, la marche du cancer de la langue eut lieu sans *aucun* phénomène fonctionnel.

Pas la moindre douleur, ni du côté de la langue, ni à distance.

Le second point sur lequel nous voulons insister, c'est la difficulté de diagnostic d'un cancer de la langue, d'une part, par ses signes peu accusés et, d'autre part, par le terrain sur lequel il a évolué; cette difficulté a été, au début, insurmontable, et nous avons vu des chirurgiens et des vénéréologues des plus distingués commettre des erreurs. A quoi cela tient-il? Est-ce un de ces cas hybrides, signalés maintes fois par M. le professeur Verneuil, et dont le diagnostic est des plus épineux? L'ulcération de la langue était, dès le début, d'origine épithéliale et elle a évolué comme telle; mais dès le début, aussi, elle avait présenté l'aspect d'une gomme ulcérée plutôt que celui d'un épithélioma. Les conséquences qui en découlent peuvent être, on le comprend, préjudiciables au malade : on retarde, en effet, l'intervention chirurgicale, et lorsque cette intervention est décidée, la généralisation épithéliomateuse est faite non seulement aux ganglions lymphatiques, mais même aux tissus contigus à la tumeur maligne.

LES DÉTERMINATIONS ORGANIQUES DE LA SYPHILIS

PEUVENT-ELLES, DANS CERTAINS CAS, TENIR A LA NATURE DU VIRUS, CELUI-CI POUVANT ALORS PRODUIRE DES LOCALISATIONS ANALOGUES CHEZ TOUTE UNE SÉRIE D'INDIVIDUS CONTAMINÉS A LA MÊME SOURCE?

Par M. Morel-Lavallée.

(Communication faite à la Société française de dermatologie.)

Dans une courte étude que nous avons jadis (1) publiée sur les formes graves de la syphilis, nous distinguions, au nombre de ces dernières, à côté des types de syphilis dénutritive secondaire, syphilis maligne précoce, etc., une « forme viscérale », pouvant elle-même se produire lors de la période secondaire, dans laquelle elle représente alors, d'après la terminologie usuelle, le tertiarisme précoce.

Il est certain que le fait de déterminer, uniquement ou à peu près, des localisations viscérales (qui alors frappent constamment le même viscère devenu *locum minoris resistentiæ*) constitue pour la vérole une manière d'être grave, une modalité maligne au même titre que des éruptions répétées de syphilides tuberculo-ulcéreuses constituent une autre variété grave du mal vénérien.

Quelles sont donc les causes qui rendent la syphilis grave? M. le professeur Fournier a indiqué l'alcoolisme, la vieillesse, la scrofulo-tuberculose, l'impaludisme, l'absence de traitement initial et le surmenage physique et intellectuel. M. le professeur Gémy (d'Alger) incrimine par-dessus tout la qualité de la graine, résumant son opinion en cet aphorisme : « Si vous devez contracter la syphilis, prenez-la à une source largement, longuement, profondément mercurialisée (2). »

De fait, si nous comprenons que les surmenés du cerveau soient prédisposés à la syphilis cérébrale, que l'alcoolisme augmente la dénutrition spécifique et dirige les coups de la vérole sur le cerveau, le foie et les téguments, et l'impaludisme sur le système vasculaire, aucun des facteurs de gravité précédemment énoncés n'explique pourquoi, en l'absence de toute affection antérieure, telle vérole frappera sans relâche le système osseux, telle autre déterminera une néphrite secondaire aiguë et une troisième, épargnant (ou non) la peau, s'attaquera, dès le début et avec récidive, à l'appareil cérébro-spinal. Aussi M. le professeur Fournier n'était-il que trop fondé à regretter, ainsi qu'il le faisait ressortir dans l'intéressante communication qu'il a faite, le 10 décembre dernier, à la Société de dermatologie, que, dans nombre de cas, la cause nous échappât encore qui dirigeait les coups de la vérole sur tel ou tel appareil organique, en particulier sur le système nerveux. L'influence de la « graine », la qualité du virus peut, si on l'admet, rendre une syphilis plus intense, plus précoce, plus cachexisante, à tendances plus ulcératives. Mais pourrait-elle aller plus loin et dicter, à la maladie issue de son germe, sa marche envahissante contre tel ou tel appareil organique de l'économie, qui serait toujours le même pour toutes les véroles parallèlement écloses du même germe?

Cette idée est *a priori* tellement étrange qu'elle ne paraît même pas digne d'attirer l'attention et pourtant c'est là une question que vient peut-être indiquer, pour l'avenir, une courte série d'observations dues, les premières, à W. M. B. Goldsmith, les autres, à notre ami M. le docteur Bélières et à nous-même. Goldsmith, étudiant l'influence de la vérole dans la genèse de la paralysie générale, voit une preuve de cette influence dans les cas où la paralysie générale paraît suivre la syphilis communiquée par un sujet à un ou plusieurs autres (1). Et voici ces exemples qu'il cite :

1° Un « respectable » gentleman et sa femme contractèrent tous deux la syphilis; tous deux furent atteints de paralysie générale, huit ou dix ans plus tard;

2° Un homme contracte la syphilis et la donne à sa femme; une sœur de celle-ci, âgée de seize ans et qui demeurait avec eux, prit également la syphilis. Le mari fut atteint de paralysie générale, six ans après l'infection, la femme huit ans après, la sœur sept ans après, à vingt-trois ans.

Moi-même, dans un ouvrage paru en 1889 (2), j'ai rapporté une observation analogue, due à mon collaborateur et ami, M. le docteur Bélières, qui en a spécialement connu et suivi les sujets. Le hasard nous ayant mis à même de la compléter par l'adjonction de deux faits nouveaux, je vais la reproduire ici.

En mai 1870, la nommée Marthe X..., âgée de dix-huit ans, contracte la syphilis et la transmet à son amant, étudiant en médecine, âgé de vingt-deux ans. Ce dernier se sépare d'elle, néglige tout traitement pendant le siège, continue ses études médicales tout en faisant des excès assez nombreux. Au bout de trois ans, à la veille de terminer ses études, il est pris de douleurs de tête violentes. Son caractère s'aigrit, il ne peut plus supporter aucun bruit, ne veut plus voir personne, pousse des cris, maigrit, s'étiole. Sur les conseils de M. Duguet, qui diagnostique une méningite syphilitique, il quitte Paris et meurt dans le marasme au bout de deux mois dans sa famille.

En 1871 (décembre), la même Marthe X... devient pendant un mois la maîtresse d'un deuxième étudiant en médecine, que nous appellerons Secundus, en nous appropriant la désignation commode usitée dans les discussions de jurisprudence. Marthe communique la syphilis à Secundus.

Au bout d'un mois à peine, elle quitte Secundus pour un de

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1888, p. 1085.
(2) Gémy. Leçon d'ouverture de l'année scolaire 1887-1888.

(1) Goldsmith. Congrès de Saratoga, 1885.
(2) Morel-Lavallée. *Syphilis et paralysie générale*, Paris 1889.

ses amis, Tertius, et vit maritalement avec ce dernier pendant près de quatre ans; dans cette période, elle fait deux fausses couches.

Neuf ans après, Tertius (qui, en 1881, reçu docteur, était allé s'installer dans le Midi, s'était marié, avait eu deux enfants vivants et bien constitués), commence à déraisonner, à devenir triste, sa parole s'embarrasse, il a des terreurs, pas de délire bien franc. Le médecin aliéniste de l'asile du département (Lozère) diagnostique paralysie générale progressive. Mort en 1882.

Quant à Secundus, qui avait contracté la syphilis avec la même femme en décembre 1871, il s'est, après des études sérieuses, établi, marié, a eu deux enfants, tous les deux vivants et robustes. Au bout de quinze ans, il a commencé à délirer; il a voulu tuer ses enfants (qu'il adorait); on a été obligé de l'interner à Charenton, avec un certificat déclarant qu'il était atteint de paralysie générale à la suite de syphilis ancienne.

Ce diagnostic de paralysie générale a été confirmé par M. Christian, dans le service duquel le malade est décédé en 1888.

De ces trois malades, aucun ne s'était soigné d'une façon sérieuse, et leur syphilis n'avait jamais présenté de caractères de malignité bien tranchés.

Or, mon ami M. Bélières, ancien interne des Asiles de la Seine, vient de me faire savoir que la syphilis de Marthe X... avait fait d'autres victimes, aussi durement punies d'avoir partagé ses trop faciles faveurs lors de la vie commune au quartier Latin.

Quartus, pharmacien, décédé à T..., en 1890, atteint de paralysie générale progressive à forme lypémaniaque.

Quintus, ingénieur, mort d'accidents cérébraux qualifiés « folie syphilitique ».

Nous rappelons ces faits, sans vouloir en tirer aucune interprétation, mais pour prendre date et les rapprocher de ceux de Goldsmith. Nous remarquons seulement que voilà cinq hommes qui, contaminés à la même source, ont tous été frappés dans le même appareil organique. Tous sont morts d'accidents cérébraux, dont trois de paralysie générale, après des incubations de quinze ans (Secundus), neuf ans (Tertius), et dix-sept ou dix-huit ans (Quartus). Quant aux deux autres, la syphilose cérébro-méningée les a tués, trois ans (Primus) et dix-neuf ans (Quintus) après la contamination.

Fait curieux, et qui pourrait représenter la « moralité » de l'histoire : la femme à qui remonte l'origine de tous ces désastres, jouissant d'une bonne santé, s'est « mariée légitimement », il y a quelques années. Elle avait, il y a deux ans, un baby très robuste âgé de deux ans.

En dehors de ces exemples, qui restent, jusqu'à présent, à l'état de raretés dans la science, et dans lesquels la paralysie générale a paru suivre la syphilis communiquée d'un sujet à un ou plusieurs autres — fait qui tendrait à faire supposer qu'il pourrait exister des véroles « à virulence nerveuse » — nous avons déjà eu l'occasion de faire ressortir un autre fait qui met, lui, hors de doute la prédilection de la « vérole nerveuse » pour la détermination de la périencéphalite diffuse, de préférence à d'autres cérébropathies chez les individus où l'hérédité neuropathique permet à l'infection syphililique d'être l'*ultimum movens* de ce complexus cérébro-méningé.

Ce fait, que nous voulons rappeler ici, c'est que la syphilis se retrouve avec une fréquence infiniment plus grande dans les antécédents des aliénés paralytiques généraux que dans ceux des aliénés non paralytiques.

Veut-on quelques chiffres ? Mendee a retrouvé la vérole 75 fois p. 100 chez ses paralytiques généraux, 18 fois seulement chez les malades atteints d'autres vésanies; Obersteiner, 21 fois chez les paralytiques généraux, 4 fois seulement chez les aliénés non paralytiques. En supposant que la syphilis ait été méconnue, il est évident qu'elle a dû l'être, pour un même auteur, aussi bien pour les démences paralytiques que pour les autres vésanies, et la proportion reste inattaquable.

Cette préférence de la syphilis, pour diriger vers la production de la paralysie générale les germes neuropathiques innés ou acquis préexistant, n'a rien au reste qui puisse nous étonner depuis que notre éminent maître, M. Fournier, a victorieusement établi chez nous la part de la vérole dans la genèse du tabes. Je dirai plus, c'était presque à prévoir.

Nous avons nous-même donné un exemple satisfaisant dans une observation qui nous est personnelle, et que nous résumons ici (1) dans un tableau généalogique.

M..., viveur, grand seigneur, riche, a fait des excès de tout ordre. Il épouse = Z, très religieuse, intelligente.

TROIS ENFANTS :

L'aîné :	Sœur puînée :	Frère cadet :
Tic nerveux de la face. Pusillanime. A eu beaucoup de peine pour apprendre à lire et à écrire. Pas de tremblement. Incapable de gérer ses affaires. Taciturne. Méfiant. Diagnostic : « Démence partielle. »	Vivante. Epileptique; imbécillité intellectuelle. Est née avec (?) un bras atrophié.	Grand viveur. Joueur, très intelligent; très irascible. A tué, dans un voyage, un homme du bord. A pris, à vingt-deux ans, la syphilis pour laquelle l'a soigné Bazin. Il est mort à trente-huit ans, après avoir présenté les symptômes suivants : alternatives de délire ambitieux et d'hallucinations terrifiantes : il voulait vendre l'Australie et l'Inde. Tout était en diamants et en or. Il a eu 50000 véroles; sa maison est morte. Incohérence, embarras de la parole; inconscience, gâtisme. M. Billod a diagnostiqué : « Paralysie générale. »

Ainsi, sur trois descendants dégénérés d'une famille nerveuse, un seul prend la syphilis et celui-là seul devient paralytique général.

Nous terminerons par le simple énoncé de ce fait suggestif et nous le livrons aux méditations de ceux qui se refusent à admettre la possibilité d'aucun lien entre la paralysie générale et la syphilis.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 mars 1892. — Présidence de M. Larrey.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

Des lettres de candidature de MM. Ferrand, Huchard, Desnos, Laveran, pour la place vacante dans la section de thérapeutique, et de M. Pinard, pour la place vacante dans la section d'accouchements.

DISCUSSION SUR LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE

M. A. Guérin répond à M. Hervieux. Toute son argumentation dit-il, repose sur des hypothèses, ses statistiques de la Maternité sont loin d'avoir la signification qu'il leur donne. « La grande mortalité des femmes en couches étant, dit-il, en rapport avec le nombre des accouchements prématurés, si la cause de la morta-

(1) Voyez Morel-Lavallée et Bélières. Loc. cit., p. 131.

lité a été l'intoxication puerpérale, c'est à la pénétration du même agent toxique qu'il faut attribuer les mouvements correspondants de l'accouchement prématuré », et notre collègue, se demandant comment la pénétration de l'agent toxique s'est opérée, il n'hésite pas à se prononcer pour la voie pulmonaire.

M. Guérin veut bien admettre l'influence d'un air vicié sur l'avortement, puisque M. Hervieux affirme que cela résulte de ses statistiques; mais de là à dire que c'est par la peau et les voies pulmonaires que l'agent toxique s'est introduit, il y a loin. M. Hervieux est-il bien sûr que les femmes qui ont accouché prématurément n'avaient aucune lésion des voies génitales? Il faudrait, à ce sujet, des renseignements précis pour que la statistique eût quelque valeur scientifique. La grossesse prédispose aux ulcérations du col de l'utérus. M. Hervieux a-t-il examiné toutes ces femmes au spéculum? S'il n'a pas fait cet examen, ses statistiques sont sans valeur; s'il l'a fait, cette pratique a dû avoir une certaine influence sur les accidents observés.

Les observations sur lesquelles s'appuie M. Hervieux ont été prises avant 1872, c'est-à-dire à une époque où l'antisepsie était inconnue à la Maternité.

Si l'on songe à toutes les précautions considérées par M. Tarnier comme indispensables, on comprendra que tous les organes génitaux des femmes qui entraient à la Maternité, avant la pratique de l'antisepsie, étaient une voie toujours ouverte aux agents septiques, dont tous les ustensiles de la toilette étaient imprégnés. Pourquoi les agents toxiques de la septicémie seraient-ils si facilement absorbés par la peau et par les cellules pulmonaires dans les salles d'accouchement, quand jamais pareille observation n'a été faite dans les salles de chirurgie où l'infection purulente faisait des ravages qui n'étaient pas moindres qu'à la Maternité, et, dans nos services, il y avait à peu près autant de femmes que d'hommes.

M. Hervieux cite le travail de Lorain, qui a décrit la fièvre puerpérale des nouveau-nés; les phlébites ombilicales, les péritonites et les pleurésies suppurées, indiquées dans ce travail, disent assez que c'est par la plaie du cordon que l'empoisonnement s'est produit.

M. Hervieux s'est abrité derrière un nom qui fait justement autorité dans la science; il cite des opinions de M. Bouchard, qu'il regarde comme des arguments irrésistibles. M. Guérin regrette que M. Bouchard n'ait pas apporté lui-même les faits invoqués par M. Hervieux. Il le regrette d'autant plus, qu'il lui paraît impossible que M. Bouchard et M. Hervieux leur donnent la même signification. Il soupçonne même M. Hervieux de ne pas avoir compris ce que la diapédèse peut faire dans la question, et il avoue n'être pas plus avancé que lui. La seconde citation est plus compréhensible : M. Bouchard a dit à M. Hervieux que « les surfaces normales par lesquelles peut pénétrer le streptocoque virulent, sont le pharynx et en particulier les amygdales, l'intestin, et en particulier les plaques de Peyer, la surface des alvéoles pulmonaires; il peut aussi pénétrer par les points les plus divers où le tégument externe est excorié ou altéré : écorchures de la peau, sillon d'élimination du cordon, etc. »

Quelques-unes de ces assertions sont conformes à ce qui est admis par tous les chirurgiens; mais M. Guérin regrette que M. Hervieux n'ait pas demandé à M. Bouchard comment il est arrivé à démontrer que les microbes pénètrent par la surface des alvéoles pulmonaires; il voudrait demander à M. Bouchard par quelle expérience il a vu cette pénétration, qui est en contradiction formelle avec la clinique.

M. Guérin demande qu'on lui prouve que les microbes ont pénétré dans l'organisme par des alvéoles pulmonaires parfaitement saines. Des études, qu'il a faites cet été à l'amphithéâtre de l'École de médecine, lui ont permis de s'assurer que rien n'est plus rare que des poumons sains.

Il n'y a qu'une expérience sur les animaux vivants, qui puisse fournir la preuve de la pénétration des microbes pathogènes par la voie pulmonaire. Il serait bien surprenant qu'elle n'eût pas été déjà tentée. Si elle l'a été, elle a dû être négative, car on se serait hâté de faire connaître le résultat, si l'on avait pu démontrer la pénétration des microbes à travers des tissus sains.

Si nos tissus ne nous préservaient pas de l'action des microbes pathogènes, il y a longtemps que les espèces animales auraient disparu du globe, et le Fabricateur souverain, comme La Fontaine l'appelle, n'aurait plus qu'à recommencer la création, pour tâcher de faire mieux.

M. GUÉNIOT fait remarquer que la discussion a complètement dévié. Il n'a jamais parlé d'infection purulente, de pyohémie. Il a dit simplement que lorsqu'une femme a été soumise pendant longtemps à des influences méphitiques pendant sa grossesse, lorsque l'accouchement arrive, il est vraisemblable — il n'a pas dit certain, constant — qu'il pouvait y avoir absorption, non seulement par les plaies résultant de l'accouchement, mais encore par la surface pulmonaire, d'un microbe spécial, le vibrion septique, qui n'a rien de commun avec le streptocoque et le staphylocoque de la suppuration. Or, M. Guérin se cantonne sur le terrain de la purulence, de la pyohémie, terrain que M. Guéniot n'a pas abordé.

Au surplus, M. Guérin dit avoir trouvé, à l'amphithéâtre, que la muqueuse pulmonaire n'était presque jamais intacte; mais cela prouve que l'infection par la voie pulmonaire trouve bien souvent une porte ouverte.

M. GUÉRIN répond à cela que, par les lavages intra-utérins, on fait disparaître les accidents puerpéraux; or, comment pourrait-il en être ainsi si l'absorption du poison se faisait par le poumon et non par la plaie utérine?

M. GUÉNIOT ne nie pas du tout l'importance de la plaie utérine sur les infections puerpérales, et, d'autre part, M. Guérin admet l'influence prédisposante du méphitisme sur les mêmes infections; l'accord n'est pas loin de se faire.

M. HERVIEUX se joint à M. Guéniot pour dire qu'il n'a pas voulu substituer le poumon aux organes génitaux comme voie d'introduction des germes de l'infection puerpérale; ce n'est que par exception qu'il admet l'infection par la voie pulmonaire. Pour son compte, il ne l'a constatée qu'au moment des épidémies graves, par exemple celle qui, en 1867, a provoqué la mort de 19 p. 100 des parturientes et dans laquelle les élèves sages-femmes et les enfants eux-mêmes ont succombé à des accidents puerpéraux.

M. TARNIER fait observer que cette effroyable mortalité de 19 p. 100 dont parle M. Hervieux ne s'est pas seulement montrée en 1867. Il a observé la même mortalité dès 1856, et ce n'est que depuis 1872, qu'elle a baissé, grâce aux mesures prophylactiques et antiseptiques rigoureuses qui ont été prises.

COMMUNICATIONS

Les sels de strontium. — M. LABORDE rappelle avoir dit, dans la dernière séance, que l'iodure de strontium est un sel instable, s'altérant très rapidement. Il met sous les yeux de l'Académie plusieurs échantillons d'iodure de strontium qui circulent dans les pharmacies, et il est facile de voir avec quelle rapidité ils s'altèrent par l'action de la lumière, même dans des flacons fermés.

La fixité des médicaments ayant une grande importance en thérapeutique, il faut s'abstenir d'employer ceux qui se décomposent trop aisément.

M. CHATIN fait observer que les altérations dont vient de parler M. Laborde auraient pu se prévoir *a priori*; les iodures terreux, en effet, s'altèrent très rapidement sous l'influence de la lumière, mais plus vite encore par l'action de l'air. C'est même ainsi que l'on explique l'absence d'iode dans les eaux magnésiennes et séléniteuses.

Traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire. — M. CH. PERIER communique, en son nom et au nom de M. Constantin Paul, l'observation d'un homme, âgé de cinquante-huit ans, atteint d'un foyer gangréneux intra-pulmonaire, puisque le souffle s'était montré d'abord en arrière, puis dans l'aisselle, puis

en avant de la poitrine. Mais le début brusque de la maladie et l'apparition soudaine de la fétidité, sans qu'il se produisît de vomique, montra qu'il ne s'agissait pas de l'ouverture d'un foyer gangréneux pleural.

L'antisepsie par les voies naturelles n'ayant donné aucun résultat, M. Perier incisa la poitrine au niveau du deuxième espace intercostal gauche; le tissu pulmonaire sous-jacent fut alors saisi avec des pinces du Museux à travers la plèvre, puis on incisa la plèvre d'abord et le poumon ensuite. Il fallut traverser 2 centimètres environ de tissu pulmonaire sain avant de pénétrer dans le foyer purulent. Celui-ci fut soigneusement nettoyé, la surface en fut touchée avec du naphtol camphré, puis on y plaça deux tubes à drainage accolés, qui furent fixés à la peau : la plaie fut ensuite réunie à droite et à gauche des deux drains.

Cette opération fut pratiquée le 25 décembre 1891, les suites en furent excellentes; un des drains fut enlevé le 10 janvier et l'autre le 14; et le 9 février, la fistule était complètement fermée. Aujourd'hui, 15 mars, la santé est parfaite, il n'y a plus ni toux, ni crachats, ni signes stéthoscopiques d'une affection pulmonaire.

M. LANCEREAUX tient à signaler un médicament qui lui a toujours réussi dans les cas de bronchiectasie et de gangrène pulmonaire, il veut parler de l'hyposulfite de soude à la dose de 4 grammes par jour.

M. PERIER dit que M. Constantin Paul, avant de lui confier son malade, avait essayé sans succès tous les médicaments généralement usités contre la gangrène pulmonaire.

Papillomes du larynx; trachéotomie et thyrotomie. — **M. CH. PERIER** rapporte l'observation d'un enfant de six ans, atteint de tumeurs papillomateuses du larynx, auquel on pratiqua d'abord la trachéotomie. Les tentatives pour agir sur le larynx, par les voies naturelles, étant rendues impossibles par la résistance de l'enfant, on dut avoir recours à la thyrotomie.

Les deux moitiés du larynx écartées, les masses papillomateuses furent enlevées avec des pinces et une petite curette. Suture au crin de Florence, réunion primitive en quelques jours; mais, au bout de trois mois, les tumeurs papillomateuses s'étant reproduites, on dut pratiquer une nouvelle thyrotomie. Curetage du larynx sans cautérisation. Les suites furent aussi simples que la première fois; mais on eut le soin de faire passer à plusieurs reprises dans le larynx des mèches d'ouate imbibées de salol camphré, au moyen d'un stylet recourbé introduit par la trachée et retiré par la bouche.

Après un grand nombre de séances, la voix revint, la respiration par le larynx se rétablit et, finalement, la canule trachéale put être enlevée.

Symphyséotomie. — **M. CHARPENTIER** lit un travail sur cette question.

Pratiquée dans les bassins de 85 à 66 millimètres, la symphyséotomie, grâce aux progrès de l'antisepsie, est une opération qui donne d'excellents résultats; elle permet de sauver presque à coup sûr la mère et l'enfant et épargne ainsi à l'accoucheur la cruelle nécessité de sacrifier un enfant, ou d'attendre lentement sa mort, au grand détriment de la mère, s'il ne peut se décider à pratiquer la céphalotripsie tant que les battements du cœur viennent prouver la persistance de la vie fœtale.

Cette opération a son champ bien limité, ses indications bien nettes entre l'accouchement prématuré et l'opération césarienne; elle permet ainsi de sauver des enfants condamnés à une mort certaine.

Faite jadis en France, pour la première fois, par Sigault, la symphyséotomie, dit M. Charpentier, jouit aujourd'hui d'une très grande faveur en Italie, surtout à Naples, où Morisani et ses élèves la pratiquent couramment et la considèrent comme une opération presque insignifiante; ils n'hésitent même pas, alors que l'on vient de faire une application de forceps et que l'instrument est encore en place, à recourir à cette opération, si elle est nécessaire pour terminer l'accouchement.

Un accoucheur napolitain, Novi, a exagéré encore les conclusions posées par Morisani, en recommandant, aux lieu et place de l'opération césarienne, de revenir à l'accouchement prématuré combiné à la symphyséotomie, dans des bassins de 65 à 54 millimètres; Morisani, au contraire, fixait le chiffre de 67 millimètres comme dernière limite pour la symphyséotomie.

Pour démontrer le peu de gravité de cette opération, M. Charpentier rappelle la dernière statistique de Spinelli, qui, sur 24 femmes auxquelles il pratiqua la symphyséotomie, a obtenu 24 guérisons; 24 enfants sont venus vivants au monde; un seul succomba douze heures après sa naissance.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Dr Le Sourd, *Directeur de la* Gazette des hôpitaux.

Hyères, le 10 mars 1892.

Monsieur le Directeur,

La *Gazette des hôpitaux* m'apprend que, dans la séance de l'Académie de médecine du 19 janvier 1892, M. le docteur Ollivier a lu un rapport sur une communication de M. Thoinot, relative à une épidémie de typhus observée à l'île de Tudy.

Puisque la question du typhus a reparu devant l'Académie, il n'est que juste de rappeler que c'est grâce aux recherches des médecins français de l'armée d'Orient, en 1855-1856, que la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde a été reconnue et admise définitivement en France.

Ils ont, en effet, démontré cette non-identité aussi bien au point de vue clinique, qu'au point de vue de l'anatomie pathologique. Pour que la démonstration fût aussi complète que possible, il faudrait tout ce qui est relatif au côté bactériologique de la question, car il est bien difficile d'admettre que le bacille d'Eberth et de Gaffky caractérise le typhus.

Ne peut-on pas espérer que nos confrères russes, dont quelques-uns sont si versés dans ces études nouvelles, combleront prochainement la lacune que nous signalons?

Il est grandement probable, en effet, qu'à la suite de la famine qui désole actuellement quelques provinces du vaste et puissant empire du Nord, des cas de typhus se manifesteront dans certaines localités, où les recherches bactériologiques pourraient être entreprises. Elles donneraient indubitablement des résultats utiles à la science et fourniraient des renseignements qui nous manquent. Toutefois, il est utile d'observer que les affamés qui meurent isolés, ou chez eux, ou sur les routes, ou dans les champs, ne sont point, en général, atteints de typhus. Ils meurent d'inanition et présentent les altérations que Chossat et d'autres ont décrites.

Le typhus se manifeste aussi chez les affamés, mais placés dans d'autres conditions (1), où ils ne tardent pas à devenir foyers de contagion.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments confraternels.

Dr Masse,

Médecin principal de première classe en retraite, ancien médecin de l'armée d'Orient.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Sempé est chargé des fonctions d'aide de physique.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Guillemin est prorogé dans ses fonctions de chef des travaux pratiques de physiologie.

---

(1) Lorsqu'ils sont réunis dans des locaux mal aérés, mal ventilés et où se manifeste de l'encombrement.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Alexandre Zurkowski, décédé à Pont-à-Mousson dans sa soixante-dix-neuvième année.

— M. le docteur Bérillon, licencié en droit, directeur de la « Revue de l'hypnotisme », commencera le samedi 19 mars, à cinq heures, à l'École pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilher, un cours libre sur les applications cliniques et médico-légales de l'hypnotisme. Il le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 20 mars 1892, à neuf heures et demie très précises du matin, à la caserne Lobau : Laboratoire d'analyse de l'air et des eaux.

— Dans la décision ministérielle relative à l'appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale en 1892, insérée dans notre numéro du 1er mars 1892, p. 278, au lieu de : « Réserve, 54 médecins-majors de première classe », il faut lire : « Réserve, 54 médecins aides-majors de première classe. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Myocardites chroniques.

Par L. Thérèse, interne des hôpitaux de Paris.

A la suite de la découverte de Laënnec, l'auscultation du cœur, perfectionnée par ses successeurs, avait entraîné l'attention d'une manière exclusive du côté des lésions valvulaires, origine principale des bruits anormaux dont les moindres modifications de timbre et de rythme avaient pris une importance capitale. La valeur attachée aux moindres signes de cet ordre était telle, qu'à force de chercher à relever, par l'auscultation, les altérations du système valvulaire jusque dans leurs moindres détails, on avait fini par perdre presque complètement de vue la totalité de l'organe pour ne s'occuper que de ses accessoires et que l'étude des lésions du myocarde avait été à peu près complètement négligée.

Bien que la possibilité et même l'existence de lésions de la fibre cardiaque considérée individuellement, et du muscle pris dans son ensemble, eût été reconnue par Morgagni, Beau, Stokes, Parrot, etc., les myocardites chroniques avaient été considérées comme des affections au-dessus du diagnostic et, par suite, laissées de côté.

C'est à M. Lancereaux, à MM. Debove et Letulle, puis à MM. Rigal et Juhel-Rénoy, que revient le mérite d'avoir abordé leur étude et d'avoir posé les premières règles de diagnostic clinique.

Depuis cette époque, les travaux sur ce sujet se sont succédé et se sont multipliés, découvrant de nouvelles faces à la question et faisant prendre, aux modifications du muscle cardiaque, la place qu'elles méritent d'occuper dans le cadre nosologique.

Tout récemment encore, de nouvelles formes ont été décrites, tant au point de vue anatomique, qu'au point de vue clinique, constituant de véritables myocardites primitives, du moins en tant que localisations, et dont nous nous occuperons à part.

I

Considérées au point de vue anatomo-pathologique, les lésions des myocardites chroniques présentent à étudier, d'une part, les modifications qu'éprouve la fibre cardiaque elle-même; d'autre part, la disposition qu'affectent ces lésions, leur groupement, leur topographie en un mot, précieuse pour en expliquer la genèse.

Les lésions, les plus fréquentes, les plus faciles à étudier, les premières décrites, sont celles qui relèvent des myocardites secondaires, comprenant à la fois celles que M. Juhel-Rénoy décrivait comme myocardites primitives et comme myocardites secondaires, n'employant le terme *primitif*, que pour distinguer celles qui n'étaient pas accompagnées de lésions valvulaires et dont il décrivait le type sous le nom de sclérose hypertrophique du myocarde. La lésion banale de la myocardite chronique est donc un processus scléreux, variable dans son aspect, suivant l'âge de la lésion et suivant le point dont elle est partie.

Mais un semblable processus ne saurait aller sans modifications de la fibre musculaire du cœur elle-même, et les auteurs sont loin d'être unanimes sur les caractères de ces lésions. Tandis que MM. Debove et Letulle (1), étudiant les modifications du myocarde dans la néphrite interstitielle, signalent l'augmentation du volume de la fibre cardiaque elle-même, M. Juhel-Rénoy (2) n'a jamais rencontré que l'atrophie de cette même fibre, jointe parfois à la présence de petites hémorrhagies interstitielles. Le même auteur n'a jamais vu, non plus, la dégénérescence graisseuse de la fibre cardiaque, opinion dans laquelle il a été confirmé, dit-il, par une communication orale de M. Debove. Et cependant, M. le professeur Peter (3) considère cette lésion comme assez fréquente, pour servir de point de départ à la description d'une forme, mise en opposition avec la forme fibreuse, tout en reconnaissant qu'il ne s'agit là que d'une différence de plus ou de moins dans la distribution des lésions, tous les états intermédiaires pouvant se rencontrer et justifier ainsi l'unité de la myocardite chronique dans son processus anatomo-pathologique. Dans cette forme de *dégénérescence granulo-graisseuse*, il signale la disparition progressive des stries, avec apparition dans la fibre de granu-

(1) Debove et Letulle. *Mémoire sur l'hypertrophie cardiaque dans la néphrite interstitielle*, 1881.
(2) Juhel-Rénoy. Th. de Paris, 1882.
(3) Peter. *Leçons sur les maladies du cœur*, 1883.

lations protéiques, qui se transforment en fines gouttelettes graisseuses, lesquelles se réunissent pour former les gouttelettes plus volumineuses qui se substituent à la fibre cardiaque.

A peu près analogue est la description de M. Lancereaux (1), qui signale la multiplication des noyaux, la disparition des stries, remplacées par les granulations graisseuses qui se résorbent et laissent un vide. Ziegler, considérant la majorité des cirrhoses cardiaques comme le résultat d'un ramollissement ischémique, s'est attaché à décrire les lésions initiales portant sur la fibre dont ils font un premier stade, stade de destruction, caractérisé par une tuméfaction trouble de la fibre myocardique, suivie de dégénérescence homogène et aboutissant à la fissuration et à la formation d'un détritus granuleux, avec tuméfaction des noyaux musculaires autour de la zone malade.

M. Weber (2), de même que M. Juhel-Rénoy, observe l'atrophie de la fibre musculaire et, de plus, la dégénérescence vitreuse de Zenker, que Bernheim et Erb tendent à considérer comme un simple processus cadavérique.

Tout récemment, M. Nicolle (3), reprenant la question, s'est attaché à bien établir la filiation des lésions et la part qui revient dans la sclérose définitive à chacun des éléments qui entrent dans la masse myocardique.

Pour cet auteur, les fibres malades, réunies en petits foyers, pouvant comprendre une cinquantaine de fibres ou seulement quatre ou cinq, subissent la *dégénération granulo-fragmentaire*, qui constitue la première phase de la myocardite chronique. « Les éléments musculaires se montrent obscurcis par des granulations très fines, non colorées par l'osmium, insolubles dans l'acide acétique (après action de la liqueur de Muller) et abondamment répandues. Il n'est pas rare que toute trace de striation ait disparu. Plus tard, les fibres se fragmentent, se fissurent irrégulièrement, éclatent et mettent en liberté leur pigment; les logettes myocardiques se montrent remplies de débris variés : les uns rappellent encore les contours de la cellule cardiaque, les autres forment des anneaux brisés, pleins ou vides; d'autres, enfin, n'offrent plus que des amas de substance musculaire méconnaissable. »

Mais ce n'est là qu'un état transitoire de la fibre cardiaque appelée à disparaitre : il existe également des modifications importantes d'un certain nombre de fibres voisines des foyers malades; fibres qui persisteront et dont l'état est d'autant plus intéressant à connaître, que ces fibres, non détruites, auront à suppléer celles qui sont disparues et que, de leur état et de leur nombre, dépend la résistance plus ou moins longue du cœur malade : ce sont surtout ces fibres qu'ont étudiées les premiers auteurs dont nous avons rapporté l'opinion, et où ils ont constaté, les uns l'atrophie, les autres l'hypertrophie; d'autres, plus rares, la dégénérescence graisseuse. Pour M. Nicolle, ces fibres peuvent se présenter sous quatre aspects différents : l'état normal, l'atrophie simple dont le seul énoncé dispense de toutes les descriptions, la transformation vacuolaire, le fendillement.

« La fibre en *état vacuolaire*, vue sur une coupe en travers, montre plusieurs vacuoles, de volume différent, isolées ou confondues en lacs à contours polycycliques et demeurant incolores après l'emploi des réactifs ordinaires. Au milieu de ces vacuoles, la substance contractile est restée normale et se comporte, comme d'habitude, vis-à-vis du picrocarmin et de l'hématoxyline. Enfin, l'élément est hypertrophié tout entier très souvent; le noyau constamment. Sur une coupe longitudinale, on trouve les vacuoles plus ou moins allongées et imprimant aux fibrilles des déviations multiples. Le noyau tuméfié, et ordinairement pâli, apparaît ici en entier, avec ses deux ou trois nucléoles. Lorsque la lésion a atteint un certain degré, la cellule musculaire se dissocie; si l'une de ses extrémités conserve des connexions suffisantes avec la cellule voisine, l'autre seule s'altère et revêt l'apparence d'un pinceau. Si, aux deux extrémités, le ciment d'Eberth est détruit, les cylindres primitifs s'emmêlent, et leur ensemble prend un caractère broussailleux. A ce moment, ce qu'on voit transversalement c'est, tantôt un réticulum, à travées délicates et à mailles inégales, tantôt un anneau fermé avec ou sans tractus striés dans son intérieur. Cet état vacuolaire ne paraît être autre chose que l'œdème de la fibre cardiaque.

L'état fendillé n'est, en somme, que le premier stade de la lésion précédente. C'est lui que M. le professeur Cornil et M. Brault ont vu dans les cœurs d'athéromateux, et décrit sous le nom d'exagération de la striation longitudinale (1).

A ces diverses lésions s'ajoute, d'une façon constante, la segmentation décrite par MM. Renault et Landouzy : enfin, de même que M. Juhel-Rénoy, M. Nicolle, *nulle part et jamais*, n'a observé trace de dégénérescence graisseuse.

Si de ces différentes descriptions, nous cherchons à dégager les modifications principales, subies par la fibre cardiaque dans la myocardite chronique, nous voyons qu'un certain nombre de fibres frappées à mort disparaissent, par dégénérescence graisseuse ou granulo-graisseuse pour les uns, pour les autres sans qu'il y ait jamais transformation graisseuse et par simple fragmentation ou dégénérescence vitreuse : qu'à côté de ces fibres, condamnées à disparaître, ou à côté de la place qu'elles ont occupée, si elles ont déjà disparu, il en est d'autres, les unes atrophiées, les autres hypertrophiées, d'autres, enfin, dissociées en éléments primitifs, mais sans être détruites.

II

Ce sont là toutes lésions qui ne sauraient être étudiées qu'au début de l'affection ou sur les limites des foyers. Toutes les fibres cardiaques ne sauraient, en effet, être atteintes au même point et au même degré, sans que le fonctionnement de l'organe soit brusquement suspendu, et après avoir vu quelles sont les modifications subies par la fibre elle-même, il nous reste à voir quelles sont celles qui sont frappées de préférence, par quoi celles qui ont disparu vont être remplacées, et quel aspect nouveau du myocarde va en résulter. Avant d'en arriver à l'étude de la lésion définitive, nous suivrons encore, avec M. Nicolle, les différentes étapes par lesquelles passent les points malades avant d'arriver à l'état de tissu scléreux dur, véritable tissu de cicatrice.

Nous avons vu que la fibre malade, en état de dégénération granulo-fragmentaire, finissait par se réduire en débris méconnaissables qui se résorbent, sauf les granulations

(1) Lancereaux. *Anatomie pathologique*, 1879, t. II.
(2) Weber. Th. de Paris, 1887.
(3) Nicolle. Th. de Paris, 1890.

(1) Nicolle. Loc. cit., p. 47-48.

pigmentaires : cette résorption effectuée, l'îlot malade donne exactement « l'image du myocarde traité par le pinceau », les alvéoles étant simplement un peu tassés, état auquel M. Nicolle donne le nom d'*état réticulaire*, déjà décrit par M. Letulle, sous le nom de plaques atrophiques; les vaisseaux persistent dans les parois des travées et quelques granulations pigmentaires agglomérées flottent dans la cavité des aréoles.

Les parois s'épaississent, les alvéoles s'aplatissent, se réduisent à l'état de simples fissures, la paroi des capillaires se confond avec le tissu fibroïde voisin, sans que leur lumière soit rétrécie et l'état réticulaire est remplacé par la sclérose molle, nom déjà donné par Odruzola à un état réticulaire beaucoup moins avancé : à cette sclérose molle succède la sclérose dure, réalisée lorsque les fissures et les capillaires ont disparu ; à ce moment, le foyer scléreux se montre constitué par des blocs fibroïdes, arrondis ou ovalaires, très réfringeants et prenant fortement le carmin. Entre ces blocs se trouvent quelques cellules fixes, analogues à celles des tendons et des amas pigmentaires : ces foyers contiennent également toujours des fibres élastiques, difficiles à voir, sauf par la méthode de Balzer, ces fibres élastiques avaient déjà été signalées par Byrom Bramwell, qui avait voulu en faire la caractéristique des lésions syphilitiques.

Moins facile est la description de la topographie de ces lésions : M. Juhel-Rénoy les distingue en discrètes et confluentes, différences faciles à reconnaître à l'examen macroscopique, mais c'est surtout à l'examen microscopique qu'il s'attache, et ses recherches le conduisent à systématiser les lésions par rapport aux artères, qu'il considère comme le point de départ du tissu scléreux, la lésion vasculaire débutant par l'endartère. Pour MM. Debove et Letulle, pour Leyden et Hoffmann, la sclérose du cœur n'est qu'une localisation de l'artério-capillary-fibrosis, la sclérose s'étendant autour de l'artère malade.

C'est aussi aux lésions artérielles que M. Huchard donne la première place, en interprétant leur action par deux mécanismes différents :

Pour lui, la sclérose du myocarde peut revêtir trois formes distinctes :

1° La sclérose dystrophique, consécutive à l'endartérite oblitérante des coronaires ; la lésion, dans ce cas, marche de la périphérie au centre ;

2° La sclérose inflammatoire, consécutive à la péri-artérite des coronaires ; la lésion se propage alors le long des vaisseaux atteints, et marche du centre à la périphérie ;

3° La sclérose distrophique et inflammatoire, consécutive à l'endo-péri-artérite, lésion mixte diffuse disséminée : c'est là, on le voit, une réunion éclectique des opinions de M. H. Martin (1) [sclérose distrophique débutant, non pas autour des artères, mais dans les points qui en sont les plus éloignés, et par conséquent les plus mal irrigués] et de M. Juhel-Rénoy, reprises peu après par M. Duplaix (2).

Cette double manière de voir a d'ailleurs été également défendue par M. Weber (3).

M. Nicolle, que nous avons déjà eu occasion de citer bien des fois, ne s'est pas contenté de déterminer le processus suivi par le processus de sclérose dans son développement, mais il a également cherché à bien établir la systématisation des lésions : pour lui « les îlots malades se développent le plus loin possible des vaisseaux ; peu nombreux, ils restent clairsemés au sein des faisceaux musculaires ; abondants, ils se fusionnent et intervertissent, par leur réunion, la topographie normale du myocarde. Les vaisseaux, normalement extérieurs aux faisceaux musculaires, deviennent à la fois l'axe des parties respectées par la lésion cirrhotique et l'axe d'un anneau scléreux que limitent en dedans les fibres saines. »

Tandis que la plupart des auteurs ont cherché à grouper autour du système artériel les lésions chroniques du myocarde, Bard et Philippe (1) admettent qu'à côté de certaines scléroses cardiaques, dues à des oblitérations artérielles partielles, il existe toute une classe de myocardites où les lésions valvulaires et les lésions vasculaires sont nulles ou sans portée ; que ces myocardites, auxquelles ils donnent le nom de *myocardites interstitielles chroniques*, sont le fait d'une maladie du tissu conjonctif frappé primitivement, bien d'accord en cela avec les idées professées par Renaut (de Lyon), sur le tissu conjonctif, milieu intérieur.

On ne saurait nier cependant la part que prennent les vaisseaux au développement des myocardites chroniques : déjà en 1874, M. le professeur Brouardel (2) avait insisté sur l'action possible à longue distance des maladies infectieuses sur le myocarde, spécialement de la variole, et c'est là un point qu'ont pu établir péremptoirement MM. Landouzy et Siredey (3) pour la fièvre typhoïde. Ces auteurs, en effet, ayant eu l'occasion d'étudier le myocarde d'un malade qui avait succombé à une fièvre typhoïde récidivée, purent relever, sur les coupes de cet organe, des lésions d'âge différent, portant sur les tuniques des artères et le retentissement du processus endartérique sur la fibre cardiaque par rétrécissement du calibre vasculaire.

Différente est la manière d'interpréter le rôle de l'endartérite, soutenue par les anatomo-pathologistes allemands : pour eux, la sclérose du cœur doit être considérée comme la cicatrice pure et simple d'un infarctus, consécutif à l'endartérite oblitérante. Cet infarctus répond, pour Ziegler, à la nécrobiose d'un bloc de fibres (nécrose inodulaire) pour Huber, à une destruction cellule à cellule (nécrose moléculaire). Enfin, pour M. Nicolle, qui a serré le sujet de très près, la question n'a pas encore de démonstration péremptoire : si l'action des agents pathogènes sur l'endocarde et l'endartère est maintenant hors de discussion, il est loin d'en être de même pour le myocarde et, à la fin de son étude anatomo-pathologique, l'auteur arrive à la conclusion suivante :

« On est en droit de se demander si l'ischémie par endartérite n'ajoute pas ses effets à ceux de la cause irritante en exagérant la vulnérabilité de la fibre et en diminuant la force de réaction du stroma.

Malheureusement, cette manière de voir n'est pas plus susceptible d'une démonstration, que d'une infirmation directe. »

III

Moins nombreuses que les recherches anatomo-pathologiques, sont les études cliniques des myocardites chroni-

(1) H. Martin. *Rev. de méd.*, 1881.
(2) Duplaix. Th. de Paris, 1883.
(3) Weber. Th. de Paris, 1887.

(1) Bard et Philippe. *Rev. de méd.*, 1891.
(2) Brouardel. *Arch. de méd.*, 1874.
(1) Landouzy et Siredey. *Rev. de méd.*, 1885.

ques : considérées au début comme condamnées à être de simples découvertes d'autopsie, elles ont été négligées par les cliniciens. Nous passerons ici en revue les opinions des principaux auteurs qui se sont occupés de la question. M. Lancereaux, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, avait indiqué en quelques lignes leurs caractères principaux et les accidents auxquels elles peuvent donner lieu. M. Juhel-Rénoy, le premier, a cherché à tracer les principaux symptômes de ces affections. Dans sa description, il insiste sur l'insidiosité du début, les palpitations douloureuses, les accès de dyspnée, la sensibilité du cœur qui présente alors une sorte de bouton douloureux au niveau de la pointe, analogue au bouton diaphragmatique, l'affaiblissement des contractions cardiaques et la difficulté qui en résulte de sentir battre la pointe du cœur, l'hypertrophie lente et progressive, la persistance de la régularité du pouls, qui est régulier, fréquent et petit, l'absence de souffles, à moins qu'il ne se produise une insuffisance valvulaire fonctionnelle.

Du côté du poumon, on observe des poussées de congestion pulmonaire, complètement différentes de celles qu'on observe généralement chez les cardiaques ; cette congestion pulmonaire se produit par plaques au sommet du poumon, arrive rapidement et disparaît de même, se traduisant par de la submatité et des plaques de râles crépitants. Les accidents hydropiques, moins prononcés, sont plus fixes; le foie est le siège de poussées congestives, pendant lesquelles il augmente notablement de volume. Il existe une abondante polyurie nocturne, sans trace d'albumine. L'état de malaise est plus persistant que chez le cardiaque valvulaire, dont les premières attaques d'asystolie se calment par le repos.

Les trois symptômes dominants et fixes sont l'hypertrophie du cœur, la faiblesse des contractions cardiaques, la régularité et l'augmentation de fréquence des pulsations.

Tout en considérant la myocardite granulo-graisseuse et la myocardite fibreuse comme une même entité morbide, M. le professeur Peter donne une double description clinique. Dans la myocardite granulo-graisseuse, le cœur est douloureux, les malades sentent leur cœur et éprouvent un sentiment de pression derrière le sternum, au niveau des troisième et quatrième cartilages costaux gauches. A propos de la moindre émotion ou d'un effort, ils éprouvent des palpitations douloureuses ou une sorte de crampe du cœur ; ils sont essoufflés, la dyspnée est facile, avant même qu'apparaisse la congestion passive du poumon, les lypothymies sont fréquentes et le syndrome de l'angine de poitrine est facilement réalisé. Comme signes objectifs, on observe la faiblesse des contractions cardiaques, la diminution d'intensité des bruits du cœur et de la pulsation radiale, des faux pas du cœur. Le pouls, fréquent au début, se ralentit quand la plus grande partie du muscle a disparu et tombe jusqu'à cinquante et quarante pulsations par minute. On ne constate aucun souffle, sauf à la fin, où il peut se surajouter une insuffisance mitrale fonctionnelle et même organique. La matité cardiaque est augmentée en largeur; la palpation de la région précordiale révèle la disparition du choc et la faiblesse de l'impulsion cardiaque. La respiration devient suspirieuse (Stokes et Walshe), ou singultueuse, et peut prendre, dans les derniers moments, le type de Cheynes-Stokes. Tantôt c'est par suite de la progression fatale des lésions qu'apparaissent ces symptômes, tantôt ils éclatent sous l'influence d'un désordre quelconque d'un des organes dont l'innervation dépend du pneumo-gastrique, estomac ou poumon.

Dans la myocardite fibreuse, des palpitations pénibles apparaissent par accès, les contractions sont irrégulières et intermittentes : aux phénomènes objectifs précédemment décrits, s'ajoutent la présence d'un bruit de galop ou d'un dédoublement du premier ou du deuxième bruit, puis des troubles finaux d'insuffisance cardiaque.

Sous le nom d'artério-sclérose du cœur, M. Huchard (1) donne une des descriptions cliniques les plus complètes de la myocardite chronique, à laquelle il reconnaît un certain nombre de manières d'être, selon la prédominance d'un des principaux symptômes ce qui lui a permis d'établir six types différents :

1° Le *type pulmonaire*, qui affecte plusieurs modalités, se présentant tantôt avec une dyspnée paroxystique, rappelant la dyspnée urémique de Cheynes-Stokes, tantôt avec de la dyspnée d'effort, tantôt avec des accès de congestion pulmonaire, dont on méconnaît le plus souvent la nature, tantôt avec œdème du poumon, tantôt avec accès de faux asthme ou de bronchite avec emphysème consécutif aux lésions artério-scléreuses concomitantes du poumon.

2° Le *type douloureux*, allant de l'accès de l'angine de poitrine la plus sévère, à la simple sensation de barre rétro-sternale.

3° Le *type arythmique*, avec véritable état de folie du cœur, soit permanent, soit transitoire, parfois avec pouls bigéminé, dans lequel la seconde pulsation cesse d'être appréciable au doigt explorateur.

4° Le *type tachycardique*, se confondant parfois avec le précédent, ou affectant une accélération régulière, les battements pouvant s'élever jusqu'au nombre de 150 ou 160 : les pulsations radiales réalisent ce que M. Huchard appelle le pouls *instable* ou *variable*, montant brusquement sous l'influence du moindre effort ou d'un simple mouvement de 80 à 140.

5° Le *type bradycardique*, dans lequel le pouls peut ne battre que 30 ou 20 fois par minute, avec attaques syncopales ou épileptiformes : parfois, dans ces cas, on entend à l'auscultation des bruits lointains et sourds (*bruits systoliques en écho*), répondant à des contractions avortées, au nombre de trois ou quatre, entre chaque contraction complète.

6° Le *type asystolique*, où les phénomènes asystoliques se distinguent de ceux qui succèdent aux affections valvulaires par la brusquerie d'une attaque qui éclate de la façon la plus imprévue.

M. Nicolle, dont le travail est surtout consacré à l'anatomie pathologique, essaie également de tracer une ébauche des caractères cliniques de la myocardite scléreuse chronique : pour lui, la majorité des malades atteints de cette affection sont surtout des hommes, plus souvent âgés de moins de soixante ans, qui, à un moment donné, sont pris d'une dyspnée qui augmente rapidement, en même temps que les forces diminuent considérablement, puis survient l'œdème, fugace d'abord : le facies est pâle, le cœur hypertrophié, les bruits sont sourds et peuvent prendre le rythme du bruit de galop plus ou moins bien accentué; le deuxième bruit aortique est renforcé, le pouls fréquent, régulier, résistant : les poumons présentent quelques râles, et à peu près les mêmes caractères d'auscultation que chez les em-

(1) Huchard. *Traité des maladies du cœur.*

physémateux, la toux est modérée et sans expectoration : les urines, plus ou moins rares, peuvent ne pas contenir d'albumine.

Dans un travail tout récent, MM. Bard et Philippe (1), dont nous avons cité l'opinion au point de vue anatomo-pathologique, plus que tous les auteurs que nous venons de citer, tendent à rapprocher la symptomatologie de la myocardite chronique de celle des lésions valvulaires, en tant que manifestations fonctionnelles : c'est surtout sur l'arythmie que porte leur description clinique : arythmie consistant essentiellement en irrégularités, soit dans la force, soit dans la vitesse des contractions du cœur, sans véritables faux pas du cœur, donnant lieu à une accélération notable du pouls et à la production de « salves de battements précipités, séparés les uns des autres par un nombre plus ou moins grand de pulsations rythmiques... plus rarement, les contractions rapides ou affaiblies sont irrégulièrement entremêlées au milieu des contractions normales ».

En tout cas, pour un même malade, le type reste toujours identique.

Si divergentes que puissent être les opinions des auteurs sur certains points, il en est d'autres, cependant, sur lesquels l'accord paraît être unanime : c'est ainsi que les palpitations douloureuses, l'affaiblissement des contractions cardiaques, contrastant avec l'augmentation de la matité précordiale, les troubles de la respiration, l'asystolie brusque, l'absence de souffle, semblent devoir être considérés comme les signes incontestables de myocardite chronique.

IV

Jusqu'ici, nous ne nous sommes occupé que des myocardites qu'on pourrait, en quelque sorte, appeler partielles, évoluant par foyers et respectant une partie du myocarde.

Tandis que, pour Virchow, l'existence de la myocardite parenchymateuse est douteuse, que Rindfleisch (1890) considère la myocardite primitive idiopathique comme ne devant plus être admise, M. Renaut [de Lyon (2)] décrit une nouvelle maladie du muscle cardiaque, sous le nom de *myocardite segmentaire essentielle chronique*, dont, disons-le tout de suite, la réalité a été immédiatement niée par Recklinghausen.

Dans un travail antérieur, fait en commun avec M. Letulle, M. Renaut avait déjà signalé, dans les myocardites, la disparition du ciment intercellulaire, donnant lieu, d'une manière très nette, à l'aspect connu sous le nom de trait scalariforme d'Eberth.

Ce qui, au point de vue anatomique, caractérise la forme de myocardite décrite par M. Renaut, c'est la disparition du ciment intercellulaire, qui permet une dissociation du myocarde cellule par cellule; le fuseau circumnucléaire est infiltré de granulations brunâtres ou dorées, mais il n'existe aucune lésion, soit des séreuses, soit du tissu conjonctif ou des vaisseaux : cette affection se rencontre surtout chez les vieillards, chez les intoxiqués chroniques, ou après certaines maladies infectieuses.

Au point de vue clinique, cette forme est surtout caractérisée par l'arythmie du pouls et du cœur, l'effacement du choc précordial localisé, la matité rectangulaire du cœur : à l'auscultation, par un souffle systolique médio-cardiaque se propageant peu et ne s'accompagnant d'aucun bruit harmonique surajouté, il n'existe ni veinosités de la face, ni tuméfaction du foie, ni insuffisance du cœur droit, ce qui permet de la différencier nettement de l'insuffisance mitrale; cependant, il existe un léger degré d'œdème des malléoles.

Les variations du pouls sont de deux sortes : dans le premier cas, il existe un *faux pouls régulier*, où les pulsations ne sont ni équidistantes, ni équipotentielles, ce que montre bien le tracé, quoique les modifications soient inappréciables au doigt. Dans le second cas, il existe le pouls *arythmique vrai multiforme*, dans lequel sous le doigt il semble n'exister que quelques intermittences, tandis que le tracé montre une multitude de variations qui défie toute description.

V

La grande variabilité des symptômes ne fait que confirmer l'importance des myocardites chroniques en dehors de toute curiosité anatomo-pathologique : plus nombreux sont les syndromes cliniques d'une affection, plus il est important de dépister, sous les différentes formes qu'il revêt, le substratum anatomique, auquel pourront s'adresser les tentatives de traitement. Si la thérapeutique n'a pas de prise sur la lésion constituée, peut-être lui est-il possible d'en retarder l'évolution, en tout cas, il est certainement en son pouvoir, au moins pendant un certain temps, d'en pallier les effets. Une chose sur laquelle on ne saurait trop insister, au point de vue pratique, c'est qu'il ne suffit pas de constater l'intégrité valvulaire d'un cœur, pour l'indemniser, de par là-même, de toute responsabilité dans un syndrome pathologique dont, au premier abord, il semble devoir être rendu complètement innocent. Une fois reconnue cette participation du cœur à des accidents variables, quelle sera la conduite à tenir? En réalité, lorsque la thérapeutique s'attaque à un cœur atteint de lésions valvulaires, elle n'intervient nullement pour modifier les lésions d'orifice et n'a, en aucun cas, la prétention de restituer *ad integrum* des valvules déformées et épaissies : le terrain sur lequel elle dirige son action, c'est le muscle cardiaque lorsqu'il commence à fléchir, le but qu'elle cherche à atteindre, c'est la compensation, soit en augmentant la force du muscle en voie d'affaiblissement, soit, dans d'autres cas, en diminuant la résistance périphérique, en élargissant le champ vasculaire. Le but le plus élevé qu'elle puisse se proposer lorsqu'elle s'adresse à des lésions récentes, c'est d'en arrêter l'évolution, quelquefois d'en faire rétrocéder les dernières périodes.

Telle sera également la conduite à tenir en présence d'une myocardite chronique, et les mêmes agents thérapeutiques devront entrer en jeu, et là encore, la digitale restera au premier chef le médicament cardiaque, lorsque le cœur menacera de fléchir, utilement secondée souvent par la caféine et la spartéine.

Dans les premières périodes de l'affection, ou lorsque les accidents revêtiront les formes spasmodiques et douloureuses, on retirera les plus grands avantages de la médication préconisée par M. Huchard, iodure de potassium, à la dose de 1 à 2 grammes, associé à III gouttes de solution alcoolique de trinitrine au centième, en vingt-quatre heures,

(1) Bard et Philippe. Loc. cit.
(2) Renaut. Acad. de méd., 1890.

contenue dans une potion administrée par fractions, surtout au moment des crises. A côté de cette médication active, les précautions hygiéniques devront également tenir une grande place et devront tendre à favoriser les éliminations, à diminuer le travail du cœur par une diète et un exercice modéré, et surtout en évitant toutes les complications pulmonaires, dont le retentissement sur le cœur est si considérable.

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DES ABCÈS URINEUX

Par MM. Carlier et Arnould,

Anciens internes des hôpitaux de Paris.

I

Pathogénie. — L'étude pathogénique des abcès urineux nous oblige, en commençant, à définir l'abcès urineux, pour établir, de prime abord, des distinctions bien nettes, avec certaines autres affections locales, différentes dans leur aspect anatomique, et surtout différentes dans leur pathogénie, à savoir la poche urineuse et l'infiltration d'urine.

L'abcès urineux, dit-on généralement, est celui qui succède à l'irruption d'urine dans le tissu cellulaire. Cette définition classique entraîne avec elle deux données, qui sont peut-être toutes deux contestables; d'une part, une perforation à la surface des voies urinaires; d'autre part, un épanchement d'urine précédant une collection purulente. Pour les auteurs classiques, l'abcès succéderait nécessairement au passage d'une faible quantité d'urine dans le tissu péri-uréthral : la présence d'urine serait toujours la première en date et précéderait la présence du pus.

Ces mêmes auteurs cherchent à expliquer les différentes affections (poche urineuse, abcès urineux, infiltration) par une communication plus ou moins grande de l'urèthre avec le tissu cellulaire; il semble que ce soit, avant tout, le degré de déchirure des voies urinaires qui détermine telle ou telle de ces lésions. La définition de l'abcès urineux semble même se baser sur cette donnée. M. Rochard, dans son article du *Dictionnaire Dechambre*, est très affirmatif quand il dit : « C'est toujours une perforation qui se produit sur un point quelconque du parcours des voies urinaires. Si c'est une *simple fissure*, une érosion qui laisse à peine sourdre une gouttelette d'urine de loin en loin, le tissu cellulaire s'enflamme à un degré qui ne va pas jusqu'à la suppuration ; il forme une barrière qui a le temps de se consolider, et il peut se produire une poche urineuse. Si la *perforation est un peu plus large* et la quantité d'urine un peu plus considérable, l'inflammation du tissu cellulaire arrive promptement à la suppuration, et alors il se forme un *abcès urineux;* enfin, si la *rupture est étendue*, que l'urine en sorte abondamment, elle ne laisse pas le temps à l'inflammation de lui constituer un obstacle, elle envahit rapidement et de proche en proche le tissu cellulaire, et alors on se trouve en présence de l'*infiltration urineuse.* »

Il nous semble que les conditions pathogéniques de ces différents états ne consistent pas seulement dans une question de dimensions différentes de la solution de continuité des parois urinaires ou de tension du liquide qui les franchit; loin de nier l'intervention purement mécanique de l'état de la paroi ou de la force du liquide, nous affirmons qu'il y a, avant tout, un agent puissant, capable de déterminer l'abcès, soit qu'il succède à une tumeur urineuse, soit qu'il soit primitif, et cet agent c'est l'*infection.*

Nos connaissances actuelles, sur la formation des abcès en général, ne nous permettent-elles pas d'admettre que la présence du pus s'explique par la présence de micro-organismes? Or, ceux-ci peuvent, tantôt déterminer d'emblée l'abcès, tantôt infecter un liquide primitivement épanché. Ce qui est vrai pour l'hydro ou la pyonéphrose, est applicable à la pathogénie de la simple tumeur urineuse ou de l'abcès urineux, et, de même que la pyonéphrose peut être primitive ou succéder à une hydronéphrose, l'abcès urineux peut être primitif ou être la complication d'une poche urineuse.

En résumé, nous élargissons volontairement la définition de l'abcès urineux, puisque nous ne comprenons pas seulement, comme on le fait généralement, l'abcès qui a pour origine une issue d'urine dans le tissu cellulaire, à travers une perforation de la muqueuse. Pour nous, on doit comprendre sous ce nom la collection limitée de pus au voisinage et sous la dépendance des voies urinaires, qu'il y ait eu ou non communication; et, nous basant sur la formation primitive ou secondaire de l'abcès, nous proposons de confondre, sous le nom d'abcès urineux, ceux qui succèdent à une issue de liquide urinaire et ceux qui se forment d'emblée contre les voies urinaires, mais sans communication avec celles-ci. L'un des meilleurs types de cette deuxième catégorie n'est-il pas l'abcès péri-rénal? On verra, d'ailleurs, que l'étude microbiologique confirme cette assimilation.

Ces abcès urineux, ou plus exactement *péri-urinaires*, que nous venons de distinguer, quant à leur formation, en primitifs ou secondaires, ont entre eux un lien commun très puissant, à savoir le caractère spécial de l'infection. Qu'il y ait ou non de l'urine dans le tissu cellulaire péri-urinaire, peu importe, si ces collections purulentes sont engendrées par les mêmes agents spéciaux caractéristiques et bien déterminés; cette infection, qui est justement la même pour tous les abcès péri-urinaires, doit être, à notre avis, leur seule marque distinctive.

Quelle est la nature de l'infection, quelles sont les conditions qui lui sont favorables, et quelle est sa marche? Telles sont les questions que nous nous proposons de résoudre.

Les recherches de ces dernières années, en particulier les travaux importants, émanés du laboratoire de microbiologie de M. le professeur Guyon à Necker, ont pu fournir des indications précieuses sur les agents pathogènes de l'infection urinaire en général, et des abcès urineux en particulier.

On sait, d'une part, que les micro-organismes sont nombreux dans les voies urinaires, et que, parmi eux, un grand nombre peuvent provoquer la suppuration : cette étude très complexe et indubitablement résumée, dans un travail récent de M. Hallé (1), permet d'arriver à la conclusion que l'on peut trouver, dans des voies urinaires, un grand nombre d'espèces microbiennes :

« Microcoques habituels de la suppuration (staphylocoque aureus, albus, citreus, streptocoque pyogène, urobacillus liquefaciens septicus, de Krögins), les quatre espèces nouvelles de microcoques, décrites par Rovsing, peut-être les Protei de Hauser, enfin, une bactérie successivement étu-

(1) Hallé. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, février 1892.

diée par M. Clado, sous le nom de bactérie septique de la vessie, par MM. Albarran et Hallé, sous le nom de bactérie pyogène, que des recherches récentes identifient avec le bacterium coli commune, voilà les principales espèces microbiennes connues avec lesquelles il y a à compter dans l'examen des urines purulentes. Ces microbes peuvent se rencontrer dans l'urine, soit isolément, à l'état de culture pure, soit associés à deux ou plusieurs.

La citation qui précède n'a d'autre but que de montrer les chances multiples d'infection locale ou générale des voies urinaires malades. Parmi les agents microbiens précédemment énumérés, nous attirons l'attention sur la présence de la bactérie si caractéristique des urines infectées, la *bactérie pyogène*, au milieu des agents banals de la suppuration.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur l'étude des micro-organismes des voies urinaires; cette étude, qui comprend un grand nombre de travaux récents, intéresse moins directement notre sujet que celle qui va suivre, à savoir l'étude de la suppuration péri-uréthrale.

En effet, il est surtout intéressant de chercher, dans le pus même des abcès urineux, les espèces microbiennes qui s'y trouvent, et de voir si, parmi elles, il n'en est pas qui soient propres aux voies urinaires infectées. Un certain nombre d'analyses du pus de ces abcès ont été faites et fournissent les résultats suivants :

MM. Albarran et Hallé (1) observent la bactérie pyogène à l'état de pureté, dans trois cas d'abcès péri-urinaires, tant abcès péri-uréthraux que péri-néphrétiques.

M. Clado (2) trouve la bactérie septique (identique à la bactérie pyogène de MM. Albarran et Hallé), dans deux cas de phlegmons péri-urinaires du périnée, contenant en même temps d'autres microbes pyogènes (staphyloocoques et streptocoques).

Dans un travail plus récent (3), MM. Tuffier et Albarran trouvent, sur quatre cas d'abcès urineux, trois cas où la bactérie pyogène existait seule et un cas où elle était associée à des microcoques.

Enfin, MM. Horteloup et Bordas (4) ont relaté, dernièrement, un cas d'abcès urineux à microcoques, *à l'exclusion du genre bacille;* cette dernière recherche a été faite avec soin, et le même résultat contrôlé sur différentes cultures.

En résumé :

Auteurs.	Nombre de cas.	Bactérie pyogène.	Autres microbes.
MM. Albarran et Hallé . .	3 cas.	3 fois.	0 fois.
Clado.	2 —	2 —	2 —
Tuffier et Albarran. .	4 —	4 —	1 —
Horteloup et Bordas.	1 —	0 —	1 —
En résumé. . . .	10 cas.	9 fois.	4 fois.

Le point intéressant qui ressort de ce tableau est l'extrême fréquence, on pourrait dire l'universalité des cas, où l'abcès urineux renferme la bactérie pyogène : en effet, sur 10 cas, elle manque 1 seule fois et 6 fois on la trouve à l'état de pureté.

Bien plus, le streptocoque qui peut, par exception, provoquer seul l'abcès urineux (cas de Horteloup), se rencontre rarement dans ces abcès, comparativement à sa présence si habituelle dans tout autre abcès.

De ce qui précède, il est permis de conclure que la bactérie pyogène est presque toujours l'agent pathogène de l'abcès urineux.

Connaissant à présent, parmi les agents pathogènes des voies urinaires infectées, ceux qui provoquent d'ordinaire la formation de l'abcès urineux, il convient de chercher quelles sont les circonstances favorables à leur pénétration et quel est leur mode d'introduction ?

L'étude générale de l'infection urinaire, magistralement exposée par M. le professeur Guyon, dans un mémoire communiqué à l'Académie des sciences (1), comprend, en particulier, certaines considérations plus spéciales à l'infection locale, à l'infection de voisinage, dont l'abcès urineux est un des principaux types.

L'infection urinaire peut se manifester de plusieurs manières : tel individu, dont les voies urinaires sont malades et contiennent, en particulier, la bactérie pyogène, peut présenter un état d'immunité très prolongé contre toute infection propre ou à distance ; au contraire, tel autre malade infecté de la même manière peut être profondément atteint dans son état général, sous l'influence du poison urineux, sans avoir aucune altération très sensible de l'appareil urinaire ou péri-urinaire. Voici donc deux catégories d'urinaires, porteurs d'altération *semblable* de l'urine et infectés par le *même* agent toxique, la bactérie pyogène : or, les uns ont été atteints dans leur état général, tandis que les autres ont été épargnés. Car les uns présentaient des conditions de réceptivité qui n'existaient pas chez les autres, comme l'a si bien indiqué notre maître. Mais entre ceux-ci et ceux-là, se place une catégorie intermédiaire d'urinaires, ceux qui, charriant aussi la bactérie pyogène, présentent en dehors, mais autour du canal urinaire, des lésions de voisinage, sans offrir aucun phénomène d'infection générale. Or, dans cette altération locale qu'on appelle l'abcès urineux, on retrouve toujours le même agent infectieux que précédemment; mais il se manifeste différemment.

Pour expliquer ces manifestations différentes du même microbe, il faut admettre des conditions différentes de physiologie pathologique et faire intervenir des circonstances particulières.

L'abcès urineux se développe presque toujours derrière un rétrécissement plus ou moins serré, son siège correspond par conséquent à un point où la tension du liquide urinaire est portée à son maximum par la présence même de l'obstacle. Or la tension exagérée et surtout la stagnation derrière le point rétréci du canal urinaire s'exercent contre des parois distendues, c'est-à-dire moins résistantes à l'action mécanique. De plus, ces parois qui subissent une tension exagérée en un certain point sont enflammées en ce même point, c'est-à-dire modifiées par la présence d'éléments septiques accumulés contre elles : pus et micro-organismes divers ; peu à peu, ces parois en sont infiltrées. Cette double circonstance : tension exagérée et imprégnation de micro-organismes, suffit à expliquer le passage des éléments septiques à travers les parois de l'urèthre, en dehors même de toute solution de continuité apparente du canal. C'est ainsi que se forme l'abcès urineux d'emblée.

(1) ALBARRAN et HALLÉ. Note sur une bactérie pyogène, etc., Acad. de méd., 21 août 1886.

(2) CLADO. Bactérie septique de la vessie, Soc. anat., 30 nov. 1888.

(3) TUFFIER et ALBARRAN. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, sept. 1890.

(4) HORTELOUP et BORDAS. *Idem*, oct. 1891.

(1) GUYON. Acad. des sc., 29 avril 1891.

Dans d'autres cas, la perforation étroite, la simple éraillure se faisant au moment d'un effort vésical, mais toujours au même point altéré, l'urine passe en petite quantité directement dans le tissu cellulaire et cette urine, qui, en raison de sa situation déclive, contient peut-être le résidu le plus chargé en éléments septiques, est un milieu de culture où se développe admirablement la bactérie pyogène; et cette petite quantité d'urine, au lieu de s'infiltrer de proche en proche jusqu'à longue distance, s'entoure d'une coque qui suppure abondamment. En un mot, dans ce mode de formation, la petite collection d'urine épanchée se transforme insensiblement en abcès urineux. C'est ici l'abcès urineux secondaire.

En résumé, l'abcès urineux, envisagé dans son mode pathogénique, peut être primitif ou secondaire : dans un cas, les micro-organismes, en particulier la bactérie pyogène, traversant *seuls* les parois enflammées de l'urèthre, déterminent une infection locale sur les limites extérieures de ce canal ou bien ces micro-organismes, pénétrant *avec l'urine* par une plaie du canal, transforment le liquide en pus.

Mais, nous le répétons, la pathogénie est toujours la même : tension exagérée, altération des parois et pénétration de la bactérie à travers le tissu ou par une éraillure du tissu.

II

Traitement. — Basé sur la notion exacte de la nature même de la lésion, le traitement de l'abcès urineux doit avoir un seul but : arrêter l'infection. Non seulement celle-ci engendre et entretient l'abcès urineux, mais elle entraîne des accidents tardifs, comme les trajets fistuleux, complication fréquente de l'abcès urineux.

Pour remplir cette indication d'une manière complète, l'idéal serait sans doute de faire la *cure radicale* de l'abcès urineux, comme cela a été proposé et tenté dernièrement. Mais avant d'étudier cette méthode qui est encore loin d'être du domaine de la chirurgie courante, ni même d'être toujours applicable, il convient de faire connaître une méthode sûre et bien réglée, celle qui fait, dans le service de M. le professeur Guyon, l'objet de la pratique journalière. On ne saurait trop la vulgariser, puisqu'elle est simple, rationnelle, et surtout parce qu'elle est couronnée de succès.

Laissant absolument de côté la question du traitement préventif, nous nous supposons en présence de l'abcès péri-urinaire acquis. La première conduite à tenir est celle qu'inspire toute collection purulente : lutter contre l'infection; ce que l'on cherche à réaliser par une double manœuvre, en provoquant l'évacuation de l'abcès d'une part, et en supprimant l'obstacle à l'écoulement des urines septiques, d'autre part. En un mot, inciser largement l'abcès par le périnée et, en même temps, détruire le rétrécissement, cause de la stagnation du liquide septique, telle est la pratique qu'il faut suivre.

Mais l'abcès même ne doit pas être traité et surtout pansé d'une façon quelconque, car il faut se préoccuper d'avance de la formation possible d'une fistule; aussi l'on verra, dans la pratique de son service de clinique, M. le professeur Guyon attirer couramment l'attention sur une pratique très simple qui favorise la cicatrisation méthodique de la plaie profonde d'un abcès urineux. Aussitôt après l'incision très large de la collection, il fixe *le drain au plafond*, expression due à notre maître, qui rappelle la manière dont il assure la situation du drain jusqu'au fond de la plaie : au moyen de l'aiguille de Reverdin, on passe un crin de Florence entre la partie la plus profonde, le sommet de la plaie et la peau; ce crin, muni de l'extrémité supérieure du drain, permet d'attirer celui-ci directement au fond de la plaie, et d'assurer une cicatrisation méthodique de haut en bas.

Lorsque l'évacuation du pus a été favorisée par une large issue et la cicatrisation assurée par un pansement méthodique, le chirurgien devra se préoccuper de la lésion causale, de l'existence du rétrécissement qui continue à favoriser la stagnation et la pénétration des éléments urinaires septiques. Doit-on donner à la fois issue au pus par l'incision périnéale et à l'urine infectée par la suppression du rétrécissement, ou doit-on attendre, pour supprimer l'obstacle, que la cicatrisation de la plaie commence? Cette question est différemment interprétée.

Si on rend immédiatement à l'urèthre son calibre, disent les uns, on supprime au niveau du point malade la cause incessante de l'infection. Mais, répondent les adversaires de l'uréthrotomie immédiate, en sectionnant d'emblée la stricture, vous créez une nouvelle plaie et vous augmentez les chances d'infection.

En présence de ces deux opinions contraires, appuyées l'une et l'autre sur des arguments de valeur, il y a peut-être lieu d'être éclectique, et d'admettre, selon les cas, soit l'intervention immédiate, soit l'expectation. Or, la ligne de conduite à suivre pour le chirurgien est tirée de l'état général du malade.

On sait, par exemple, qu'un rétrécissement simple, présentant des signes d'infection, des symptômes fébriles, est absolument passible, de l'avis de M. le professeur Guyon, de l'uréthrotomie interne immédiate, faite en pleine fièvre. Et, cependant, chez le malade, simple, rétréci, soumis à l'uréthrotomie, il est fait une plaie qui pourrait être une porte d'entrée à l'infection. Or, la clinique montre tous les jours que cette intervention, faite en pleine fièvre, calme rapidement les accès généraux d'infection, à condition, bien entendu, que les précautions antiseptiques, en usage dans le service de notre maître, aient été prises.

A fortiori, *le rétréci porteur d'un abcès urineux*, qui possède, par conséquent, un foyer et une voie d'infection, semble devoir être, plus hâtivement encore que le simple rétréci, pourvu d'un écoulement large de son urine septique. L'uréthrotomie interne, faite d'emblée, s'imposerait ici, croyons-nous, comme pour le rétréci simple, dans les cas où les symptômes d'infection générale existent. L'incendie ayant éclaté, il y a urgence d'éteindre le feu dans son origine même.

Mais dans les cas d'abcès urineux simples, c'est-à-dire qui ne sont pas accompagnés d'infection générale, les conditions sont différentes : opérer immédiatement le point rétréci, c'est-à-dire faire une plaie vive en plein foyer purulent, donne toute chance de créer une absorption des agents pathogènes, dont l'organisme était indemne jusque-là. Alors que l'immunité du sujet persiste, il serait téméraire de la détruire par un traitement trop hâtif, dont rien n'indique l'urgence. Et c'est pour éviter cette complication de la fièvre urineuse que M. le professeur Guyon traite, tout d'abord, la lésion locale, par l'ouverture large de l'abcès. Plus tard, quand l'abcès s'est détergé, que la plaie opératoire bourgeonne et tend à se cicatriser, il détruit le rétrécissement par l'uréthrotomie secondaire.

Néanmoins, il y a des cas où le chirurgien ne devrait peut-être pas attendre le commencement de la cicatrisation pour rendre au canal son calibre, celui, par exemple, où la fièvre, survenant le lendemain de l'opération ou les jours suivants, avec les caractères de la fièvre urineuse, témoigne de l'infection générale : on doit ici traiter le malade comme un rétréci *fébrile* ordinaire, c'est-à-dire assurer à l'urine infectée un large écoulement.

Cette préoccupation, très juste, de hâter l'évacuation des urines septiques et d'éviter en même temps la création d'une nouvelle plaie par l'incision du rétrécissement, a fait adopter par certains praticiens une autre conduite, rejetant les moyens sanglants, en particulier l'uréthrotomie, qui augmente la surface d'absorption, ils emploient la dilatation permanente par la bougie à demeure. Mais il est facile d'objecter à cette méthode que le contact serré et le frottement d'une bougie sur la muqueuse enflammée et altérée, au niveau du rétrécissement, donne peut-être plus de chance d'infection que la petite plaie d'un canal uréthrotomisé ; celui-ci est bien ouvert et, par conséquent, facile à laver ; la stagnation du liquide septique ne peut plus y avoir lieu.

Jusqu'ici, nous n'avons considéré, dans le traitement de l'abcès urineux, que les accidents immédiats, c'est-à-dire foyer purulent et infection générale du malade. Il nous reste à dire quelques mots des conséquences éloignées de l'abcès urineux, à savoir les fistules secondaires.

La préoccupation d'éviter au malade cet accident fréquent, serait un argument de plus en faveur de l'uréthrotomie interne, faite immédiatement au malade. Elle a pour effet non seulement d'évacuer largement le liquide infecté, contenu dans la vessie et la partie postérieure de l'urèthre ; mais elle a aussi pour conséquence heureuse de rendre à l'écoulement sa voie normale et d'éviter presque complètement le passage de l'urine par la plaie périnéale. La cicatrisation sera beaucoup plus rapide et les chances de fistules consécutives beaucoup moins grandes.

Un procédé, qui marque un progrès dans cette voie, a été tout d'abord appliqué par M. le professeur Guyon aux vieux abcès, aux abcès urineux chroniques : notre éminent maître, également guidé par la crainte de voir persister une fistule, eut l'heureuse idée d'ouvrir, aussi largement que possible, le foyer urineux, d'inciser les diverticules, d'enlever les fongosités et de faire l'abrasion aussi complète que possible des parois.

Entre cette pratique appliquée aux anciennes collections urineuses ou purulentes, avec trajets fistuleux, et la même pratique appliquée d'emblée à l'abcès aigu, il n'y avait qu'un pas. L'idéal était de réséquer immédiatement la poche purulente, mais pour que cette résection fût complète, il fallait qu'elle portât jusque sur le point de l'urèthre où siégeait la rupture.

Cette opération est celle qui fut pratiquée par M. Horteloup (1), deux fois dans le courant de l'année dernière, et qu'il décrivit dans les *Annales des organes génito-urinaires* : « L'excision complète de la poche purulente » ; la cure radicale de l'abcès urinaire est certes la meilleure asepeie que l'on puisse faire, comme le dit M. Horteloup, et le succès qu'il a obtenu, dans un cas, confirme pleinement la théorie.

Il est néanmoins certain qu'une telle opération longue et minutieuse n'est pas à la portée de tout praticien ; la résection d'une portion de l'urèthre est une opération qui ne peut être faite que par le chirurgien très exercé à la chirurgie de l'urèthre ; car, si elle échoue, elle a pour conséquence la formation d'une large brèche entre les deux bouts réséqués. On ne saurait donc pas la faire entrer dans la pratique journalière, ni même l'appliquer à tous les cas.

(1) Horteloup. Loc. cit.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 mars 1892. — Présidence de M. Chauvel.

RAPPORT

Spina bifida. — **M. Monod** fait un rapport sur une communication de M. Walther relative à un enfant qu'il a opéré, quatre heures après sa naissance, d'un volumineux spina bifida de la région sacrée. Il fit d'abord une ponction qui donna issue à 220 grammes de liquide, ouvrit le sac largement, le disséqua, ferma la plaie, et la pansa au salol. L'enfant guérit rapidement. Les conditions étaient ici rendues favorables par le siège de la tumeur, l'étroitesse de l'orifice et l'absence d'éléments nerveux.

M. Monod a pu réunir 30 cas analogues dans lesquels l'incision suivie de l'excision de la poche a amené la guérison. Une statistique récente de M. Bellanger donne 8 morts sur 23 cas, par ce procédé. Comparant ce mode d'intervention avec la compression et la ligature élastique, M. Monod croit qu'il faut donner la préférence au procédé qui permet de voir ce que l'on fait, tandis qu'avec la compression et la ligature élastique on agit à l'aveugle. Grâce à l'antisepsie, l'excision de la tumeur est devenue infiniment moins dangereuse qu'autrefois et, étant donné qu'il existe plusieurs variétés de spina bifida, l'incision suivie de l'excision permet seule de se rendre compte de l'état des parties ; si on trouve, dans la tumeur, des éléments nerveux, on peut facilement les réduire. L'incision est donc le procédé de choix, toutes les fois qu'elle est applicable. Sinon on peut avoir recours à l'injection iodée, mais les spinas bifidas non traités donnent une telle mortalité qu'on est autorisé à intervenir même par une opération offrant quelques dangers.

M. Kirmisson a opéré une petite fille d'un spina bifida avec large ouverture. La peau, au centre de la tumeur, était remplacée par une membrane granuleuse. Craignant qu'il ne se fît un travail ulcératif, M. Kirmisson crut devoir opérer et exciser tout un coin de peau. Le sac contenait du liquide et des éléments nerveux qu'il a pu réduire. Il fit une suture profonde et referma la plaie. Cet enfant, qui présentait un mauvais état général, ne put fournir les éléments de la cicatrisation, la plaie se désunit ; mais il n'y eut pas d'ouverture du canal rachidien. La cicatrisation se fit par bourgeonnement et l'enfant guérit au point de vue opératoire. Mais il continua à être atteint de convulsions. Giraldès a très bien décrit ces troubles nerveux centraux ; on voit de ces enfants devenir hydrocéphales. Il faut donc, dans ces cas, tenir compte des suites éloignées.

En présence d'un spina bifida, il y a deux moyens à employer selon les cas. Les injections modificatrices, quand il y une petite ouverture et une poche kystique, l'ablation par le bistouri bien préférable dans les cas de large ouverture.

M. Terrier a opéré par l'excision un enfant hydrocéphale et qui était atteint d'un spina bifida assez simple ; l'opération fut des plus faciles. Mais il ne se fit pas de réparation du côté de la peau ; il y eut consécutivement une fistule du canal rachidien, par laquelle s'écoula du liquide céphalo-rachidien. L'enfant mourut d'épuisement. Il présentait, au lieu de proéminences, des dépressions sur les parties de la tête correspondant aux endroits où il n'y avait pas d'os.

M. Marchand a opéré, par la simple ponction, un spina bifida volumineux de la région lombaire ; il retira 500 grammes de liquide. L'enfant mourut par épuisement.

M. Prengrueber a également opéré un enfant qui a suc-

combé après six jours, par épuisement et faute de réunion. Il croit que l'absence de réunion, dans ces cas, tient précisément à l'écoulement de liquide céphalo-rachidien.

M. TERRIER fait cependant observer que, dans beaucoup de cas, on a obtenu la réunion par première intention, malgré l'écoulement du liquide céphalo-rachidien.

M. KIRMISSON retient de cette discussion ce fait important à signaler que ces enfants, opérés de spina bifida, présentent peu de tendance à la réparation. Son fait n'est pas isolé. Il faut en conclure qu'il faut faire des lambeaux très étoffés et qu'il y a des précautions à prendre pour éviter ces accidents.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. MARCHAND communique quatre observations : Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de quarante-huit ans, qu'il vit pour la première fois en juin 1891 ; cet homme accusait une douleur vive dans la fosse iliaque droite, présentait une grande constipation qui avait été précédée d'une diarrhée abondante, des vomissements, des nausées; on lui administra 200 grammes de mercure cru. M. Marchand vit ce malade six jours après le début des accidents, trois jours après l'administration du mercure. La température oscillait entre 38 et 39 degrés. On croyait à une obstruction intestinale. M. Marchand repoussa ce diagnostic et pensa qu'il s'agissait d'une affection du cæcum avec péritonite. Il fit la laparotomie, trouva un foyer de péritonite partielle, donna issue à 150 grammes de pus jaune sale, très fétide, chercha l'appendice sans pouvoir le trouver. Le malade fut soulagé, puis il succomba au sixième jour de péritonite généralisée.

Dans la seconde observation, c'est un homme de quarante ans, qui présente des phénomènes d'obstruction intestinale. Le ventre était douloureux, météorisé. M. Marchand diagnostiqua une péritonite subaiguë, d'origine appendiculaire. Il s'abstint de toute opération et conseilla le traitement médical classique, qui fut suivi d'un plein succès.

Le troisième cas se rapporte à une femme de quarante-cinq ans, malade depuis quinze ans, souffrant d'une douleur très vive dans la région du flanc droit ; en raison des phénomènes généraux graves, de l'étendue de l'empâtement, de la marche envahissante des accidents locaux, M. Marchand crut devoir intervenir. Il trouva du pus stercoral, nettoya la cavité de l'abcès, ferma et draina. Dans les jours suivants, à deux reprises, il sortit un véritable boudin stercoral provenant de l'appendice perforé. Malgré cette perforation de l'appendice, cette malade guérit.

Dans la quatrième observation, il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, qui entra à l'hôpital se plaignant d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite et d'une diarrhée incoercible. On sentait dans la fosse iliaque une masse indurée que M. Marchand prit pour un abcès par congestion, dépendant d'un mal de Pott. Il en fit l'ouverture; le malade succomba cachectique. A l'autopsie, on ne trouva rien du côté de la colonne vertébrale; mais on constata un épaississement notable des parois de l'intestin. Il y avait une perforation du cæcum près de l'appendice. Il s'agissait là d'une forme tuberculeuse.

M. Marchand fait suivre ces observations de considérations générales sur la typhlite, la pérityphlite et l'appendicite. Il se résume en disant que la typhlite et la pérityphlite sont des affections connues depuis longtemps et que l'état actuel de la science a fixé ce point intéressant qu'elles sont presque toujours d'origine appendiculaire.

COMMUNICATION

Ligature des pédicules. — **M. FELIZET** fait connaître un procédé de ligature des pédicules propre à en assurer la solidité. Il l'emploie surtout pour la ligature du sac dans les cures radicales de hernies. Ce procédé consiste à traverser le pédicule d'un fil près l'un de ses bords, à lier du côté de la petite portion du pédicule, puis à se servir des chefs du même fil, pour enserrer la plus grande portion.

PRÉSENTATIONS

Fistule stomacale. — **M. MONOD** présente le malade auquel il a pratiqué successivement une gastropexie et une gastrostomie. Ce malade a engraissé de 600 grammes. Il va aussi bien que possible. L'orifice stomacal est extrêmement petit. Il n'y a pas de sonde à demeure. Trois fois par jour, le malade s'introduit lui-même une sonde uréthrale du nº 16 et se nourrit par cette sonde.

Plaie pénétrante de l'abdomen. — **M. WALTHER** présente un homme qui, le 1er novembre 1891, a reçu un coup de couteau à la partie latérale gauche du thorax. Cet homme ne tomba pas; il s'empara de son assassin et le conduisit lui-même au poste. Mais il y arriva avec une énorme hernie de l'épiploon, à travers la cavité pleurale. M. Walther l'opéra six heures après. Il fit l'excision de l'épiploon hernié, s'assura, par la plaie, de l'intégrité de l'estomac, sutura le diaphragme à la paroi abdominale et referma la plaie.

Appareil stérilisateur. — **M. TERRIER** présente un appareil stérilisateur pour les instruments, les sondes et les fils. Cet appareil lui rend les plus grands services.

Hystérectomie. — **M. ROUTIER** présente un utérus qu'il a enlevé par la voie vaginale pour un hémato-salpinx. Cette femme avait été traitée par des cautérisations au chlorure de zinc. La cavité utérine est complètement détruite; il n'y a plus aucune communication entre le cul-de-sac qui la remplace et le col. On trouve du tissu cicatriciel sur une étendue de 3 centimètres qui sépare complètement le corps du col utérin.

ÉLECTION

M. HORTELOUP est élu membre honoraire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La discussion du projet de loi sur l'exercice de la médecine s'est ouvert hier devant le Sénat. (M. Cornil, rapporteur et M. Brouardel, commissaire du gouvernement.)

L'article 1er, dont suit la teneur, a été adopté à mains levées.

« ARTICLE PREMIER. — Nul ne peut exercer en France, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État (Facultés, Écoles de plein exercice et Écoles préparatoires réorganisées).

Les inscriptions précédant les deux premiers examens probatoires pourront être prises et les deux premiers examens probatoires subis dans une École préparatoire réorganisée.

Les élèves occupant, dans les villes où siège une École préparatoire, des places d'internes et de prosecteurs nommés au concours, pourront y prendre leur seize inscriptions. »

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. le professeur Tourneux est nommé assesseur du doyen de la Faculté.

— *École de médecine de Caen.* — M. le docteur Vigot est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— *École de médecine de Clermont.* — M. le docteur Fouriaux est nommé chef de clinique obstétricale (emploi nouveau).

— M. le docteur Wickersheimer, chargé, à titre de suppléant, des fonctions de second médecin au lycée Janson-de-Sailly, est nommé second médecin audit lycée, en remplacement de M. le docteur Ory, décédé.

— M. le docteur F. Moussaud est nommé médecin suppléant au lycée Janson-de-Sailly (emploi nouveau).

— Le dimanche 27 mars, à dix heures et demie, aura lieu, dans la salle des actes de la Faculté de médecine, l'inauguration du buste élevé par souscription au regretté professeur Damaschino.

Le buste est dû au ciseau du sculpteur Alfred Boucher, médaille d'honneur du dernier Salon.

— Un comité vient de se constituer pour l'érection, à Paris, d'une statue à Théophile Renaudot, médecin de Louis XIII, fondateur du Journalisme, des Consultations charitables et de l'Assistance publique à domicile.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Prévost (de Croissy).

— *Hôpitaux de Paris.* — MM. les élèves internes et externes sont prévenus que les cours de médecine opératoire, pour la saison d'été, commenceront le vendredi 22 avril 1892, à quatre heures, dans l'amphithéâtre d'anatomie.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le docteur Bourcy, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre à partir du 11 avril.

— M. le docteur Ch. Fournel commencera le lundi 21 mars, à une heure, à sa clinique particulière, rue Sainte-Anne, 65, un cours gratuit de gynécologie opératoire, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — S'inscrire à la Clinique.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 21 mars 1892.

Dans quelques jours la loi va reconnaître les syndicats médicaux et leur accorder la personnalité civile. Est-ce pour nous une bien profitable conquête, dont nous puissions être satisfaits?

Il y a certains départements où fonctionnent quelques syndicats médicaux et, s'il faut en croire les intéressés, les médecins syndiqués s'en trouvent fort bien. Le fait est possible; en province, les médecins sont moins nombreux, les classes sociales moins tranchées, les conditions de la vie médicale moins complexes, et une sorte d'entente peut grouper les médecins sur un terrain commun. Cependant, il faut bien croire que les avantages de ces associations ne sont pas très grands, car les médecins syndiqués constituent, à l'heure actuelle, une infime minorité, et à Paris, plus qu'ailleurs, une « association syndicale professionnelle » nous paraît chose au moins inutile.

Comment tarifer le prix de nos visites? Sur quoi se basera-t-on pour établir la cote de cette « marchandise » médicale? La nature de la maladie, la difficulté du diagnostic, l'importance du service rendu, la fortune du client, la valeur scientifique du médecin, etc., comment combiner ces différents éléments? Le syndicat va-t-il établir des catégories et des classes diverses de médecins et de clients, ou va-t-il se contenter d'établir un tarif minimum? C'est à cette dernière résolution que les médecins syndiqués ont paru s'arrêter.

Pour notre part, nous ne voyons guère, de quel droit un médecin pourrait défendre à son confrère de faire des visites au-dessous d'un prix officiellement et arbitrairement fixé. Mais, en admettant que la chose ait force de loi, et qu'à partir de ce jour la visite au-dessous d'un certain prix soit interdite, qu'arrivera-t-il? C'est que toutes les visites tomberont à ce tarif minimum. Car aucun syndicat n'aura la faculté de supprimer la concurrence, grâce à laquelle chaque concurrent tendra de plus en plus à se rapprocher du tarif minimum, qu'on lui laisse le droit d'adopter, afin de s'attirer une clientèle qui lui échappe. Nous n'insistons pas, ce nivellement des honoraires serait, pour les médecins de nos quartiers parisiens, un nivellement « par en bas », dont ils seraient les premières victimes.

Le tarif minimum, demandé par le syndicat, est donc une chose qui nous paraît condamnable. Laissons au médecin le droit d'apprécier ses services, suivant sa conscience, car il nous paraît difficile de les tarifer, comme une marchandise qui se mesure au mètre ou se vend au kilog.

Si les malades n'acceptent pas ce nouveau tarif médical, est-ce que le syndicat des médecins usera vis-à-vis d'eux de l'arme familière aux syndicats, et décrètera-t-il la grève générale des médecins? Le syndicat empêchera-t-il l'exercice illégal de la médecine, et, par là, nous entendons, le véritable exercice illégal, celui de la quatrième page, celui de certaines officines, celui qui s'étale impunément partout, parce qu'il est à couvert sous un diplôme, grâce auquel on l'a vu escalader les tribunes les plus académiques?

Le syndicat veut défendre les médecins contre les sociétés d'assurances, les sociétés de secours mutuels, etc., etc. Mais, d'une part, les médecins des sociétés d'assurances se déclarent satisfaits, et, d'autre part, nous comprendrions, et approuverions une association des médecins de sociétés d'assurances, de sociétés de secours mutuels, etc.; comme il y a des associations de médecins des hôpitaux, du Bureau de bienfaisance, où sont discutés les intérêts particuliers et spéciaux à ces groupes de médecins. Mais comment admettre que ces intérêts particuliers puissent être utilement discutés par un syndicat général?

Quant aux autres avantages offerts par l'association syndicale, ils sont déjà donnés depuis longtemps aux médecins. Les caisses de secours mutuels existent et fonctionnent à merveille; les agences de recouvrement sont nombreuses à Paris, et il en est d'honorables. Quant à la création d'un « tribunal de médecins » destiné à juger des choses de la profession; à l'établissement d'un « livre noir » où figureront les noms des mauvais clients, ce ne sont pas ces deux innovations qui nous feraient désirer l'établissement d'un syndicat médical parisien.

Nous dirons, pour terminer, que l'association syndicale n'a pas sa raison d'être à Paris, par cette seule raison qu'elle ne saurait s'adresser aux médecins honnêtes qui constituent l'immense majorité des médecins parisiens et qu'elle ne pourra jamais rien contre les rares médecins dont la conscience n'existe pas.

Le retard dans la consolidation des os du crâne chez les nourrissons serait très fréquent, d'après M. J. Comby (Société médicale des hôpitaux, séance du 18 mars 1892).

Sur cinquante enfants examinés, il l'a constaté douze fois. Le plus souvent, le défaut de résistance des os se perçoit au niveau de l'occipital, sur une étendue variable. Il peut être presque généralisé. Le frontal est, dans ce cas, l'os qui échappe le plus souvent au cranio-tabès. Il résulte des recherches de M. Comby que cette particularité dans l'évolution de l'ossification n'a aucun rapport, comme on l'avait soutenu à tort, soit avec le spasme de la glotte, soit avec les crises convulsives, soit enfin avec le rachitisme. Elle ne paraît pas non plus avoir de rapports avec la syphilis héréditaire.

Nouveau cas de lipomes symétriques présenté par M. Antony (du Val-de-Grâce) chez un soldat de la légion étrangère. On y trouve des masses lipomateuses bien limitées et d'autres, plus diffuses, qui ressemblent à l'œdème rhumatismal. Comme toujours, du reste, en cas semblable, il s'agit d'un rhumatisant.

M. Troisier a observé une phlébite de la veine crurale survenue dans la convalescence de l'influenza. Les phénomènes de grippe avaient disparu, la température était redevenue normale, lorsque l'apparition de la phlébite fut annoncée par une nouvelle poussée fébrile et par une douleur dans l'aine ; l'œdème du membre inférieur suivit bientôt. Cette observation paraît démonstrative parce qu'il n'y avait pas ici de complication pulmonaire, et l'on ne peut faire intervenir ni la pneumonie, ni la broncho-pneumonie. MM. Troisier et Chantemesse incriminent cependant plutôt un agent d'infection secondaire que l'agent, mal connu encore, de l'influenza. M. Desnos a vu deux cas semblables ; M. Antony en a observé plusieurs.

A propos d'un travail de M. Bloch, qui n'a trouvé les nodosités digitales, dont M. Bouchard fait un signe extérieur de la dilatation de l'estomac, qu'un nombre très restreint de fois sur quinze mille individus examinés, M. Le Gendre lit un nouveau travail sur ces nodosités. Sur cinquante-huit malades, il les a rencontrées quinze fois, et toujours chez des dyspeptiques et des dilatés de l'estomac. Ces nodosités digitales sont donc beaucoup plus fréquentes que ne le veut M. Bloch, et elles sont bien en rapport avec la dyspepsie et la gastrectasie, comme l'a dit M. Bouchard.

M. A. Mathieu reconnaît la coexistence fréquente des susdites nodosités et de la dyspepsie, mais il croit que toutes deux dérivent d'un même état de prédisposition générale. Les nodosités peuvent précéder la dyspepsie, ou en rester indépendantes.

Il est bien démontré maintenant que les microbes de l'intestin, dans certaines circonstances, surtout en cas de lithiase, peuvent remonter dans les voies biliaires et causer des accidents locaux et généraux parfois fort graves : angiocholite suppurée, abcès disséminés du foie, phénomènes d'infection à distance, générale ou locale. Dans un fait de MM. Le Gendre et Raoult, on voit l'angiocholite, suivie de mort, se produire à la suite de l'introduction dans le canal cholédoque d'un fragment de vésicule hydatique. Ces méfaits étaient dus au coli-bacille, cet hôte habituel du côlon qui acquiert dans certaines circonstances des propriétés d'une grande nocivité.

Chez une femme observée par M. Galliard, une fluxion parotidienne, semblable à celle qui caractérise les oreillons, se produisit à la suite d'un érysipèle de la face. Il n'y eut pas de suppuration de la glande affectée, mais quelques jours après éclatait une seconde poussée d'érysipèle. La parotidite avait, en quelque sorte, servi de trait d'union entre ces deux poussées érysipélateuses.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Bazy.

Les faux urinaires.

Dans une leçon précédente (1), en étudiant avec vous les troubles urinaires qui peuvent accompagner la glycosurie, j'ai déjà eu l'occasion de vous expliquer ce qu'il fallait entendre par ce terme de faux urinaires. Mais cette question offre une telle importance pratique, le diagnostic présente si souvent des difficultés telles, qu'elle mérite d'être reprise à nouveau. Si vous vous contentiez, en effet, d'englober, sous l'étiquette banale de faux urinaires, tous les malades souffrant de la vessie sans que ces souffrances soient expliquées par une lésion locale, vous ne feriez qu'un diagnostic tout à fait insuffisant au point de vue thérapeutique. Dans notre dernière conférence, je vous montrais qu'un certain nombre de ces symptômes douloureux devaient être rattachés à la glycosurie et guérissaient par le traitement de la glycosurie. Aujourd'hui, je voudrais vous montrer qu'avant d'admettre que les souffrances sont de nature purement hypochondriaque et nerveuse, il est un certain nombre d'autres causes bien définies que vous devez rechercher avec soin. Le traitement de ces causes suffira, en effet, souvent à triompher de troubles rebelles à toute médication.

Les accidents dont se plaignent les faux urinaires offrent, je vous l'ai déjà dit, deux caractères principaux. Ils sont, tout d'abord, essentiellement variables et mal définis; ils ne se rapportent complètement à aucune des affections, rétrécissement, calcul, cystite, hypertrophie de la prostate, que nous observons ordinairement. Ce sont des picotements, des brûlures, une pesanteur du périnée à l'anus, du retard, de la fréquence, de la lenteur de la miction. Le second caractère est l'obsession, la préoccupation morale extrême que provoquent ces troubles assez légers. Avec quelque habitude, on dépiste, pour ainsi dire, les faux urinaires, rien que par l'irrégularité, la variabilité des accidents dont ils se plaignent, rien que par la façon dont ils se plaignent de ces accidents.

Vous vous trouvez donc en présence d'un faux urinaire. Ce premier diagnostic offre déjà une grande importance pratique en vous évitant des cathétérismes, des lavages de la vessie, des explorations intempestives et parfois dangereuses. Mais ce n'est là qu'un résultat négatif. Pour obtenir un résultat positif, il vous faut déterminer avec soin les diverses conditions qui peuvent expliquer les souffrances vésicales.

Les cystalgies sont assez souvent réflexes et symptomatiques d'affections diverses des reins, de l'utérus, du rectum. Ces cas sont importants, mais ils ne sont pas les plus difficiles. Ils ont, en effet, pour cause une lésion locale qui ne saurait échapper à un examen complet.

Je ne reviendrai pas sur les cystalgies liées à la glycosurie. Il me faut pourtant vous dire encore que d'autres altérations de l'urine, encore mal connues, peuvent les provoquer; on les observe, en particulier, quelquefois chez des malades dont les urines renferment de l'acide urique en

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 237.

excès. Vous connaissez, d'ailleurs, les rapports étroits qui unissent la goutte et la glycosurie.

Dans certains cas, les troubles urinaires surviennent chez des malades atteints de dyspepsie et, en particulier, de dilatation de l'estomac. En 1890, j'en ai rapporté, dans les *Archives de médecine*, trois observations bien démonstratives. L'interprétation de ces faits est assez délicate. S'agit-il d'une simple coïncidence, les troubles dyspeptiques et les troubles urinaires dépendant d'une même cause générale sans avoir de relation directe les uns avec les autres? Doit-on, au contraire, faire dépendre les troubles urinaires des troubles dyspeptiques? Les produits toxiques fabriqués au cours des fermentations anormales de la dyspepsie sont peut-être susceptibles, en s'éliminant par l'urèthre, de déterminer une légère irritation, irritation qui, chez des sujets nerveux, excitables, devient le point de départ des souffrances et des préoccupations qu'ils éprouvent. Cette interprétation est d'autant plus plausible que vous connaissez les picotements, les cuissons assez intenses que produit le passage des urines fébriles.

Une autre cause, celle-là d'ordre local, très importante et qu'on ne songe pas toujours à chercher, est le varicocèle. M. Guyon a bien montré le rôle fréquent qu'un varicocèle, même léger, assez léger parfois pour ne pas avoir éveillé l'attention de ces malades si préoccupés pourtant de leurs sensations, joue dans la production des accidents des faux urinaires. J'ai vu déjà nombre de faits analogues. Le simple port d'un suspensoir suffit parfois à procurer le plus grand soulagement. Une intervention opératoire serait, dans certains cas, justifiée en présence de l'intensité des souffrances et de la gêne que produit le varicocèle.

Arrivons aux maladies du système nerveux. Au premier rang de ces maladies, il faut placer le tabes. Si j'avais encore à vous démontrer combien ce terme de « faux urinaires », commode en pratique, est, en réalité, insuffisant, je n'aurais qu'à vous citer ce qui s'est passé pour le tabes. Pendant bien longtemps, les tabétiques au début, avec leurs troubles urinaires, leurs souffrances vagues, ont été regardés comme des hypochondriaques. Ce n'est que depuis Duchenne (de Boulogne) que cette affection a été bien connue et bien définie. Toute une classe de faux urinaires s'est ainsi trouvée séparée et les accidents ont pu être rapportés à leur véritable cause.

Le diagnostic du tabes est ordinairement assez facile. En même temps que les troubles urinaires, un interrogatoire attentif vous révélera ordinairement la présence d'autres accidents douloureux : crises gastriques, douleurs en ceinture, douleurs fulgurantes. Vous chercherez également les troubles pupillaires, les troubles de la marche et surtout la perte des réflexes rotuliens. Cette perte des réflexes rotuliens se rencontre également dans la glycosurie. Elle ne vous suffirait donc pas à elle seule, sans les autres symptômes du tabes, d'une part, sans l'examen négatif des urines, d'autre part, pour porter un diagnostic. Par eux-mêmes, enfin, les troubles urinaires du tabes peuvent vous mettre sur la voie; ils offrent des caractères un peu spéciaux ; ils sont mieux définis, plus accusés, plus persistants que les autres troubles des pseudo-urinaires et, en particulier, des pseudo-urinaires glycosuriques. Ce sont des souffrances fixes, bien localisées. Souvent même, les malades offrent, sans avoir aucun obstacle mécanique, de la rétention d'urine. Ces caractères des troubles urinaires peuvent vous être fort utiles pour le diagnostic du tabes au début.

L'hystérie doit être ensuite mentionnée. L'oligurie, l'anurie, la polyurie hystérique ont été surtout observées chez la femme. Les accidents douloureux ont été observés aussi bien chez l'homme que chez la femme. C'est une cause à laquelle il faut également songer.

Avec la neurasthénie, enfin, nous nous rapprochons davantage de l'hypochondrie, du nervosisme qui a servi si longtemps à masquer notre ignorance sur les causes des souffrances urinaires, sans lésions réelles. Je ne veux point d'ailleurs m'aventurer davantage sur le terrain difficile de la pathologie nerveuse. J'ai tenu tout au moins à vous montrer que l'ensemble des accidents éprouvés par les faux urinaires offre un véritable intérêt séméiologique. Ce n'est qu'après avoir minutieusement recherché, en outre des lésions locales, toutes les causes : glycosurie, uraturie, dyspepsie, varicocèle, tabes, hystérie, que je viens de vous énumérer, que vous pouvez songer à une cause purement psychique et hypochondriaque. Peut-être dans l'avenir les progrès de la clinique viendront-ils encore restreindre le domaine de ces troubles urinaires, d'origine hypochondriaque. N'oubliez pas surtout que, pour souffrir sans cause, les pauvres faux urinaires n'en souffrent pas moins réellement, qu'ils sont très à plaindre, ont besoin de toute votre sollicitude et de tous vos encouragements.

NOTE

RELATIVE A LA RECHERCHE DE LA TOXICITÉ DU SÉRUM SANGUIN DANS DEUX CAS D'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE.

Par MM. Tarnier et Chambrelent.

Depuis quelque temps, un traitement particulier de l'éclampsie puerpérale a été mis en pratique à la clinique obstétricale de M. le professeur Tarnier; ce traitement consiste à combiner la saignée générale, dont le but est de diminuer la quantité absolue de matières toxiques répandues dans l'organisme, à l'alimentation lactée, qui est destinée à augmenter en même temps la masse du plasma sanguin et à en diminuer, par conséquent, la toxicité relative. Si les malades ne peuvent avaler le lait prescrit, on le leur administre à l'aide de la sonde œsophagienne.

M. Tarnier a voulu, par des expériences faites sur des lapins, rechercher le degré de toxicité du sang des femmes éclamptiques, qui ont été traitées à la clinique, et nous a chargé de ces expériences.

Nos recherches ont été faites au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine, que M. le professeur Richet avait bien voulu ouvrir à nos travaux, et avec le concours bienveillant de son préparateur, M. d'Héricourt.

Elles ont consisté à injecter à des lapins, par voie intraveineuse, le sérum du sang des femmes éclamptiques, recueilli avec toutes les précautions antiseptiques, et à observer les accidents produits par l'injection de quantités variables de sérum.

L'injection était faite dans la veine auriculaire et était poussée avec une extrême lenteur, de façon à éviter les accidents de mort subite, qui surviennent lorsque l'injection est poussée un peu rapidement.

En même temps que nous avons cherché à déterminer ainsi la quantité de sérum sanguin de nos éclamptiques, nécessaire pour tuer 1 kilogramme de lapin, nous avons

déterminé très exactement par la méthode de M. Bouchard, le coefficient d'urotoxie pour chacune de nos malades, et avons pu ainsi constater chez elles un rapport inverse de la toxicité du sérum sanguin et de la toxicité urinaire.

La toxicité du sérum sanguin humain à l'état physiologique a été peu étudiée ; il n'a été publié en France aucun travail sur ce sujet. Cependant il paraît résulter des expériences de Rummo (1), qu'il faut injecter 10 centimètres cubes de sérum normal pour amener la mort d'un kilogramme de lapin.

Quant à la toxicité du sérum sanguin à l'état pathologique, nous ne connaissons, à ce sujet, qu'une expérience de M. Charrin (2), qui, dans un cas d'urémie, a trouvé qu'il fallait injecter de 22 à 24 centimètres cubes de sérum pour tuer 1 kilogramme de lapin ; celles de Rummo qui, dans le mémoire déjà cité, après avoir admis 10 centimètres cubes comme dose toxique du sérum à l'état physiologique, a trouvé qu'il y avait augmentation de cette toxicité dans quelques maladies et particulièrement dans l'éclampsie.

Puis, enfin, celles de Giuseppe d'Abundo (3), qui a étudié la toxicité du sérum humain dans la folie, et a trouvé que la toxicité était manifestement diminuée dans cette affection.

Voici maintenant le résultat de nos expériences :

Observation I. — Femme primipare, enceinte de huit mois et demi ; amenée à la clinique le 1er février, à dix heures du matin. Cette femme a déjà eu deux attaques d'éclampsie en ville.

Dès son arrivée, elle est soumise aux inhalations de chloroforme et à la médication chloralée.

Nouvelle attaque à deux heures de l'après-midi, devant le personnel de la clinique. On peut ainsi constater qu'il s'agit bien d'attaques d'éclampsie. Saignée de 300 grammes à quatre heures de l'après-midi. Le sang est recueilli dans un vase stérilisé et exposé au froid jusqu'au lendemain matin. On peut alors en séparer facilement le sérum.

Ce sérum est injecté à une série de lapins.

Un premier lapin, du poids de 2 850 grammes, reçoit 14 centimètres cubes, soit 5 centimètres cubes par kilogramme.

Ce lapin succombe dix minutes après l'injection, en présentant des convulsions.

Un deuxième lapin, pesant 2 110 grammes, reçoit 9 centimètres cubes de ce même sérum, soit 4cc3 par kilogramme.

Au bout d'un quart d'heure, la respiration devient très haletante, l'animal se couche sur le flanc, puis, au bout de vingt-cinq minutes, surviennent des convulsions et l'animal succombe.

Un troisième lapin, pesant 1 500 grammes, reçoit 5 centimètres cubes de ce même sérum, soit 3cc3 par kilogramme.

L'animal paraît malade après l'injection, mais il ne tarde pas à se remettre et ne succombe pas les jours suivants.

Nous pouvons donc estimer que la toxicité du sérum expérimenté, est comprise entre 3cc3, dose insuffisante pour amener la mort de 1 kilogramme de lapin, et 4cc3, dose à laquelle l'animal a succombé.

Il était intéressant de rechercher quel était, à la même époque, le coefficient urotoxique de cette malade. Voici ce que l'expérience nous a donné à ce sujet.

Pendant les vingt-quatre heures qui ont suivi son entrée à l'hôpital, la malade a seulement rendu 450 centimètres cubes d'urine.

Cette urine, injectée dans la veine auriculaire d'un lapin, a amené la mort de l'animal, à raison de 40 centimètres cubes par kilogramme.

(1) Rummo. *Wien. Med.*, 1891.
(2) Charrin. *Arch. de physiol.*, 1892.
(3) G. Abundo. *Rev. sperim.*, 1891.

Le poids de cette femme étant de 62 kilogrammes, nous avons comme coefficient urotoxique 0,18.

Ce coefficient d'urotoxie est, comme on le voit, bien au-dessous de la moyenne (0,46) et, fait intéressant à signaler, il serait à cette moyenne physiologique dans un rapport inverse à celui que nous avons trouvé pour la toxicité du sérum sanguin de cette femme, comparé à celui de l'état physiologique, si nous admettons le chiffre de 10 centimètres cubes donné par Rummo.

Pour compléter cette observation, nous devons ajouter que cette femme, qui n'a plus eu de nouvel accès d'éclampsie, est accouchée spontanément, le lendemain, d'un enfant *mort* et ayant un léger début de macération indiquant qu'il avait dû mourir depuis la veille.

Les suites de couches ont été normales et la malade a pu quitter le service parfaitement remise au bout de douze jours.

Obs. II. — Femme primipare, enceinte de huit mois et demi ; entrée à la Clinique obstétricale, le 4 février à dix heures et demie du soir. Cette femme, albuminurique, a eu deux attaques d'éclampsie dans la journée.

Elle est, à son arrivée à l'hôpital, dans un état demi-comateux.

Pas de début de travail. Enfant vivant. Traitement au chloral.

Le lendemain de son arrivée, on pratique une saignée de 300 grammes.

Le sérum est recueilli avec tous les soins antiseptiques. Ce sérum est injecté à deux lapins.

Le premier, pesant 1 580 grammes, reçoit dans la veine auriculaire 10 centimètres cubes de sérum, soit 6cc3 par kilogramme ; il succombe au bout d'une demi-heure, après avoir présenté des convulsions.

Le deuxième, pesant 1 440 centimètres cubes, reçoit 5 centimètres cubes de sérum, soit 3cc4 par kilogramme ; cet animal succombe au bout de quelques heures.

Nos deux animaux ayant succombé, nous n'avons pas ici, comme dans l'expérience précédente, de limite minimum de la toxicité du sérum de cette femme, mais nous pouvons dire que la toxicité du sérum chez cette éclamptique était encore supérieure à celle de notre première malade. Du reste, son état général paraissait aussi grave.

Nous avons calculé, de la même manière, que pour la précédente le coefficient d'urotoxie pour le jour où a été pratiquée la saignée et nous avons trouvé 0,11 comme coefficient urotoxique, ce qui confirme bien encore l'état d'intoxication plus grave dans lequel elle se trouvait.

Mais un fait intéressant à noter, c'est que notre malade est accouchée le 6 février, c'est-à-dire deux jours après son entrée à l'hôpital, d'un enfant *vivant*.

Les suites de couches ont, d'ailleurs, été régulières et la malade est sortie, au bout de quelques jours, parfaitement remise.

Ces deux observations tendraient donc à prouver :

1° Que la toxicité du sérum sanguin est très considérablement augmentée dans les cas d'éclampsie puerpérale ;

2° Que cette toxicité est en raison inverse du coefficient d'urotoxie.

CLINIQUE DES MALADIES DES YEUX. — M. L. de Wecker.

Le traitement de l'ophthalmie blennorrhagique.

Le traitement classique, tel qu'il a été décrit jusqu'à présent et récemment encore préconisé, est absolument insuffisant. Il est incapable d'assurer la guérison, même lorsqu'il est appliqué de bonne heure et avec toutes les règles minutieuses qui ont été recommandées. Les progrès réalisés en antisepsie expliquent pourquoi il n'en saurait être autrement, car le traitement antiseptique que nous fournit la cautérisation au nitrate d'argent (telle que nous

l'avions tous conseillée jusqu'à présent) ne porte pas son action assez loin et, en outre, ne s'oppose pas suffisamment à la réinfection de la muqueuse cautérisée, dès que l'effet désinfectant d'une première cautérisation s'est dissipé.

Ici, deux points doivent tout particulièrement être pris en considération. D'abord, l'infection blennorrhagique ne reste pas localisée à la conjonctive seule; très rapidement les gonocoques s'insinuent dans le tissu sous-muqueux, en donnant aux paupières, sous le doigt expérimenté du clinicien, cette raideur que de Graefe considérait comme se rapprochant d'un état diphthéroïde. D'autre part, il faut noter que le vrai lieu de culture des gonocoques et autres micro-organismes réside dans la partie la plus reculée du cul-de-sac, celle qui est à l'abri de tout frottement et de tout déplacement, par suite de la contraction des paupières, c'est-à-dire le *sommet* du cul-de-sac, région qui n'est *jamais* atteinte, dans les procédés usités jusqu'à présent, par les cautérisations pratiquées dans les ophthalmies purulentes simples ou blennorrhagiques.

S'il en était autrement, croit-on qu'un praticien aussi distingué que Critchett, jouissant du don si rare de l'intuition clinique, aurait jamais fait la proposition de couper verticalement les deux paupières, dans le but de pouvoir renverser les quatre lambeaux formés par les paupières sectionnées, et d'atteindre ainsi *toute l'étendue* de la conjonctive malade, en s'opposant, en outre, à la rétention de la sécrétion et à la pression fâcheuse des paupières sur la cornée? On sait que cette mutilation, qu'il est ultérieurement difficile de faire disparaître, n'a guère trouvé d'imitateurs; pourtant, cette façon de procéder est bien l'indication du but que doit poursuivre tout traitement rationnel, visant à une activité réelle.

Avant d'indiquer par quelle méthode nous avons remplacé ce mode de cautérisation étendue à toute la surface de la muqueuse palpébrale, il est utile d'attirer l'attention sur un fait clinique qui ne manque pas d'importance : c'est que la virulence de la sécrétion n'est nullement en rapport avec les manifestations inflammatoires de l'extérieur de l'œil et des paupières. Ainsi, nous avons vu les complications les plus graves se produire dans des cas où ni la sécrétion, ni le chémosis, ni le gonflement des paupières n'étaient excessifs; tandis que, dans des conditions opposées et malgré une persistance prolongée du mal, le patient arrivait à la guérison.

Il ne faudrait pas croire que l'examen bactériologique soit capable d'expliquer ces faits et que, dans le premier cas seul, on constate la présence de gonocoques. Il est actuellement démontré, surtout dans la blennorrhagie des nouveau-nés, qu'en l'absence de gonocoques dans la sécrétion, l'œil peut être détruit.

De ce qui précède, on tirera cette conclusion que, dès qu'une infection est bien établie (l'individu étant porteur d'une blennorrhagie ou ayant été en contact avec un blennorrhagique), il faudra, dès le début, attaquer le mal avec la dernière vigueur, sans vouloir attendre tout d'abord l'apparition de symptômes alarmants. J'ai vu des malades se présenter avec des cornées en grande partie détruites, chez lesquels, en considérant l'absence d'une sécrétion caractéristique et d'un chémosis notable, la muqueuse et les paupières elles-mêmes n'offrant qu'un gonflement minime, on aurait hésité à poser le diagnostic d'ophthalmie blennorrhagique, bien que l'inoculation ne laissât pourtant aucun doute.

Donc, lorsqu'il s'agit d'une véritable ophthalmie blennorrhagique, nous devons faire nos efforts pour arriver le plus promptement possible à une désinfection complète de la muqueuse oculaire, afin d'éviter l'infection si grave de la cornée et la destruction alors presque inévitable de l'œil. Voici comment il faut procéder :

Chaque paupière doit, tout d'abord, être renversée isolément. Pour ce qui concerne la paupière inférieure, s'il n'existe pas un fort gonflement, il est facile, en la tenant bien renversée avec le doigt enveloppé de gaze phéniquée, d'atteindre tout le cul-de-sac inférieur, à l'aide d'un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent à 4 p. 100. Inutile d'insister sur la nécessité de ne faire cette cautérisation qu'*après avoir sacrifié préalablement la muqueuse dans tous les sens* et, l'hémorrhagie ayant cessé, bien étanché la surface à cautériser, car, comme nous l'avons dit plus haut, nous nous proposons aussi d'atteindre l'infiltration virulente sous-muqueuse.

La scarification et la cautérisation de la conjonctive palpébrale inférieure ne sont plus d'une exécution sûre et méthodique, de façon à bien comprendre toute l'étendue de la muqueuse, dès qu'il existe un gonflement et une raideur marqués. Il devient alors indispensable de fendre la commissure externe. Mais ce débridement est absolument indiqué pour arriver à une cautérisation complète du cul-de-sac supérieur, lorsque les paupières sont étroitement appliquées contre le globe oculaire.

Pour bien cautériser la paupière supérieure, nous appliquons ici ce que nous a enseigné le brossage des granulations. Après avoir fendu la commissure externe, on saisit, à l'aide d'une pince à compression, la paupière supérieure le long de son bord libre, dans sa moitié externe, les branches de cette pince, parallèles au bord palpébral, sont appliquées, l'une du côté de la peau, l'autre sur la conjonctive tarsienne. Après avoir fermé la pince, on peut enrouler autour d'elle la paupière et renverser complètement le cul-de-sac supérieur, au point de tendre même la conjonctive bulbaire. C'est alors qu'on procède à une scarification serrée de toute la conjonctive du cul-de-sac supérieur, ainsi que de la conjonctive tarsienne dans ses parties non masquées par la pince. Une fois le sang arrêté, on cautérise à blanc, avec la solution de nitrate à 4. p. 100. Après avoir retiré la pince dont on s'est servi pour renverser la paupière, il ne faut pas négliger de saisir entre les doigts cette paupière, afin de scarifier et de cautériser encore les parties de la conjonctive qui, recouvertes par la pince, ont échappé à la première intervention.

Lorsqu'il existe déjà un fort chémosis, formant autour de la cornée une sorte de godet, dont la rainure profonde devient un réceptacle pour la sécrétion qui acquiert encore, en séjournant dans ce point, une plus grande virulence, nous n'hésitons pas à suivre le conseil donné par certains confrères espagnols, en pratiquant l'ablation du chémosis péricornéen.

Des compresses glacées, avec une solution de sublimé à 25 centigrammes p. 1 000, seront constamment tenues sur l'œil et fréquemment renouvelées. Toute sécrétion se présentant entre les paupières, sera enlevée avec un tampon d'ouate salicylée, trempé dans la même solution de sublimé. On procédera ainsi jusqu'à répétition de la cautérisation après douze ou vingt-quatre heures.

Nous n'agissons pas autrement s'il survient des complications cornéennes. Outre les instillations d'ésérine ou de

pilocarpine, en solution au sublimé, nous procédons aussi à la cautérisation ignée des ulcères de petite étendue. C'est avec une confiance bien médiocre que nous aurions recours au galvano-cautère pour attaquer de très vastes plaies, surtout si une perforation avait réclamé l'ablation d'un prolapsus iridien. N'oublions pas qu'il faut ici aller très profondément pour atteindre les parties du tissu cornéen déjà infectées, en sorte que l'intervention n'aboutit le plus souvent qu'à hâter la marche du mal.

Dans le traitement igné des plaies, il ne faut pas perdre de vue que l'on agrandit, après l'élimination de l'escharre, l'étendue de l'ulcère, et, si l'on ne s'est pas mis complètement à l'abri de la réinfection, l'intervention est forcément plus nuisible qu'utile. Aussi, est-ce surtout dans les cas compliqués d'affections cornéennes que nous réclamons la scarification et la cautérisation de *toute l'étendue de la conjonctive*, ainsi que le donne, seul, l'enroulement de la paupière sur la pince, après débridement de la commissure externe.

Il est certain que cette intervention est bien plus énergique et efficace que la simple cautérisation des paupières renversées à la fois, sans scarifications et débridement. Cette façon de procéder est, il est vrai, plus pénible pour le malade; toutefois, grâce à la cocaïne, la douleur est très atténuée. Une chose rassurante pour le médecin, c'est que, malgré l'excision du chémosis, les scarifications profondes et la large incision de la commissure externe, il est presque impossible de retrouver plus tard la trace d'une intervention aussi énergique, sauf peut-être une étroite cicatrice se perdant dans la commissure.

D'ailleurs, n'est-il pas indispensable de proportionner l'énergie de nos moyens thérapeutiques à la gravité du mal? Aussi, m'a-t-il paru utile de montrer que, dans ces cas si graves qui, dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures, menacent l'œil de destruction, il faut avoir recours à une intervention autrement puissante que celle qu'on conseillait autrefois, son impuissance ne s'étant que trop souvent vérifiée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Sénat a repoussé l'article 2 de la loi sur l'exercice de la médecine : M. Brouardel ayant fait observer qu'avec l'obligation de l'article 2 (présence d'un médecin pour toute opération d'anesthésie générale chez les dentistes) ou bien les opérations deviendraient très chères, ou bien, ce qui est plus probable, la loi ne serait pas appliquée.

Le Sénat a ensuite adopté les articles 3 à 11.

ART. 3. — Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de première ou de deuxième classe, délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une École de plein exercice ou une École préparatoire de médecine et de pharmacie de l'État.

Les sages-femmes boursières d'un département seront tenues de résider dans le département où elles ont pris l'engagement de se fixer.

Un arrêté, pris suivant une délibération du Conseil supérieur de l'instruction publique, déterminera les conditions de scolarité et le programme applicable aux élèves sages-femmes.

ART. 4. — Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchements laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine.

Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873, et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de médecine.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les revaccinations antivarioliques.

ART. 5. — A partir du délai prescrit par l'article 36 pour l'application de la loi, les médecins, les dentistes et sages-femmes venant de l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France, qu'à la condition d'avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, de dentiste ou de sage-femme, dans les conditions prévues aux articles 1, 2, 3 et 4.

Des dispenses pourront être accordées par le ministre, conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas, les dispenses accordées pour l'obtention du doctorat ne pourront porter sur plus de trois épreuves.

ART. 6. — Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, peuvent, sans avoir subi tous les examens, être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

ART. 7. — Les étudiants étrangers qui postulent, soit le diplôme de docteur en médecine visé à l'article premier de la présente loi, soit le diplôme de dentiste visé à l'article 2 et les élèves de nationalité étrangère qui postulent le diplôme de sage-femme de première ou de deuxième classe visé à l'article 3, sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français.

Les équivalences de diplômes et certificats obtenus à l'étranger peuvent être déclarées et les dispenses données par le ministre de l'Instruction publique, sur l'avis des autorités compétentes, en vue de l'inscription à prendre dans un établissement d'enseignement médical.

ART. 8.— Le grade de docteur en chirurgie est et demeure aboli.

ART. 9. — Les docteurs en médecine, les officiers de santé, les dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le délai d'un mois à partir du jour où ils ont établi leur domicile dans une localité, de faire enregistrer sans frais leur titre à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement.

Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai.

Ceux ou celles qui, n'ayant jamais exercé ou n'exerçant plus depuis deux ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent également, et dans les mêmes conditions, faire enregistrer leur titre.

ART. 10. — Il est établi chaque année dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et les lieux de réception des médecins, dentistes et sages-femmes visés par les articles 1, 2, 3, 4. Ces listes sont affichées chaque année, dans la première quinzaine de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique et de la Justice.

La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est adressée tous les ans par les soins du ministre de l'Intérieur.

ART. 11. — L'exercice simultané de la profession de médecin, de dentiste ou de sage-femme avec celle de pharmacien ou d'herboriste est interdit, même en cas de possession des titres conférant le droit d'exercer ces professions. Cette disposition n'a pas d'effet rétroactif.

Toutefois, tout docteur ou officier de santé, établi dans les localités distantes de 4 kilomètres au moins d'une officine de pharmacien, peut tenir des médicaments pour l'usage exclusif de ses malades, sous la condition de se soumettre aux lois et règlements régissant la pharmacie, à l'exception de la patente.

— M. le professeur Albert Gaudry commencera son cours de paléontologie, au Muséum, le mercredi 23 mars 1892, à trois heures et demie, et le continuera le vendredi et le mercredi de chaque semaine, à la même heure.

Suum cuique. — On lit dans une publication récente :

« L'action emménagogue du persil a été constatée et essayée « dans la pratique gynécologique de façon à ne pas laisser de « doute sur sa réalité, par des médecins dont les noms font « autorité : ainsi Bouchardat, Valleix, Marrotte, Fauconneau-« Dufresne, Corlieu, Bouchut ont éprouvé sur leurs malades et « signalé tour à tour les propriétés emménagogues de l'*extrait* « de persil. »

Et plus loin : « Le docteur Siredey, le gynécologiste bien « connu, est tout aussi affirmatif et attribue aux préparations « de persil une activité emménagogue des mieux établies. »

Ces deux passages renferment une erreur grave qu'il est indispensable de signaler au corps médical.

Ce n'est pas un simple *extrait* ou une préparation quelconque de persil qui a servi aux expériences de ces divers praticiens, mais bien un produit parfaitement défini, d'une fixité remarquable, pour ainsi dire titré, d'une densité constante, l'**apiol**, que les docteurs Joret et Homolle ont les premiers, en 1849, retiré de la graine de persil (Apium petroselinum).

Cela est incontestable et serait facilement prouvé par les citations empruntées aux auteurs eux-mêmes désignés et qui seraient corroborées par les assertions de :

Bossu (*Petit Dictionnaire de pathologie*, p. 7);

Reveil (*Formulaire des médicaments nouveaux*, 1865, p. 243);

D[rs] Galligo et Poggeschi (*Impartiale de Florence*, juillet 1861);

Dechambre (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. V, p. 675);

De Soyre (*Des applications de l'apiol dans l'aménorrhée et la dysménorrhée*, etc., 1885).

Tous ont employé l'**apiol** de Joret et Homolle, à l'exclusion de toute autre préparation de persil. A ce produit seul revient donc le mérite des résultats qu'ils ont obtenus, des appréciations favorables qu'ils ont émises et qui pourraient se résumer en cette conclusion du travail de Siredey : « L'apiol, principe actif de la graine de persil, d'abord expérimenté par Joret et Homolle, serait donc, en définitive, le médicament dont la propriété emménagogue serait le mieux établie. »

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 36. — JEUDI 24 MARS 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 24 MARS 1892. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il y a peu de temps, M. Bérenger-Féraud portait à la tribune de l'Académie la question de la plus grande fréquence des tænias en France. C'est probablement ce qui a donné à M. Colin (d'Alfort) l'idée d'envoyer un travail destiné à relever, dit-il, un certain nombre d'erreurs relatives à l'histoire des tænias et des cysticercoses dont ils dérivent. On trouvera, au compte rendu, un résumé de ce travail qui a été lu par M. Leblanc.

Il sera le bienvenu le physicien, le physiologiste ou l'électricien qui apportera quelque clarté dans l'étude de l'action des courants électriques sur l'organisme. M. d'Arsonval paraît, mieux que personne, en mesure de nous rendre cet éminent service. Ses expériences et ses démonstrations sont toutes marquées au coin d'une précision qui ne laisse rien à désirer. Nous en avons eu une nouvelle preuve dans la communication qu'il vient de faire sur certains effets physiologiques de l'électricité. Il résulte des recherches de M. d'Arsonval que le bain statique augmente la consommation d'oxygène et la production d'acide carbonique, et que le maximum, dans les échanges gazeux et respiratoires, est obtenu sans contractions musculaires et sans phénomènes douloureux, avec les courants alternatifs sinusoïdaux à périodes lentes.

Deux candidats dans la section de thérapeutique, MM. Desnos et Dumontpallier, ont fait chacun une lecture, le premier sur l'emploi de la solanine en thérapeutique, le second sur un cas de pneumonie compliquée de pleurésie purulente interlobaire traitée, avec succès, par l'incision de la paroi intercostale et lavages rares de la cavité purulente.

La solanine, au dire de M. Desnos, à la dose de 5 à 10 centigrammes par jour, aurait une action très favorable dans les affections douloureuses de l'estomac. Cette action se serait manifestement produite dans des cas qui auraient résisté à la cocaïne et à la morphine.

L'intéressante communication de M. Dumontpallier, qu'on trouvera plus loin *in extenso*, prouve une fois de plus tout le parti que l'on peut tirer d'une intervention chirurgicale bien comprise et opportunément appliquée, dans certaines formes de pleuro-pneumonies suppurées infectieuses. Il y a, dans cette observation, ce fait à relater au point de vue bactériologique que cette pleurésie a été déterminée par le pneumocoque associé au bacillus coli communis.

Sous ce titre : « A propos des médicaments toxiques », M. Peltier a fait une série de propositions à l'Académie qui ont été renvoyées à une commission composée de MM. Bergeron, Brouardel et Regnauld.

Signalons enfin une note de M. Dubar (de Lille) relative à une opération de large fistule vésico-vaginale.

L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Dieulafoy sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique. La liste de présentation est ainsi dressée : en première ligne, M. Duguet; en deuxième ligne, par ordre alphabétique, MM. Fernet, Kelsch, Landouzy, Rendu, Straus.

NOTE

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES ASSOCIATIONS MORBIDES. COEXISTENCE DE LA RÉTENTION STERCORALE AVEC LES MALADIES GÉNÉRALES ET LES LÉSIONS DES GRANDS VISCÈRES, LES REINS EN PARTICULIER.

Par M. le professeur Verneuil.

(Extrait d'une communication à l'Académie des sciences.)

La rétention stercorale reconnaît des causes multiples, au premier rang desquelles il faut placer les obstructions intestinales par rétrécissement ou compression et l'étranglement herniaire. La diversité des causes, à son tour, crée un certain nombre de variétés distinctes qui ont, sans doute, pour attributs communs la menace constante et la réalisation trop fréquente d'une microbiose des plus redoutables, mais qui présentent aussi des symptômes propres et une marche typique, de façon qu'une fois le diagnostic étiologique porté, on peut d'ordinaire prévoir la terminaison, formuler le pronostic et instituer le traitement rationnel.

S'il est vrai que chaque forme de rétention présente d'ordinaire mêmes symptômes et pareille évolution, le contraire a lieu trop souvent; alors le clinicien observe tant d'exceptions aux règles et d'anomalies dans la marche, tant de symptômes insolites, d'incidents imprévus, d'accidents singuliers, de catastrophes inexplicables, qu'il en arrive vite au doute en théorie et à l'indécision en pratique, et il en sera certainement ainsi tant qu'on n'aura pas indiqué nettement les causes de toute cette hétérodoxie.

Or, la rétention stercorale atteint deux genres de patients, les uns jusqu'alors sains en apparence et en réalité, les autres en puissance de propathies (maladies antérieures) diverses. Le mal, dans le premier cas, est simple ou monopathique ; compliqué ou polypathique dans le second.

Guidé par cette donnée, M. Verneuil a reconnu sans peine que les rétentions monopathiques sont précisément celles qui offrent la fixité dans les symptômes et la régularité dans l'évolution, tandis que les rétentions compliquées montrent à chaque instant des exceptions et des bizarreries.

De là, deux préceptes utilisables en pratique : 1° Une rétention stercorale étant donnée, sa cause anatomique découverte et sa variété déterminée, prendre tous les renseignements relatifs à la santé antérieure du sujet, puis explorer tous ses organes, appareils et systèmes, pour constater, s'il y a lieu et le plus tôt possible, la coexistence d'autres états morbides.

2° Une rétention étant reconnue, enregistrer un à un ses symptômes et surveiller pas à pas sa marche ; la considérer comme simple si tout se passe d'une façon orthodoxe et la tenir au contraire pour sûrement polypathique, à la moindre singularité notable, au moindre phénomène paradoxal ; dans ce dernier cas, faire ou refaire l'enquête organique jusqu'à ce qu'on ait découvert les facteurs de la perturbation, ce qui souvent n'est pas trop malaisé, la nature des accidents mettant sur la voie et faisant soupçonner les lésions et maladies méconnues.

S'il existe plusieurs formes de rétention stercorale simple, les variétés de la rétention polypathique sont encore bien plus nombreuses, puisqu'on en compte un de plus chaque fois qu'un état morbide bien défini s'associe à la rétention, éventualité d'autant plus réalisable que les obstructions intestinales sont très communes et qu'elles surviennent souvent chez des sujets d'un certain âge, ayant chance, par cela même, de présenter soit quelque tare organique, soit quelque dyscrasie, intoxication ou infection.

Voici la liste de ces associations les plus communes :

Rétention stercorale chez les alcooliques, les diabétiques, les sujets atteints de cancers abdominaux, de lésions anciennes du foie, du péritoine, du poumon, des reins et même de plusieurs de ces états morbides à la fois.

M. Verneuil met en relief les deux principaux caractères qui différencient les rétentions associées des rétentions simples, à savoir : la complexité des symptômes et l'aggravation du pronostic.

La complexité des symptômes se comprend sans peine, puisqu'on trouve réunis ceux de la rétention stercorale, ceux de la lésion qui amène cette rétention et enfin ceux de l'état morbide associé. Soit, par exemple, une rétention par étranglement herniaire chez un vieil emphysémateux; on notera simultanément les coliques, le ballonnement du ventre, les vomissements, comme contingent de la rétention; les lésions locales de la hernie et les troubles nerveux imputables à la constriction de l'intestin ; enfin les accidents pulmonaires, si communs en pareil cas, savoir : l'œdème, la congestion, la splénisation, l'apoplexie du poumon, la broncho-pneumonie ou la pneumonie.

L'aggravation du pronostic est également incontestable et explicable, car les chances mauvaises ont notablement augmenté. En effet, la mort peut survenir d'abord, comme conséquence de la rétention, par perforation intestinale, péritonite infectieuse, herniaire lente, etc. ; puis, par suite de la marche suraiguë et de l'essor inusité que prend la maladie antérieure. L'expérience démontre même que, dans un grand nombre de cas, c'est de cette propathie que vient le maximum du danger. Tel est le cas de cet alcoolique affecté d'étranglement, et qui mourut de *delirium tremens*, trente-six heures après l'issue de la hernie, alors que les lésions de l'intestin et du péritoine étaient encore peu avancées et de cet autre patient, convalescent d'une affection cardio-pulmonaire chronique, dont la hernie fut facilement réduite par le taxis et qui, sans accidents abdominaux graves, succomba néanmoins à une asphyxie lente dix heures à peine après la rentrée de l'intestin.

C'est dans l'association de la rétention stercorale avec les anciennes lésions rénales qu'on trouve la démonstration la plus éclatante de l'aggravation du pronostic et de la part prépondérante que prend la maladie antérieure dans la terminaison funeste, si commune en pareil cas.

Dès 1869, M. Verneuil avait recueilli des observations d'étranglement herniaire brusquement terminé par la mort avec un ensemble de symptômes graves : algidité, hypothermie, cyanose, dyspnée, anurie, etc., que Malgaigne avait jadis décrit sous le nom de choléra herniaire et présentant, à l'autopsie, des altérations pulmonaires plus ou moins profondes, en même temps que des lésions chroniques du foie et des reins. Pendant longtemps, il avait mis presque exclusivement l'algidité sur le compte des complications pulmonaires, mais en 1881, mieux informé, il modifia ses opinions et rattacha très nettement le choléra herniaire à l'urémie.

Ce qu'il a vu depuis plaide pour son hypothèse, de sorte qu'aujourd'hui il pose, sans hésitation, les conclusions suivantes :

1° La rétention stercorale, survenant chez des sujets atteints d'anciennes affections rénales, offre une extrême gravité ;

2° La mort survient, en général, très vite, sans grands désordres du côté de l'intestin ni du péritoine, mais par suite de l'aggravation soudaine de la néphropathie et avec le cortège des symptômes et accidents qui caractérisent les différentes formes de l'urémie.

Tout récemment, cet automne dernier, à quinze jours à peine d'intervalle, M. Verneuil a revu deux cas de ce genre, si remarquables et si concluants, qu'il en donne communication à l'Académie.

Dans le premier cas, il s'agit d'une hernie ombilicale ancienne et volumineuse, devenant subitement le siège d'un étranglement. Le malade est dans le coma et l'algidité. L'anurie est presque absolue, la sonde ne retire de la vessie que 8 à 10 grammes d'urine fortement albumineuse et sucrée. La mort survient rapidement, sans qu'on trouve trace de lésion péritonéale. Mais des deux reins, l'un était petit, ratatiné, scléreux ; l'autre présentait les caractères du gros rein blanc.

Dans le deuxième fait, il s'agit d'une obstruction intestinale par une tumeur fibro-kystique de l'utérus. La malade est refroidie et algide, la sonde ne retire de la vessie que 100 grammes d'urine albumineuse, dans les vingt-quatre heures. Après une opération simple et rapide de colotomie, la malade tombe dans le coma, l'algidité s'accentue (35 degrés), et elle meurt le lendemain de l'opération, sans avoir rendu ni selles ni gaz.

A l'autopsie, on trouve, avec quelques autres lésions viscérales sans importance, les deux reins réduits de moitié, lobulés et durs.

A la suite de ces faits, M. Verneuil en signale rapidement une vingtaine d'autres, déjà publiés, il fait allusion au travail d'English, qui s'attribue à tort la priorité de ces remarques, alors que, dès 1869, M. Verneuil avait signalé des faits de ce genre. Il s'étonne en terminant que les spécialistes des maladies des voies urinaires n'aient pas encore remarqué ou signalé les résultats funestes de la coexistence de la rétention stercorale et des lésions rénales.

OBSERVATION DE PNEUMONIE

COMPLIQUÉE DE PLEURÉSIE PURULENTE INTERLOBAIRE, INCISION DE LA PAROI INTERCOSTALE ET LAVAGES RARES DE LA CAVITÉ PURULENTE; GUÉRISON (PLEURÉSIE A PNEUMOCOQUES ET A BACILLUS COLI COMMUNIS).

Par M. DUMONTPALLIER, médecin honoraire des hôpitaux.

Il suffira, pour motiver l'intérêt de cette observation, de relater les faits principaux de cette longue maladie et de faire ressortir les enseignements fournis par l'examen microscopique et bactériologique de l'expectoration et du liquide purulent de la pleurésie.

A la fin du mois de décembre 1891, j'étais prié de voir une

dame de cinquante-neuf ans qui, depuis sept jours, recevait les soins de MM. les docteurs Ménétrier, Martin de Gimard et Belin. Il ne pouvait y avoir de doute sur l'existence d'une pneumonie du côté droit; le souffle, le retentissement de la voix, la matité justifiaient le diagnostic ainsi que la présence de pneumocoques en grand nombre dans les crachats; mais déjà on constatait, dans le tiers inférieur du côté droit de la poitrine, de la broncho-œgophonie. Il était donc certain qu'il existait une pleuro-pneumonie avec épanchement.

Du neuvième au treizième jour la température descendait de 37°6 à 37°2, on pouvait donc croire qu'on entrait dans la période de convalescence. Du quatorzième au dix-septième jour, la température vespérale remontait à 38°8, les crachats avaient une odeur fade, l'albumine réapparaissait dans l'urine, le pouls marquait 90 à 100 pulsations, une nouvelle poussée inflammatoire se faisait dans la poitrine et, en même temps que persistaient les signes de la pneumonie du côté droit, on découvrait un point pneumonique, de petite étendue, dans le tiers inférieur du poumon gauche.

Le dix-huitième jour, une nouvelle rémission se produit pendant quatre jours, puis, de nouveau, réascension de la température.

Le vingt-septième jour, état syncopal et, le trentième jour, lorsque je suis rappelé près de la malade (18 janvier 1892), je constate les signes d'une pleurésie limitée à la région moyenne du côté droit: matité absolue à partir de la pointe de l'omoplate dans une étendue de trois travers de doigt, submatité dans la région inférieure de la poitrine en arrière, en même temps que des râles profonds et du frottement pleural, — sonorité normale dans la région axillaire, skodisme très accusé au-dessous de la clavicule et dans la région sus-épineuse. Il était donc vraisemblable que la pleurésie avait déterminé des adhérences qui limitaient l'épanchement à la région moyenne de la plèvre; de plus, le skodisme témoignait que l'épanchement devait avoir une certaine étendue et, comme la matité n'existait pas dans la région inférieure de la poitrine, ni dans la région axillaire, il était rationnel de conclure que l'épanchement avait refoulé la partie moyenne du poumon vers le hile. — Certes, il eût été permis de soupçonner qu'il s'agissait d'une pleurésie interlobaire, mais l'on sait qu'on ne s'arrête guère à ce diagnostic que dans les cas de vomique purulente.

Quoi qu'il en soit, je m'étais arrêté au diagnostic de pleurésie enkystée et, de plus, les frissons répétés, les sueurs profuses et l'œdème de la paroi thoracique m'autorisaient à penser que la pleurésie était purulente.

Cela étant, après m'être de nouveau assuré du siège et de l'étendue de la matité, je pratiquai une ponction exploratrice dans le septième espace intercostal, un travers de doigt au-dessous et en dehors de l'omoplate. La ponction, faite avec le plus fin trocart de l'appareil de M. le professeur Potain, ne donna issue à aucun liquide; cependant, je sentais très nettement que l'extrémité de la canule était dans une cavité. Je n'hésitai pas, séance tenante, à prendre le plus gros trocart du même appareil et l'on put recueillir 60 grammes de pus grisâtre; des grumeaux purulents s'engageaient dans la canule et il fallut, à plusieurs reprises, employer le mandrin pour désobstruer la canule. J'avais la conviction que la cavité purulente n'était pas vidée; en effet, l'extrémité de la canule pouvait encore se mouvoir librement dans la cavité sans rencontrer de résistance notable. Il était donc probable, pour ne pas dire certain, que la cavité était remplie de caillots fibrino-purulents et une large incision de la paroi thoracique me paraissait indiquée. Mais l'opération de l'empyème offre souvent des conséquences fâcheuses chez les malades âgés de plus de cinquante ans et je ne voulus pas procéder à cette opération sans avoir pris le conseil de M. le professeur Jaccoud, auquel on exposa la marche de la maladie, les signes fournis par l'auscultation et la percussion, le résultat des deux ponctions pratiquées dans la même séance et l'examen bactériologique de l'expectoration. L'avis du professeur fut que l'opération de l'empyème devait être pratiquée.

En conséquence, le lendemain, 19 janvier, en présence et avec le concours de MM. les docteurs Ménétrier, Martin de Gimard et Belin, je procède à l'opération de l'empyème. Me conformant aux enseignements de l'antisepsie la plus rigoureuse et après m'être de nouveau assuré, par une ponction exploratrice, de la présence du pus dans la cavité pleurale, la malade étant assise sur le bord du lit et maintenue par l'un des assistants, je pratiquai l'incision dans le septième espace intercostal, un travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate, en ayant soin de maintenir le bistouri en rapport immédiat avec le bord supérieur de la huitième côte. Aucun vaisseau important n'est ouvert, il ne s'écoule que quelques gouttes de sang et, guidé par l'index de la main gauche, j'incise la plèvre dans une étendue de 4 à 5 centimètres. Aussitôt que l'air extérieur a pénétré dans la cavité pleurale, la malade est prise de quintes de toux et il s'écoule 60 grammes environ de pus grisâtre, sanguinolent, et un gros caillot de fibrine purulente. Le doigt est introduit tout entier dans la cavité; alors je constate que les parois de la cavité sont formées par le parenchyme pulmonaire tapissé de fausses membranes; la cavité avait pour siège la scissure interlobaire inférieure. A deux reprises, je ramène avec le doigt des caillots fibrineux purulents dont le poids a été évalué à 120 grammes. Dans la crainte de déterminer une hémorrhagie, je crus prudent de ne pas faire le curetage des parois de la cavité. Toutefois j'explorai de nouveau la profondeur de la cavité avec une tige de verre aseptisée et je reconnus que la tige pénétrait obliquement de bas en haut et de dehors en dedans à une profondeur d'au moins 10 centimètres; la même tige pouvait, sans rencontrer de résistance, être portée en avant et en arrière dans une notable étendue. Nous étions bien dans la scissure interlobaire. Le lavage de la cavité fut fait avec une solution naphtolée et au moyen d'un entonnoir de verre armé d'un tube de caoutchouc. Ce procédé de lavage offre le grand avantage de mesurer, suivant ses indications, la pression et la quantité du liquide injecté.

La malade, non chloroformée, avait supporté l'opération et le lavage sans grande douleur. Un gros drain non fenêtré, de caoutchouc rouge, de 10 centimètres de longueur, fut fixé dans la cavité pleurale et le pansement fut fait avec la gaze salolée et de l'ouate hydrophile. Les pansements furent rares, il n'y en eut que huit; le premier, le 23 janvier, c'est-à-dire quatre jours après l'opération, et le dernier, le 25 février. C'était surtout pour surveiller la dispostition du drain, qui était diminué dans sa longueur et son volume à chaque pansement, et l'état de la plaie que ces pansements étaient pratiqués, car l'appareil du pansement n'était pas souillé par l'abondance et l'odeur du liquide. Une seule fois il y avait eu indication de lever le pansement, parce qu'il y avait eu une légère ascension de la température, laquelle était due au rejet du drain hors de la plèvre et à la rétention d'une petite quantité de pus fétide.

Le 4 mars, la plaie extérieure était cicatrisée et la cicatrice n'était pas adhérente aux tissus profonds de l'incision. La respiration était normale au niveau de la cicatrice; il fallait un examen répété pour constater la persistance de quelques râles humides et de légers frottements au-dessus et au-dessous du septième espace intercostal. L'apyrexie était complète, la température axillaire à 37 degrés, le pouls à 72; l'état général était aussi satisfaisant que possible, l'appétit était revenu, les digestions étaient faciles, la malade se levait, marchait dans son appartement.

Il me reste maintenant à rapporter les résultats qui ont été fournis par l'examen microscopique et bactériologique des crachats de la pneumonie, du pus et des caillots fibrino-purulents de la pleurésie. Ces recherches ont été faites au laboratoire de la clinique médicale de la Pitié par M. le docteur Ménétrier, chef de clinique de M. le professeur Jaccoud.

Les crachats de la pneumonie ont été examinés le 22 et le 26 décembre; ils étaient muco-purulents, sans coloration rouge, ni rouillée. L'examen microscopique y montre des pneumocoques (Talamon-Fraënkel) en grand nombre et la culture permit

d'isoler : 1° le pneumocoque ; 2° une sarcine blanche ; 3° le bacillus coli communis. — Une souris inoculée le 26 décembre avec ces crachats meurt le 28 décembre d'infection pneumococcique généralisée : on trouve des pneumocoques dans le sang, la rate, l'exsudat péritonéal. La culture du sang fournit également des colonies de pneumocoques.

Le pus, retiré par la ponction de la plèvre le 18 janvier, est de couleur grisâtre, liquide, avec grumeaux de fibrine, sans odeur. L'examen microscopique y fait voir des pneumocoques et des bacilles courts qui se décolorent par la méthode de Gram. La culture permet d'isoler des colonies de pneumocoques et de bacillus coli communis. Une souris inoculée avec ce pus par injection sous-cutanée, présente, au bout de quelques jours, au point d'inoculation, un abcès où on retrouve des pneumocoques qui ont été de nouveau cultivés. L'abcès se cicatrise après ouverture et la souris guérit.

Les cultures de bacillus coli communis ont été également inoculées à une souris sans déterminer d'effet pathogène.

Les masses fibrineuses retirées le 19 janvier, lors de l'opération de l'empyème, renfermaient également les mêmes microbes.

Il ressort des faits consignés dans cette observation qu'il s'agissait d'une pneumonie, d'une pleurésie purulente méta-pneumonique, à pneumocoques, avec association de bacillus coli communis. Ordinairement, ainsi que l'a bien indiqué M. le docteur Netter, dans les cas de pleurésies purulentes à pneumocoques, les ponctions peuvent suffire pour obtenir la guérison. Toutefois, dans le cas particulier, l'état général de la malade, l'état syncopal, les frissons répétés, les sueurs profuses, l'affaiblissement extrême avec élévation de la température, indiquaient qu'il y avait lieu d'intervenir activement; de plus, cette intervention était imposée par la présence exceptionnelle du bacillus coli communis dans les crachats, par la couleur grisâtre du pus de la ponction exploratrice et la grande probabilité de l'existence de caillots fibrino-purulents contenus dans la cavité, lesquels caillots ne pouvaient être rapidement éliminés que par une incision de la plèvre.

Les résultats de l'opération devaient, du reste, justifier l'intervention active qui avait été indiquée par l'état général de la malade et l'examen bactériologique du liquide de l'épanchement. En effet, l'opération ayant été pratiquée le 19 janvier, le dernier pansement avec enlèvement du drain eut lieu le 25 février, l'apyrexie était absolue et, le 4 mars, le pouls tombant à 72, la cicatrisation était complète.

La guérison de la pleurésie purulente interlobaire a donc été obtenue en trente-six jours après l'opération de l'empyème. C'est là, assurément, un résultat heureux et il est permis de penser que tout autre mode de traitement n'eût pas donné de résultat plus satisfaisant. D'autant plus que, à partir du jour qui a suivi l'opération, on a constaté une amélioration progressive dans l'état général de la malade. L'écoulement facile du pus hors de la plèvre a mis fin aux conditions d'infection et a favorisé le retrait des parois de la cavité. Les pansements rares, conseillés depuis plusieurs années par MM. Bucquoy et Debove, enfin l'antisepsie des pansements régulièrement observée, ont eu certainement une part importante dans la marche vers la guérison. De plus, la prudence avec laquelle ont été pratiqués les lavages de la cavité purulente ont eu pour conséquence probable d'éviter les accidents nerveux réflexes qui ont été souvent constatés lorsque les lavages étaient poussés avec une pression trop forte.

Remarquons encore que, dans cette observation, la fréquence du pouls est restée à 100, 110 pulsations, comme je l'ai noté depuis longtemps, lors même qu'il n'y a pas élévation de la température. Cette fréquence du pouls persiste souvent tant que la plaie opératoire n'est pas complètement cicatrisée, mais elle n'est pas accompagnée d'état fébrile et elle n'offre aucune gravité.

Quant au siège de l'épanchement, il était bien situé dans la scissure interlobaire inférieure. Le doigt, introduit dans la cavité purulente, permettait de reconnaître que les parois de cette cavité étaient formées par les surfaces interlobaires des lobes moyen et inférieur du poumon.

Avant l'opération de l'empyème, j'avais posé le diagnostic de pleurésie enkystée et c'est seulement pendant l'opération que nous avons reconnu le siège interlobaire de l'épanchement. Pouvait-on, avant l'incision de la paroi thoracique, s'arrêter à un diagnostic plus précis sur le siège de l'affection? Il est permis d'en douter, car, le plus souvent, le diagnostic de pleurésie purulente interlobaire n'est guère discuté que dans les cas de vomique.

Quoi qu'il en soit, dans le cas présent et à l'époque où nous sommes intervenu, la percussion et l'auscultation ont indiqué le point où devaient être pratiquées la ponction exploratrice et l'incision de la paroi thoracique. Mais il ressort de la présente observation que, dans les cas de pleurésie purulente, enkystée au niveau des sixième et septième espaces intercostaux du côté droit de la poitrine, il convient de discuter l'existence probable du siège interlobaire de l'affection. De plus on pourra, pour poser le diagnostic, tirer profit du travail très consciencieux que vient de publier M. le docteur Eugène Rochard (1) sur les rapports anatomiques des scissures interlobaires du poumon avec les espaces intercostaux. Il convient toutefois de remarquer, ainsi que le note l'auteur que je viens de citer, que ces rapports peuvent varier avec l'étendue de l'épanchement. En conséquence, tout en tenant compte des rapports anatomiques normaux, c'est encore la percussion et l'auscultation qui fourniront les indications les plus précises pour déterminer l'espace intercostal où devra être pratiquée l'incision, et, si l'on veut bien se rappeler qu'en pareille circonstance, le doigt peut souvent être porté dans la cavité purulente, il est permis de conclure que l'incision suffira pour donner issue au pus et aux caillots fibrino-purulents et qu'il ne sera nécessaire de pratiquer l'opération d'Estlander que dans des conditions exceptionnelles.

SUR L'ÉTIOLOGIE DU RACHITISME

Par M. le docteur X. Delmis.

On comprend facilement que l'étude des causes du rachitisme ait, de tous temps, préoccupé les auteurs. Cette étiologie soulève, en effet, des questions du plus haut intérêt, et, notamment, celle du meilleur traitement à opposer à ce trouble de la nutrition, puisque la connaissance exacte des causes génératrices d'une maladie chronique permet seule, en définitive, de la prévenir et de la guérir.

Malheureusement, comme l'a fort bien dit M. le professeur Lannelongue, dans son article RACHITISME du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, on ne connaît point la cause immédiate qui agit sur l'organisme pour produire les lésions du rachitisme; on ignore la nature intime de ce trouble pathologique.

Nous ne sommes guère plus avancés aujourd'hui qu'en 1881, époque à laquelle fut écrit l'article, resté classique, auquel nous

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 211, 241, 260 et 281.

venons de faire allusion, et l'étiologie de cette dyscrasie si importante se borne forcément, aujourd'hui comme jadis, à l'étude des conditions favorables à l'évolution de la maladie, autrement dit, à l'étude des causes prédisposantes.

Les causes prédisposantes sont assez nombreuses et plus d'une incertitude règne encore sur la valeur respective de certaines d'entre elles.

Sur la question d'âge, l'accord est à peu près complet entre les auteurs. On admet généralement aujourd'hui qu'il existe un rachitisme congénital et un rachitisme tardif n'apparaissant qu'à la croissance; mais c'est surtout avant cinq ans qu'il faut guetter l'apparition des accidents rachitiques.

Si, maintenant, nous envisageons le facteur hérédité, les opinions diffèrent. Trousseau, Dugès, Gilbert (du Havre) admettent l'action prédisposante de l'hérédité rachitique. Natalis Guillot la rejette d'une façon absolue.

Même divergence pour les relations à établir entre le rachitisme et la scrofule ou la tuberculose. Broca affirmait nettement cette relation que Jules Guérin, Trousseau ont nié non moins formellement, à telle enseigne que, pour Trousseau, il y aurait même antagonisme entre le rachitisme d'une part, la scrofule et la tuberculose d'autre part.

Enfin, on sait que le professeur Parrot a soutenu, avec autant d'ardeur que de talent, que le rachitisme est toujours une manifestation de la syphilis héréditaire, dont il constitue la dernière étape, manifestation qui peut, d'ailleurs, être isolée de tout autre accident de la syphilis secondaire ou tertiaire.

Mais M. le professeur Bouchard a fait, à cette opinion de Parrot, des critiques fort sérieuses. Il objecte, en effet, que la syphilis est extrêmement fréquente chez les citadins aisés, tandis que le rachitisme est relativement rare chez leurs enfants, même chez ceux qui présentent des signes notoires de syphilis héréditaire.

D'autre part, observe-t-il, le rachitisme est extrêmement fréquent chez les enfants des pauvres, et plus particulièrement dans certaines régions dont la population est peu maltraitée par la syphilis. D'où le savant professeur conclut qu'il faut au moins à la syphilis une cause adjuvante, et que cette cause surajoutée doit être cherchée dans une alimentation vicieuse.

Une alimentation vicieuse! Voilà bien, en effet, ce qui apparaît surtout à la source du rachitisme. Les temps froids ou humides, les habitations insalubres, l'absence d'air et de lumière, l'encombrement des agglomérations ouvrières, tout cela, comme l'a fort bien dit M. Le Gendre, ne constitue qu'une réunion de conditions favorables. C'est par un certain genre d'alimentation, c'est par la dyspepsie gastro-intestinale qui en résulte, que se trouve engendré un trouble nutritif général; après quoi une *ostéogénie imparfaite trahit le défaut de chaux* et d'acide phosphorique dans les tissus d'ossification, et le rachitisme ne tarde pas à se montrer.

Les recherches expérimentales récentes sont encore venues à l'appui de l'influence de la disette calcaire dans la production du rachitisme. On comprend, dès lors, quels services peut rendre — et rend tous les jours — dans la prophylaxie comme dans la thérapeutique de cette dystrophie, le VIN DE VIAL, « médicament-aliment », dont chaque cuillerée à bouche représente rigoureusement les principes actifs de 2 grammes de quinquina, de 30 grammes de viande de bœuf de première qualité, et 50 centigrammes de sel de chaux par excellence : le *lacto-phosphate de chaux*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mars 1892. — Présidence de M. REGNAULD.

CORRESPONDANCE

Elle comprend une lettre de M. Blanchard qui se porte candidat dans la section de thérapeutique, et une note de M. Dubar, de Lille, ayant pour titre : « Large fistule vésico-vaginale — oblitération de la partie supérieure de l'urèthre — procidence de la plus grande partie de la vessie dans le vagin à travers l'orifice fistuleux. »

Pour remédier à cet état de choses, M. Dubar réduisit d'abord la vessie et la fixa à la paroi abdominale antérieure; il rétablit ensuite la perméabilité de l'urèthre, oblitéra la fistule par l'incarcération du col utérin dans la vessie.

Cette fistule, observée chez une femme de trente et un ans, était consécutive à un accouchement laborieux et datait de six mois lors de l'intervention opératoire.

COMMUNICATIONS

Le tænia et les cysticercoses. — **M. LEBLANC** lit, au nom de M. Colin (d'Alfort), une note sur ce sujet. En voici le résumé :

M. Colin établit d'abord qu'autrefois les deux grands tænias de l'homme n'étaient pas bien distingués l'un de l'autre, et que le bothriocéphale était généralement confondu avec eux. Conséquemment, il ne saurait y avoir, sauf pour ces dernières années, de comparaison sérieuse à établir entre le passé et le présent, ni aucun moyen sûr de savoir si l'un des tænias est plus rare aujourd'hui qu'autrefois et s'il est en voie de disparition, remplacé par l'autre, dont la proportion serait croissante.

En ce qui concerne la longueur des tænias, M. Colin pense qu'elle est subordonnée à celle de l'intestin grêle, et qu'au bout de deux à trois mois ces parasites atteignent à peu près leur dimension maximum, après quoi les nouvelles productions d'anneaux ne font que compenser la déhiscence des anciennes. Il n'y a pas, pour le professeur d'Alfort, de tæniadé méritant rigoureusement la qualification de solitaire; d'après lui tous les vers de ce genre vivent en familles, tantôt peu, tantôt très nombreuses, et cela aussi bien chez l'homme que chez les animaux, avec cette différence que chez le premier l'un des tænias parvient insensiblement à se rendre maître du terrain en se débarrassant des autres.

Passant ensuite aux cysticercoses, M. Colin dit qu'on s'est trop hâté de résoudre en bloc les questions relatives aux transformations des cestoïdes. Une erreur flagrante à signaler selon lui est celle qui rapporte le tænia solium à la ladrerie bovine, quoique personne n'ait vu un tænia armé dériver d'un tænia inerme. Relativement à la ladrerie porcine, il n'y a pas d'incertitude quant à sa cause et à ses résultats, son cysticerque vient bien du tænia de l'homme et le restitue à l'homme. Comme elle est d'une extrême fréquence, on n'est pas fondé à croire que les mesures de police sanitaire auront le pouvoir de faire disparaître cette ladrerie ou de la rendre très rare, d'autant plus que ces mesures sont inapplicables et inappliquées au moins neuf fois sur dix.

Les médicaments toxiques. — **M. PELTIER** fait à l'Académie les propositions suivantes :

1° L'Académie de médecine est invitée à faire dresser et à publier tous les ans, sous son contrôle et avec son approbation, un bulletin officiel de tous les médicaments dangereux, avec leurs doses maxima ou toxiques pour les enfants et les adultes;

2° Il sera publié semestriellement ou trimestriellement, si besoin il y a, un supplément de ce bulletin officiel, comprenant la nomenclature des nouveaux médicaments introduits dans la thérapeutique pendant le semestre ou le trimestre écoulé;

3° Tout médecin se tenant dans les limites des doses portées au présent bulletin ne pourra, en aucune façon, être poursuivi comme coupable d'empoisonnement;

4° Il ne pourra dépasser ces mêmes doses que sous sa responsabilité personnelle.

LECTURES

De l'emploi de la solanine. — **M. DESNOS** lit un travail dont voici les conclusions :

La solanine me paraît appelée à rendre des services assez importants dans le traitement des maladies douloureuses de l'estomac, au même titre que la cocaïne, l'eau chloroformée, les bromures de strontium ou de calcium. D'une manière générale,

elle doit être considérée comme inférieure à la morphine, bien qu'elle ait pu quelquefois réussir là où celle-ci avait échoué. Mais on peut observer des cas d'insuffisance ou d'intolérance de la morphine, et il est de notoriété que dans certaines conditions elle peut conduire à la morphinomanie, surtout si elle est donnée par la voie hypodermique. On sait aujourd'hui quels sont les sujets particulièrement prédisposés, pour ne pas dire voués, à la morphinomanie. Ce sont partirculièrement les hystériques, les alcooliques, les dégénérés. Chez ces malades, il peut y avoir avantage à substituer à la morphine les autres sédatifs du système nerveux stomacal parmi lesquels figure la solanine.

Pneumonie compliquée de pleurésie purulente interlobaire. — M. **DUMONTPALLIER** communique l'observation suivante. (Voir plus haut, p. 330.)

Effets physiologiques des courants électriques. — M. **D'ARSONVAL** fait une communication « sur les effets physiologiques des divers procédés d'électrisation; nouveaux modes d'application de l'énergie électrique; la voltaïsation sinusoïdale; les grandes fréquences et les hauts potentiels ».

Voici les conclusions de ce travail :

1° Le bain statique augmente la consommation d'oxygène et la production d'acide carbonique;

2° Rien d'analogue n'a pu être constaté avec les courants continus;

3° Le maximum dans les échanges gazeux et respiratoires est obtenu, sans contractions musculaires et sans phénomènes douloureux, avec les courants alternatifs sinusoïdaux à périodes lentes.

Quant aux effets physiologiques de la fréquence (rapidité des inversions du courant), on arrive à la conclusion suivante : Le danger présenté par ces courants est d'autant moins grand que la fréquence est elle-même plus grande.

Avec des fréquences d'environ un million par seconde, on peut faire passer dans le corps vivant, sans aucun danger, des courants capables de foudroyer l'individu en expérience à dose 100 fois moindre, si la fréquence était faible.

A quatre heures trois quarts l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Sénat a adopté, en première délibération, l'ensemble du projet de loi sur l'exercice de la médecine. Un certain nombre d'articles ont été modifiés. Nous les publierons dans un prochain numéro. L'article 14, conçu en ces termes : « A partir de la promulgation de la présente loi, les médecins, dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars 1884 », a été rejeté à une voix de majorité.

— Par décret, en date du 21 mars 1892, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Tuilant, Poulalion, Chevalier, Thevenet, Salvetat, Tellier, Lacaze, Bouchinet, Compans, Mauny, Coulom, Garsonnin, Michel, Dulac, Déléage, Billout, Pignal, Cator, Schulmann, Douarre, Calami, Adam, Eurard, Dupré (F. P. L. E.), Dupré (M. E.), Loison, Lemarié, Dacquet, Surer, Le Noir, Julh, Larger, Debrabant, Peillon, Duchaine, Kempff, Ducuron, Bresse, Chevandier, Chaffard, Dore, Amiard, Sénéchal, Friot, Mounier, Brosset, Corbin, Roux, Grémaud, Blin, Lachèse, Lacombe, Couty, Lancelin, Bordaries, Espéron Lacaze de Sardac, Letellier, Bussat, Thierry, Dietz, Thibault, Legueu, Castagné, Martigny, Jarre, Faure, Pic, Larcher, Sollier, Miette, Bellencontre, Albespy, Luzet, Chaillous, Guibert, Bergès, Poirier, Vernet, Soullier, Dubost, Martin, Jacquemard, Gieseler, Sans, Vène, Fournadour, Marchadier, Choppin, Lassime, Mally, Pinconnat, Palhier, Ussel, Roux, Flament, Charon, Morin, Frossard, Neveu, Conte, Salmon, Delcroix, Sicre, Albot, Masmejean, Laverny, Lapeyre, Régnard, Dubois, Thilly, Mathieu, Gapin, Teillard-Chabrier, Azam, Blanc, Cachera, Lazard, Zilgien, Charmoy, Fournioux, Rossignol, Daniel, Lacaze, Du Fayet de la Tour, Déchy, Rouzé, Dumont, Prautois, Ortholan, Larnaudie, Retrouvey, Catrou, Chaussende, Pascal, Moret, Chastenet, Briquet, Boulin, Crouzat, Decourtieux, Thierry, Doassans, Pruvost, Folie-Desjardins, Galand, Nicolle, Geeraert, Lacombe, Thiébault, Duret, Boyals, Sandras, Thomas, Prouvost, Bertrand, Glorie, Cornet, Aymard, Gaudez, Darnis, Thibaudet, Saucerotte.

— M. le docteur Dupouy, directeur du service de santé à Rochefort, passera, le 4 avril, l'inspection technique de l'École principale de santé de la marine.

— *Hôpitaux d'Avignon.* — Un concours pour une place d'interne s'ouvrira le 12 avril 1892, à neuf heures du matin, à l'hôpital d'Avignon.

— Le concours pour l'Internat des asiles d'aliénés de Marseille et d'Aix s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Metge et Cossa, pour Marseille; Grangier et Nourrigat, pour Aix.

— Les conditions du concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux et la durée des fonctions seront dorénavant identiques à celles de l'internat des hôpitaux de Paris.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le docteur Binaud est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Lacoze, démissionnaire.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Rolland est chargé d'un cours de clinique médicale pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Coutenot.

— M. le docteur Paul Aubry est chargé d'une mission à l'effet de prendre part aux travaux du Congrès international d'anthropologie criminelle, qui se tiendra à Bruxelles au mois d'août 1892.

— Une médaille d'honneur vient d'être décernée à Mme Gigot, surveillante laïque du pavillon Bretonneau (diphthériques).

— M. le docteur Demoulins de Riols est élu sénateur des Landes.

— MM. les docteurs Boudrie et Kéraval sont nommés médecins-chefs de l'asile public d'aliénés de Vaucluse.

— M. le docteur Galzain, médecin-major en retraite, est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Pontivy.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Caron (de Saint-Servan), Gay de Taradet et David (de Marseille), Goueil (de Banyuls), Goupil (de Nemours), Guignard (de Montbazon), Lemarchand, médecin de première classe de la marine; Porteret (de Lyon), Rabère (de Brest).

— La commune de Dampierre-sur-Salon, chef-lieu de canton de la Haute-Saône, demande un docteur en médecine.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 37. — SAMEDI 26 MARS 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 26 MARS 1892. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des abcès encéphaliques consécutifs aux otites suppurées.

Par René LE FORT et S. LEHMANN,
Médecins aides-majors de deuxième classe.

I

Les abcès encéphaliques ne sont point une complication des plus fréquentes des otites suppurées ; la méningite, la phlébite et la thrombose des sinus se produisent plus fréquemment (1). Par contre, parmi les abcès intracraniens, ceux d'origine auriculaire occupent le premier rang. Leur intérêt est d'autant plus grand que ce sont les seuls abcès non traumatiques qui permettent l'intervention chirurgicale. La multiplicité fréquente des abcès liés aux infections générales paralyse l'action opératoire, comme l'a montré Bergmann. Bergmann (2), MM. Forgue et Reclus, contrairement à Horsley, repoussent également l'intervention dans les abcès tuberculeux, malgré les cas de Wernicke et Hahn, de Fränkel, qui eurent affaire à de vrais abcès, dont « la qualité tuberculeuse n'a été démontrée que par l'étude de la membrane et la coloration bacillaire ».

Les statistiques de Lebert (3), de Rudolph Meyer, d'Ogle, donnent une proportion d'un abcès d'origine auriculaire sur quatre abcès cérébraux. Celles de W. Gull et Sutton (4), de Ball et Krishaber (5), de Newton Pitt (6), donnent un peu plus d'un sur trois. Barker (7) conteste l'exactitude des statistiques anciennes, il attribue de 30 à 50 p. 100 des abcès du cerveau aux affections de l'oreille, à cause de la diminution des abcès traumatiques pyohémiques, depuis l'antisepsie. Thomas Barr (1) va plus loin et accuse l'otite dans plus de la moitié des cas, car nombre de suppurations de l'oreille ont certainement échappé aux observateurs, l'organe de l'audition étant, en général, peu examiné. Schwartze admet la proportion de un sur deux, Gowers (2) 42,5 p. 100.

(1) Wreden pourtant soutient que, dans 14 p. 100 des cas d'otorrhée chronique, on rencontre des abcès cérébraux.

(2) BERGMANN. Die chirurg. behandlung der hirnkrank. *Arch. von Langenbeck*, 1889.

(3) LEBERT. *Arch. de Virchow*, 1856. vol. X.

(4) W. GULL et SUTTON. *System of Medicine* de Reynolds, 1856.

(5) BALL et KRISHABER. *Dict. Dechambre*, art. CERVEAU.

(6) NEWTON PITT. An analysis of fiftyseven fatal cases of ear disease, in *Brit. Med. Journ.*, 1890, t. I, p. 643.

(7) BARKER. Glascow med.-chir. Soc., 19 fév. 1887, *Brit. Med. J.*, p. 407.

II

ORIGINE. — C'est l'otite moyenne qui est la cause la plus fréquente des abcès cérébraux. Quand l'otite interne a été mise en question, dit Barr, la lésion de l'oreille interne était secondaire et due à une affection de l'oreille moyenne. Cette opinion est trop exclusive, du moins en ce qui concerne les abcès du cervelet; en effet, Toynbee, Kipp, Zaufal nous ont cité des exemples de ces abcès consécutifs à des inflammations du conduit auditif externe ; et Weir (3) quatre cas dus à des otites labyrinthiques.

D'après Barr, les otites chroniques seules pourraient se compliquer d'abcès intracraniens. Ce n'est qu'après une longue suppuration, lorsque les parois ont été envahies depuis longtemps par la carie et la nécrose, que se produiraient ces abcès. Et, de fait, l'abcès cérébral se produit, en général, fort longtemps après l'apparition de la suppuration de l'oreille. Sur une statistique de 149 cas, M. Robin (4) trouve 41 abcès après vingt ans. Guerder en avait trouvé 23 sur 70 après le même laps de temps; mais nous ne saurions souscrire à l'absolutisme de Barr; l'otite aiguë peut fort bien être le point de départ d'accidents cérébraux; témoin les observations de Ferrier (5), de Schmiedt (6), de Grüber (7), de Wilson (8), de Polo (9), outre celles de Clarke (1873), Noyes (1874), Berndgen (1877), Burnett (1877), citées par M. Robin. Enfin, M. Robin indique 14 cas dans lesquels il se serait écoulé moins d'une semaine entre le début de l'otorrhée et les accidents cérébraux. Plus souvent, il est vrai, l'otite aiguë donne lieu à la méningite ou à l'encéphalite diffuse.

(1) Th. BARR. *Idem*, p. 723.

(2) GOWERS. *Traité des maladies nerveuses*, t. II, 1888.

(3) WEIR. On the surgical treatment of brain suppuration following ear disease, in *Med. Record*, 1887.

(4) A. ROBIN. *Des affections cérébrales consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif*, Th. d'agr., 1882-1883.

(5) FERRIER. *Brit. Med. Journ.*, t. I, 1888.

(6) SCHMIEDT. *Arch. de Langenbeck*, 1889, p. 790.

(7) GRÜBER. *Idem*, 1889.

(8) WILSON. *Med. Record*, 3 août 1889.

(9) POLO. *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 janv. 1892.

III

Siège. — De tous les abcès encéphaliques d'origine auriculaire, ceux des lobes cérébraux sont de beaucoup les plus fréquents.

D'après Gowers et Otto Körner (1), ils se rencontrent deux fois plus souvent dans le cerveau que dans le cervelet. M. Jourdanet (2) donne la proportion de 3 abcès du cervelet pour 10 du cerveau.

Si l'on additionne les statistiques de Lasègue, de Barker (3), de Mac Bride et Miller (4), de Barr, de Newton Pitt, de Körner, de Poulsen (5), de Weir, on obtient un total de 459 cas d'abcès encéphaliques, ainsi répartis : 327 abcès cérébraux; 113 abcès cérébelleux, soit 1/4; 11 abcès à la fois du cerveau et du cervelet, soit 1/42; 5 de la protubérance, 1 du pédoncule cérébral, 1 du quatrième ventricule et 1 des tubercules quadrijumeaux.

Tous les auteurs sont d'accord sur la fréquence relative des abcès cérébraux dans les divers lobes. C'est le lobe temporal et le cervelet qui sont le plus fréquemment atteints (Brouardel). M. Robin, par ordre de fréquence, met en tête le lobe sphénoïdal, puis vient le lobe frontal, enfin, le lobe occipital. Pour Gowers, ces abcès siègent ordinairement dans le lobe temporo-sphénoïdal, quelquefois dans le frontal, rarement dans l'occipital, plus rarement encore dans le pariétal, exceptionnellement dans la protubérance.

L'anatomie donne facilement l'explication de la prédominance des abcès temporaux; la voûte tympanique est en rapport direct avec le lobe temporal; c'est une lamelle mince, traversée comme tous les os par des émanations connectives du périoste voisin (Ranvier); présentant à l'état normal des perforations telles que la suture pétro-squameuse, large chez l'enfant, de petits orifices vasculaires nombreux, souvent des lacunes, attribuées par Bürckner à l'action érosive des granulations de Pacchioni et qui existeraient dans plus du tiers des cas (A. Robin); si bien que souvent la dure-mère et la muqueuse de la caisse sont accolées sans interposition d'os. En outre de ces perforations normales, il y a fréquemment des perforations pathologiques, dues à la carie du rocher. Barr en a trouvé, non seulement au niveau de la voûte tympanique, mais entre la cavité mastoïdienne et le sinus latéral. Dans 7 cas d'abcès cérébraux d'origine auriculaire, Barr a rencontré 5 fois des orifices dus à la nécrose; et dans 69 cas qu'il a relevés, on les avait mentionnés 27 fois; encore dans la plupart des cas on ne les avait pas recherchés.

On est étonné, vu la gracilité de la paroi, de ne pas voir survenir plus souvent la suppuration intracranienne (Tillaux). Trœltsch, Robin, ont montré les nombreuses communications veineuses entre la caisse et les sinus voisins.

La paroi supérieure du conduit auditif externe affecte également des rapports intimes avec la fosse cérébrale moyenne : « Elle n'est séparée de la dure-mère que par une lamelle osseuse, souvent fort mince, et l'on conçoit qu'un abcès de l'oreille externe, occupant la paroi supérieure, puisse déterminer la production d'une encéphalo-méningite. » M. Tillaux aurait pu ajouter : ou d'un abcès cérébral. Toutefois, la paroi osseuse supérieure du conduit auditif externe est beaucoup plus épaisse que la voûte tympanique, et la partie interne du conduit auditif osseux est seule en rapport avec la fosse moyenne.

En arrière, l'oreille externe et l'oreille moyenne affectent des rapports intimes avec l'apophyse mastoïde, le sinus latéral et le cervelet.

Pourquoi un abcès se localise-t-il tantôt dans le cerveau, tantôt dans le cervelet?

Pour Toynbee, les affections de la caisse sont liées aux abcès cérébraux, celles du labyrinthe aux abcès bulbaires, celles de l'apophyse mastoïde aux abcès cérébelleux. M. Robin repousse cette manière de voir. Pour Körner, les affections de la caisse et de l'apophyse mastoïde produisent des abcès du lobe temporo-sphénoïdal, celles du labyrinthe des abcès cérébelleux.

Les lésions de la face supérieure du rocher entraînent, dans la grande majorité des cas, un abcès temporal, c'est un fait admis.

Les abcès cérébelleux, qui viennent après les abcès des lobes temporo-sphénoïdaux, dans l'ordre de fréquence, sont étroitement liés aux suppurations de l'apophyse mastoïde. Néanmoins on a noté quelquefois l'intégrité absolue de cette apophyse [Gangolphe (1), Mathewson (2)]. Ces abcès se développent fréquemment aussi à la suite des suppurations de la partie postérieure du rocher [Politzer, Broca et Sebileau (3), Weir, Marchant], de sa partie inférieure (Jourdanet), du conduit auditif externe (Toynbee, Kipp, Zaufal, Jourdanet), ou de l'oreille interne (Weir).

Newton Pitt voit les choses un peu différemment. Pour lui, la localisation des abcès cérébraux ou cérébelleux n'est pas en rapport intime et constant avec le point lésé, elle est surtout régie par les rapports différents, suivant les sujets, du cerveau avec la caisse.

Ainsi, parfois, le sinus latéral se trouve porté plus en avant que d'ordinaire, il en résulte une minceur plus grande de la paroi postérieure de l'oreille moyenne et de la paroi mastoïdienne; d'où une tendance plus marquée aux lésions des organes situés à la face postérieure du crâne. Toutefois, Newton Pitt reconnaît que la présence d'une suppuration mastoïdienne a aussi son importance.

En dehors des modifications anatomiques variables suivant les individus, il en est d'autres plus importantes qui sont dues à l'âge du sujet. Chez l'enfant, les cellules mastoïdiennes et l'apophyse elle-même sont peu ou pas développées. De même, la lame osseuse, qui sépare la fosse moyenne du crâne du conduit auditif externe, est extrêmement mince. Aussi, avec Toynbee, on admet que l'inflammation des cellules mastoïdiennes, chez l'enfant, se transmet surtout au cerveau, tandis qu'elle se propage surtout au cervelet et au sinus latéral chez l'adulte.

D'accord avec ces faits, M. Robin a trouvé que les abcès du cerveau et les méningites ont leur maximum de fréquence de onze à vingt ans, tandis que les affections veineuses et les abcès du cervelet se rencontrent surtout de vingt et un à trente ans. Les chiffres pourtant sont moins concluants; si nous examinons de près ses statistiques qui portent sur 28 abcès du cervelet et 72 abcès du cerveau,

(1) O. Körner. *Arch. f. Ohreinheilk.*, 1890; — et *The Lancet*, 1890, t. I, p. 931.

(2) Jourdanet. *Les abcès du cervelet consécutifs aux otites*, Th. de Lyon, 1891.

(3) Barker. Glascow med.-chir. Society, in *The Lancet*, 1887, t. I.

(4) Mac Bride et Miller. *Edinb. Med. Journ.*, 1887.

(5) Poulsen. *Nord. Med. Arch.*, t. XXVII.

(1) Gangolphe. In Th. de Jourdanet, 1891.

(2) Mathewson. In *Trans. of the Amer. otol. Society*.

(3) Broca et Sebileau. *Gaz. des hôpit.*, 1888, p. 693.

nous trouvons en ramenant à 100 cas chaque catégorie :

Age.	Abcès du cerveau.	Abcès du cervelet.
5 à 10 ans	6,9 p. 100	7,1 p. 100
11 à 20 ans	37,5 —	25 —
21 à 30 ans	30,5 —	39,3 —
31 à...	25,1 —	29,6 —

La statistique de Newton Pitt permet de tirer des conclusions analogues, mais ces cas sont peu nombreux.

Kőrner (1) fait une remarque intéressante ; chez les brachycéphales, la fosse moyenne du crâne est plus basse et plus profonde que chez les dolichocéphales. Aussi, chez les premiers, la thrombose du sinus latéral peut se trouver associée aux abcès cérébraux et non aux abcès cérébelleux, comme c'est le cas ordinaire.

En règle générale, l'abcès siège toujours du côté de la lésion auriculaire, mais cette règle n'est pas absolue. M. Robin cite cinq cas d'abcès cérébraux siégeant du côté opposé à la lésion : Abercrombie, 1818 ; Trœltsch, 1877 ; Berger, 1869 ; Wilks, 1861 ; Magnus (cité par Urbantschitsch). On a observé aussi des abcès cérébelleux développés du côté opposé à la lésion de l'oreille [Hoffmann (2)]. Newton Pitt cite un cas d'abcès double du côté de l'oreille saine. On est en droit de se demander si l'oreille supposée saine a été l'objet d'un examen minutieux. En outre, la suppuration qui avait causé l'abcès pouvait être tarie au moment de l'examen, et même avant l'apparition des symptômes cérébraux. Nous verrons plus loin l'explication de faits analogues.

IV

Pathogénie. — Par quel mécanisme se produisent ces suppurations intracraniennes ?

Itard, puis Bertin avaient cru, dans les cas de coexistence d'otorrhée et d'abcès intracraniens, que la lésion de l'oreille était consécutive à l'abcès cérébral, autrement dit que le pus de l'abcès cérébral se vidait par l'oreille. Lallemand a réfuté cette théorie, et après lui, Toynbee, Gall et Lebert. Pourtant, toutes les fois qu'il y a coexistence d'une otorrhée et d'un abcès cérébral, il ne s'ensuit pas infailliblement que l'abcès cérébral soit secondaire à l'otorrhée. Le pus d'un abcès traumatique peut se faire jour par l'oreille (un cas de Mac Leod). Un abcès cérébral, d'origine auriculaire, ou un abcès sous-dure-mérien s'ouvrent également parfois dans l'oreille et augmentent ainsi l'écoulement purulent dans des proportions notables. Mac Ewen, M. Chipault (3), Hoffmann en ont rapporté des cas.

La propagation de l'inflammation de l'oreille au cerveau se fait suivant trois modes : par continuité, par contiguïté, par lésions à distance. Dans bien des cas, pourtant, ces différents modes s'associent entre eux et le cas ne peut plus rentrer dans une des trois catégories.

Dans la propagation par continuité, c'est par les parois supérieure et postérieure du rocher que se transmet le processus morbide. Deux faces du rocher ont pour périoste une méninge (Robin). Nous avons vu la minceur des parois, la fréquence et le nombre de leurs perforations.

D'après Toynbee, le pus, ne pouvant plus s'échapper au dehors de l'oreille, fuse à travers les ouvertures normales ou pathologiques du rocher, dans la fosse moyenne ou postérieure, filant entre la dure-mère et l'os. De cette façon, se constituent les abcès sous-dure-mériens dont nous n'avons pas à nous occuper ici. Puis, si la dure-mère a été préalablement ramollie et perforée, le pus passe dans l'espace arachnoïdien ou, s'il s'est formé de la méningite adhésive, dans la substance cérébrale. C'est là le mode par extension directe. Ce cheminement du pus vers le crâne peut s'établir, même quand la voie d'écoulement vers l'extérieur est libre ; il a lieu généralement par la paroi supérieure et la voûte de l'antre mastoïdien (Robin, Barr).

L'abcès, ainsi formé, s'enkyste le plus souvent ; néanmoins, il est parfois relié à la caisse par un trajet fistuleux. M. Robin cite les cas de Lebert, Stoll, Brodie, O'Brien, Itard et de Schwarze ; dans ce dernier cas, il s'agissait d'un abcès cérébelleux qu'il était possible d'irriguer par une perforation de l'apophyse mastoïde. Les faits de ce genre ne sont pas très rares.

Ce mode de formation des abcès cérébraux n'est pas le plus fréquent. Plus souvent, le pus n'entre pas en contact direct avec le cerveau, mais l'inflammation de la muqueuse ou du rocher se transmet à la dure-mère ; de celle-ci, elle gagne l'arachnoïde ou les sinus et, de là, le cerveau.

Assez souvent, il se forme un abcès sous-dure-mérien qui peut fuser assez loin (Bergmann en a trouvé un au niveau du sinus longitudinal supérieur), et peut donner naissance à un abcès cérébral ou cérébelleux. Bryan (1), Newton Pitt admettent ce processus. Dans un cas d'abcès cérébelleux, lié à une otite, rapporté par Rothholz (2), il y avait une chaîne de suppurations réunissant la cavité tympanique à la fosse cérébelleuse. M. Chipault a publié un cas analogue. Parfois l'inflammation paraît avoir suivi le trajet intracranien du facial ou de l'auditif jusqu'au cerveau ou au cervelet. Cette route serait même assez fréquemment suivie [Bryan, Rothholz, Hartmann (3), Weir]. Ce fait n'a rien d'étonnant, si on se rappelle les rapports intimes de l'aqueduc de Fallope avec l'oreille moyenne.

La phlébite joue aussi un rôle très important (Bryan). Barr pense qu'elle existe presque toujours dans le sinus latéral à un degré plus ou moins prononcé. Elle sert souvent d'intermédiaire entre l'otite et l'abcès, surtout du cervelet (Bryan).

Poulsen insiste sur le rôle de l'inflammation du sinus. Dans tous ses cas, la thrombose a constitué le trait d'union entre l'abcès et l'otite. Il a vu huit thromboses du sinus latéral et une des sinus pétreux supérieur et inférieur. Barker fait jouer un grand rôle à la phlébite septique, surtout dans la pathogénie des abcès cérébelleux. Newton Pitt met en doute la fréquence des thromboses veineuses du sinus pétreux supérieur comme cause des abcès temporo-sphénoïdaux ; mais il admet que le sinus latéral et les petites veines qui vont du cerveau à la dure-mère de la surface antérieure du rocher sont fréquemment atteintes.

La phlébite peut nous permettre d'expliquer la pathogénie des lésions siégeant à grande distance du foyer infectieux auriculaire. Ces lésions sont secondaires à des lésions veineuses dont le point de départ est dans l'oreille et qui, on le conçoit aisément, peuvent s'étendre très loin, même du côté opposé. C'est ainsi que peut s'expliquer une observation de Newton Pitt ; il y avait abcès cérébral double

(1) Kőrner. *Arch. of otol.*, 1887, vol. XVI, p. 281.
(2) Hoffmann. *Deutsch Med. Wochens.*, 7 mars 1889.
(3) Chipault. Soc. anat., 1888.

(1) Bryan. *The Journ. of the Amer. Assoc.*, 1888, t. II.
(2) Rothholz. *Zeits. f. Ohrenheilk.*, 1885, Bd. XIV.
(3) Hartmann. *Arch. of otology*, Bd. XV.

du côté opposé à la lésion auriculaire, au voisinage d'un thrombus ancien du sinus latéral, dont la lésion provenait sans doute de l'oreille malade, grâce aux communications larges des sinus entre eux sur la ligne médiane.

Dans un grand nombre de cas, l'abcès se trouve complètement à l'intérieur de la masse cérébrale, absolument séparé, par du tissu nerveux d'aspect normal, de la lésion osseuse ou membraneuse de l'oreille. D'après M. Robin, le fait aurait été noté expressément 14 fois sur 67 observations, et, pour quelques auteurs, cette disposition se rencontrerait dans les deux tiers des cas. Barr la croit peu fréquente et Körner ne l'a vue que 6 fois sur 90. Toutefois la substance grise est rarement le siège d'abcès.

Pour expliquer ce siège profond des abcès, on a eu recours à de nombreuses théories.

Toynbee avait édifié une théorie très vague de l'irritation.

Budd suppose que le mal a suivi la voie veineuse en marchant contre le courant sanguin. M. Robin adopte cette explication, mais pour un certain nombre de cas seulement.

Urbantschitsch et Trœltsch pensent que l'inflammation se propage le long des tractus cellulaires et des vaisseaux jusqu'aux parties profondes. Cette théorie n'est pas complète, il faut encore expliquer comment les vaisseaux peuvent servir d'intermédiaires, car la propagation directe intravasculaire serait exceptionnelle.

On a encore soutenu la doctrine de l'irritation congestive des centres par suite de leurs relations vasculaires avec l'appareil auditif, l'hypothèse des inflammations réflexes (Brown-Séquard), celle des inflammations métastatiques, encore admise par Körner.

M. Després, dans certains cas, a pu invoquer des troubles trophiques au niveau des origines réelles des rameaux, qui viennent composer les nerfs facial et auditif, en passant dans le bulbe avec les pédoncules cérébraux.

L'infection microbienne peut se produire soit par transport direct des bactéries par les veines (Alexander Adams), ou par les lymphatiques péri-vasculaires [Barr, N. Pitt, Milligan et Ware (1)], par les cellules migratrices des espaces lymphatiques (Lœwenberg), par les vaisseaux en formant embolie microbienne (Jourdanet). Weir admet des routes multiples, veines, lymphatiques, nerfs. Parfois, il y aurait infection tuberculeuse du cerveau (N. Pitt, Körner), associée parfois à une tuberculose généralisée. Dans tous les cas, l'abcès est le résultat de conditions septiques [Mac Ewen (2)]. On a trouvé des bactéries dans le pus de ces abcès.

V

Étiologie. — L'abcès cérébral est une affection rare. Greenfield (3), dans sa pratique, en neuf ans, en a vu en moyenne un par an. Joseph Coats (4), à Western Infirmary, en onze ans, a vu la même proportion d'abcès cérébraux que Greenfield; néanmoins, Coats ne les croit pas exceptionnels, car il a trouvé environ un abcès cérébral (sans distinction de cause) sur 150 autopsies. Barr les croit aussi assez fréquents.

Certaines conditions étiologiques favorisent le développement de l'abcès cérébral : d'abord la carie et la nécrose du rocher, c'est-à-dire la tuberculose surtout, bien que l'otite devienne chronique chez des sujets vigoureusement constitués dans 20 p. 100 des cas; ensuite, l'absence de traitement à la période aiguë, par incurie du malade et du médecin, ou grâce à ce préjugé absurde qu'il faut respecter les écoulements chroniques de l'oreille. Shield (1) a bien étudié les causes de l'otorrhée.

Gull et Sutton ont trouvé les abcès plus fréquents à droite; M. Robin a vu l'otorrhée droite incriminée 61 fois sur 87 chez l'homme, et 21 fois sur 50 seulement chez la femme. N. Pitt a rencontré 9 abcès à droite et 9 à gauche. Pour Körner (2), les abcès cérébelleux sont plus fréquents à droite qu'à gauche, à cause de la position du sinus transverse, qui serait situé plus profondément dans le rocher droit que dans le gauche. Il serait aussi plus avancé chez les brachycéphales que chez les dolichocéphales.

Le sexe paraît n'avoir aucune influence, bien que Körner trouve ces abcès deux fois plus fréquents chez l'homme.

L'influence de l'âge présente un intérêt plus marqué, elle a été étudiée plus haut à propos du siège des abcès. Les abcès deviennent très rares après quarante ans (Robin, Pitt). Ils sont relativement très fréquents avant dix ans (Körner).

Les accidents cérébraux éclatent souvent à la suite de *causes occasionnelles*, notées dans un très grand nombre d'observations.

M. Robin a trouvé 62 fois sur 100 la rétention ou simplement la stagnation du pus dans l'oreille, souvent avec intégrité de la membrane tympanique, la suppression de l'otorrhée pour divers motifs, l'obstruction du conduit auditif par des polypes ou des fongosités. Fréquemment, les écoulements étaient peu abondants et présentaient des rémissions plus ou moins complètes, souvent longues.

D'autres causes mal définies auraient eu, dans certains cas, une influence manifeste : le froid, les traumatismes, un sondage de la caisse, le surmenage intellectuel, des maladies infectieuses, surtout l'érysipèle, la puberté (?), la grossesse (?). L'introduction de l'eau dans la caisse (bains de mer) a plusieurs fois été signalée. Peut-être, pense Barr, y avait-il dans quelques-uns de ces cas un abcès cérébral, latent, existant depuis des mois ou des années, qui a reçu un coup de fouet du fait de l'accident signalé.

VI

Anatomie pathologique. — L'abcès cérébral est fréquemment associé à d'autres complications intracraniennes, en particulier la méningite et la phlébite des sinus, l'encéphalite généralisée. M. Robin, sur 110 cas d'abcès cérébraux, n'a trouvé que 22 cas seulement sans complications et, sur 19 cas d'abcès cérébelleux, 4 seulement.

Poulsen a constamment vu l'abcès associé à la thrombose. Ces statistiques, établies d'après des autopsies, ne prouvent pas grand'chose à notre avis; ces complications sont le plus souvent secondaires à l'abcès. N. Pitt regarde la méningite comme un épiphénomène dans tous les cas où il l'a rencontrée; l'encéphalite est souvent aussi consécutive à l'abcès. Pourtant, la méningite est parfois la cause de l'abcès (3).

Le plus souvent, l'abcès cérébral est *unique*; d'après Gowers, on en trouverait plusieurs dans 13 p. 100 des cas. Ball et Krishaber les croient multiples 1 fois sur 6, pro-

(1) Milligan et Ware. *Brit. Med. Journ.*, 1890, t. I.
(2) Mac Ewen. Glascow med.-chir. Society, 19 fév. 1887.
(3, 4) Greenfield, J. Coats. *Idem.*

(1) Shield. *The Lancet*, 1891, t. II.
(2) Körner. LXIe réun. des méd. et natur. allemands, Cologne 1888.
(3) Bryden. *Brit. Med. Journ.*, 1890, t. I, p. 709.

portion que Milligan et Ware regardent comme trop faible; il y aurait alors deux abcès, plus rarement trois ou quatre, et, dans ce cas, l'on retrouverait un foyer primitif volumineux et des foyers secondaires plus petits. Cette disposition se rencontre assez fréquemment, même dans les cas de deux abcès (Schmiedt, Picqué, etc.). Newton Pitt a trouvé 3 fois sur 28 des abcès multiples et Weir 2 fois sur 44.

Les abcès du cervelet sont généralement uniques; ils coïncident avec ceux du cerveau 1 fois sur 42. M. Jourdanet admet 1 fois sur 20. Les suppurations diffuses du cerveau constituent la très minime exception; dans ces cas, on a rencontré une substance grise molle, pulpeuse, en bouillie, infiltrée de gouttelettes de pus. Dans les véritables abcès, au contraire, qui sont de beaucoup les plus fréquents, la matière cérébrale environnante est d'apparence normale. La substance grise est rarement affectée, presque toujours l'abcès n'occupe que la substance blanche.

Barr a vu 3 fois sur 7 une membrane et, sur 69 cas qu'il a analysés, 9 fois on avait signalé l'*enkystement* de l'abcès; malheureusement, dans la plupart des cas, il n'y avait pas de renseignements à cet égard (1). Ball et Krishaber pensent que l'abcès est plus souvent diffus et mal limité qu'enkysté et avec une coque. On considère généralement l'épaisseur de la membrane et l'enkystement de l'abcès comme des signes d'ancienneté. Carmalt (2) n'est pas de cet avis.

Le *volume* de ces abcès varie du volume d'un pois à celui d'un gros œuf de dinde (Robin). Sur 18 cas, N. Pitt a trouvé 5 abcès ayant moins d'un pouce de diamètre (25 millimètres) et 10 en ayant plus de deux (51 millimètres).

Le pus trouvé à l'intérieur varie suivant les cas. Tantôt il est épais, jaunâtre et crémeux, sans odeur caractéristique, mais, bien plus fréquemment, il est verdâtre, grumeleux, à odeur fétide de putréfaction, de gangrène, comme le pus qui s'est formé au voisinage des cavités naturelles. Watson Cheyne (3) dit n'avoir jamais rien senti d'aussi infect. Barr a toujours trouvé ce pus fétide. Pour Joseph Coats, cette putridité serait spéciale aux abcès d'origine auriculaire. Mais on la rencontre aussi parfois dans des abcès d'autre origine; nous la retrouvons notée dans des observations de M. Souques (4), Eddison (5), Horsley (6). Et, de plus, tous les abcès d'origine auriculaire ne présentent pas cette odeur putride; dans de nombreuses observations, dans celles de Ferrier, de Schmiedt, entre autres, l'odeur du pus, notée expressément, n'était pas désagréable. On sait que l'odeur putride est le résultat de fermentations produites par des bactéries qui se développent dans l'abcès (Nepveu, Passet).

Les abcès cérébelleux ne présentent rien de spécial, leur volume varie dans les mêmes proportions que les autres, leur pus est épais, jaunâtre, quelquefois verdâtre, sanieux, fétide; ils sont plus souvent enkystés que diffus. Parker (7), Milligan, Ware y ont constaté la présence d'une membrane limitante, M. Talamon, Bryden en ont noté l'absence. La présence d'une membrane a été constatée par Taylor, dans un abcès de la protubérance rapporté par Newton Pitt.

(1) On trouve peu de détails sur cette membrane limitante. Seanes Spicer (*Brit. Med. Journ.*, 1886, t. II) signale une membrane ferme, de couleur brun noir, de 1/8 de pouce d'épaisseur (3 millimètres). Schmiedt et quelques autres l'ont également décrite. Bergmann dit qu'elle n'a pas une épaisseur régulière, mais qu'elle manque par places.
(2) Carmalt. Amer. otol. Soc., 19 juillet 1887, in *Med. Rec.*, 1887, t. II.
(3) W. Cheyne. *Brit. Med. Journ.*, 1890, t. I.
(4) Souques. *Gaz. méd. de Paris*, 1888.
(5, 6) Eddison et Horsley. Med. Soc. of London, 5 mars 1888.
(7) Parker. *Med. Times*, 1885.

VII

Symptômes et diagnostic. — Les symptômes de ces abcès sont fort nombreux, mais, hâtons-nous de le dire, aucun d'eux n'est pathognomonique.

D'une manière générale, Bergmann comprend trois ordres de signes : des signes de suppuration, des signes dus à l'excès de pression intracranienne, des signes se rapportant à la localisation. Ces derniers sont de beaucoup les plus importants; rien, dit Horsley (1), ne vaut les paralysies ou les parésies graduelles pour le diagnostic, mais ces symptômes font généralement défaut, étant donné le siège très fréquent des abcès en dehors de la zone motrice.

Les signes de suppuration et d'excès de pression intracranienne sont des plus variables et des plus inconstants; ils appartiennent pour la plupart aux autres complications des otites et peuvent tous manquer. Parmi les premiers, les frissons du soir, un malaise général, une hyperthermie vespérale peu marquée (38°5) ont quelque valeur. Mais bientôt ces symptômes disparaissent presque complètement pour faire place aux symptômes tout différents d'excès de pression intracranienne. Les frissons sont assez fréquents. Malgré cela, N. Pitt ne les a notés que quatre fois sur dix-huit et les considère, de même que la fièvre, comme signes d'une autre complication.

Pour Politzer, ils sont moins intenses que dans la phlébite, la température est, de même, moins élevée. Pour Wreden, la température atteint dès le premier jour 39 ou 40 degrés et s'y maintient les jours suivants avec de légères oscillations. Pour Barker (2), la température, après s'être élevée brusquement, tombe au-dessous de la normale et présente peu d'oscillations, à l'encontre de ce qui se passe dans la pyohémie et la thrombose des sinus.

Gangolphe, dans un abcès du cervelet, a vu 42 degrés, Gowers (3), dans un abcès du cerveau, 40°6, et souvent on a signalé des températures de 39°5 ou 40 degrés. Patteson (4) pense que l'hyperthermie et les frissons sont très fréquents.

Bryden, Bristowe (5), Black (6), Bride et Miller insistent sur l'hyperthermie. C'est un signe d'une grande valeur et très fréquent.

Parmi les symptômes d'excès de pression, nous devons noter la céphalalgie, d'abord légère, et devenant extrêmement intense (Pitt). Il n'est pas rare de la voir se déplacer; dans les cas de Schmiedt, de Watson Cheyne, de Grüber, elle siégeait, tantôt au niveau du frontal, tantôt du pariétal, tantôt de l'occiput. Ces faits ne sont pas exceptionnels, aussi le signe douleur a-t-il une valeur restreinte. Il n'en est plus de même quand la douleur est fixe, persistante, nettement localisée en un point toujours le même (Politzer). Toynbee et Bergmann insistent beaucoup sur la douleur provoquée ou accrue par la percussion de la région soupçonnée malade.

Mais il ne faut pas attacher une trop grande valeur à ce signe, Hulke (7) a vu un abcès du cervelet, avec point douloureux temporal, et un abcès temporal, avec point douloureux occipital. Rose, d'après Pritchard (8), a trépané trop en avant en se guidant sur ce symptôme pour localiser un

(1) Horsley. Med. Soc. of London, 5 mars 1888.
(2) Barker. *The Lancet*, 1887; *Brit. Med. Journ.*, 1886, t. II.
(3) Gowers. *Brit. Med. Journ.*, 1886, t. II.
(4) Patteson. *Dublin Journ. of the Med. Sc.*, 1890.
(5, 6) Bristowe, Black. Med. Soc. of London, 5 mars 1888.
(7) Hulke. *Brit. Med. Journ.*, 3 juillet 1886.
(8) Pritchard. *Zeits. f. Ohrenh.*, 1891, p. 36.

abcès. Horsley et M. Terrier ne s'y fient point. Une douleur vive serait souvent l'indice d'une complication ventriculaire (N. Pitt).

Les vomissements sont assez constants, mais ils accompagnent presque toutes les complications cérébrales des otites. Nous les croyons, néanmoins, plus fréquents dans les affections cérébelleuses et la méningite.

Le ralentissement du pouls, quand il existe, est un signe de premier ordre; il peut tomber à 40, 48; pour Newton Pitt, le pouls, souvent accéléré au début, devient lent et irrégulier, quand l'abcès devient volumineux. Il suit, en somme, la même marche que la température.

La respiration subit également des modifications. Patteson leur attribue une grande valeur; pour lui, dans tous les cas d'abcès cérébraux, quel que soit leur siège, la respiration est lente et peu profonde, mais régulière. S'il survient une méningite basale secondaire, l'irrégularité s'associe à la lenteur, surtout si la fosse postérieure du crâne est envahie; parfois, on a noté le rythme de Cheyne-Stokes, aussi bien dans les abcès du cerveau que dans ceux du cervelet.

Barker et Pitt attachent une grande importance diagnostique à la lenteur du travail intellectuel; les patients restent souvent un temps assez long avant de répondre aux questions qu'on leur adresse, mais y répondent parfaitement ensuite. Cette paresse existerait aussi pour la motilité.

On rencontre assez fréquemment un délire tranquille et intermittent. Beevor (1) insiste sur ce signe, au point de vue des indications opératoires.

Les accidents comateux ne sont pas rares à une époque avancée de la maladie. Ce sont parfois les premiers indices de la gravité de l'affection, ils durent rarement plus de trois jours (N. Pitt). Malgré leur gravité, Mac Ewen (2) a pu sauver un de ses opérés, trépané dans le coma, pour abcès du cervelet.

On a noté assez fréquemment des altérations de la papille optique. Elles sont souvent légères et ne consistent qu'en une simple stase papillaire (3).

(1) Beevor. *Brit. Med. Journ.*, 1890, t. I, p. 225.

(2) Mac Ewen. *Arch. f. otol.*, 1889; *Arch. f. Ohrenheilk.*, 1888; *Amer. Journ. of Med. Sc.*, 1888.

(3) Cette lésion a été l'objet de nombreuses discussions. M. A. Robin considère la névrite optique, étudiée par Knapp, Moos, Albutt, Kipp, Zaufal, Calmettes, Galezowski, comme très importante, et pouvant se présenter à la période prémonitoire des accidents cérébraux, mais il ne nous apprend pas dans quelle complication cérébrale on la rencontre le plus souvent. Pour beaucoup de chirurgiens, elle serait la conséquence de la thrombose des sinus concomitante. Barker, Bennett, Lane, ne sont pas de cet avis; on l'a rencontrée dans une foule d'affections, sans parler des lésions directes du nerf ou des bandelettes optiques, de la contusion cérébrale (Bouchut). Elle complique des épanchements liquides dans les méninges (Panas), les épanchements dans la gaine du nerf optique (Panas, Schwalb, Terrier). Elle peut exister dans des affections de l'oreille, compliquées de symptômes cérébraux sans lésions cérébrales (Barker, Sainsbury, Battle). Bryant, Pavy, Taylor l'ont rencontrée dans les suppurations mastoïdiennes. Elle peut être double avec une affection mono-auriculaire; quelquefois, elle peut se trouver à droite avec une otite gauche et inversement; elle était plus forte du côté de l'oreille saine, dans les cas de Gowers et Barker, de M. Ferrier; il y aurait alors compression de la bandelette optique. Lane l'a vue coïncider avec l'abcès sous-dure-mérien. Dans sept observations d'abcès cérébraux, d'origine auriculaire, dans lesquels N. Pitt a trouvé noté l'état des papilles, il a vu deux fois la tuméfaction, et dans les deux cas il s'agissait d'abcès volumineux; deux fois il y avait névrite optique, les deux fois on retrouvait de vieilles thromboses du sinus, cause probable; dans les trois autres cas, il n'y avait pas de lésions papillaires. Il en conclut que les lésions papillaires sont rares, et que, quand elles existent, elles sont peu avancées. Pflüger a noté la névrite optique avec l'abcès cérébelleux; Mac Ewen, Ferrier, Milligan et Ware l'ont vue double avec un abcès cérébelleux unilatéral; Fagge a vu un abcès cérébelleux avec névrite optique, mais il y avait en même temps thrombose du sinus. Greenfield, Barker, Mathewson ont noté la stase veineuse papillaire simple. Patteson, MM. Forgue et Reclus considèrent ces lésions papillaires comme un signe incertain.

L'état des pupilles n'est pas un meilleur symptôme, on a retrouvé la pupille du côté malade, tantôt rétrécie [Weir(1), Gowers et Barker, etc.]; tantôt dilatée [Shield (2), MM. Chauvel (3), Talamon, Polo, etc.], plus souvent simplement paresseuse, et souvent aussi normale.

M. Souques remarque que tous les phénomènes liés à l'excès de pression, ont ceci de particulier, qu'ils subissent des variations parallèles à celles de l'état général; ce serait là un facteur essentiel pour le diagnostic entre les tumeurs et les abcès du cerveau.

Il existe encore un assez grand nombre de symptômes, tous plus inconstants et moins significatifs les uns que les autres : la sécheresse de la langue, la constipation, très fréquentes, les nausées persistantes, les douleurs croissantes dans la région de l'oreille; l'hyperthermie locale, la sensibilité du cuir chevelu, l'amaigrissement, l'irritabilité, l'agitation, le strabisme de l'œil du côté malade, la diplopie, l'hémiopie, etc. Somerville (dans un cas de Barr) a noté une grande diminution des chlorures et une augmentation des phosphates excrétés dans les urines avant l'opération et le retour rapide à l'état normal après. Nous ne pouvons nous arrêter. Nous insisterons pourtant sur un fait d'importance capitale, la suppuration de l'oreille, cause de tous les accidents.

Il est bon d'être prévenu que l'otite ne se révèle pas toujours au chirurgien par des symptômes évidents ou par un écoulement purulent abondant. L'écoulement est souvent très diminué au moment où éclatent les accidents, parfois même absolument tari (Grüber); le pus peut être enfermé dans la caisse par un tympan résistant et non perforé et qui l'empêche de se faire jour au dehors. De plus, les malades eux-mêmes n'ont parfois pas conscience de leur otite, comme le fait remarquer Barr, et ne peuvent, en conséquence, mettre le chirurgien sur la voie. Binswanger et Langley-Browne (4) ont rapporté des cas curieux d'abcès cérébraux consécutifs à des otites dans lesquels l'affection auriculaire ne fut reconnue qu'à l'autopsie.

Aucun symptôme, avons-nous dit, n'est pathognomonique; néanmoins, le diagnostic pourra souvent être fait. Chez un sujet atteint d'otite chronique, une diminution dans l'écoulement purulent, coïncidant avec une augmentation des douleurs de l'oreille, l'apparition d'une céphalalgie temporale fixe, exagérée à la pression, une hyperthermie vespérale légère ou de l'hypothermie, quelques frissons, le ralentissement du pouls, une paresse cérébrale marquée, des symptômes de dépression feront soupçonner un abcès du cerveau. La marche de la température sera un bon signe pour diagnostiquer à quelle complication cérébrale de l'otite on a affaire. Pour MM. Forgue et Reclus, la méningite a pour elle son invasion brusque, au milieu d'une otite aiguë, la fièvre vive, la névrite optique, le cri encéphalique, l'aggravation rapide, l'opisthotonos céphalique. La thrombose des sinus est souvent associée à une irrita-

(1) Weir. *Brit. Med. Journ.*, 1890, t. II.

(2) Shield. *Med. Soc. of London*, 11 novembre 1889.

(3) Chauvel. Acad. de méd., 9 oct. 1888; — *Prov. méd.*, 13 oct. 1888.

(4) Langle-Browne. *Brit. Med. Journ.*, 1890, t. I, p. 1135.

tion douloureuse des ganglions. MM. Souques, Marchant signalent la dilatation des veines auriculaires postérieures, la douleur à la pression sur le trajet de la jugulaire externe, signalée également par Patteson, Bride et Miller, l'œdème d'une moitié de la face. Barker signale la rougeur de la moitié de la face, l'injection de la conjonctive, l'induration profonde le long de la jugulaire, la névrite optique. Les névralgies simples peuvent simuler l'abcès cérébral, elles provoquent une douleur vive, revenant sous forme d'accès; l'usage à doses élevées de sulfate de quinine lèvera parfois les doutes. L'ostéite et la périostite mastoïdiennes seraient facilement confondues avec l'abcès cérébral, mais la trépanation de l'apophyse mastoïde, que l'on pratique généralement dans tous les cas d'abcès cérébraux, rendrait évident le diagnostic avant une tentative opératoire plus radicale. La rétention de pus dans l'oreille moyenne peut donner des symptômes analogues.

L'abcès sous dure-mérien, plus rare chez l'adulte que chez l'enfant, s'accompagne souvent d'œdème de la région, il est associé à une carie du rocher, s'annonce en général par un frisson, de la fièvre, et la rapidité du pouls (Barker).

L'ancienneté de l'otite et l'invasion insidieuse sont en faveur de l'abcès cérébral (N. Pitt).

Nous avons omis jusqu'ici, à dessein, de parler des signes de localisation, troisième catégorie des symptômes. Ils constituent, en effet, un groupe à part, servant bien plus à déterminer le siège de la lésion que sa nature. Ces signes manquent très fréquemment, car les abcès siégeant le plus souvent dans la partie moyenne ou postérieure du lobe temporo-sphénoïdal, n'affectent pas de rapports avec les zones motrices. Néanmoins, on a constaté plusieurs fois l'hémiplégie (Weir, etc.), la parésie de la face du côté opposé, ou de la face et du bras, des troubles moteurs d'excitation ou de paralysie dans les muscles de la main, plus rarement de la jambe, paralysie des muscles de l'œil, lésions isolées ou combinées qui, on le conçoit, ont la plus grande importance quand on les rencontre. On a observé la cécité verbale [Schede (1)], de même l'hémianopsie (Wernicke et Hahn).

Une surdité bilatérale, dans un cas d'otite mono-auriculaire, serait un bon signe de lésion du centre auditif de l'oreille saine; mais Bergmann, Broca ont fait remarquer que l'otite est fréquemment bilatérale (deux fois sur trois, d'après Barr), et partant la surdité bilatérale.

On a souvent noté l'aphasie [Schede, Barker, Greenfield, Horsley et Ferrier, Drummond (2), Jordan Lloyd]. Elle était associée à la surdité verbale chez le malade de Grüber; associée à des paralysies motrices dans les cas de Mac Ewen, de Sanger et de Sick; dans les cas de Ferrier, il y avait ataxie de la parole, parésie de la face et du membre supérieur droit du côté opposé à la lésion, et un peu de surdité verbale. La légère prédominance des abcès du côté droit rendrait l'aphasie plus rare (Körner).

Dans un cas de Taylor, rapporté par N. Pitt, il y avait paralysie de la face du côté droit et hémiplégie gauche. L'abcès siégeait dans les tractus moteurs de la protubérance. Malgré ce fait, l'hémiplégie croisée ne doit pas faire porter le diagnostic de lésion protubérantielle, surtout si la face est paralysée du côté de l'oreille malade (Körner). Il peut, en effet, y avoir, dans ce cas, hémiplégie opposée d'origine corticale et paralysie de la face du côté malade, par lésion périphérique du nerf au niveau de l'aqueduc de Fallope, comme cela se produit fréquemment dans l'otite moyenne. Ce n'est pas ici le lieu de rappeler les symptômes qui permettent le diagnostic différentiel entre les diverses paralysies du facial, corticales, bulbaires, intracraniennes, périphériques. N. Pitt rapporte un cas d'hémiplégie croisée associée à un abcès sous-dure-mérien.

Les abcès cérébelleux présentent de nombreux symptômes, communs aux abcès cérébraux. Pour Bergmann, les signes spéciaux aux lésions du cervelet sont : la céphalalgie occipitale, les vomissements intenses, les vertiges, l'hésitation dans la marche; Newton Pitt n'a noté qu'un peu de paralysie faciale chez un malade, comme symptôme particulier; Bryden, au contraire, a observé des contractures de ces mêmes muscles; M. Jourdanet a noté en outre : titubation ébrieuse, hémiplégies ou paraplégies qui, pour lui, ne seraient que des troubles moteurs mal analysés; l'opisthotonos, la paralysie faciale se rencontrent fréquemment. La douleur à la percussion du point occupé par l'abcès n'aurait été observée, jusqu'ici, que dans les abcès cérébraux (Körner); ceci se comprend sans peine, le cervelet étant tout entier au-dessous de la ligne courbe occipitale supérieure, dans une région recouverte par une épaisse couche musculaire qui l'éloigne de la surface cutanée.

Pour M. Laveran, « la démarche et le facies des malades atteints de lésions cérébelleuses, avec vertiges intenses, sont particulièrement caractéristiques ».

Les chirurgiens américains et anglais attachent une certaine importance au manque de conductibilité osseuse du temporal.

On a encore noté des troubles moteurs par compression du bulbe et de la protubérance; des troubles de la phonation (Nothnagel et Jaccoud), et de la vision (Blachez). Généralement, le malade est entraîné d'un côté (Jourdanet).

Ici, comme pour les abcès du cerveau, aucun symptôme n'est pathognomonique. Les affections de l'oreille interne donnent fréquemment les mêmes signes que les lésions du cervelet, de même les lésions des pédoncules cérébelleux; mais le diagnostic différentiel pourra peut-être se faire avec les lésions labyrinthiques, par les symptômes de suppuration et d'excès de pression intracranienne.

VIII

Marche, durée, pronostic. — Les abcès encéphaliques ont une durée variant de quelques jours à quelques mois; pendant une période latente, l'abcès évolue sans accident d'aucune sorte ou avec plusieurs des accidents signalés plus haut. Ces accidents surviennent par crises, qui sont suivies de longues rémissions. Cette phase peut durer des mois et dérouter le clinicien le plus avisé. Puis, tout d'un coup, éclatent les accidents aigus. On a observé une forme foudroyante, accidents apoplectiformes, convulsions, puis coma, emportant le patient en quelques heures, une forme moins rapide qui peut revêtir le type méningitique ou le type typhoïde, suivant que les phénomènes d'excitation ou de prostration l'emportent. Une absence complète de symptômes n'est pas un fait exceptionnel; et la marche est le plus souvent insidieuse (1).

M. Robin pense que les formes méningitiques et typhoïdes

(1) Schede, in Truckenbrod. *Arch. of otol.*, 1886, vol. XV, et *Zeits. f. Ohrenh.*, 1886, Bd. XV.
(2) Drummond. *Brit. Med. Assoc.*, 4 août 1887.

(1) *Dict. Dechambre.*

correspondent plutôt aux méningo-encéphalites et aux abcès du cerveau, et la forme pyohémique presque toujours à l'inflammation des sinus.

La période latente est souvent très longue : sur 18 cas, Newton Pitt l'a vue durer trois fois deux mois ou plus, neuf fois un mois, cinq fois moins d'un mois, dans un cas, plus d'une année. La période aiguë durerait souvent moins d'une semaine (Meyer, Pitt).

Terminaison. — Les abcès cérébraux se terminent presque toujours par la mort, quand ils sont livrés à eux-mêmes.

Dans de rares cas, le pus peut se faire jour au dehors par l'oreille ou par une perforation de l'apophyse mastoïde ou du crâne et la guérison survenir; Calmeil a même rapporté un cas d'abcès cérébral ayant traversé la dure-mère perforée et étant arrivé sur les côtés du cou en suivant la jugulaire interne. De tels faits sont rares, l'abcès a des couches trop nombreuses et trop résistantes à traverser pour s'évacuer de lui-même au dehors : le plus souvent, avant qu'il ait pu se faire jour à l'extérieur, le malade est emporté par les complications. Pour M. Souques, Newton Pitt, il n'y a pas de guérison possible sans intervention chirurgicale. Pour Rose, au contraire, l'enkystement ou l'évacuation spontanée ne seraient pas exceptionnels.

Blum (1) pense que, livrés à eux-mêmes, les abcès donnent 90 p. 100 de mortalité : ce chiffre nous paraît encore faible.

Le malade meurt soit par les complications, méningite, méningo-encéphalite, phlébite des sinus, ayant entraîné l'embolie pulmonaire, etc., soit dans le coma, soit par syncope respiratoire, soit par pyohémie ; assez souvent, la méningite succède à la rupture de l'abcès dans l'arachnoïde, dans les ventricules latéraux (Triquet, Wreden, Jordan Lloyd, N. Pitt, etc.); exceptionnellement dans le quatrième ventricule (Bride et Miller, Körner).

IX

Traitement. — Le traitement préventif de l'otite s'impose. Il a la plus grande importance. L'otite est plus facile à guérir que l'abcès lui-même. C'est une maladie grave par ses complications. Wilde disait : « Toute suppuration de l'oreille peut devenir une maladie mortelle. »

Les compagnies anglaises d'assurance sur la vie refusent d'admettre les individus affectés d'otite chronique, et de fait, la proportion de décès causés par l'otite et ses nombreuses complications est considérable. Ce traitement doit être général et local, nous ne nous y arrêterons pas.

En présence d'un malade atteint d'accidents cérébraux graves, pouvant faire songer à l'abcès cérébral, il est de toute nécessité de faire aussitôt l'examen de l'oreille au spéculum ; « on trouvera d'habitude le tympan crevé par la vieille suppuration ; s'il est imperforé, s'il bombe, opaque et grisâtre, on l'incisera. Quand les accidents ne cèdent point à la myringotomie et au nettoyage antiseptique de l'oreille moyenne, il y a lieu de trépaner la mastoïde, et de faire le drainage. Il n'est point inutile de prescrire en même temps le sulfate de quinine et l'aconit, qui sont souvent venus à bout de névralgies rebelles chez les otorrhéiques » (Forgue et Reclus). Nous renverrons à la revue de M. Ricard (*Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 205) pour tout ce qui concerne la trépanation de l'apophyse mastoïde. Quand cette trépanation n'a pas amené les résultats qu'on pouvait en espérer, et qu'après un ou deux jours d'amélioration les accidents reparaissent, il faut chercher l'abcès cérébral.

Thomas Barr s'inscrit en faux contre la trépanation des cellules mastoïdiennes, systématiquement employée comme opération préliminaire dans les cas d'abcès cérébraux. Quand il n'y a ni rougeur, ni gonflement, ni douleur au niveau de l'apophyse mastoïde, et que le diagnostic d'abcès cérébral est posé, Barr considère comme une pratique très discutable de soumettre le crâne à l'ébranlement causé par un maillet et une gouge, chez un malade atteint de méningite ou d'abcès cérébral. En outre, il ne considère pas la trépanation de l'apophyse mastoïde comme exempte de tout danger, à cause de la présence du sinus latéral dont les rapports varient d'un sujet à l'autre. On peut objecter que le diagnostic est rarement assez précis pour qu'on puisse se dispenser de cette opération préliminaire, que celle-ci bien faite est rarement grave, et n'expose que tout à fait exceptionnellement à l'ouverture du sinus ; enfin, que cette ouverture du sinus elle-même n'est pas une complication toujours fatale ; Weir la considère comme bénigne.

Schede, Schondörff (1), guidés, le premier, par une lésion osseuse ; le second, par une fistule, trépanèrent et guérirent leurs opérés. Ce furent les deux premiers succès. Depuis, Ceci (2), Tuffier (3), Bergmann ont été guidés par des lésions semblables. Souvent les fistules succèdent à une perforation mastoïdienne opératoire.

Quand il n'y a extérieurement aucun point osseux dénudé, aucune fistule, les localisations cérébrales pourront parfois guider le chirurgien. Elles ont servi à Hahn, à Schede ; nous n'avons pas à y revenir.

Le plus souvent, l'abcès cérébral ne s'accompagne ni de fistules osseuses, ni de symptômes de localisations dans la zone motrice. Dans ce cas, malgré l'opinion de Greenfield, la règle est qu'il siège au voisinage du rocher, près de la lésion osseuse, vers le milieu ou à la partie postérieure du lobe temporo-sphénoïdal, et cela, avec une fixité suffisante pour légitimer l'intervention opératoire.

Les procédés pour évacuer ces abcès sont déjà nombreux. Le plus ancien est celui de Sutphen (4) (1884). Il consiste à évacuer le pus par l'oreille, comme cela se produit parfois spontanément. Sutphen enfonça un trocart dans le cerveau par la voûte tympanique, mais sans succès, malgré la présence d'un abcès démontrée à l'autopsie. Barker, se basant sur ce que l'affection du rocher se transmet difficilement au cervelet sans former une couche de pus sous la dure-mère, conseille d'explorer l'orifice osseux externe de la veine mastoïdienne ; dans le cas d'abcès cérébelleux, on y trouverait une gouttelette de pus.

Pour Barker, neuf fois sur dix on découvrirait les abcès temporaux, et, en même temps, les abcès sous-dure-mériens possibles, avec une couronne de trépan de trois quarts de pouce (19 millimètres), dont le centre serait à 1 pouce un quart (32 millimètres) en arrière et au-dessus du méat. Ce procédé a déjà, à son actif, plusieurs succès. Ce procédé conduit non pas sur la deuxième circonvolution temporale, comme le disent Barker et Gowers, mais très fréquemment,

(1) Blum. *Arch. de Langenbeck.*

(1) Schondorff. *Monats. f. Ohrenheilk.*, 1885 ; — *Arch. de Langenbeck*, Bd. XXXI.

(2) Ceci. *Clin. chir. della Universita de Genova*, 1886.

(3) Tuffier. Soc. de chir., juillet 1889.

(4) Sutphen. *Arch. of otol.*, 1884.

comme nous avons pu le vérifier nous-mêmes, sur le sinus latéral. Aussi Black (1) et Drummond ont-ils trépané à la même hauteur, mais seulement un peu en arrière du méat, et Thornley Stoker (2) un peu plus haut [1 p. 1/2 ou 1 p. 3/4 (38 ou 44 millimètres) au-dessus], et à la même distance de la verticale passant par le méat.

Bergmann trépane un peu en avant et au-dessus de l'angle postérieur et inférieur du pariétal, déterminé en traçant une ligne du méat auditif à la protubérance occipitale externe, et en élevant une perpendiculaire de 4 à 5 centimètres à 4 centimètres en arrière du méat.

Mac Ewen prend 2 pouces (51 millimètres) au-dessus du conduit auditif externe et fait une contre-ouverture déclive.

M. Poirier (3) n'admet ni le procédé de Bergmann, ni celui de Mac Ewen. Celui de Bergmann conduit trop en arrière, tout à fait à la partie la plus reculée du lobe temporal; celui de Mac Ewen conduit dans la scissure de Sylvius. Bergmann, Pratt (4) repoussent les contre-ouvertures pratiquées par Mac Ewen, Drummond et préconisées par Noyes, Fluhrer, Powers, Th. Barr, Weir, M. Chauvel (5).

Mac Bride et Miller trépanent un peu en avant et au-dessus du méat; Hare (6) à un demi-pouce (13 millimètres) au-dessus du méat. Le point ainsi découvert se trouve sur la ligne qui va de l'apophyse orbitaire externe à l'inion. Il correspond à la troisième circonvolution temporale.

Wheeler (7) trépane en avant d'une ligne verticale qui divise en deux parties égales l'apophyse mastoïde et à la hauteur du méat auditif. C'est le procédé de choix de la trépanation de l'apophyse mastoïde, mais il doit être rejeté pour la trépanation du cerveau, d'abord parce qu'il faut opérer à une grande profondeur, après avoir traversé les cellules mastoïdiennes, et ensuite parce que la suppuration de ces cellules, qui existe presque toujours, peut souiller le champ opératoire.

M. Chauvel mène « une ligne horizontale qui, partant de la commissure palpébrale externe, passe au bord supérieur du pavillon de l'oreille, et deux lignes verticales conduites, l'une devant, l'autre derrière le pavillon. Placée à égale distance de ces deux verticales, son centre sur la ligne sus-auriculaire, la couronne ouvre le crâne dans une partie très minime de l'écaille temporale, en arrière de la division de l'artère méningée moyenne. »

Schede et Weir se contentent d'agrandir l'ouverture de l'apophyse mastoïde jusqu'à ce qu'ils découvrent la dure-mère, de façon à explorer la face supérieure du rocher.

Newton Pitt trépane dans un espace limité par des lignes verticales passant l'une par l'articulation temporo-maxillaire et l'autre par le milieu de l'apophyse mastoïde. Cet espace s'étend d'un demi-pouce (13 millimètres) à deux pouces (51 millimètres) au-dessus du méat.

M. Poirier conseille de trépaner à 3 centimètres sur la verticale, passant par le méat avec une large couronne de 30 millimètres.

D'autres procédés ont encore été employés, c'est ainsi que Maher, dans un cas heureux de Weir (1), a placé une couronne de trépan de trois quarts de pouce (19 millimètres) immédiatement en arrière de l'oreille, tangentiellement à la ligne basale de Reid (qui va du méat à la protubérance occipitale externe) et au-dessus d'elle. Le trocart fut enfoncé parallèlement au bord supérieur du rocher.

Jordan Lloyd (2) a trépané, avec succès, à un pouce au-dessus du méat (25 millimètres). Horsley (3) au quart inférieur de la distance du méat à la suture sagittale. W. Cheyne à un pouce (25 millimètres) en arrière du méat.

Enfin, beaucoup des opérateurs ont employé, en général, une seule fois et sans succès, des procédés analogues. Quelques trépanations ont été pratiquées sur le lobe frontal, mais dans ces cas, les symptômes avaient permis de localiser les abcès dans ce lobe; tels sont les cas de Greenfield et Caird, d'Allcock (4) qui trépanèrent à un pouce au-dessus de l'apophyse zygomatique (25 millimètres) et à un pouce un quart (32 millimètres) et un pouce (25 millimètres), en arrière de l'apophyse orbitaire externe.

MM. Forgue et Reclus conseillent au chirurgien de « conserver assez de latitude pour faire dévier un peu son trépan, suivant qu'il a à ouvrir une collection temporale ou cérébelleuse » et de choisir suivant le cas tel ou tel procédé.

Tel n'est pas notre avis : ou bien il y a des signes précis de localisation et alors il faut trépaner au niveau du centre lésé; ou il n'y en a pas, et alors il faut trépaner suivant le procédé qu'on aura adopté pour découvrir les abcès temporo-sphénoïdaux. Il ne faudra pas dévier plus ou moins vers le cervelet, car il y a entre le cerveau et le cervelet une barrière qu'il faut respecter, le sinus latéral. On trépanera donc le cerveau. Si les symptômes paraissent se rapporter à un abcès cérébelleux, l'opérateur devra trépaner hardiment au lieu d'élection pour les abcès cérébelleux.

Parmi les procédés que nous avons décrits plus haut, nous reprocherons à celui de Barker, outre de tomber sur le sinus, de forcer l'opérateur à diriger l'aiguille ou le trocart explorateur très obliquement en bas, en avant et en dedans. Il y a avantage à ponctionner directement en dedans, dans le sens des fibres, de façon à en diviser le moins grand nombre, et, par suite, nous donnons la préférence aux procédés de MM. Poirier, Hare, Chauvel. Il y a avantage à pouvoir exposer la face inférieure du cerveau et le procédé de Hare est celui qui satisfait le mieux à cette condition. Il est vrai que M. Poirier conseille l'emploi d'une grande couronne de trépan de 30 millimètres de diamètre, et que, de cette façon, l'exploration est possible. Toutefois, si Horsley, Keen, Weir, MM. Forgue, Reclus et Jourdanet admettent l'innocuité des larges ouvertures, Bergmann n'est pas de cet avis et les préconise petites. Aussi préférerions-nous une trépanation faite avec une couronne de trépan ordinaire et à 2 centimètres au-dessus du méat. Nous avons expérimenté ce procédé sur le cadavre, il permet le décollement de la dure-mère et l'exploration du rocher.

Naturellement, il faut réduire les mesures chez les enfants. C'est ce qu'a fait Mac Ewen dans un cas de Th. Barr.

Les abcès du cervelet siègent généralement à la partie antéro-externe des lobes contre le rocher [Barker, Bryan (5),

(1) Black. Med. Soc. of London, 28 fév. 1887.
(2) Thornley Stoker. *Brit. Med. Journ.*, 1890, t. I, p. 1485.
(3) Poirier. *Topographie cranio-encéphalique*, Paris 1890.
(4) Pratt. *Brit. Med. Assoc.*, 4 août 1887.
(5) Chauvel. *Bull. méd.*, 10 octobre 1888, et *Province méd.*, 13 octobre 1888.
(6) Hare. *Intracranial tumours*, par Byrom Bramwell, chap. xi, by A. W. Hare, Edinburgh 1888.
(7) Wheeler. *Brit. Med. Assoc.*, 4 août 1887.

(1) Weir. *Brit. Med. Journ.*, 1890, t. II.
(2) J. Lloyd. *Idem*, 1889, t. I.
(3) Horsley. Med. Soc. of London, 5 mars 1888.
(4) Allcock. *Brit. Med. Journ.*, 1887, t. II, p. 71.
(5) Bryan. *The Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1888, t. II.

Jourdanet], mais peuvent se trouver au centre du lobe ou vers sa partie médiane.

La trépanation du cervelet et l'évacuation des abcès de ses lobes peuvent se faire par deux voies. On peut passer à travers les couches musculaires de la nuque, sous la ligne courbe occipitale supérieure, de façon à éviter le sinus en le laissant au-dessus. On peut également passer par-dessus le sinus et à travers la tente du cervelet [Thomson (1)], mais, comme le remarque Orne Green (2), le drainage est alors difficile et imparfait. Milligan et Ware, soupçonnant un abcès du cervelet, ont trépané immédiatement au-dessus et en arrière du méat, de façon à pouvoir découvrir le lobe temporo-sphénoïdal et, sans faire une nouvelle ouverture, ponctionner le cervelet. La ponction ayant démontré la présence d'un abcès cérébelleux, le trépan fut réappliqué sous le sinus latéral.

Bryan et M. Poirier conseillent de trépaner sur le milieu d'une ligne allant de la pointe de l'apophyse mastoïde à la protubérance occipitale externe. Nous avons expérimenté ce procédé sur le cadavre, il nous a donné les meilleurs résultats, il conduit à peu près au milieu du lobe cérébelleux, très loin du sinus latéral. Chez les sujets dont l'apophyse mastoïde est très développée, on pourrait remonter un peu plus haut, sans crainte d'accidents.

Nous ne retracerons pas ici le manuel opératoire de la trépanation, nous laisserons de côté l'étude de la préparation du malade, de l'anesthésie, de l'incision des téguments, de la trépanation de l'os elle-même, et de l'incision de la dure-mère, qui ne prêtent pas à des considérations bien spéciales au genre d'abcès qui nous occupe (3).

(1) Thomson. *The Lancet*, 1888.

(2) O. Green. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 3 mai 1888.

(3) Notons simplement à propos de l'incision des téguments que les chirurgiens français et anglais préfèrent généralement l'incision cruciale à l'incision pratiquée par les Américains. Ceux-ci relèvent un grand lambeau formant les trois quarts d'une circonférence. L'incision cruciale a pour avantage de permettre de retrouver facilement sur le crâne le point de repère marqué sur le cuir chevelu; le grand lambeau américain se relève plus aisément et met mieux à nu le champ opératoire; sa vitalité est suffisante. On peut, d'ailleurs, comme le fait Roswell Park, fixer dans le crâne un clou sans tête à travers les téguments, au centre de la région que l'on veut découvrir; les téguments pourront être relevés sans crainte de perdre le point de repère. D'autres incisions ont été pratiquées : lambeau en V, incisions en T, en L, courbe, etc. (V. Decressac, th. Paris, 13 février 1890).

Pour l'ouverture du crâne, la gouge et le trépan ont chacun leurs partisans et leurs adversaires déclarés.

La dure-mère, mise à nu, bombe parfois fortement par l'orifice osseux sans présenter de battements. Quand ce signe existe, c'est un bon indice de collection purulente. On le désigne sous le nom de signe de Rose-Braun (Rose. *Arch. f. Klin. Chir.*, t. XXVII, 1881; Braun. *Idem*, t. XXI, 1877). Il est noté dans un grand nombre d'observations, notamment dans celles de Greenfield, Bergmann, Milligan et Ware, Ferrier et Horsley, W. Cheyne, etc.

La ponction du cerveau est ordinairement pratiquée à l'aiguille de Pravaz, ou avec une aiguille fine, une aiguille mousse ou un trocart. Ces ponctions sont à peu près inoffensives; Keen (*The Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1888, t. I), Milligan et Ware, Hulke n'ont retrouvé à l'autopsie aucune trace de leur aiguille exploratrice; Spitzka (XIII[e] Congrès de neurologie, 1888) n'avait retrouvé que de petites lignes bleuâtres. Stoker a fait neuf ponctions avant de trouver du pus et son malade guérit. Mais la ponction à l'aiguille est parfois insuffisante. L'aiguille se bouche facilement à son passage dans le tissu cérébral sain (W. Cheyne). Dans le cas de Milligan et Ware, la présence du pus ne fut décelée que par l'examen microscopique du contenu de l'aiguille. Bergmann refuse à ces ponctions une valeur exploratrice.

La dilatation du trajet parcouru par l'aiguille ou le trocart se fait ordinairement au moyen de pinces introduites fermées, dont on écarte les branches (Barker). Tous les chirurgiens anglais emploient cette pince « sinus forceps » et affirment sa supériorité sur tous les autres procédés. Bergmann préfère l'incision franche.

L'aspiration du pus, le curetage de la poche purulente, le drainage, les injections antiseptiques, seraient autant de points intéressants à étudier, mais les limites forcément restreintes de cette Revue ne nous permettent pas de nous y arrêter.

Il ne faut pas oublier de traiter la lésion osseuse qui a donné naissance à l'abcès. Un malade de Jordan Lloyd (1), guéri d'un abcès cérébral, d'origine auriculaire, par la trépanation, est mort seize mois plus tard d'un nouvel abcès développé dans la même région.

L'intervention chirurgicale a donné déjà de nombreux succès. Depuis les premières guérisons obtenues par Barker et Gowers (1886), Caird et Greenfield (1887), Mac Ewen et Barr (1887), Horsley et Ferrier (1888), Bergmann (1888), les observations heureuses se sont beaucoup multipliées, au point que Blum a pu donner une statistique de 22 guérisons sur 44 cas.

On peut espérer que la précision plus grande du diagnostic, apportée par les nombreuses et récentes contributions des chirurgiens à cette étude, donnera lieu à l'avenir à des interventions plus précoces et plus sûres, et que le pronostic de cette terrible affection, il y a peu de temps encore considérée comme fatale, deviendra de moins en moins sombre.

(1) J. Lloyd. *Brit. Med. Journ.*, 1890, t. I, p. 1135.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — M. Chantemesse passe du Bureau central à l'hospice des Ménages.

M. Hirtz, passe du Bureau central à Sainte-Périne.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 mars 1892, un concours s'ouvrira le 30 octobre 1892, devant l'École de médecine de Dijon, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite école.

— M. le docteur Barrate (de Domfront) a été élu conseiller général du canton de Posais (Orne).

— L'Académie de médecine propose (concours de 1893) pour prix de l'hygiène de l'enfance (1000 francs), la question suivante : « De l'ictère des nouveau-nés. » — Les mémoires devront être adressés à l'Académie avant le 1[er] mars 1893, terme de rigueur.

— M. le docteur Tenneson commencera son cours de dermatologie, à l'hôpital Saint-Louis (salle des conférences), le vendredi 8 avril 1892, à quatre heures, et le continuera les vendredis suivants, à la même heure. — Présentation de malades.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 27 mars 1892, à neuf heures et demie très précises du matin, au service de vaccine, à l'Académie de médecine.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

66

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.112	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre...............		1.33
Silicate acide / Arséniate » / Phosphate » / Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
de chaux..................		
Chlorure de sodium..................		
Matières organiques..................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

36

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : 5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.

66

EUCALYPTOL VOIRY

LE SEUL CHIMIQUEMENT PUR

Récompenses obtenues par R. Voiry, pharmacien de 1re classe, pour ses travaux sur l'**Eucalyptol:**

Médaille d'OR, Société de pharmacie de Paris
Prix LAROZE, Ecole supér. de pharm. de Paris.

ÉLIXIR D'EUCALYPTOL VOIRY

Adopté ds les HÔPITAUX DE LA MARINE ET DE L'ÉTAT

Médicament présentant à MM. les Médecins toute garantie de pureté. — Prescrit toujours avec SUCCÈS DANS LE TRAITEMENT DES **affections des voies respiratoires,** *Catarrhes pulmonaires, Bronchites chroniques, Tuberculoses, etc.*

5, boulev. de Courcelles Paris, et ttes phies.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

16

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

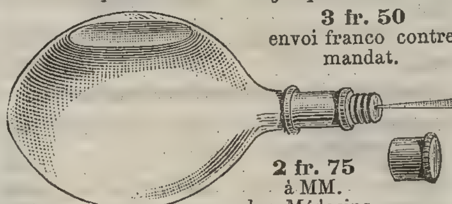
En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

42

CHLORÉTHYLE DU Dr BENGUÉ

anesthésique local et analgésique instantané.



3 fr. 50 envoi franco contre mandat.

2 fr. 75 à MM. les Médecins.

Dr Bengué, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

79

ANTISEPSIE DES VOIES DIGESTIVES ET DES VOIES URINAIRES

ANTISEPTIQUES GRANULÉS BERTHIOT

Naphtol B. Berthiot GRANULÉ

Béthol Berthiot GRANULÉ

Salol Berthiot GRANULÉ avec $NaO2Co^2$

Salicylate de bismuth Berthiot GRANULÉ

Salicylate de magnésie Berthiot GRANULÉ

Leur emploi supprime émulsions et cachets toujours acceptés avec répugnance par les malades. Pas de dégoûts, pas de nausées à craindre. Administration facile, même chez les enfants. Chaque flacon est accompagné d'une mesure contenant 2 gr. de granules antiseptiques, qui représentent 20 centigr. de l'antiseptique prescrit. — Dépôt général : Phie Berthiot, 57, faub. Saint-Antoine, Paris.

60

PEPTONE CORNÉLIS

SÈCHE, SOLUBLE, BLANCHE, entièrement *ASSIMILABLE.* Titrée à *90 p. 100*

LA SEULE PEPTONE **sans odeur** ET A **saveur très agréable.**

Représente également **10** fois son poids de **viande de bœuf** débarrassée de tous ses déchets.

Ne se vend qu'en flacons dessicateurs qui en assurent la conservation.

DOSE : 2 A 3 CUILLERÉES A SOUPE PAR JOUR.

Envoi franco d'échantillons.

Dépôt général : Pharmacie **L. Bruneau** (Lille).

79

PILULES SUISSES

Pilules de coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boite sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

75

PILULES, SOLUTION, SIROP, VIN DE ROBIQUET

Au Pyrophosphate de Fer

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Prescrit contre l'*Anémie, Chlorose, Rachitisme, Scrofule,* etc.; il restitue à la *constitution des Os, des Nerfs et du Sang* le Fer et le Phosphore trop rapidement éliminés par les sécrétions.

Exiger sr l'étiquette la SIGNATURE **E. ROBIQUET.**
A Paris, Dethan, phien, et ttes les pharmacies.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

90

MAGNÉSIE ROY

Sel purgatif alcalin soluble.
Dépuratif chimique.

A. Roy

62

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses,* des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

36

CÉRÉBRINE

(COCA-THÉINE ANALGÉSIQUE PAUSODUN)

Migraines, Névralgies *cérébrales, faciales, intercostales* et *sciatiques, Courbature* due au refroidissement, à la fatigue ou au surmenage, *Odontalgies, Zona, Lumbago, Grippe, Coliques menstruelles.*

C. BROMÉE : **Névroses, Névralgies** *rebelles, Etats congestifs* du cerveau.

C. IODÉE : *Névralgies rhumatismales, constitutionnelles ou relevant du traitement* par les *Iodiques.*

Une cuillerée à soupe à toute période de l'accès; une deuxième, au besoin, une demi-heure après.

Eug. Fournier, pharm., *Issy-Paris,* et ttes phies, — *Paris* : 31, rue de Cléry ; 5, rue de la Paix.

51

KOLA ROY

Donne la force aux débilités.

2 à 4 cuillerées par jour aux repas.

Th. Roy, pharmacien, Asnières (Seine).

36

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** (*caféine, iodoforme et strophantus*). Dépt Phie Cie Fg Montmartre, Paris.

97

EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE

OREZZA (CORSE)

ANÉMIE, CHLOROSE, DYSPEPSIE

LA PLUS RICHE EN FER & EN ACIDE CARBONIQUE

*Sans rivale dans toutes les maladies provenant de l'***Appauvrissement du sang** *ou de l'***Insuffisance de nutrition.**

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 28 mars 1892.

La fin du concours d'agrégation en médecine vient d'être marquée par des incidents d'une certaine gravité. Une protestation contre les agissements du jury a été signée par les candidats non élus et déposée le 21 mars entre les mains du ministre de l'Instruction publique. Ce fait, sans précédent peut-être, dans les Annales de la Faculté, a vivement ému, non seulement le monde universitaire, mais tous ceux qui, chez nous, s'intéressent à l'avenir de notre enseignement médical. De là, de nombreux articles dans les journaux de médecine et dans les plus importants des journaux politiques. Les interviews se croisent et se multiplient, les appréciations les plus diverses se font jour et se contredisent. Nous allons essayer de montrer quelle est, en tout ceci, l'exacte vérité.

La protestation, sur laquelle le Conseil d'État est appelé à se prononcer, s'appuie sur une violation des règlements réglant la constitution du jury.

Le jury est composé de neuf juges nommés par le ministre, quatre juges suppléants sont désignés pour remplacer définitivement ceux des juges titulaires qui n'auraient pu assister *à la première séance*.

Voici d'ailleurs un extrait de l'article 7 du règlement relatif à l'agrégation :

« En cas de récusation ou de tout autre empêchement d'un ou plusieurs de ses membres, le jury se complète lors de sa première séance, au moyen d'un tirage au sort fait parmi quatre membres supplémentaires désignés par le ministre. Dès que le jury est constitué, ceux de ces quatre membres que le sort n'a pas désignés se retirent. »

Or, à la première séance du concours incriminé, un des juges se trouvant absent, le président, au lieu de procéder au tirage au sort permettant de désigner le juge supplémentaire qui devait remplacer l'absent, se contenta de « proroger » la séance d'ouverture jusqu'au lendemain, et ce n'est que vingt-cinq ou vingt-six heures après que la séance, ayant été reprise (?), le juge titulaire put venir prendre sa place parmi ses collègues.

Il y a, à n'en pas douter, violation évidente du règlement, c'est maintenant au Conseil d'État d'apprécier si cette irrégularité est suffisante pour que l'annulation du concours soit prononcée.

Tels sont les faits officiels. Toutefois, il faudrait être peu au courant de nos dessous administratifs pour ne pas reconnaître dans ce simple vice de forme, incriminé par les plaignants, une étiquette donnant à leur réclamation une allure légale, permettant les débats et la discussion. Mais, une fois les débats ouverts, leur avocat, plaidant à fond la cause, a mission d'exposer longuement, devant le Conseil d'État, les véritables griefs et de formuler les véritables accusations.

Quels sont donc ces griefs ? Nuls, répondent les juges. Cette prorogation de la première séance pendant vingt-quatre ou vingt-six heures n'a été qu'un acte de pure déférence, vis-à-vis d'un collègue momentanément indisposé. Ces griefs sont multiples, répondent les candidats ; et l'irrégularité commise n'a été que le premier acte de « combinaisons » dont le dernier a été les nominations faites par le jury. Et alors, tout bas, on parle de dîners médicaux, de dîners politiques, de promesses de croix de commandeur, de « marchandages », entre les chefs du jury d'agrégation et les juges d'un concours qui fonctionne actuellement à l'Assistance publique pour la nomination de médecins des hôpitaux, et surtout de « rivalités, de dissentiments entre chefs d'écoles ». Nous ne pouvons insister sur ces choses, dont la preuve serait bien difficile à faire. Pourtant, les dernières « interviews » parues dans les journaux politiques, les différentes appréciations des professeurs sur leurs collègues, ne laissent pas que de donner une apparence de raison à ceux qui voient dans les nominations proclamées le résultat « d'amitiés ou de rancunes personnelles ».

Mais laissons ce côté un peu délicat de la question, et voyons s'il n'y a pas, à cette protestation inattendue, une cause plus générale et, disons-le, plus noble, plus grande que ces mesquines questions de personnalités dans lesquelles nous ne voulons pas entrer.

A notre avis, la cause de cette protestation est plus lointaine, c'est l'aboutissant de toutes les rancunes accumulées par des générations de candidats injustement évincés, grâce à l'esprit de coterie, de favoritisme, qui tend à régner de plus en plus à la Faculté.

Il est aujourd'hui de notion vulgaire que certains professeurs, juges d'un concours, n'ont d'autre but que de faire arriver leurs élèves, quoi qu'ils fassent, quelle que puisse être la valeur de leurs épreuves. Et cela est si bien admis, si bien reçu, que l'on ne se cache plus. De là des

irritations de plus en plus grandes, et de moins en moins contenues. Les candidats qui, pendant des années, avaient courbé la tête sous certaines injustices qui les accablaient, la relèvent aujourd'hui et protestent devant la justice du pays.

Le concours d'agrégation en médecine a-t-il été particulièrement injuste? Un autre jury qui eût nommé d'autres candidats, d'autres élèves, eût-il été plus recommandable? Qui oserait l'affirmer? Ce que l'on peut dire, c'est que la mesure était comble, et que les candidats n'acceptent plus aussi facilement que par le passé le sans-façon avec lequel ils se voient parfois traités.

Multa renascentur quæ jam cecidere... a dit M. Dieulafoy au début de sa communication à la Société médicale des hôpitaux (25 mars), sur le traitement de la pneumonie en imminence de suppuration par des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. Il n'a pas ajouté *caduntque;* espérons que le traitement en question ne méritera pas qu'on lui applique bientôt la fin de l'hexamètre classique!

M. Fochier ayant remarqué que les femmes atteintes de fièvre puerpérale guérissent en général lorsqu'il se produit une collection purulente du bassin, a eu l'idée de provoquer la suppuration par des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine : cette méthode lui aurait donné des succès. Il donne aux abcès ainsi suscités le nom assez caractéristique d'abcès de fixation.

Son idée était sans doute que la matière peccante devait venir se rassembler, se collecter dans l'abcès thérapeutique; son évacuation devenait ainsi facile.

Cette méthode serait peut-être applicable aux pneumonies en imminence de suppuration. M. Lépine (de Lyon), dans la *Semaine médicale* du 27 février, a cité un cas de guérison de pneumonie grave, avec expectoration brunâtre, qui lui paraissait virer à l'hépatisation grise, après la production de quatre abcès de fixation obtenus par l'injection sous-cutanée de 4 grammes d'essence de térébenthine. M. Dieulafoy, dans un cas semblable, s'est comporté de la même façon, il fit quatre injections, deux aux bras, deux aux cuisses. Elles furent très douloureuses, et suivies de la production d'un œdème inflammatoire, blanc puis violacé, ecchymotique, et même, sur une cuisse, d'une plaque de mortification. Le lendemain, l'état de la malade était amélioré, le surlendemain, elle demandait à manger; la fièvre persista cependant encore pendant trois jours entre 39 et 40 degrés.

Dans le pus des abcès, on ne put démontrer de microbes ni directement, ni par culture. Il ne semble donc pas que les microbes aient été évacués par la collection purulente. Y a-t-il eu dès lors simplement une énergique révulsion?

La vieille idée de l'évacuation de la matière peccante ne serait pas absolument inconciliable avec les données de la science moderne. En effet, il semble que les leucocytes luttent contre les bacilles et soient destinés à les absorber et à les dévorer (phagocytose); et, d'autre part, la leucocytose passagère est chose commune dans les maladies infectieuses. Ne peut-on pas se demander si les leucocytes en excès dans le sang ne sont pas ceux qui viennent s'accumuler au point irrité par l'essence de térébenthine (Chantemesse)? Dans ces abcès suscités dans le derme au cours de la pneumonie par une injection hypodermique, il peut y avoir des pneumocoques, ainsi que l'a vu M. Netter dans deux cas, après des injections d'éther suivies de suppuration.

Ces abcès, toutefois, ont-ils été utiles? Ont-ils été autre chose qu'une complication d'origine thérapeutique? On peut se le demander, et, avant de conclure à l'efficacité des injections hypodermiques d'essence de térébenthine dans la pneumonie qui menace de suppurer, il faut attendre que d'autres observations heureuses soient venues s'ajouter aux deux faits connus. M. Dieulafoy est le premier, du reste, à recommander cette sage réserve.

Au cours de la même séance, M. Rendu a fait connaître un nouveau cas de lipomes multiples chez un rhumatisant. Les premiers se sont montrés au cours même d'une attaque de rhumatisme, ce qui tend à démontrer une fois de plus leur relation avec l'œdème rhumatismal.

Le même auteur a cité également trois cas de phlébite survenus chez des malades atteints de grippe : deux avec des accidents thoraciques graves; un, enfin, avec une grippe bénigne. M. Bucquoy a vu, lui aussi, un cas de phlébite au cours de la grippe. Voilà donc une complication qui n'est pas très rare dans cette maladie.

HOPITAL SAINT-SAUVEUR DE LILLE. — M. FOLET.

La gangrène phéniquée.

Par le docteur V. CARLIER, ancien interne des hôpitaux de Paris.

A côté des bénéfices si nombreux que nous retirons tous les jours de l'emploi des antiseptiques, il est de toute nécessité de leur reconnaître certains inconvénients, tantôt graves, tantôt légers, inconvénients à peu près inséparables de leur usage. Cette notion n'a pas été pour peu de chose dans l'adoption, par nombre de chirurgiens, de l'asepsie pure, à l'exclusion de tout agent antiseptique. Mais cette pratique est nécessairement bornée, et ne peut être appliquée qu'aux seuls cas où l'opérateur s'adresse à des tissus non contaminés à l'avance, et qu'il lui suffit de ne point infecter lui-même. Partout où existe déjà une trace de suppuration, si minime fût-elle, l'eau pure, l'eau bouillie, l'acide borique lui-même restent impuissants et leur emploi stérile. Il faut alors chercher mieux, et nous avons sous la main nombre d'agents utiles, dont les principaux sont et restent : le sublimé, l'iodoforme, l'acide phénique.

Je passe sur leurs qualités, que je n'ai point à vanter. Je passe même sur les inconvénients résultant de l'emploi des deux premiers, le mercure et l'iodoforme, pour borner cette courte note à l'étude d'un accident spécial, la *gangrène*, qu'on rencontre parfois avec l'acide phénique.

Il ne sera donc point question ici des alertes, autrefois si fréquentes, consécutives aux lavages d'abcès, de jointures, de cavités quelconques, avec des solutions phéniquées fortes. Le seul point en cause sera la mortification plus ou moins étendue, plus ou moins profonde des téguments, à la suite de l'emploi externe de solutions phéniquées à des degrés divers, principalement en ce qui concerne les doigts et les orteils.

Cette question a été assez peu étudiée chez nous, et les cas publiés dans les revues allemandes sont faciles à compter. Cependant, elle est venue à la Société de chirurgie à deux reprises différentes, en 1889, et plusieurs cas, d'ailleurs comparables, y ont été présentés. Depuis lors, il en a peu été question. Il est bon, cependant, d'en reparler, et

si la suppression absolue des solutions phéniquées ne peut être mise en cause, du moins paraît-il nécessaire d'en montrer les inconvénients, et de contribuer, d'une façon effective, à la réglementation mesurée de leur emploi.

Telles sont les différentes considérations qui m'ont engagé à publier cette courte note, en y joignant une observation nouvelle, dont l'intérêt principal est dans la localisation bien précise du mal. On en jugera mieux, d'ailleurs, par ce qu'on va lire.

Voici l'observation, telle que je l'ai recueillie moi-même à l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille :

Observation. — *Gangrène d'un gros orteil par une solution phéniquée.* — Joséphine B..., dix-neuf ans, journalière, entre, le 3 décembre 1891, à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille.

Bonne santé habituelle, mais B... est une hystérique.

Souffrant, depuis trois mois, d'une onyxis latérale du gros orteil droit, B... se rendit, le 29 novembre, à la consultation du Bureau de bienfaisance, où on lui conseilla l'application permanente, sur l'orteil malade, d'une solution phéniquée dont il m'a été impossible de connaître le titre.

Le traitement fut commencé le 30 novembre, et consista dans l'application continue d'ouates bien imbibées de la solution médicamenteuse prescrite. Pendant les quatre premiers jours de son application, ce traitement ne provoqua *aucune douleur*, mais la malade s'aperçut bientôt que l'orteil ainsi traité prenait une teinte bleuâtre. Dès lors survinrent dans l'orteil, mais surtout dans le voisinage, de vives douleurs analogues à celles que produirait une brûlure. C'est à ce moment que la malade se décida à entrer à l'hôpital.

État à l'entrée (3 décembre 1891). Je constate une gangrène des téguments qui recouvrent tout le gros orteil droit et la *face interne* du second orteil. La lésion s'étend en arrière jusqu'au col du premier métacarpien. La délimitation des portions gangrénées prouve, aussi nettement que possible, que la gangrène a bien été provoquée par l'action de la solution phéniquée sur les téguments. Le gros orteil est gangréné dans sa totalité, parce que la malade y faisait un pansement qui comprimait tout le pourtour de l'orteil, et la gangrène est limitée à la seule face interne du second orteil, cette face seule ayant été en contact avec le pansement appliqué sur le gros orteil.

Au moment de l'admission de la malade à l'hôpital, le gros orteil offre une teinte noirâtre, et est recouvert de quelques phlyctènes remplies d'une sérosité brunâtre. La perte de la sensibilité est complète, et les douleurs ont presque entièrement disparu.

Pas de réaction inflammatoire dans le voisinage des parties lésées. Pas de fièvre. Les urines, examinées à plusieurs reprises, ne renferment *ni sucre, ni albumine.*

On crève les phlyctènes et on applique un pansement à l'iodoforme.

Pendant les jours suivants, les parties gangrénées se dessèchent et le 11 décembre, l'orteil s'était momifié, était devenu dur, sec, ratatiné et délimité, à son point d'attache avec le pied, par un sillon comprenant toute l'épaisseur du derme.

Le 16 décembre j'opère la malade. J'enlève le premier orteil avec son métatarsien, j'enlève aussi le deuxième orteil en prenant soin de conserver la peau de la face externe, restée saine, pour en former un petit lambeau destiné à combler la perte de substance de la face plantaire, où la gangrène était plus étendue en surface qu'à la face dorsale du pied. Enfin, je résèque la tête du second métatarsien dont la saillie s'opposait à l'application des lambeaux. *Le bistouri tailla en plein tissu sain.* Sutures au crin de Florence ; drainage ; pansement iodoformé.

Je fais remarquer de suite que, pendant l'opération, un de mes aides fit, par mégarde, plusieurs fois usage d'une solution phéniquée au lieu d'employer la solution de sublimé.

Le 21 décembre, j'enlève le pansement et je constate un peu de sphacèle du lambeau.

Les jours suivants, le sphacèle s'accrut, mais dans des proportions relativement minimes; toutefois, un bon tiers du lambeau plantaire s'étant ainsi sphacelé, M. le professeur Folet trouva opportun d'intervenir à nouveau. Vers fin janvier, il fit une amputation de Lisfranc, en prenant bien soin de ne point faire usage de solutions phéniquées pendant le cours de l'opération. Malgré cette précaution, lors du premier pansement, on constata que la partie interne du lambeau dorsal était gangrénée en un point correspondant au premier cunéiforme, et on dut se décider à enlever cet os.

Dès lors, la cicatrisation n'offrit plus aucun incident, et vers la mi-février, la malade pouvait se lever et marcher à l'aide d'une canne. Actuellement, elle présente des signes d'hystérie beaucoup plus accentués qu'en décembre.

Ce cas est certainement l'un des plus complets qu'on ait encore publié. Il n'a pas fallu moins de quatre opérations, dans un espace de temps très restreint, pour limiter la gangrène et chercher la réunion, en opérant en tissu sain. Nous verrons plus loin ce que nous pouvons en induire comme théorie pathogénique.

Relevons d'abord les cas publiés :

A la première séance de la Société de chirurgie où il en ait été question (7 mai 1889), M. Monod ouvrit la discussion en présentant le moulage en cire d'une main, montrant une gangrène du pouce. Le cas était celui d'une femme qui, pour parer aux accidents d'un panaris, avait tenu son doigt malade dans une solution d'acide phénique. Il est bon de noter que la solution était concentrée, et que le bain local fut prolongé. Il en résulta une gangrène de tout le pouce : la partie malade avait assez rapidement présenté la coloration noirâtre caractéristique.

A la suite de cette présentation, quelques-uns des chirurgiens présents apportèrent des cas plus ou moins comparables. En voici le relevé, il s'agit toujours de gangrènes des doigts :

MM. Terrillon, Kirmisson et Terrier relatent chacun un cas. Celui de M. Terrier concernait un élève de son service, dont l'un des doigts présenta une escharre noire.

M. Quénu cite 2 cas : dans l'un, il était survenu une gangrène totale du doigt ; dans l'autre, la gangrène était partielle.

M. Nicaise cite également 2 faits, dont l'un concernait un de ses élèves, et M. le professeur Le Dentu rapporte 3 cas, dans lesquels la mortification avait été nettement circulaire et avait laissé à sa suite une rétraction remarquable des tissus.

A la séance suivante de la Société de chirurgie (13 mai 1889), M. Lucas-Championnière revenait sur le sujet en disant qu'il avait observé 2 cas de gangrènes digitales totales.

Les observations publiées à l'étranger sont en très petit nombre, et je ne puis citer ici que celles rapportées par Haupt (de Soden) et Max Kortüm (de Schwerin).

Cet énoncé de faits montre déjà qu'ils ne sont point aussi rares qu'on pourrait à l'avance le supposer. Or, ce total est celui de 1889. Depuis trois ans, la question n'est point revenue à la Société de chirurgie. Il se peut qu'on ait été plus prudent, mais il se peut tout aussi bien que des cas nouveaux aient été enregistrés, et qu'ils nous soient révélés le jour où la question reviendra à l'étude. C'est un peu ce qui se passe aujourd'hui pour la cocaïne. S'il n'y a point parité dans les accidents, ceux de la cocaïne mena-

çant l'existence, ceux de l'acide phénique restant locaux, il n'en existe pas moins un certain lien de parenté entre les deux agents médicamenteux : c'est la prédisposition singulière de certaines gens à se mal trouver de leur emploi. Mais passons sur ce rapprochement, qui n'a peut-être rien de forcé, pour en revenir à ce qui nous occupe, la gangrène phéniquée.

Ses *signes cliniques* ont été trop nettement établis par les chirurgiens dont il a été plus haut question pour qu'il soit besoin d'y revenir longuement ici. C'est un type de gangrène sèche. La partie atteinte — doigt ou orteil — devient brune, brun noirâtre, noire plus tard. Elle est totalement insensible. Les tissus mortifiés se raccornissent, deviennent durs, si du moins la malpropreté du porteur n'a pas introduit secondairement des germes de putréfaction.

L'anesthésie est absolue. Dans le voisinage, et assez vite, se développent ordinairement des douleurs tenaces, le plus souvent violentes, cédant à peine à la morphine, douleurs continues et qui sont le cortège ordinaire de cette sorte d'accidents. Après quelques jours, le sillon d'élimination se dessine plus ou moins profond, suivant le plus ou moins d'action de l'agent mortifiant, et c'est affaire alors au chirurgien de veiller à une cicatrisation correcte. Cela ne s'éloigne point du type général de gangrène sèche. Mais là n'est pas l'intérêt, il est à peu près tout entier dans l'étude des *causes*.

Celles-ci ne peuvent être trouvées que . a. *dans les qualités de la solution employée;* b. *dans la nature de la blessure* ou — mais cela devient plus hypothétique — c. *dans une disposition particulière du sujet.*

a. La solution peut être mal faite. Il peut persister, au fond du vase, de petits cristaux d'acide phénique mal dissous. Mécaniquement entraînés, il est possible qu'ils viennent directement brûler, détruire les téguments, car l'action mortifiante de ces cristaux ne peut être mise en doute. Mais cela doit constituer, j'aime à le croire, une exception.

Il peut s'agir d'un titre de solution trop élevé. Ici nous entrons dans les suppositions très admissibles. La solution d'acide phénique à 1/20 se trouve dans presque tous les services de chirurgie. Or, la pratique courante nous apprend que cette solution est plus que désagréable à nombre d'opérateurs, et que certains n'en peuvent continuer l'emploi, à cause de gerçures des doigts, d'anesthésies prolongées, d'affections rappelant l'eczéma, etc. Un pas de plus, et il pourra s'agir d'altération plus profonde des téguments. Ce pas est franchi quand le malade soumet à la balnéation prolongée, dans ladite solution, une main traumatisée ou atteinte de panaris. Ce cas-là peut et doit se présenter souvent, car les bains locaux antiseptiques, prolongés pendant une heure, deux heures et plus, sont assez fréquemment ordonnés. Que la gangrène ait été ainsi produite quelquefois, sinon souvent, le fait n'est pas douteux et les observations le prouvent.

Mais ce n'est généralement pas la solution phéniquée forte qu'on emploie, sauf erreur, pour la balnéation locale. L'acide phénique est alors à 1/50. Il n'en est pas moins démontré que, même à ce titre étendu, l'agent désinfectant peut exercer son action trop loin et frapper de mort les parties qu'il baigne. C'est ce qu'est venu dire M. Lucas-Championnière à la Société de chirurgie. Il a eu bien soin d'ajouter qu'il faut pour cela que le bain ait été longtemps prolongé, les tissus longtemps imprégnés. Mais, comme c'est là précisément la recommandation du chirurgien qui cherche à désinfecter un phlegmon, par exemple, la question reste tout entière.

b. En second lieu, vient la blessure. Ce qui se détache des observations publiées est la notion suivante : « De toutes les plaies soumises à l'action des bains phéniqués, celles qui se prêtent le mieux à l'éclosion des accidents gangréneux sont les plaies contuses, à bords mâchés, les plaies par écrasement. » C'est encore M. Championnière qui a cherché à mettre ce point en lumière, soutenu dans sa façon de voir par l'opinion de M. Monod. Le fait n'a rien d'étonnant.

Les tissus mâchés sont « stupéfiés », comme on dit si bien, par l'écrasement, et à un point tel qu'ils se gangrènent parfois tout seuls. Si on ajoute à ce premier facteur l'action mortifiante d'un agent antiseptique trop énergiquement employé, on se met dans les meilleures conditions possibles pour enregistrer un accident de gangrène.

c. Titre de la solution, état des parties traumatisées, voilà deux éléments de première importance dans la courte étude que nous poursuivons. Il faut en joindre un autre, c'est le blessé, c'est la disposition particulière de celui-ci à être mal impressionné par une médication qui laisserait indemne son voisin. Mais ce n'est plus là de l'étiologie pure, c'est de la pathogénie, et à ce sujet il m'a paru bon de reproduire l'opinion d'un auteur allemand, Max Kortüm, qui a publié, en 1888, un article sur la question (1); d'après lui, la pathogénie des accidents doit être interprétée de la façon suivante : « L'acide phénique est mis directement en contact avec les terminaisons nerveuses des branches cutanées, au moyen de la brèche que le traumatisme a ouverte dans les téguments. Si ce contact est rapide, de peu de durée, il ne peut rien s'ensuivre de fâcheux; s'il se prolonge, l'acide exerce sur le nerf une action toxique et supprime totalement ses fonctions. Il en résulte, en dernière analyse, la mort des éléments vivifiés par le nerf, la nécrose. En somme, il s'agit d'une trophonévrose particulière, remarquable simplement par la rapidité de sa marche. Cette hypothèse est d'autant plus admissible, que l'acide phénique est connu depuis longtemps comme anesthésique local. »

Cette interprétation de Max Kortüm est plausible. Mais il semble y avoir quelque chose de plus précis à dire, quelque idée plus pratique à émettre. La malade de M. Monod avait, en effet, constamment les extrémités froides, elle était sujette aux engelures. Celle dont j'ai rapporté l'observation avait une onyxis. Si on ajoute à ces détails le point précisé par M. Lucas-Championnière, c'est-à-dire la prédisposition à la gangrène des tissus contus, on peut conclure à côté de Kortüm, et d'une façon plus pratique que lui, de la façon suivante : si la gangrène doit survenir, elle choisira de préférence les tissus mal défendus par une vitalité moindre, les doigts écrasés, les orteils atteints d'onyxis, les territoires à engelures, les parties violemment contuses. Qu'il s'agisse d'une action directe sur le nerf, la chose est possible, probable même. Mais c'est dans les conditions plus haut signalées, conditions telles que la vie nerveuse du membre est au-dessous de la normale, que la gangrène aura le plus de

(1) Max Kortum (de Schwerin). *Intern. Klin. Rundschau*, n° 52.

chance de se produire. — Cette conclusion est en concordance parfaite avec les faits.

Il en est donc de l'acide phénique comme de tous nos antiseptiques actifs : il est facile de le mal employer. Je croirai avoir fait œuvre utile, si j'ai contribué à limiter son emploi aux cas où il ne risque pas d'amener d'accidents.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 mars 1892. — Présidence de M. Chauvel.

COMMUNICATIONS

Expulsion par l'intestin d'une compresse ayant séjourné six mois dans la cavité péritonéale. — M. PILATE (d'Orléans) communique l'observation d'une femme âgée de quarante-deux ans, chez laquelle il pratiqua une hystérectomie abdominale pour un volumineux fibro-myome. L'opération eut lieu sans incident et, sauf quelques douleurs dans le flanc droit et un peu de phlébite, les suites ne présentèrent rien de spécial.

Pendant six mois la guérison parut définitive, lorsque tout à coup apparurent des phénomènes douloureux dans la région hépatique. Deux semaines plus tard, on percevait dans le côté gauche de l'abdomen une tuméfaction douloureuse avec apparition de la fièvre et amaigrissement rapide progressif. A cette époque, une intervention fut décidée et fixée au lendemain, lorsque, dans la nuit, la malade eut une garde-robe considérable, formée de matières fécales au milieu desquelles on reconnut la présence d'une compresse qui, dans les jours précédents, avait passé de la cavité péritonéale, où elle séjournait depuis la laparotomie, dans le canal intestinal.

M. QUÉNU a observé un cas analogue dans lequel on oublia une compresse dans une laparotomie pour salpingite ancienne. Cette malade, opérée au commencement de 1891, avait été atteinte d'hémiplégie l'année précédente et présentait, au moment de l'opération, des signes confirmés d'emphysème pulmonaire et d'affection mitrale. Bien que l'on eût commencé à donner le chloroforme avec prudence, une syncope survint au bout de cinq minutes et nécessita la respiration artificielle, pendant laquelle une compresse disparut, sans que l'on s'en aperçût, dans la profondeur du ventre. Quelques instants après, l'opération était reprise et rapidement terminée; durant les deux premiers jours, il n'y eut aucun accident, mais, à partir du troisième, le pouls devint petit et fréquent, et des accidents de dyspnée croissante emportèrent rapidement l'opérée. A l'autopsie on ne trouva aucune trace de péritonite, mais la compresse était enroulée profondément autour de l'intestin, et elle a dû être la cause de réflexes pulmonaires mortels.

M. TERRIER signale un fait de ce genre : pendant une laparotomie, une pince à pression aseptique fut égarée dans le ventre et y a séjourné huit mois; ce n'est qu'après ce laps de temps que l'élimination en a eu lieu au niveau de la région ombilicale.

M. Terrier, dans une opération d'ovariotomie, a laissé une éponge dans l'abdomen, ce qui a eu pour conséquence de déterminer une péritonite mortelle. Aussi, convaincu que la stérilisation absolue des éponges est presque impossible, il a pris la résolution de ne plus s'en servir.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. BERGER, depuis environ deux ans, a donné des soins à quatre malades, atteints de typhlite, pérityphlite ou appendicite; tous les quatre ont guéri spontanément, alors qu'une intervention avait été proposée et sur le point d'être exécutée. Chez deux de ces malades, l'affection a marché vers la résolution sans offrir de particularités; chez le troisième, une collection purulente s'est ouverte dans l'intestin et évacuée avec les garde-robes; quant au quatrième, il s'agit d'une jeune fille, ayant déjà présenté, dans les deux années précédentes, cinq atteintes d'appendicite, qui fut prise d'une sixième récidive avec symptômes graves et alarmants, au point que M. Berger propose une intervention. Le lendemain, six chirurgiens et médecins se trouvent appelés en consultation. On décida l'absence de toute intervention.

Les jours qui suivirent cette consultation, il se produisit une détente des accidents, puis une amélioration et une guérison; mais, six mois plus tard, apparaissait une nouvelle rechute. Cette fois encore on a temporisé, les accidents ont peu à peu disparu et depuis une année, durant laquelle la malade a été exclusivement soumise à l'alimentation par le lait et par les œufs, il n'y a eu aucune rechute.

M. RICHELOT fait observer qu'il ressort de cette discussion que les lésions observées peuvent exister sans perforation de l'appendice, qu'il y a à faire souvent entrer en ligne de compte les altérations perforantes du cæcum, et que la typhlite tuberculeuse, dont on a cité quelques cas, ne doit pas être omise comme cause des accidents.

Pour sa part, il a le souvenir d'avoir opéré un certain nombre de malades, qu'à ce dernier point de vue il classe en trois groupes. Le premier comprend trois cas pour lesquels on peut supposer l'existence de la tuberculose; le second en renferme deux dans lesquels elle existait très probablement. Enfin, dans le troisième groupe, il range deux de ses opérés, dont l'appendice présentait un foyer de lésions tuberculeuses, et dont la paroi du cæcum, sur une très petite étendue, était transformée en plaque ayant subi la même dégénérescence, et constituant ainsi une forme de tuberculose localisée, accessible à l'instrument tranchant. Dans ces deux cas, il a réséqué l'appendice, il a fait l'ablation des portions cæcales malades, et il a restauré l'intestin avec succès, puisque ses malades sont, depuis lors, restés guéris.

COMMUNICATION

Spina bifida cervical; excision; guérison. — M. JALAGUIER rapporte l'observation d'une petite fille ayant un spina bifida cervical qu'il traita par l'excision au vingt-sixième jour de sa naissance; le pédicule pénétrait entre la sixième et la septième vertèbre cervicale. Les suites de l'opération ont été heureuses; toutefois, il y a eu une désunion superficielle des lèvres de la plaie, mais comme la réunion profonde n'avait pas été détruite, aucun écoulement de liquide céphalo-rachidien ne s'était produit. Aussi, dans ce cas, on ne peut incriminer ce liquide comme cause de la désunion superficielle.

Peut-être serait-on autorisé à l'attribuer à une nutrition particulière des téguments. L'examen histologique de la tumeur a, en effet, prouvé que la poche principale offrait les caractères du lymphangiome; on peut donc supposer, jusqu'à ce que de nouvelles observations viennent infirmer ou confirmer le fait, que les téguments sont le siège de dilatations lymphatiques, et, par suite, sont devenus des *loci minoris reparationis*.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les tumeurs de la vessie (1), par J. Albarran.

Il n'y a guère qu'une quinzaine d'années qu'on étudie scientifiquement les tumeurs de la vessie et cependant une série de travaux importants ont déjà vu le jour sur ce point tout spécial de la pathologie chirurgicale; mais, quoique née d'hier, la question des néoplasmes vésicaux avait déjà besoin d'être à nouveau reprise, tellement ce chapitre des affections urinaires s'est rapidement enrichi d'acquisitions nouvelles.

(1) Gr. in-8°. — Prix : 18 francs. — Paris, G. Steinheil.

M. Albarran a voulu, dans son important ouvrage, qui ne comprend guère moins de 500 pages, non seulement réunir, classer, analyser et apprécier les nombreux documents épars dans la littérature médicale française et étrangère, mais son but a été plus élevé et il faut féliciter l'auteur d'avoir su faire une œuvre personnelle. Bien préparé à ce travail, par quatre années passées dans le service de clinique des maladies des voies urinaires, M. Albarran a pu, sous la direction de M. Guyon, recueillir une quantité considérable de documents. Ajoutons que, grâce à sa compétence toute particulière en histologie normale et pathologique, l'auteur a pu décrire, avec des aperçus nouveaux, la structure du réservoir vésical, son épithélium, ses glandes, ses vaisseaux sanguins et lymphatiques. Il a donné des tumeurs vésicales une classification personnelle, originale; il en a étudié avec soin toutes les variétés anatomo-pathologiques, même les plus rares. Le côté clinique, symptômes, diagnostic, traitement, a été mis en pleine lumière. Les données nouvelles y sont longuement et clairement exposées.

Le livre de M. Albarran fera époque dans l'histoire des maladies des voies urinaires; il constitue, pour son auteur, un nouveau titre scientifique à ajouter à ceux qu'il possédait déjà.

Technique et indications des opérations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires (1), par le docteur Chaput.

Nos lecteurs connaissent déjà en partie les travaux de M. le docteur Chaput sur les sutures intestinales (2). Ce que nous avons publié n'est qu'un extrait d'un livre que ce chirurgien vient aujourd'hui de faire paraître. Ce livre est le fruit de longues et patientes recherches; après un grand nombre d'opérations et d'expérimentations, M. Chaput a cru, avec raison, qu'il y aurait quelque utilité à vulgariser les détails de technique qui jouent un rôle si considérable dans le succès des opérations intestinales, détails qu'il a mis fort longtemps à apprendre par expérience.

Le premier chapitre a trait aux généralités sur les sutures intestinales; il mentionne les instruments indispensables, les instruments utiles, il passe en revue les types variés de suture intestinale et fait connaître deux procédés qui sont propres à l'auteur : suture par abrasion, suture à quatre fils. Dans ce chapitre, sont étudiés la physiologie des sutures intestinales, la correction des sutures, le moyen d'éviter le rétrécissement, le ballonnement, les greffes intestinales. A noter également un bon paragraphe sur le régime des opérés.

La deuxième partie est consacrée à l'étude des opérations sur l'intestin, les résections, entérorrhaphies, entéro-anastomoses, entérostomie, l'établissement et la fermeture de l'anus contre nature, le traitement des fistules stercorales simples ou compliquées. Les derniers chapitres sont consacrés à l'étude des opérations sur les voies biliaires et sur l'estomac.

Ce petit livre est sans prétentions, il ne contient pas de longues dissertations, ni d'historique, c'est un livre de chirurgie pratique où abondent des descriptions sobres et des dessins fort clairs qui aident à l'intelligence du texte. Ceux qu'intéresse la chirurgie intestinale y trouveront maints renseignements des plus utiles.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

53. M. Oustaniol. Contribution à l'étude des méninges rachidiennes. — 54. M. Renoul. Des épithéliomes développés sur les nævi. — 55. M. Répin. Origine parthénogénétique des kystes dermoïdes de l'ovaire. Contribution à l'étude de la pathogénie de ces kystes. — 56. M. Guérin. Contribution à l'étude de la mort subite dans la paralysie générale. — 57. M. Papillon. Contribution à l'étude des maladies nerveuses pendant la période gréco-romaine.

(1) In-12. Prix : 3 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.
(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1271.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Notre distingué collaborateur, M. Maurice de Fleury, vient d'avoir la douleur de perdre son père, M. Armand de Fleury, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Bordeaux; nous le prions d'agréer l'expression de notre sympathie la plus douloureuse.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de la Seine aura lieu le dimanche 3 avril, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Brouardel.

Les sociétaires qui, par suite d'une erreur, n'auraient pas reçu de lettre, sont priés de considérer le présent avis comme une convocation.

— Un concours, pour une place de professeur de pathologie exotique et d'hygiène navale, s'ouvrira le 11 avril 1892, à l'École de médecine navale de Brest.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Grancher est nommé assesseur du doyen.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le professeur Jolyet est nommé assesseur du doyen.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le professeur Lortet est prorogé, pour trois ans, dans ses fonctions de doyen.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Hédon, agrégé, est chargé d'un cours de physiologie pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Lannegrâce.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le docteur Cochez, suppléant, est chargé des fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, pendant la durée du congé accordé à M. le docteur Moreau, suppléant desdites chaires.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Bolot, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé d'un cours de physiologie, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Charbonnel-Salle.

— *École de médecine de Rouen.* — M. le docteur Bataille est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— M. le docteur Auboyer est nommé médecin-adjoint au lycée de Roanne (emploi nouveau).

— Mme Pillet-Edwards, docteur en médecine, est nommée médecin du lycée Racine (emploi nouveau); Mlle Benoît, docteur en médecine, est nommée médecin du lycée Molière (emploi nouveau); Mlle Chopin, docteur en médecine, est nommée médecin-adjoint du lycée Fénelon (emploi nouveau).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Barthélemy (de Toulon); Bordas (de Pessac); Coudour (de Saint-Rambert); Dubouloz (de Montmélian); Ferrand (d'Aillas) et de M. Mercier, élève de l'École de médecine navale de Bordeaux.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

93

NI GASTRALGIES, NI ENTERALGIES !

ROB LECHAUX

La cuillerée à soupe contient :

Iodure de potassium recristallisé. 0gr 40
Extrait de quinquina calisaia. . . 0 20
Extrait de salsepareille 0 25

RACHITISME, SYPHILIS
ANÉMIES GRAVES
MALADIES DE LA PEAU
ADÉNOPATHIES STRUMEUSES

Envoi gracieux d'échantillons aux médecins.

164, rue Ste-Catherine, BORDEAUX, et phies.

72

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1o La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre; 2o le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1** fr. **25** le flacon; 3o le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre; 4o le macintosh, 5 fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

42

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

52

VICHY, SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS
GRANDE-GRILLE
HOPITAL

Avoir soin de désigner la source.

PASTILLES AUX SELS NATURELS

SAISON DES BAINS

DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

87

SIROP ANTIPHLOGISTIQUE DE BRIANT

Phie *rue de Rivoli, 150, Paris,* et ttes phies.

Le **SIROP DE BRIANT,** recommandé à son début par les professeurs LAENNEC, THÉNARD, GUERSANT, etc., a reçu la consécration du temps : il avait été breveté en 1829. VERITABLE BONBON PECTORAL, à base de gomme et de coquelicots, il convient surtout aux personnes délicates comme les femmes et les enfants. Son excellent goût ne nuit en aucune manière à son efficacité contre les *rhumes* et toutes les *inflammations* de la *poitrine* et des *intestins.*

16

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

41

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux et leur efficacité contre les **Pâles couleurs,** pour fortifier les **Constitutions lymphatiques** et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'**Appauvrissement du sang.**

Dépôt général : LABELONYE et Cie, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

34

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

GAÏACOL MERCIER

PHARMACIEN, 30, RUE RACINE, PARIS

Médaille d'Or de l'École de pharmacie.

Injection Mercier contenant, par centimètre cube, 0,05 de Gaïacol et 0,01 d'Iodoforme chimiquement purs.

Le flacon de 50 injections : **2** fr. **50.**

Solution Mercier contenant, par cuillerée à soupe, 0,50 de Chlorhydro-phosphate de chaux et 0,10 de Gaïacol.

1 ou 2 cuillerées à chaque repas.

Le flacon de 350 grammes : **2** francs.

Capsules Mercier contenant chacune 0,05 de Gaïacol et 0,20 d'Huile de faînes.

3 ou 4 capsules à chaque repas. Flac. : **2** fr. **50.**

Capsules antiseptiques Mercier contenant chacune 0,05 de Gaïacol, 0,05 d'Eucalyptol et 0,02 d'Iodoforme chimiquement purs.

2 ou 3 capsules à chaque repas. Le flacon : **3** fr.

DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES

31

SIROP RAIFORT IODÉ (A FAIT FROID)

de J. BUCI

L'IODE, combiné aux *sucs des plantes antiscorbutiques,* rend aux **enfants malades** les plus grands services pour combattre les **Glandes du cou, — Rachitisme, — Mollesse des chairs.**

Il remplace les huiles de foie de morue; outre que c'est un **fluidifiant,** c'est encore un **dépuratif énergique.**

PARIS, 19 ET 22, RUE DROUOT, PARIS.

Dr J. Buci

23

(VOSGES) PLOMBIÈRES (VOSGES)

SAISON DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

Maladies du tube digestif.
Affections nerveuses et rhumatismales.
Maladies des femmes, Hydrothérapie.

Étuves romaines, Bains, Douches, Massage.

22

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.

Paris, COLLIN et Cie, 49 r. de Maubeuge, et phies.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30o.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

33

SOLUTIONS HENRY MURE

BI-PHOSPHATE DE CHAUX ARSÉNIÉ
CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX ARSÉNIÉ

Phthisie (1re et 2e période) — Rachitisme
Engorgements ganglionnaires et des articulations
Maladies des os et de la peau
Cachexies scrofuleuses et paludéennes
Epuisement nerveux

Le BI-PHOSPHATE ARSÉNIÉ H. MURE produit des résultats surprenants et souvent inespérés. Sous son influence, la toux et l'oppression diminuent, l'appétit augmente, les forces reviennent.

Le CHLORHYDRO-PHOSPHATE ARSÉNIÉ H. MURE donne des effets remarquables chez les Phthisiques atteints de dyspepsie et dans la Chlorose.

Litre, **4** *fr.* — *Demi-litre,* **2** *fr.* **50.**

AVANTAGES PRINCIPAUX SUR LES SOLUTIONS SIMILAIRES :

1o Emploi d'un **Phosphate monocalcique cristallisé,** d'une pureté absolue, permettant un dosage rigoureux;

2o **Inaltérabilité absolue;**

3o **Administration** facile par cuillerées dans un peu d'eau vineuse ou sucrée, pendant les repas ou hors des repas;

4o **Traitement phosphaté** le plus sûr et le MOINS COUTEUX dans les affections chroniques.

Chaque cuillerée à bouche contient *1/2 gramme de sel et 1 milligramme d'arséniate de soude.*

NOTA. — Dans le cas où l'arséniate de soude ne serait pas indiqué, MM. les Docteurs pourront prescrire les mêmes solutions **H. MURE non arséniées.** — *Litre,* **3** *fr.*

DANS TOUTES LES PHARMACIES

Dépt gl : Phie H. MURE, à Pont-St-Esprit (Gard).

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

« La pepsine et la diastase, insolubles dans « l'alcool qui les précipite de leur dissolution « dans l'eau ou les y rend inactifs, ne doivent « pas être administrées dans un liquide alcoolique « (vin. élixir, etc.) » (BOUCHARDAT.)

Les **Cachets Mourrut,** mélange exactement dosé et à l'état de pureté absolue de ces deux ferments digestifs, constituent leur mode d'administration le plus actif et le plus rationnel.— 39, r. de Clichy.

22

ÉLIXIR ET VIN DE J. BAIN

à la Coca du Pérou.

TONIQUE ET FORTIFIANT, LE PLUS PUISSANT RÉPARATEUR DES FORCES ÉPUISÉES.

Phie, 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

N° 39. — JEUDI 31 MARS 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 31 MARS 1892. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A l'occasion d'une communication de M. Quénu sur un procédé de thoracoplastie (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 250), M. Verneuil a fait un rapport qui est devenu le point de départ d'une discussion, entre médecins et chirurgiens, sur le traitement de la pleurésie purulente. Du rapport de M. Verneuil, plusieurs points sont à retenir : M. Quénu a opéré, par son procédé, deux malades : le premier a été guéri en quarante jours d'une pleurésie datant de dix-sept ans; le second a succombé, peu de temps après l'opération, à un abcès cérébral dont l'évolution avait passé inaperçue. M. Verneuil voit dans ce fait une nouvelle confirmation de l'opinion qu'il soutient depuis longtemps, relativement à l'influence des traumatismes sur les propathies. Tout en louant M. Quénu de son procédé de thoracoplastie et du succès opératoire qu'il a obtenu, il insiste sur ce fait que l'opération, dans ce cas, a donné un coup de fouet à la lésion cérébrale et a hâté la mort du malade.

Revenant ensuite à la thoracoplastie, aux résections costales et à leurs indications, M. Verneuil pense que, dans ces derniers temps, on a un peu trop abusé de ces opérations, qu'il y a des cas où elles sont très nettement indiquées, où elles rendent de grands services, mais que, dans beaucoup d'autres, et en particulier chez les tuberculeux, elles sont absolument inutiles.

La discussion qui a suivi le rapport de M. Verneuil s'est élargie et a porté, non plus seulement sur la résection costale et la thoracotomie, mais bien sur les diverses opérations applicables au traitement des pleurésies purulentes, depuis la thoracentèse jusqu'aux larges ouvertures de la poitrine, avec désossement plus ou moins étendu. De cette discussion ressort tout d'abord ce fait, signalé successivement par MM. Verneuil, Hardy et Le Fort, que les pleurésies purulentes, les fistules pleurales, sont beaucoup plus fréquentes depuis que la thoracentèse est entrée dans la pratique courante du traitement de la pleurésie avec épanchement, d'où le reproche fait implicitement aux médecins de recourir trop vite au trocart en cas d'épanchement pleurétique. En effet, voici généralement comment les choses se passent : on fait une ponction qui donne issue à un liquide clair; ce liquide se reproduit, on ponctionne de nouveau et le liquide est louche; une troisième ponction donne du pus, et alors se pose la question de l'empyème, puis de l'opération d'Estlander, puis des larges ouvertures et des grands délabrements, car, en présence d'une pleurésie purulente chronique, on ne sait plus où pourra s'arrêter l'intervention. Aussi, tout en signalant, avec M. Verneuil, l'abus que l'on a pu faire de ces grandes interventions, pensons-nous, avec M. Péan, que lorqu'elles se trouvent indiquées, il y a tout avantage à donner la plus large issue au pus dans les cas de pleurésies purulentes. Envisageant à ce point de vue l'opération d'Estlander et de Letiévant, M. Péan y trouve surtout cet avantage qu'elle a donné plus d'audace aux chirurgiens pour ouvrir largement la plèvre, s'assurer complètement de l'état des côtes, de l'étendue du foyer, et pour agir enfin en parfaite connaissance de cause, avantage plus précieux, aux yeux de M. Péan, que le plus ou moins de rétraction obtenue par la résection costale.

M. Dujardin-Beaumetz, s'en tenant à l'empyème, mais revendiquant, pour le médecin, la pratique de cette opération, a fait observer qu'un grand progrès a été réalisé par la suppression des lavages et l'application des pansements rares. M. Constantin Paul, partisan des lavages, au contraire, a indiqué un moyen de les faire aussi antiseptiquement que possible et tous deux affirment qu'on arrive ainsi à diminuer considérablement la fréquence des fistules pleurales.

En somme, la question pourrait ainsi se résumer : En présence d'un épanchement pleurétique, sauf en cas d'urgence absolue, évitez de recourir aux ponctions. Ce sera encore le meilleur moyen d'éviter la transformation d'une pleurésie simple en pleurésie purulente.

Après cette discussion, la parole a été donnée à M. Commenge pour la lecture d'un travail sur la prostitution chez les mineures. On trouvera plus loin un résumé de ce travail.

Au début de la séance, M. Vidal a demandé l'ouverture d'un pli cacheté relatif à la présence de microcoques dans le sang, dans le mycosis fongoïde.

L'Académie a nommé, à une très grande majorité, M. Duguet membre titulaire dans la section de pathologie médicale. Le corps médical tout entier applaudira à ce choix, amplement justifié par le talent et le caractère de notre distingué collègue, auquel nous sommes heureux d'adresser toutes nos félicitations.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. A. Robin.

Indications thérapeutiques dans un cas de rhumatisme articulaire aigu.

Un jeune homme de vingt-six ans est entré dans le service, pour une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Aucune difficulté pour le diagnostic. La multiplicité des jointures atteintes, l'intensité des douleurs véritablement exquises, pour employer l'expression de Gubler, les sueurs si abondantes, que le malade devait changer de chemise plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, l'élévation de la température, qui, le premier jour, atteignait 41 degrés, le début rapide en quelques jours, tout annonçait un rhumatisme intense aigu généralisé. Mais à ce tableau clinique général s'ajoutaient quelques traits morbides, bien dignes, au point de vue thérapeutique, d'éveiller l'attention.

Ce malade, d'aspect assez vigoureux pourtant, était d'une pâleur de cire. Ses urines ne renfermaient pas d'albumine, mais l'acide nitrique y développait une couleur rose chair très intense, indice du pigment urinaire découvert par Harley, l'urohématine. Au niveau de la base du cœur, sur le bord gauche du sternum, on entendait un souffle doux, fuyant sous l'oreille, naissant et mourant sur place, sans aucune propagation. Ce n'était donc pas un souffle d'endocardite, c'était un souffle d'anémie. Cette opinion se trouvait confirmée par l'existence d'un « bruit de diable » dans les vaisseaux du cou.

A côté de l'élément rhumatismal existait donc, chez ce malade, un élément d'une gravité particulière, l'anémie. Certes, l'anémie est fréquente au cours du rhumatisme, maladie destructive des globules par excellence. Mais ici, son intensité était vraiment remarquable. Pour apprécier l'intensité de la destruction des globules, la présence du pigment spécial, l'urohématine dans l'urine et la coloration rose chair développée par l'acide azotique avaient, vous l'avez vu, une valeur réelle. Les douleurs constituaient une autre indication thérapeutique importante. Quant à l'hyperthermie, toute marquée qu'elle fût, elle n'était que l'effet des actes chimiques dépendant de déglobulisation et constituant une indication plus négligeable.

Contre l'élément rhumatisme, deux médicaments, actuellement, survivent seuls au milieu de la foule des agents proposés : le sulfate de quinine et le salicylate de soude. Lequel de ces deux médicaments allions-nous préférer ?

Le sulfate de quinine, médicament à la fois tonique et anti-rhumatismal, paraissait bien indiqué. Mais, dans un cas aussi aigu, aussi intense, avec une anémie aussi rapidement progressive, son emploi ne pouvait être proposé qu'à fortes doses, 1 gramme par exemple. Or, cette dose, qui pouvait être seule efficace, aurait eu, dans le cas particulier, le grave inconvénient que voici :

Donné à haute dose, le sulfate de quinine restreint les oxydations organiques. Mais il restreint ces oxydations, sans diminuer les désintégrations et les destructions cellulaires. Dans les affections fébriles, l'oxydation est un processus utile en donnant des produits solubles faciles à éliminer, relativement peu toxiques. Nous avions donc plutôt intérêt à activer qu'à entraver ces oxydations. Certes, nous aurions pu éviter cet effet défavorable du médicament en donnant de faibles doses, qui, elles, paraissent plutôt activer les oxydations, mais ces faibles doses auraient été sans doute dépourvues d'une action suffisamment rapide et efficace.

Restait donc le salicylate de soude. Le mode d'action de ce médicament est encore bien mal connu. Il est cependant certain qu'il facilite l'élimination, hors de l'organisme, par les urines, des produits peu azotés, peu solubles. Ces produits ont un pouvoir toxique ordinairement considérable. Ils jouent un grand rôle dans la destruction des globules du sang. Ils jouent un rôle également dans l'élévation de la température. Indirectement donc, le salicylate de soude, assurant leur élimination, est utile pour limiter l'anémie et combattre l'hyperthermie.

Comme dose, 2 grammes, 4 grammes au plus, dans les vingt-quatre heures, me paraissent être une dose suffisante. Cette dose peut être ainsi formulée :

Salicylate de soude. . . .	4	grammes.
Sirop de fleur d'oranger. .	30	—
Hydrolat de tilleul. . . .	120	—

A prendre par cuillerées à soupe, en totalité, dans les vingt-quatre heures.

Comme le salicylate abaisse la quantité des urines, on prescrira des boissons abondantes et surtout du lait. L'infusion de reine des prés, légèrement diurétique, et renfermant quelque peu de salicylate de méthyle, est un bon adjuvant.

Contre la douleur, le mieux est d'envelopper les articulations malades d'ouate recouverte d'un taffetas imperméable et bien imprégnée du liniment suivant :

Baume tranquille.	40	grammes.
Extrait thébaïque. . . . . }		
Extrait de jusquiame . . . . } *ââ*	2	—
Extrait de belladone. . . . }		
Chloroforme	10	—

Ce traitement général et local amenait, chez notre malade, une amélioration très marquée dès le premier jour. En huit jours, toute douleur, toute inflammation locale avait disparu. On pouvait supprimer le salicylate. Le rhumatisme était vaincu, mais restait à combattre l'anémie.

Cette anémie était toujours intense et pourtant nous avons dû encore différer son traitement. C'est que, depuis le début, étaient apparus deux éléments morbides nouveaux : 1° un état d'embarras gastrique très marqué ; 2° une asthénie nerveuse extrême, qui devaient nous préoccuper tout d'abord.

Contre l'embarras gastrique, j'ai prescrit 15 grammes de sel de Seignette. En dehors de son effet purgatif, la faible quantité de ce sel, tartrate double de potasse et de soude, qui devait être absorbée, devait avoir une action favorable sur l'élimination des matières albuminoïdes détruites. Dans cette destruction, l'azote, l'hydrogène, le carbone s'éliminent à l'état d'urée, mais le soufre s'élimine surtout en se transformant en sulfate de soude et de potasse. En se réduisant, le sel de Seignette fournit ces deux bases à l'acide sulfurique. Il a ainsi non seulement une utilité purgative, mais l'utilité générale des alcalins. Deux jours après son administration, l'état du tube digestif était très amélioré.

Contre l'asthénie nerveuse, la strychnine constitue l'agent le plus puissant. Je l'ai donnée sous la forme suivante :

Teinture de fèves de saint Ignace } ââ 5 grammes.
Teinture de badiane . . . . . . }

Six (VI) gouttes du mélange par jour.

J'ai prescrit de plus, chaque jour, deux des paquets suivants :

Phosphate de soude. . . . . } ââ 10 centigrammes.
Magnésie décarbonatée . . . }

Pour un paquet.

Les effets ont été rapides. Les voies digestives remises en état, l'irritabilité nerveuse calmée, nous avons pu donner le fer et le quinquina. J'ai donné le fer sous forme de sirop de proto-iodure de fer, avec l'arrière-pensée que l'iode ne serait pas sans exercer une action favorable sur les résidus articulaires laissés toujours par le rhumatisme. Le 6 novembre, ce malade quittait l'hôpital en apparence parfaitement guéri.

Si satisfaisant que soit ce résultat, dans la clientèle de ville, si la saison est favorable, il est toujours sage de compléter la cure d'une attaque rhumatismale aussi intense, par le traitement thermal. Pour le choix de la station, vous vous guiderez : 1° sur la présence de résidus articulaires ; 2° sur l'état général.

S'il existe des résidus articulaires encore excitables, subaigus, conseillez des eaux chaudes et faiblement minéralisées. Conseillez par exemple Chaudesaigues, Néris, Luxeuil, Lamalou.

S'il existe des résidus torpides, vous pouvez vous adresser aux eaux chlorurées sodiques ou sulfureuses : Bourbonne-les-Bains, Bourbon-l'Archambault, Balaruc, Barèges, Luchon.

Dans le cas de résidus non seulement torpides, mais figés, absolument chroniques, les bains de boue de Dax, Saint-Amand, Barbottan, donnent des résultats remarquables. Avant de conseiller le voyage, vous aurez un indice précieux dans les résultats des applications de boue transportée. Si ces applications amènent une réaction, l'amélioration est certaine par la cure thermale.

L'état général doit aussi entrer en ligne de compte. Chez les sujets très excitables, les eaux sulfureuses, exception faite peut-être pour celles d'Aix, seront évitées ; vous conseillerez Néris, Lamalou. En revanche, Luchon, Barèges conviendront aux lymphatiques, Royat aux lymphatico-nerveux, Bourbonne-les-Bains, Salies aux nerveux, Uriage aux scrofuleux. Chez notre malade, offrant fort peu de résidus articulaires, mais anémique et nerveux, Royat, avec ses eaux à la fois stimulantes, toniques et éliminatrices, aurait été particulièrement indiqué.

Vous voyez donc que, sans rien préjuger de la nature du rhumatisme, sans nous attacher aux grandes théories, nous avons pu, par la simple appréciation des principales déterminations morbides, instituer un traitement. Si nous n'avons pu nous attaquer à la cause même de la maladie, les résultats obtenus ont été néanmoins efficaces et satisfaisants.

MÉDECINE PRATIQUE

Érysipèle à répétition. — M. Daniel Critzman résume ainsi la contribution à l'étude de l'érysipèle à répétition, qu'il vient de publier dans les *Archives de médecine* :

L'érysipèle à répétition est une dermo-lymphangite aiguë, causée par le streptococcus erysipelatus. Les lésions du derme consistent en une infiltration leucocytique, accompagnée d'une hyperplasie des cellules fixes du derme. Celles-ci subissent par place une dégénérescence spéciale, que nous désignerons sous le nom de dégénérescence hydropique.

Les lésions des lymphatiques consistent dans une desquamation totale des petites cellules épithéliales, sinueuses, accompagnée de la formation d'un fin réticulum fibrineux, emprisonnant un grand nombre de leucocytes, et occupant toute la lumière du vaisseau. Les lymphatiques les plus atteints sont ceux qui siègent dans la couche réticulaire du derme. Il existe à ce niveau des lésions de péri-lymphangite. Les chaînettes, quelquefois spiralées, du streptococcus erysipelatus, occupent les fentes et capillaires lymphatiques ; les lymphatiques d'un certain volume n'en contiennent nullement. Ils infiltrent également par colonies la couche papillaire du derme.

La culture pure de ce streptocoque, inoculée à une série de trois lapins, a toujours donné naissance à une plaque érysipélateuse typique. Inoculée à une série de trois cobayes, cette culture a donné naissance deux fois à de l'érysipèle et une fois à une petite collection purulente. Le pus de celle-ci contenait le streptococcus erysipelatus à l'état de pureté, l'intégrité de toutes les couches de l'épiderme est absolue.

Consanguinité et pathologie oculaire. — Après avoir rappelé, dans les *Annales d'oculistique*, combien la théorie de la consanguinité était battue en brèche, M. A. Trousseau expose ses recherches sur le rôle de la consanguinité dans la pathologie oculaire. Prenant comme types les affections auxquelles on a le plus de tendance à attribuer une origine consanguine (cataracte congénitale, rétinite pigmentaire, albinisme), M. Trousseau arrive à cette conclusion : « Par elle-même, sans l'intervention de l'hérédité, la consanguinité est impuissante à amener des lésions oculaires. Elle ne crée aucun état morbide sans les matériaux que lui fournit l'hérédité. »

Il faut bien se garder de confondre la consanguinité avec l'hérédité. Déjà, G. Darwin avait prouvé qu'en Angleterre les mariages consanguins ne créaient ni plus d'infirmes ni plus spécialement de sourds-muets que les autres mariages. Les études de populations maritimes bien isolées (Pauillac, Granville, Arromanches) ont démontré l'innocuité de la consanguinité dans les populations saines. M. Voisin, en 1865, a fait les mêmes observations sur la population de la presqu'île de Batz. Enfin, Huth, en 1888, a confirmé toutes ces recherches qui démontrent l'inanité du rôle néfaste attribué aux mariages consanguins.

Il ne faut donc pas, dit très justement M. Trousseau, s'arrêter dans son interrogatoire du malade à la question de la consanguinité ; il faut s'informer si le père, la mère ou un des ascendants n'étaient pas atteints d'une affection analogue à celle du sujet en observation. C'est cette négligence qui fausse les enquêtes et entache la plupart de celles qui ont été publiées.

Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique du sérum. — On a beaucoup parlé, en ces temps derniers, des injections sous-cutanées de sérum. Voici les conclusions de la thèse de M. Delangle, soutenue à la Faculté le 23 décembre 1891.

Il résulte de nombreux travaux contemporains que le sang, envisagé au point de vue clinique, possède un certain pouvoir bactéricide, et que les substances chimiques bactéricides y contenues sont en dissolution dans le sérum. Il n'est pas encore établi que cette action bactéricide du sérum soit en rapport direct avec l'immunité naturelle, quelque probable que soit cette hypothèse. Le sérum des animaux vaccinés possède une action bactéricide plus marquée que le sérum de ces mêmes animaux non vaccinés.

L'injection de sang ou de sérum d'un animal réfractaire à une maladie infectieuse, faite à un animal sensible à cette infection, paraît retarder quelquefois l'évolution de la maladie ; mais l'immunisation complète ou la guérison ne peuvent être obtenues que dans certains cas limités, et en employant le sérum d'animaux artificiellement immunisés.

Les injections sous-cutanées de sérum, et notamment du sérum de sang de chien, à la dose de 1 à 3 centimètres cubes, sont sans danger. Sans oser affirmer que l'hémocyne (sérum de chien) possède une action spécifique sur le bacille de la tuberculose, il paraît évident qu'elle exerce sur l'organisme une action tonique remarquable, caractérisée par un relèvement rapide mais le plus souvent peu durable, des forces, de l'appétit et de l'état général. L'emploi de l'hémocyne dans les maladies débilitantes, la syphilis notamment, chez les nouveau-nés présentant de la débilité congénitale, a donné des résultats favorables et prolongés.

THÉRAPEUTIQUE

Du chlorure d'éthyle.

Par M. le docteur X. Delmis.

Nous ne pouvons passer sous silence ce nouvel anesthésique local qui paraît appelé à un sérieux avenir.

Une des nécessités de la chirurgie a toujours été de trouver un moyen simple, inoffensif et sûr de produire l'anesthésie locale, afin d'éviter les ennuis ou complications graves de l'anesthésie générale dans une foule de cas de petite chirurgie. Il y avait des moyens atteignant l'un ou l'autre de ces trois buts : simplicité, efficacité et innocuité ; mais aucun ne les remplissait tous.

Le problème nous semble maintenant résolu par l'ingénieuse invention de M. P. Monnet, chimiste à Lyon. Ce procédé consiste à emprisonner le chlorure d'éthyle dans des tubes en verre à ouverture capillaire. Ces tubes joignent aux qualités précitées l'avantage de coûter relativement peu ; le chlorure d'éthyle offre, de plus, le précieux avantage de ne donner lieu à aucun malaise consécutif à son emploi.

Depuis longtemps, on savait que le froid intense développé par la vaporisation du chlorure d'éthyle insensibiliserait suffisamment les tissus soumis à son action pour permettre une intervention chirurgicale sans douleur; mais il n'existait aucun moyen pratique d'utiliser couramment ce fait jusqu'à l'apparition de ces tubes effilés en une pointe à canal capillaire.

Ils contiennent environ 10 grammes de liquide et sont fermés à la lampe, de sorte que le produit est hermétiquement clos; ils ne servent pas seulement d'emballage, mais ils forment précisément l'instrument propre à l'emploi du liquide. Pour s'en servir, il suffit de briser la pointe à l'endroit qu'indique un trait de lime; on entoure le tube avec la main et l'on dirige l'ouverture vers la place à insensibiliser. La chaleur de la main vaporise le liquide et le jet de vapeur provoque, en quelques instants, l'anesthésie du lieu où on l'applique.

Nous extrayons d'un article du *Progrès médical* (n° 10, du 5 mars 1892), le résumé suivant :

Le chlorure d'éthyle, produit d'origine française (1), a été essayé, au début, à l'étranger, et, il y a peu de temps encore, aucune expérience n'avait été tentée en France à l'aide de cette substance. Ce sont des chirurgiens et des médecins-dentistes de Genève qui l'ont employé les premiers comme anesthésique local. Il nous suffira de citer les noms de MM. les professeurs A. Reverdin et Vuilliet; ceux de Kummer et Wisard (de Genève) et Schulmann (de Bellegarde), etc.; enfin celui de M. Redard, professeur à l'Ecole dentaire, qui, en avril dernier, faisait une très importante communication sur ce sujet au Congrès français de chirurgie.

Pourtant, dès octobre 1890, M. le docteur Rougier (de Lyon) avait noté les bons effets de cette substance dans les douleurs du zona. Divers articles, d'autre part, avaient paru sur cette substance, en décembre 1890, dans la *Revue et Archives suisses d'odontologie*. On avait fait plusieurs communications à la Société d'odontologie de Paris et à la Société nationale de médecine de Lyon sur les services que le chlorure d'éthyle était susceptible de rendre, lorsque parut l'article du docteur Henrich (de Francfort) dans la *Zahnartzliches Wochenblatt*.

A partir de ce moment, la question fait le tour de la presse. C'est ainsi que M. le docteur Grandclément dans le *Lyon médical*, M. le docteur Chapman dans le *Dental Cosmos*, M. le docteur F. Montfort dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, M. le docteur Scheller dans la *Gazette médicale de Varsovie*, M. Th. Kölliker dans le *Centr. f. Chir.* ont publié leurs observations sur les qualités de ce produit et leurs expériences.

A Paris, enfin, des essais ont été faits récemment dans divers services hospitaliers, et nous sommes autorisé à dire qu'ils ont donné des résultats satisfaisants à nos maîtres, MM. Terrier et Quénu entre autres. Un de nos amis de province, M. le docteur Boiffin (de Nantes), nous écrit dans le même sens.

Destiné à remplacer pour l'anesthésie locale le chlorure de méthyle, dont les inconvénients à ce point de vue sont connus, le chlorure d'éthyle est un liquide absolument incolore, d'une odeur éthérée agréable, et, d'ailleurs, peu intense.

Sa qualité physique primordiale, celle sur laquelle repose exclusivement son emploi chirurgical, est le peu d'élévation de son point d'ébullition. Il bout, en effet, entre + 10° c. et + 11° c. seulement, c'est-à-dire à 25 degrés plus bas que l'éther. La peau, sur laquelle est projeté le chlorure d'éthyle, devient bientôt rose, plus tard d'un rouge vif, puis très blanche et comme parcheminée : l'anesthésie est obtenue. Il faut une minute environ pour arriver à ce résultat. L'anesthésie persiste de une à deux minutes; il n'en faut pas davantage pour ouvrir un abcès, panaris, etc.

Ce mode d'anesthésie locale est incontestablement supérieur, pour l'instant du moins, à celui qui est basé sur l'emploi de l'éther, qui nécessite un appareil encombrant, appareil qui se détraque trop souvent. Il est inutile d'ajouter, en outre, qu'il est bien préférable aux injections sous-cutanées de cocaïne pour les opérations de petite chirurgie. En dehors de ce fait que la dose maniable de la cocaïne est encore à trouver, il ne faut pas oublier que son usage nécessite l'emploi de seringues, fort difficiles à stériliser, que trop souvent on n'arrive pas à désinfecter.

On a, au début, employé surtout le chlorure d'éthyle pour les opérations dentaires : ouverture d'abcès, de kystes; extraction de dents; excision d'épulis. Il suffit que l'intervention ne dure pas plus de une à deux minutes. La vaporisation de ce produit sur les muqueuses n'amène même pas de desquamation. Une personne a un jour reçu un jet de chlorure d'éthyle dans l'œil et n'en a pas été incommodée.

Le chlorure d'éthyle a servi déjà à faire un grand nombre de petites opérations pour lesquelles, ces temps derniers, on avait recours à la cocaïne. On a enlevé ainsi des ongles incarnés, des kystes, des lipomes, etc.; on a ouvert des abcès, incisé des panaris, pratiqué la circoncision, etc. Un de nos maîtres a même fait au chlorure d'éthyle l'ablation d'une tumeur de la paroi abdominale... sur un chien célèbre. Schulmann a été plus loin, trop loin parfois : il a eu recours au chlorure d'éthyle pour dilater le col utérin, un phimosis, voire même pour réduire des fractures, ce qui nous paraît un peu extraordinaire...

Le chlorure d'éthyle fournit, en outre, aux histologistes un moyen simple de produire la congélation nécessaire pour pratiquer des coupes sur des tissus froids, sans avoir recours au chlorure de méthyle dont le maniement n'a rien d'agréable (Marcel Baudouin).

Nous mentionnons, encore d'après les observations des docteurs Redard, Rougier, Grandclément et Scheller déjà cités, puis Chausson à Gimel (Suisse), Huyberechts (Bruxelles), Armedey (Alger), les guérisons de névralgies diverses — sciatiques, torticolis, névralgies faciales et intercostales — guérisons obtenues par pulvérisation du chlorure d'éthyle sur les trajets nerveux, un seul tube étant assez souvent suffisant. De ces observations, il résulte que le chlorure d'éthyle serait précisément très précieux

(1) Il est préparé à Lyon (procédé de M. P. Monnet) par la maison Gilliard, P. Monnet et Cartier.

pour le diagnostic des névralgies, afin d'en déterminer la nature périphérique ou centrale : dans le premier cas, il ferait cesser immédiatement ou très promptement la douleur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mars 1892. — Présidence de M. Regnauld.

CORRESPONDANCE

Elle comprend deux lettres de candidature, l'une de M. Debove pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle; l'autre de M. Ribemont-Dessaignes pour la section d'accouchements.

COMMUNICATION

Mycosis fongoïde. — M. VIDAL demande l'ouverture d'un pli cacheté déposé par lui le 30 juillet 1885.

Sur un malade âgé de soixante-six ans, il a reconnu les symptômes d'un mycosis fongoïde à la deuxième période (eczématiforme et lichénoïde), avec alopécie du cuir chevelu, des sourcils, des régions axillaires et du pubis. Il a trouvé les poils faciles à arracher ou à briser, entourés d'une gaine épidermique remontant à 2 ou 3 millimètres au-dessus de la surface du cuir chevelu.

L'examen microscopique, après coloration par le procédé de Gram modifié, a montré dans les cellules épidermiques de la gaine des poils et, dans les poils, des micrococcus semblables à ceux qui sont représentés dans le mémoire d'Auspitz, sur le mycosis fongoïde.

Dans ces recherches, faites en collaboration avec M. Marfan, M. Vidal a constaté, dans le sang, ce qui n'avait pas encore été observé, la présence de micro-organismes parasitaires. Des amas de micrococques semblables à ceux trouvés dans les poils et dans les croûtes pouvaient être vus dans le sérum du sang. Quelques-uns semblaient avoir pénétré à l'intérieur des globules blancs et même des globules rouges.

La proportion des globules blancs, un peu plus grande qu'à l'état normal, n'était pas assez forte cependant pour qu'on pût admettre la leucocytose.

Des inoculations avec le sang et par l'introduction de fragments de peau altérée dans le péritoine, ont été faites sur des cobayes : les résultats ont été négatifs.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants était de 68, majorité 35, M. Duguet obtient 55 suffrages, M. Kelsch 7, M. Straus 4, M. Rendu 1, 1 bulletin blanc.

En conséquence, M. Duguet est proclamé élu.

RAPPORT

Nouveau procédé de thoracoplastie. — M. VERNEUIL lit un rapport sur une communication faite par M. Quénu dans la séance du 3 mars 1891 (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 250).

Après avoir rappelé le procédé de thoracoplastie employé par M. Quénu, et le succès auquel il a donné lieu, puisqu'il s'agissait d'un malade atteint de pleurésie purulente depuis dix-sept ans, et qui a été guéri en quarante jours, M. Verneuil ajoute que, depuis la publication de son travail, M. Quénu a eu l'occasion d'appliquer une seconde fois son procédé chez un homme atteint de pleurésie purulente, qui avait été opéré d'empyème un an auparavant. Les injections antiseptiques, pratiquées par la fistule, n'ayant pas donné de résultats, M. Quénu fit la thoracoplastie le 2 avril 1891. La fistule siégeait très bas et très en arrière, dans le neuvième espace, d'où l'indication de pratiquer la mobilisation d'un lambeau postéro-latéral et non pas, comme dans le premier cas, antéro-latéral. Le mode opératoire fut, d'ailleurs, le même dans ses grandes lignes, mais le lambeau comprenait l'omoplate dans son épaisseur. Tout alla bien pendant quatorze jours et la réunion était obtenue lorsque, subitement, le malade tomba dans le collapsus et succomba.

A l'autopsie, on ne trouva pas de tuberculose dans les poumons, ni dans les autres viscères, mais il existait un abcès du lobe occipital avec épanchement purulent dans le ventricule latéral et à la surface de la pie-mère. M. Verneuil admet que l'abcès préexistait et que l'opération a donné un coup de fouet à cette propathie.

Après avoir résumé l'histoire des pleurésies purulentes, variables selon le microbe causal, l'orateur termine par des considérations historiques sur le procédé de M. Quénu; il montre que Wagner (de Königsbütte) a imaginé une opération analogue, mais la similitude n'est pas complète, et les recherches cadavériques de M. Quénu semblent prouver que ce procédé est inférieur au sien.

M. Verneuil conclut en disant que le procédé de M. Quénu lui paraît constituer l'opération de choix, qu'elle doit être préférée en particulier à celle d'Estlander dans les cas où, bien entendu, la résection péri-costale est indiquée.

DISCUSSION

M. PÉAN n'accorde pas à l'opération d'Estlander et de Letiévant toute la valeur qu'on lui a attribuée au point de vue de ses résultats thérapeutiques.

Mais l'avantage qu'a présenté cette opération réside surtout dans ce fait qu'elle a donné plus d'audace aux chirurgiens et qu'elle les a conduits à donner une plus large issue au pus dans les cas de pleurésies purulentes. C'est là le secret de la guérison des pleurésies purulentes qu'on obtient aujourd'hui plus facilement qu'autrefois. En effet, le chirurgien, de nos jours, est à même, dans ces cas, de pouvoir examiner largement l'état de la plèvre, l'étendue des foyers, l'état des côtes, qui, plus souvent qu'on le croit, peuvent être le point de départ des accidents; il peut curer, sectionner, réséquer tout ce qui est atteint. M. Péan n'entend, ici, parler que des pleurésies purulentes anciennes. Il va sans dire que ces opérations ne sont nullement indiquées dans les cas de pleurésies récentes.

M. VERNEUIL est, en grande partie, d'accord avec M. Péan. Toutefois, il fait observer qu'il y a une grande différence entre l'opération proposée par M. Quénu et l'opération d'Estlander dans laquelle on n'ouvre pas la poitrine.

M. LE FORT admet, en effet, que le procédé de thoracoplastie, proposé par M. Quénu, diffère absolument de l'opération d'Estlander. Celle-ci devient tout à fait inutile quand il y a une grande cavité pleurale. C'est, dans ces cas, à des opérations analogues à celle de M. Quénu, qu'il faut recourir. Mais le mieux serait encore de prévenir ou d'éviter les fistules pleurales. Or celles-ci, rares autrefois, ne sont devenues aussi fréquentes que depuis que les médecins pénètrent si facilement dans la plèvre, soit par l'empyème, soit même par la thoracentèse. Il y a là une question de pratique, à la fois médicale et chirurgicale, très importante.

M. VERNEUIL rappelle, en effet, qu'autrefois on mettait un an à guérir une pleurésie purulente, mais qu'on y arrivait sans laisser de fistules pleurales. Lorsqu'on croyait devoir pénétrer dans la plèvre, on avait bien soin de s'arranger de façon, comme le faisait Reybart, à ne pas laisser pénétrer l'air dans la cavité pleurale. Aujourd'hui que se passe-t-il? En présence d'un épanchement pleural, on fait une première ponction qui donne du liquide clair; celui-ci se reproduit, on fait une seconde ponction qui donne un liquide louche. Enfin, à la troisième ponction, on a du pus. C'est le médecin, dès lors, qui rend la pleurésie purulente. On a beau agir avec la plus grande rigueur antiseptique, on blesse le tissu malade.

M. DUJARDIN BEAUMETZ fait observer que l'opération de l'empyème est une opération de médecins et que ceux-ci ont fait faire à cette opération de très grands progrès. Ainsi, ils ont démontré que, dès qu'il y avait du pus, il fallait ouvrir largement. Ils ont établi ensuite l'inutilité des lavages répétés, et en sont

même arrivés à discuter l'opportunité d'un premier et unique lavage post-opératoire.

Avec le drain dans la plèvre et les pansements rares, on obtient, dans un grand nombre de cas, la guérison de la pleurésie purulente.

M. CONSTANTIN PAUL, contrairement à M. Beaumetz, est partisan des lavages, mais comme il ne veut pas que la plèvre reste en libre communication avec l'air, il a soin d'agir de la manière suivante :

Il fixe dans l'ouverture pleurale un double drain autour duquel il fait un pansement hermétique, de manière que l'air ne puisse entrer dans la plèvre entre les drains et les lèvres de la plaie. Ceci fait, il plonge les extrémités des tubes à drainage dans deux vases remplis de liquides antiseptiques, de telle sorte qu'il suffit de soulever un de ces vases pour faire siphon et laver la plèvre, sans qu'il y ait aucun contact avec l'air. Dans ces conditions, on obtient de très bons résultats.

M. HARDY fait remarquer que, depuis que l'on ponctionne tant les pleurésies, il est incontestable qu'on est obligé bien plus souvent qu'autrefois de recourir à l'intervention chirurgicale.

Aussi, dira-t-il avec M. Verneuil : traitez, en général, vos pleurésies comme jadis, et considérez la ponction comme une opération d'urgence.

M. LE FORT fait observer que M. Dujardin-Beaumetz proscrit les lavages et que M. Constantin Paul les pratique avec tout un luxe de siphonage.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ croit que M. Constantin Paul forme un groupe isolé à propos des lavages, il ne faudrait pas croire, ajoute M. Beaumetz, que nous n'en faisons jamais. Quand le pus est louable, nous ne lavons pas, mais s'il y a une odeur fétide nous lavons.

LECTURE

Prostitution et syphilis chez les insoumises mineures. — **M. COMMENGE** lit, sur ce sujet, un travail, dans lequel il démontre, en se basant sur un grand nombre de chiffres statistiques, que les insoumises mineures constituent à Paris un des éléments importants de la prostitution clandestine, contribuant ainsi, pour une large part, à la propagation de la syphilis.

Il termine en exprimant le vœu que l'Académie réclame des pouvoirs publics une loi de police sanitaire réglant et fortifiant l'intervention administrative, en particulier à l'égard des mineures, et permettant d'atteindre la provocation partout où elle se produit.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies du foie (1), par LABADIE-LAGRAVE.

Le « Traité des maladies du foie » de M. Labadie-Lagrave est le tome VI, de la collection de traités de médecine dont la publication a été entreprise par lui en collaboration avec M. le professeur Germain Sée.

Les travaux sur les maladies du foie et sur le rôle de cet organe dans la pathogénie ont été très nombreux et très importants, depuis quinze ans. On peut dire, en quelque sorte, que la personnalité de cet organe s'est trouvée affirmée d'une façon inattendue, tant au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologiques que de la clinique. Les traités de Frerichs et de Murchison, l'article remarquable du Dictionnaire de Dechambre, quelles que soient, d'ailleurs, leurs grandes qualités, ne sont plus au courant. Le livre de M. Sabourin est surtout l'exposé des recherches personnelles de l'auteur et de sa conception originale des maladies du foie. L'heure était certainement venue de rassembler les travaux publiés, de les réunir dans un exposé didactique : l'opportunité d'une semblable publication est hors de doute.

(1) In-8°. Prix : 18 francs. — Paris, Ve Babé et Cie.

Ce traité est divisé en cinq parties :

La première est consacrée à l'anatomie médicale et à la physiologie du foie. C'est un préambule plus nécessaire encore pour le foie que pour les autres viscères. Sans lui, on comprendrait mal la pathologie générale dans ses rapports avec l'appareil hépato-biliaire.

Dans la deuxième partie se trouve l'exposé de la pathologie générale du foie et des maladies du foie, considérées dans leur ensemble.

La troisième partie aborde l'histoire des maladies spéciales du foie; la quatrième traite des maladies des voies biliaires. On trouvera, dans ces deux parties, des chapitres d'ensemble sur des questions nouvelles, qui n'ont pas pris place encore dans les traités de pathologie : les ictères infectieux, les hépatites infectieuses, les infections des voies biliaires, etc.

Enfin, la cinquième partie est consacrée aux affections de la veine porte et du péritoine péri-hépatique.

On retrouvera dans cet ouvrage la façon de faire habituelle de M. Labadie-Lagrave, les qualités de simplicité et de clarté qui distinguent habituellement ses écrits. On lui sera reconnaissant d'avoir entrepris et mené à bonne fin le labeur énorme, nécessaire pour réunir et fondre, en un exposé lucide, les nombreux travaux qui ont si profondément rénové la pathologie hépatique.

Leçons cliniques sur les grands symptômes de l'albuminurie (1), par THOM. GRAINGER STEWART; traduct. par le docteur BEUGNIES.

Ce petit livre n'est pas un traité régulier académique de l'albuminurie et des néphrites; il n'a pas l'intention d'épuiser la matière; il renferme la façon de voir d'un éminent praticien qui a beaucoup observé par lui-même. C'est avant tout un résumé de pathologie dans lequel la clinique et la pratique ne sont jamais perdues de vue. La traduction a été faite sur la troisième édition anglaise : ces leçons ont donc eu en Angleterre un véritable succès. Nous ne doutons pas que les médecins français ne les apprécient également comme elles le méritent et ne fassent bon accueil à l'édition parisienne.

Quelques cas d'hystérie mâle et de neurasthénie (2), par M. le professeur GRASSET; leçons recueillies par M. le docteur S. JEANNEL.

Dans cette nouvelle série de leçons, M. Grasset rapporte plusieurs observations d'hystérie chez l'homme. On y trouvera un résumé très clair et très précis de la neurasthénie, considérée dans sa nature, ses causes, ses symptômes. Signalons des vues originales intéressantes sur les rapports de la neurasthénie avec la dilatation de l'estomac, l'entéroptose, l'arthritisme, l'artério-sclérose.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 29 mars 1892, M. Pouchet, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris.

M. Poncet, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Lyon, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique chirurgicale de ladite Faculté.

— M. Léon Labbé, chirurgien de Beaujon, se présente comme seul candidat républicain, à l'élection sénatoriale qui aura lieu dans l'Orne, le 24 avril prochain.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence

(1) In-16°. Prix : 5 francs. — Paris, Ve Babé et Cie.
(2) In-8°. — Montpellier, C. Coulet; Paris, G. Masson.

pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 3 avril 1892, à neuf heures et demie très précises du matin, à l'École Braille (assistance aux jeunes aveugles, visite de l'école et des ateliers, musique, gymnastique), 7, rue Mangenot, Saint-Mandé.—Tramway Louvre-Vincennes, ou chemin de fer, trains de neuf heures cinq et de neuf heures vingt.

— La commune de Dampierre-sur-Salon, chef-lieu de canton de la Haute-Saône, demande un docteur en médecine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — **1 an : 30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — **1 an : 35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'albuminurie chez les phthisiques.

Par le docteur P. LE NOIR.
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'albuminurie s'observe dans le cours de la plupart des maladies chroniques; elle est signalée par tous les auteurs parmi les complications de la phthisie pulmonaire, mais les uns la considèrent comme un phénomène peu fréquent et sans grand intérêt, tandis que d'autres lui accordent une grande valeur au point de vue pronostique.

I

Bright, en 1827, n'ayant rencontré qu'une seule fois l'albuminurie chez les phthisiques qu'il observait, en conclut qu'il y a antagonisme entre la phthisie et l'albuminurie, « et que la constitution tuberculeuse ne prédispose pas à l'affection des reins ».

Martin Solon, en 1838, n'admet pas davantage l'influence de l'une des deux affections sur l'autre, il reconnaît cependant qu'à l'autopsie des brightiques, il est fréquent de constater l'existence de tubercules dans les poumons, mais il suppose que l'altération rénale favorise, dans une certaine mesure, le développement de la phthisie au même titre que les autres affections chroniques des viscères. « Ces diverses altérations, dit-il, ne paraissent point se développer sous la dépendance réciproque les unes des autres, mais on conçoit que les lésions du poumon, comme celles du foie et de tous les autres organes, se développent chez les sujets dont le tissu rénal peut devenir le siège d'une organisation semblable à celle qu'il offre dans la maladie de Bright. »

Berthot (1) ne veut voir, dans l'albuminurie des phthisiques, qu'un symptôme sans valeur. Grégory, Christison, en 1831, citent les lésions rénales parmi les altérations secondaires à la phthisie.

(1) BERTHOT. *Considérations sur l'albuminurie dans ses rapports physiologiques et pathologiques*, 1853.

Tissot (1), sur 17 cas de mal de Bright, observe 7 fois la tuberculose pulmonaire.

Rayer, le premier, a attiré l'attention sur l'importance de l'albuminurie chez les phthisiques (2). Il a poursuivi l'étude de cette complication au point de vue clinique et anatomo-pathologique; il a recherché systématiquement l'albumine dans les urines. « En faisant des recherches d'une manière générale sur les urines des malades de mes salles, j'ai trouvé nombre de personnes atteintes de phthisie pulmonaire et qui ne présentaient aucune apparence d'hydropisie, ni aucun autre symptôme que ceux de la phthisie pulmonaire ou de la cachexie tuberculeuse, excepté que leurs urines étaient notablement chargées d'albumine. »

Rayer considère cette complication comme aggravant notablement le pronostic de la phthisie. Il pense que, le plus souvent, la néphrite est secondaire, tandis que la tuberculose pulmonaire ne se développe que rarement sous l'influence de la maladie du rein.

Becquerel (1841) observe le mal de Bright dans un dixième des cas de tuberculose pulmonaire.

Sinapian, Finger, Parkes signalent la fréquence de l'albuminurie chez les phthisiques.

Montanier fait remarquer que les urines peuvent n'être albumineuses que d'une façon passagère.

MM. Jaccoud (1860), Lorrain, Abeille, Cornil (1864), Gubler (1865) ajoutent quelques faits aux observations déjà connues.

Gubler et M. Jaccoud introduisent cependant dans cette étude une notion nouvelle, celle de l'albuminurie dyscrasique. Avant eux, l'albuminurie avait toujours été envisagée comme l'indice d'une lésion rénale indépendante de la tuberculose ou survenant à titre de complication. Ces auteurs, tout en admettant que souvent l'albuminurie est sous la dépendance d'une néphrite, font une large part aux modifications chimiques du sang dans la pathogénie de ce symptôme.

Dès lors, l'albuminurie trouve une place au chapitre des complications dans tous les traités de la phthisie pulmonaire ou dans les traités des maladies des reins (Hérard et Cornil, Rosenstein, Labadie-Lagrave, Lecorché et Talamon).

Des monographies récentes ont, en outre, été consacrées à l'étude du rein des tuberculeux : Lacombe (1874), Pié-

(1) TISSOT. *De l'hydropisie causée par l'affection granuleuse des reins*, 1833.

(2) RAYER. *Traité des maladies des reins*, t. II.

dallu, Gauché, Torkomian (1884), Durand-Fardel (1886), Cayla (1887), Coffin (1890), Pernice (1890), V. Kahlden (1889), Tissier.

L'étude des signes cliniques se complète parallèlement aux recherches anatomo-pathologiques et l'examen des urines fait reconnaître l'albuminurie chez un grand nombre de malades observés.

II

Quelle est la fréquence de cette complication dans le cours de la tuberculose pulmonaire? Les chiffres les plus différents ont été indiqués. Parkes donne une proportion de 3,6 p. 100; Landrieux, 4,5; Piédallu, 5,5; Abeille, 8; Gauché, 20; Finger, 24,7; Le Noir, 30,48. Comme on le voit, les divergences sont grandes; il est possible de les expliquer en supposant que les recherches n'ont pas été effectuées systématiquement et que les réactifs employés n'étaient pas également sensibles.

Mais, comme nous le verrons plus tard, l'étude clinique montre de grandes variétés dans ces cas d'albuminurie.

Aussi, dans cette étude, convient-il de passer en revue séparément les causes générales de la production de l'albuminurie et de voir celles qui se rattachent plus ou moins directement à l'évolution de la phthisie.

Ces conditions pathogéniques peuvent se grouper de la façon suivante : altérations du filtre rénal, modifications physiques du phénomène de la filtration urinaire, modifications chimiques du liquide filtrant.

Il convient de remarquer que ces trois groupes pathogéniques peuvent s'associer et concourir à déterminer une albuminurie permanente ou temporaire.

L'albuminurie dépend-elle de lésions rénales; ces lésions peuvent être considérées tantôt comme produites par l'infection de l'organe par le bacille tuberculeux, tantôt comme le résultat de la déchéance générale de l'organisme.

Dans le premier cas, il s'agit d'altérations spécifiques, infectieuses et tuberculeuses; dans le second, d'altérations banales, communes à toutes les maladies chroniques, fébriles et suppuratives. Nous rappellerons seulement les travaux de Baumgarten, Futterer, Durand-Fardel. Ces auteurs ont étudié la granulation tuberculeuse et la localisation du bacille tuberculeux; ils ont constaté la présence de cet agent infectieux dans les glomérules, dans les tubes, dans les espaces interstitiels et encore dans la cavité des vaisseaux. Coffin considère la néphrite des tuberculeux comme une néphrite mixte appartenant au groupe des néphrites infectieuses. Kahlden signale la fréquence des lésions parenchymateuses; il décrit les altérations des cellules endothéliales des capillaires glomérulaires (dégénérescence graisseuse et granuleuse) et des dégénérescences de même ordre dans l'épithélium des tubes contournés.

Parmi les lésions banales du rein que l'on rencontre à l'autopsie des tuberculeux, se trouvent des néphrites également infectieuses, mais provoquées non plus par le bacille de Koch, mais par des streptocoques ou des diplocoques; comme l'a démontré Pernice, ce sont de véritables infections rénales secondaires.

Presque toutes les lésions du rein ont été indiquées parmi les complications de la phthisie, depuis la simple congestion jusqu'aux néphrites les plus accentuées : néphrite aiguë (Torkomian); néphrite parenchymateuse (Rayer-Piédallu); néphrite interstitielle (Lancereaux, Gauché); dégénérescence graisseuse, amyloïde.

Dans 50 p. 100 des cas nous avons trouvé, à l'autopsie des phthisiques, des altérations notables du parenchyme rénal; dans ces cas il s'agit, le plus fréquemment, de lésions diffuses, de véritables néphrites mixtes (1).

Mais toutes ces lésions ne jouent pas un rôle d'égale importance dans la production de l'albuminurie et souvent il ne paraît y avoir aucune corrélation entre l'intensité des lésions constatées à l'autopsie et la gravité ou la durée de l'albuminurie observée pendant la vie du malade. Les altérations rénales, même les plus accentuées, peuvent ne pas s'accompagner d'albuminurie (Dieulafoy, Jeanton).

Dans le cours de la tuberculose rénale, on voit rarement des modifications de la sécrétion urinaire quand l'infection du rein est primitive (Tapret).

La maladie pulmonaire a, le plus généralement, débuté bien longtemps avant l'apparition de l'albuminurie ou même avant tout symptôme qui ait permis de supposer l'existence d'une néphrite. L'on est alors en droit d'admettre que la tuberculose est l'affection primordiale. Il est cependant des cas où l'observation inverse peut être faite et où l'on peut se demander si la détérioration de l'organisme causée par la maladie du rein n'aurait pu favoriser l'infection bacillaire des poumons. Cette dernière opinion était soutenue par Rayer, tandis que Bright et Martin Solon avaient émis l'opinion contraire.

III

Albuminurie dyscrasique. — En dehors des albuminuries d'origine rénale, Gubler reconnaissait trois autres facteurs dans la production de l'albuminurie des phthisiques : l'anoxémie, résultat de la diminution du champ respiratoire ou de troubles dans la circulation; la perversion fébrile des oxydations; enfin la superalbuminose due à des troubles généraux de la nutrition.

Ces conditions pathogéniques se réduisent à deux pour M. Jaccoud. D'une part, des modifications chimiques dans la transformation des albuminoïdes, par suite de l'insuffisance de l'hématose, et, d'autre part, des troubles circulatoires déterminant mécaniquement la congestion des principaux organes.

MM. Lecorché et Talamon admettent que l'albuminurie, dans la phthisie chronique, est liée soit à des troubles gastro-intestinaux, soit à des poussées inflammatoires aiguës, soit encore à des troubles vasculaires d'origine fébrile ou circulatoire.

Nous voyons que la fièvre, la dyspnée, les troubles gastriques, la diarrhée, les modifications dans la circulation ont été invoqués. Nous devrons donc étudier une albuminurie fébrile, dyspnéique, dyspeptique, intestinale; à ces deux dernières se rattachera naturellement l'albuminurie liée à une affection hépatique.

Nous verrons enfin quelle part doit être réservée aux troubles urinaires résultant d'une insuffisance dans les fonctions du cœur. Mais la nutrition des phthisiques diffère tellement de la nutrition normale, qu'il survient dans les milieux chimiques des changements suffisants pour produire une autre variété d'albuminurie. Il faut ranger im-

(1) Pour plus de détails, voir Coffin. Le rein tuberculeux, *Gaz. des hôpit.*, 1890, p. 453.

médiatement après les albuminuries d'origine toxique.

Enfin, dans deux derniers paragraphes, nous verrons que ces causes peuvent coexister pour produire une déchéance générale de l'organisme, et que l'état cachectique de ces malades suffit à expliquer la présence de l'albuminurie qui n'apparaît alors que dans les derniers moments de la vie.

1° *Albuminurie fébrile.* — La fièvre, ou pour mieux dire l'hyperthermie, a été invoquée bien souvent pour expliquer l'apparition de l'albuminurie dans le cours des maladies fébriles. Et, en effet, l'expérimentation permet, en élevant artificiellement la température centrale d'un animal, d'observer, comme l'a fait M. Capitan, les modifications de la sécrétion urinaire. Si l'élévation thermique dépasse 2 degrés, l'albuminurie apparaît, mais aussi, quelquefois, l'on constate la présence de globules sanguins et de cylindres. Ce qui permet d'invoquer généralement la production d'une néphrite.

Il n'est pas possible de négliger, cependant, les modifications chimiques que présente le sang dans le cours des maladies fébriles. Ces modifications se traduisent par l'élimination de matières albuminoïdes anomales, présentant des réactions spéciales, comme Liebermeister et Gehrardt l'ont démontré. Il ne faut donc pas perdre de vue que malgré la complexité des éléments qui interviennent ici, l'hyperthermie seule serait capable de déterminer, par un mécanisme quelconque, le passage de l'albumine dans les urines. La statistique permet de faire la part qui revient à la fièvre dans l'albuminurie des phthisiques.

Tandis que, chez les malades dont la température est inférieure à 40 degrés, l'urine contient de l'albumine dans un quart ou un cinquième des cas; lorsque, au contraire, la courbe thermique s'élève au-dessus de 40 degrés, les urines sont albumineuses deux fois sur trois : ce qui permet d'incriminer l'hyperthermie, c'est que les troubles de la fonction urinaire suivent pas à pas la courbe thermique, persistant lorsque la fièvre se maintient, disparaissant lorsque le thermomètre descend au-dessous de 40 degrés.

L'influence de la fièvre est donc hors de doute; cependant, elle n'intervient que dans un nombre relativement restreint de cas. Les malades albuminuriques observés sont, en effet, pour la plupart apyrétiques, ou tout au moins leur température est peu élevée.

2° *Albuminurie dyspnéique.* — Nous avons vu que la dyspnée agirait sur la sécrétion rénale, soit directement par insuffisance d'hématose, soit indirectement par trouble circulatoire. Telle est l'opinion défendue par Gubler et M. Jaccoud.

La dyspnée est, en effet, un phénomène ordinaire chez les phthisiques, mais elle reste généralement modérée. Il faut, de plus, remarquer que, loin d'être la cause de l'albuminurie, elle peut être une des manifestations d'une affection brightique. Notons enfin que le champ respiratoire peut être brusquement diminué par la production d'un pneumo-thorax et que, par suite, une dyspnée très intense peut survenir sans que les urines présentent rien d'anomal.

3° *Albuminurie dyspeptique.* — Les troubles digestifs suffisent à déterminer le passage de l'albumine dans l'urine. C'est un fait que les travaux d'Andrew Clark, Bendall, Cl. Bernard, Tegart, M. Bouchard ont rendu évident. Or, la dyspepsie est extrêmement fréquente chez les phthisiques. Quelle que soit l'interprétation proposée pour expliquer ces troubles gastriques, qu'elle soit cause (Broussais, Beau, Bouchard, Le Gendre) ou effet (Andral, Louis, Bourdon, Guéneau de Mussy, Marfan), elle provoque souvent l'albuminurie. Elle détermine, en effet, des altérations dans l'assimilation et la nutrition (modifications du chimisme stomacal, signalées par Bringer, Chelmonski, Quinquaud). Cette influence des troubles dyspeptiques est bien mise en lumière par la comparaison de la proportion des cas d'albuminurie, d'une part chez les phthisiques atteints de dilatation stomacale, et, d'autre part, chez les phthisiques non dilatés. Chez les premiers, l'albuminurie se rencontre 43 fois sur 100, tandis qu'elle n'existe que 25 fois sur 100 chez les seconds. Cette complication est souvent temporaire et intermittente, elle subit l'influence de l'aggravation ou de l'amélioration des fonctions digestives.

Il se fait une résorption de l'albumine mal élaborée et, par suite, incapable d'être assimilée, cette albumine joue vraisemblablement le rôle de substance étrangère et est rejetée de l'organisme.

4° *Albuminurie intestinale.* — Les troubles intestinaux ne se manifestent en général qu'à la dernière période de la phthisie; la diarrhée survient, soit d'une façon permanente, soit alternant avec des périodes de constipation. L'intestin des tuberculeux est fréquemment le siège d'altérations diffuses, manifestes surtout au niveau des glandes de Lieberkuhn, comme l'a démontré M. Girode.

La diarrhée s'accompagne presque constamment d'albuminurie, ce n'est pas d'ailleurs là un fait exceptionnel, car Gubler, Fischl, Stiller l'avaient déjà signalé dans le cas de diarrhées un peu graves, d'entérite ou de cholérine. Cette albuminurie de la diarrhée chez les phthisiques peut être parfois considérable et persister aussi longtemps que durent les troubles intestinaux. L'irritation intestinale, la congestion rénale, la spoliation aqueuse, la mauvaise élaboration ou les transformations des matières albuminoïdes, enfin les fermentations anomales expliquent surabondamment le passage de l'albumine dans l'urine. Il faut seulement remarquer qu'il s'agit fréquemment de globinurie pure, caractère qui paraît spécial à cette complication.

5° *Albuminurie hépatique.* — Des causes multiples peuvent provoquer l'augmentation de volume du foie dans le cours de l'infection bacillaire : l'élévation thermique, l'intoxication gastrique et intestinale, l'altération générale de l'organisme, concourent à provoquer les lésions de divers ordres, que l'on a pu constater chez les phthisiques. Il faut y joindre l'alcoolisme si fréquent chez ces mêmes malades. Ces lésions sont la dégénérescence graisseuse (Louis, Murchison, Frerichs), amyloïde, la cirrhose graisseuse, hypertrophique (Hanot), les altérations du foie chez les alcooliques phthisiques (Hutinel, Sabourin).

Mais les troubles de fonctionnement de la glande peuvent-ils provoquer l'albuminurie ? Tandis que MM. Lecorché et Talamon répondent à cette question par la négative, Murchison et Whitla la résolvent par l'affirmative.

M. Bouchard a donné le premier la démonstration expérimentale et clinique d'une albuminurie liée à la congestion du foie. En éliminant les cas où la complexité des phénomènes ne permet pas d'établir la pathogénie de cette complication, on observe l'albuminurie dans un cinquième

des cas environ où le foie est cliniquement augmenté de volume.

6° *Albuminurie par trouble général de la nutrition.* — Il est des cas où l'albuminurie ne se rattache à l'altération d'aucun viscère en particulier, et où il convient d'admettre un trouble général de la nutrition. M. Bouchard a montré la fréquence extrême de l'albuminurie chez les phthisiques diabétiques. Il est vrai que cette complication préexistait souvent à l'apparition de la tuberculose.

7° *Albuminurie cardiaque.* — A la suite des troubles viscéraux, doit se ranger l'albuminurie d'origine cardiaque.

Les signes d'asystolie se traduisent souvent par la petitesse du pouls, l'oligurie, l'œdème et parfois l'albuminurie mais elle n'est pas constante. Cette faiblesse cardiaque est le résultat d'une dégénérescence du muscle, comme c'est le cas dans la myocardite avec dégénérescence graisseuse. Les endocardites (Tripier), les péricardites peuvent également être observées. L'albuminurie, que l'on constate dans ces cas, ne présente rien de particulier à la phthisie et n'apparaît d'ailleurs, généralement, qu'à la période ultime de l'affection.

8° *Albuminurie toxique.* — L'albuminurie dans la dilatation de l'estomac, l'albumine d'origine intestinale doivent résulter en partie de la présence de produits toxiques fabriqués dans le tube digestif, présence démontrée par les travaux de Wagner, Furbringer, M. Bouchard. La désassimilation, profondément viciée dans l'infection bacillaire, doit mettre en circulation, outre des matières albuminoïdes anomales, des matériaux d'ordre toxique. Mais chez les tuberculeux, l'intoxication peut reconnaître une autre origine. Les cavernes pulmonaires contiennent des micro-organismes en grand nombre. Il y a là de véritables cultures bactériennes dont les produits semblent, à première vue, devoir être résorbés et devenir la source de phénomènes morbides nombreux. Esherich, Roland ont appuyé cette hypothèse de recherches expérimentales. Cependant, d'après les recherches de M. Marfan et nos expériences personnelles, la toxicité des crachats paraît assez faible. La question n'est donc pas tranchée, et de nouvelles recherches sont nécessaires à ce sujet.

A cette liste déjà longue des variétés d'albuminurie, il faut encore ajouter celles qui se font dans la période de déchéance de la tuberculose. Les troubles de toutes sortes viennent alors s'associer, mais ce qui domine dans le tableau clinique, est un état cachectique profond. Chez ces malades, dont les fonctions digestives, intestinales, circulatoires sont altérées, la nutrition générale est totalement pervertie.

Enfin, dans les derniers moments de la vie, l'albumine apparaît dans les urines comme dans celles de tous les moribonds (Gubler).

IV

Étude clinique de l'albuminurie chez les phthisiques. — L'albuminurie s'observe à toutes les périodes de la maladie, accompagnée ou non de modifications dans la composition de l'urine. Les circonstances qui agissent sur la qualité de la sécrétion urinaire peuvent, en outre, provoquer l'albuminurie.

Il faut différencier de l'albuminurie vraie, c'est-à-dire de celle où la matière albuminoïde a été sécrétée par le rein, la fausse albuminurie, due à la présence du pus dans l'urine. La suppuration provient alors, soit du rein (tubercules ramollis, cavernes tuberculeuses du rein), soit de la vessie.

L'albumine se rencontre dans l'urine en proportion forte, faible ou modérée; dans deux cinquièmes des cas, l'albuminurie est considérable et peut être dosée.

L'analyse chimique démontre d'ordinaire la coexistence de la sérine et de la globuline dans ces urines albumineuses; toutefois, on observe, assez rarement il est vrai, des cas de globulinurie pure où la matière précipitée par les réactifs ne contient pas de sérine. Si l'albuminurie est un peu considérable, la sérine existe, en proportion de beaucoup supérieure à la globuline; mais le rapport de l'une à l'autre de ces substances varie chez les différents malades et dans le cours même de la maladie.

Enfin, on voit l'albuminurie s'accompagner de glycosurie ou d'indicanurie.

Il ne faut jamais négliger, dans le cours de la tuberculose, si les urines deviennent albumineuses, d'examiner les sédiments; on en tirera des renseignements utiles pour le diagnostic et le pronostic.

Les globules du pus, les bacilles tuberculeux se rencontrent dans le cas de tuberculose vésicale ou de pyélite tuberculeuse. L'élimination de bacilles par le rein est démontrée, cependant, par les expériences de MM. Landouzy, Charrin et Karth. Mais ce doit être un fait au moins assez rare.

La présence de cylindres hyalins ou granuleux est en faveur d'une altération rénale.

La toxicité urinaire des urines albuminuriques des phthisiques est inférieure à la normale, mais si on la compare à la toxicité urinaire des tuberculeux non albuminuriques, on constate tantôt une augmentation, tantôt une diminution. Ces faits trouvent leur explication dans les modifications si grandes apportées à la nutrition.

L'albuminurie est permanente, temporaire ou intermittente.

Permanente, l'albuminurie est parfois notable, mais elle est essentiellement variable dans son intensité.

L'albuminurie temporaire peut exister pendant un jour, parfois pendant des semaines, et disparaître pour toujours ou ne plus reparaître que longtemps après. Elle est sous la dépendance de troubles généraux également temporaires et son intensité est influencée par la gravité de la cause qui l'a produite. L'albuminurie intermittente se rattache le plus souvent à l'hyperthermie ou à la production de troubles digestifs. Dans ces cas, l'urine est normale chaque jour, à certaines heures, et l'examen doit être répété plusieurs fois par jour pour faire reconnaître la présence de l'albumine le matin et le soir pendant quelques heures.

Enfin, il se peut que l'urine du soir seule soit albumineuse, l'urine du matin étant normale.

Tandis que le sexe paraît sans influence sur la fréquence de l'albuminurie dans la phthisie pulmonaire, les chiffres varient considérablement, quand on tient compte de l'âge des malades. Chez les adolescents, l'albuminurie est très fréquente, tandis qu'elle diminue dans la période moyenne de la vie.

Nous devons examiner quelles sont, parmi les différentes formes de la tuberculose, celles qui s'accompagnent le plus

fréquemment de la complication que nous étudions.

Dans la phthisie aiguë, l'albuminurie s'observe fréquemment, il est permis de penser qu'elle doit pour une part être rapportée à une détermination de la maladie sur l'appareil rénal. La tuberculose secondaire du rein peut provoquer également l'apparition de l'albumine.

Lorsque la phthisie prend une allure rapide ou lorsqu'il se produit une poussée aiguë dans le cours d'une tuberculose chronique, on observe aussi l'albuminurie, mais l'élévation seule de la température suffit à modifier la composition de l'urine.

Par contre, dans la forme chronique, ce sont les cas à longue évolution qui montrent le plus souvent de l'albumine dans l'urine. Pour Lasègue : « Les broncho-pneumonies dégénératives, celles qui éclatent avec un début presque franchement inflammatoire, qui s'éteignent à demi, se fixent et se transforment en aboutissant à une tuberculisation particulière, donnent surtout lieu à l'albuminurie. »

Si l'on tient compte de la gravité de la lésion pulmonaire, on observe que plus de la moitié des phthisiques albuminuriques sont arrivés à la troisième période, et que plus d'un quart sont porteurs de lésions peu avancées ; c'est à la seconde période que, contrairement à ce que l'on pourrait croire, la proportion est la plus faible (12 phthisiques à la deuxième période sur 100 albuminuriques). Il n'y a donc pas parallélisme entre la gravité de la lésion pulmonaire et la fréquence de l'albuminurie.

Mais l'étude des cas particuliers permet d'établir des différences très marquées entre les modalités cliniques de la complication observée au début ou à la fin de la maladie. Au début, les urines ne sont que faiblement albuminuriques et souvent d'une façon temporaire ou intermittente. Il existe fréquemment des troubles de la digestion.

Au dernier degré, l'albuminurie peut être liée à une lésion rénale d'une part, comme aussi elle peut être sous la dépendance de la fièvre ou de la diarrhée.

Dans la période intermédiaire où l'albuminurie est relativement rare, la fièvre est insuffisante pour provoquer le passage de l'albuminurie, la diarrhée est moins fréquente, et l'appétit diminuant, l'alimentation est insuffisante ; là se trouvent les causes qui expliquent cette apparente anomalie.

L'albuminurie passera facilement inaperçue dans le cours de la phthisie, si l'attention n'est pas attirée par quelque signe qui fasse rechercher cette complication.

Ces signes sont, en général, peu marqués et l'examen des commémoratifs permet de faire remonter le début de l'albuminurie bien longtemps avant que quelque symptôme n'ait été assez intense pour être remarqué soit par le malade, soit par le médecin.

Les douleurs dans la région rénale, les névralgies lombaires ou intercostales sont assez peu accentuées et font d'ailleurs souvent défaut.

La polyurie, la pollakiurie, la sécheresse de la peau devront, au début, attirer l'attention. L'œdème des extrémités est loin d'être rare dans le cours de la tuberculose ; mais souvent aussi il ne s'accompagne pas d'albuminurie. Les thromboses veineuses, l'état cachectique des malades déterminent un œdème unilatéral permanent ou non, au moins aussi souvent que les lésions rénales. D'autres fois, à la période ultime de la phthisie, le cœur faiblit, l'œdème apparaît et l'albuminurie ne survient que plusieurs jours après.

Pachot a signalé une autre cause d'œdème spéciale à la tuberculose. Il s'agit d'une infiltration des membres inférieurs survenant dans le cours d'une pneumonie chronique concomitante à la phthisie. Dans ce cas, on ne constaterait rien d'anormal dans l'urine.

Quelques caractères, appartenant cependant plus spécialement à l'œdème lié à l'albuminurie, permettent de reconnaître cette complication chez les phthisiques. La bouffissure de la face, le gonflement des paupières, la généralisation rapide de l'œdème sont des signes qui devront attirer l'attention sur les modifications urinaires.

L'examen du cœur ne doit pas être négligé.

D'après Torkomian, certains troubles cardiaques, observés chez les phthisiques, sont d'origine rénale. Tels sont l'accentuation et l'affaiblissement des contractions cardiaques, l'apparition d'un souffle méso-systolique ou extracardiaque, quelquefois aussi un bruit de galop. M. Potain a noté un abaissement de la pression artérielle, sans modification de la température.

Récemment, M. Marfan a attiré l'attention sur l'abaissement de la pression artérielle chez les phthisiques. Ce serait dès lors un symptôme qui n'aurait plus rien de spécial à l'albuminurie.

Mais l'appareil respiratoire lui-même peut être influencé par la complication qui nous occupe. Chez un phthisique albuminurique, il est fréquent de voir augmenter la gêne respiratoire, parfois même la dyspnée devient très forte.

Deux cas se présentent : ou l'auscultation du poumon ne fera reconnaître aucune modification dans l'étendue des lésions, mais les urines sont devenues rares, l'albumine y est abondante, enfin la dyspnée est survenue brusquement, parfois même elle présente le type de Cheyne-Stokes, c'est là une dyspnée urémique.

Mais, d'autres fois, l'examen pulmonaire a montré que des troubles nouveaux se sont produits dans l'appareil respiratoire, une bronchite a envahi les deux poumons ; ou bien encore on observe les signes d'une broncho-pneumonie, et l'on pourrait se demander s'il ne s'agit pas d'une extension de la maladie tuberculeuse. Là encore, nous avons affaire à des symptômes secondaires sous la dépendance de l'albuminurie, c'est ce que prouve la marche de cette nouvelle lésion pulmonaire.

Les bronchites albuminuriques, compliquant la tuberculose pulmonaire, sont bien connues dans leurs différentes modalités cliniques, depuis la description si complète qu'en a donnée Lasègue dans son article sur les bronchites albuminuriques. Cet auteur insiste sur la gravité pronostique de ces bronchites.

Les autres signes de l'albuminurie chronique sont loin de présenter la même valeur que les précédents. Les troubles nerveux ou sensoriels n'ont rien de spécial.

Les troubles digestifs, diarrhée, vomissements, etc. se confondent souvent avec les symptômes liés à la marche de la maladie primitive.

Rayer, et après lui différents auteurs, ont noté la sécheresse de la peau et l'absence de sueurs chez les tuberculeux albuminuriques. Ce fait ne semble pas être général, en tous cas, il fait souvent défaut. Il en est de même de l'abaissement thermique signalé par Williams ; il est vrai, cependant, que les phthisiques albuminuriques peuvent présenter des lésions avancées de parenchyme pulmonaire, sans que la température s'élève au delà de 39 degrés.

Si nous envisageons, d'une façon générale et pour donner une vue d'ensemble, les différents cas observés, nous voyons que l'albuminurie se présente sous plusieurs aspects.

L'albuminurie d'origine rénale se montrera dans le cours d'une tuberculose chronique, à marche lente, les urines diminueront de volume, elles contiendront des cylindres. De plus, l'albuminurie forte ou faible sera constituée par les deux matières albuminoïdes du sang, mais l'augmentation de la globuline sera toujours un signe d'aggravation, L'urémie peut survenir et affecter soit la forme dyspnéique, soit la forme cérébrale. Cette albuminurie est liée, en premier lieu, à la néphrite parenchymateuse, ensuite à la néphrite mixte ou interstitielle, tandis que la tuberculose rénale reste souvent bien longtemps latente.

Dans une autre forme clinique, l'albuminurie présente des variations soit dans sa durée, soit dans son intensité; elle est liée à une altération de l'état général et est en rapport avec l'augmentation de la température ou avec l'apparition de la diarrhée. La globuline constitue la majeure partie, parfois même la totalité des matières albuminoïdes.

L'albuminurie fébrile est intermittente si la fièvre est elle-même intermittente; celle qui reconnaît pour point de départ une entérite se distingue par la présence de l'indican dans l'urine.

Il est une forme d'albuminurie que l'on observe à toutes les périodes de la phthisie, c'est l'albuminurie dyspeptique. C'est au commencement de la maladie qu'elle apparaît le plus souvent, l'alimentation se faisant encore d'une façon suffisante. Elle revêt différents types; elle est surtout variable dans son évolution, temporaire ou intermittente; elle ne s'établit d'une façon persistante que tout à fait exceptionnellement. Mais, d'autre part, sa disparition n'est jamais définitive, on l'observe plusieurs fois dans le cours de la maladie.

Intermittente, l'albuminurie n'apparaît d'ordinaire que deux à trois heures après les repas et persiste pendant deux, trois ou quatre heures, elle se dose souvent par quelques centigrammes. Ce n'est que par l'examen de plusieurs échantillons d'urine, que l'on peut s'assurer de l'origine de cette albuminurie; elle s'accompagne parfois d'intermittences cardiaques, de bruit de galop, de refroidissement des extrémités, de céphalée, de diarrhée.

A côté de l'albuminurie dyspeptique, nous rangerons l'albuminurie liée à la congestion du foie, qui se confond, dans certains cas, avec l'albuminurie de la dilatation de l'estomac, et qui peut en être indépendante, mais qui, au point de vue de la symptomatologie, s'en rapproche singulièrement; c'est une albuminurie temporaire mais non intermittente et généralement peu abondante.

Quant à leur composition chimique, ces deux variétés d'albuminurie sont des albuminuries à albumine souvent rétractile, et dans lesquelles la sérine paraît entrer pour la plus grande part.

Enfin, il convient encore de signaler la présence de l'albumine dans les urines de beaucoup de phthisiques, pendant les derniers jours de la vie; il ne faut pas confondre cette albuminurie ultime ou terminale, avec l'albuminurie agonique, qui, elle, est presque constante. L'albuminurie ultime ne se rattache à aucune cause bien déterminée, elle persiste jusqu'à la mort, et c'est souvent une globulinurie pure sans cylindres urinaires.

V

Diagnostic. — La présence de l'albumine est facile à établir, il suffit de faire des analyses fréquentes et à différentes heures de la journée pour ne pas laisser échapper une albuminurie intermittente. Il faut, en outre, établir la nature de cette complication; la constatation d'une albuminurie permanente (sérine et globuline), la présence de cylindres feront penser à l'existence d'une maladie rénale.

Au contraire, l'albuminurie faible ou intermittente éveillera l'idée d'un trouble gastro-intestinal ou hépatique et l'examen clinique révélera souvent l'existence d'une dilatation gastrique ou d'une augmentation de volume du foie.

La constatation simultanée de la diarrhée, de l'albumine dans l'urine, peut aussi bien faire supposer la dégénérescence amyloïde du rein que l'albuminurie diarrhéique. Dans les deux cas, il s'agit surtout de globulinurie. L'antisepsie intestinale permettra fréquemment de supprimer l'albuminurie et d'établir le diagnostic.

Enfin, si l'on a affaire à une forme fébrile mais non aiguë de tuberculose, l'on ne sera en droit de rapporter l'albuminurie à l'hyperthermie que lorsque la température est supérieure à 40 degrés.

L'étude des autres symptômes ne devra pas être négligée pour établir ou confirmer ce diagnostic étiologique.

Pronostic. — Toutes les formes d'albuminurie n'ont pas la même valeur au point de vue du pronostic de la phthisie.

Les unes n'ont d'autre importance que celle de la complication qui leur a donné naissance : fièvre, diarrhée, dyspnée.

L'albuminurie d'origine rénale est toujours une complication grave. L'urémie, l'œdème pulmonaire, les bronchites, les hémoptysies sont autant de complications qui viennent se surajouter par le fait de la lésion rénale et qui peuvent accélérer la marche de la maladie.

L'albuminurie, chez les phthisiques diabétiques, implique toujours une gravité exceptionnelle. Si la dilatation de l'estomac, si la congestion hépatique s'accompagne d'albuminurie, ce sera l'indice que la nutrition est assez altérée pour faire craindre une évolution rapide.

L'apparition de l'albumine à la troisième période de la phthisie, sans cause immédiate, est d'un pronostic grave et indique une terminaison rapide.

VI

Traitement. — L'albuminurie ne devra, en aucun cas, faire abandonner les points essentiels du traitement de la phthisie.

Les moyens hygiéniques, en particulier l'aération, le séjour à la campagne, trouvent leur application dans tous les cas et agissent utilement contre la maladie principale et contre la complication. Seule l'hygiène alimentaire devra être surveillée. Dans le cas d'affection rénale, on évitera d'obtenir la suralimentation avec des aliments qui pourraient introduire des matériaux toxiques (bouillon, extrait de viande, peptones), le lait, les œufs seront, au contraire, indiqués.

Le régime alimentaire appliqué à la dilatation de l'estomac pourra permettre l'introduction de substances alimentaires riches en azote sous un petit volume.

Quant au traitement médicamenteux, il ne devra pas être abandonné, la créosote, notamment, sera prescrite sans danger d'intoxication.

MÉTALLOTHÉRAPIE

Hysteria major. Paraplégie et vomissements nerveux incoercibles datant de cinq ans, crises nerveuses, etc. Guérison par l'or.

Par M. le docteur MORICOURT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Je publie aujourd'hui l'observation d'une malade que j'ai eu la bonne fortune de soigner avec mon savant maître et ami, M. le docteur Dumontpallier, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Mlle X..., dix-neuf ans, nous fait appeler le 8 mars 1891, pour une paraplégie et des vomissements incoercibles. Ces accidents sont survenus il y a cinq ans, après la mort de son père, qui a succombé à un catarrhe pulmonaire et à une maladie de cœur dont il souffrait depuis quinze ans. Il avait, paraît-il, des crises pendant lesquelles il perdait connaissance.

Sa mère et ses deux sœurs se portent bien.

Tout enfant, elle eut des convulsions internes, qui laissèrent après elles une paralysie de la langue. La parole ne revint qu'à l'âge de cinq ans.

A huit ans, fièvre typhoïde grave, qui aurait été suivie d'une récidive au bout d'un an. A partir de ce moment, sa santé fut ébranlée par des accidents divers, notamment par des épistaxis abondantes, hiver comme été.

De neuf à quatorze ans, elle fut prise de sortes d'accès de fièvre très violents, qui consistaient en un sommeil avec ronflements, suivi de délire pendant vingt-quatre heures.

A son réveil, elle était prise d'épistaxis, d'anorexie et de courbature pendant trois jours. Les médecins qui la soignaient lui prescrivirent alors du sirop de fer.

Au moment des règles, ou sous l'influence de la moindre émotion morale, elle devenait d'une grande irritabilité et avait des pleurs ou des rires involontaires.

Quatre ans avant d'être paralysée, elle était devenue très myope et la pupille était dilatée.

Le 5 décembre 1884, après la mort de son père, mouvements choréiques violents, maux de tête, obscurcissement de la mémoire, insomnies et cauchemars dans lesquels elle voyait une fosse et l'ombre de son père; accès de somnambulisme; dans l'un d'eux, elle voulut une fois se jeter par la fenêtre.

En mars 1885, disparition complète de l'appétit, du sommeil et des règles. La malade éprouve des douleurs dans les jointures; elle peut remuer ses jambes quand elle est couchée, mais ne peut se tenir debout; elle est obligée de s'aliter. M. le docteur C..., qui la soigne, lui trouve une grande anémie.

Tous les jours, à sept heures du matin, elle est prise d'une toux nerveuse, qui ne s'atténue que très faiblement à partir de deux heures du matin.

Cette toux résiste au bromure de potassium, au chloral, aux piqûres de morphine, au sirop de codéine, à la valériane et au cyanure de zinc. Elle ne cède que le 25 mars, après l'administration, pendant huit jours, du valérianate de quinine, mais pour être remplacée par du délire, dans lequel elle voit des bières et le cadavre de son père.

4 avril 1885. Fièvre avec élévation très notable de la température et délire, dans lequel elle se croit à l'hôpital, et dit porter un nom qui, à son réveil, lui est totalement inconnu. Insuccès des pointes de feu, des pulvérisations d'éther, de l'arséniate de strychnine et de l'oxyde de zinc.

Du 18 avril au 1er mai, danse de Saint-Guy, contre laquelle échouent : les polybromures, le sirop du docteur Gélineau, les bains sulfureux et les douches avec l'arrosoir. La première fut suivie d'une syncope.

A partir du 1er mai, la malade fut prise d'accès qui se renouvelaient parfois jusqu'à dix-neuf fois dans les vingt-quatre heures, et qui étaient ainsi caractérisés : contracture des membres et des mâchoires, donnant lieu à l'ouverture permanente de la bouche pendant une heure; ensuite, sauts et mouvements convulsifs durant quelquefois une heure et demie. A la fin de l'accès, elle ne distinguait plus les couleurs et avait de l'amnésie verbale; elle ne pouvait nommer un couteau, un verre. Elle avait un grand dégoût pour les aliments auxquels elle trouvait une saveur extraordinaire. Le tartrate ferrico-potassique, la quinine, la rhubarbe, la gentiane ne réussirent pas à réveiller l'appétit.

La parésie des membres inférieurs persistait, et il y avait une *insensibilité complète de toute la surface cutanée.*

Les attaques redoublant, M. Charcot fut appelé en consultation. Il fut d'avis de suspendre tout traitement pendant huit jours, et ensuite de prendre, une fois par semaine, un cachet de quinine, des douches et une alimentation abondante.

Mais les douches furent mal supportées; vu l'insensibilité absolue de la peau et la parésie des membres inférieurs, la réaction ne se faisait pas, la malade tombait en syncope et demeurait froide et rigide pendant deux heures. Cependant, au bout de quinze jours, les crises avaient un peu diminué de fréquence, il n'y en avait plus que dix au lieu de dix-neuf, mais elles étaient plus fortes et les contractures plus prolongées.

A ce moment, un fait curieux se produisit : sous l'influence d'un désir satisfait (un objet de toilette qu'elle désirait depuis longtemps), les règles absentes depuis deux mois réapparurent.

Néanmoins, l'anorexie et l'insomnie persistaient. De plus, il était survenu des douleurs dans le dos, dans les mains et dans les bras, ainsi qu'un gonflement général de tout le corps avec des taches violettes de la peau, si bien qu'au bout de trois mois, ce traitement dut être abandonné. On lui avait prescrit aussi de la teinture de mars; mais elle en fut tellement incommodée qu'elle ne put en prendre qu'une seule fois.

Malgré le sulfate de quinine, le laudanum et l'antipyrine, les névralgies de la tête, des yeux, des oreilles et des dents persistaient. Elles avaient seulement été soulagées par le salicylate de soude et le baume tranquille.

A partir du mois de décembre 1885, les crises de convulsions furent précédées de spasmes du larynx pendant vingt minutes, et suivies d'un délire violent, dans lequel elle voyait des salles bondées de malades qui voulaient la tuer; elle insultait ses parents qu'elle ne reconnaissait pas; puis, comme d'habitude, l'image de son père lui apparaissait.

Vers le 20 décembre, ces crises, qui duraient six heures, furent suivies d'accès de somnambulisme, pendant lesquels elle répondait aux questions qu'on lui adressait. S'il faut l'en croire, elle aurait, plusieurs fois, annoncé la mort prochaine de personnes, qui, en effet, succombèrent peu de temps après. Je tiens du confrère qui l'a soignée à cette époque, que, comme la somnambule citée par le professeur Rostan, dans son article MAGNÉTISME du *Dictionnaire de médecine* (1825; t. XIII, p. 430), lorsqu'elle était endormie artificiellement, elle disait l'heure marquée par les aiguilles d'une montre, sans le secours des yeux.

Le 19 janvier 1886, elle eut une crise qui dura soixante-douze heures.

Du 20 au 28 janvier 1886, après deux jours de mouvements convulsifs, survint une crise de délire avec visions de fantômes, de bières, de vautours, etc., pendant six jours. Au bout de ce temps, elle eut une syncope, et, quand elle revint à elle, l'amnésie verbale et l'achromatopsie avaient disparu.

Pendant treize heures, elle reconnut ses parents, et demanda des objets dont elle n'avait pas parlé depuis un an, entre autres la photographie de son père.

Mais, à partir de ce moment, pendant plus de deux ans, jusqu'au 6 avril 1888, de neuf heures du soir à trois heures du

matin, elle retomba dans une suite non interrompue de crises, consistant en une succession de convulsions, de contractures, d'étouffements, de délire, d'accès de colère avec envies de mordre sa main ou tout autre objet et de sommeils d'une heure et demie, avec cauchemars.

Pendant ce temps, les jambes s'étaient atrophiées. Elle éprouvait parfois des douleurs au cœur qu'elle comparait à des piqûres de bête.

Le 1er mars 1886, s'ennuyant dans son lit, elle veut essayer de se lever, mais elle ne peut se soutenir et est prise d'attaques de nerfs. On était obligé de la sortir dans une petite voiture, ce qui lui causait un grand chagrin.

Elle était d'une grande sensibilité à l'orage.

Pendant trois ans, jusqu'au moment où elle vint nous consulter, on lui appliqua des pointes de feu tous les quinze jours.

Le 6 avril 1888, elle éprouva des symptômes de fièvre cérébrale qui parurent s'amender, au bout de quinze jours, sous l'influence de lavements de quinine.

A cette époque, M. le docteur Féré, appelé en consultation, prescrivit des lavages de l'estomac avec de la macération de quassia amara, et du lait coupé avec de l'eau de Vals.

Les vomissements n'en persistèrent pas moins. Il y eut seulement une légère diminution des attaques.

Du 28 avril 1888 au 15 janvier 1889, il n'y eut plus qu'une crise par semaine, dont la durée était moins longue. Mais la malade vomissait toujours. Son médecin lui avait pratiqué, pendant deux mois, sans résultat, l'électrisation de l'estomac.

15 janvier 1889. Les attaques ne se montrent plus que tous les quinze jours, mais leur intensité augmente.

Du 1er décembre 1889 au 10 février 1890, à la suite de l'influenza, violentes migraines, troubles de la vue, et diminution encore plus grande de la mémoire.

Le 10 février 1890, la malade consulte M. Dumontpallier, qui réussit à l'endormir par la fixation du regard dès la première séance. Il lui fit la suggestion. Mais elle s'y montra réfractaire.

Chaque hypnotisation laissait après elle, pendant toute la journée, des vomissements de bile, et les maux de tête, déjà violents, redoublaient d'intensité.

Le 27 février 1890, en présence de l'insuccès de la suggestion, M. Dumontpallier résolut de recourir à la métallothérapie et voulut bien me charger de trouver son métal, tâche difficile, car, comme je l'ai dit, la malade était complètement anesthésique et analgésique sur toute l'étendue de la surface cutanée; elle ne sentait ni le contact, ni la piqûre, et les différents métaux, appliqués à tour de rôle et à vingt-quatre heures d'intervalle sur les deux avant-bras, pendant près d'une heure, ne produisirent aucun résultat.

La malade étant hypnotisable, je proposai à M. Dumontpallier de faire la métalloscopie pendant le sommeil provoqué, comme je l'ai proposé dans mon *Manuel de métallothérapie* (voy. p. 72). On sait, en effet, que, pendant l'hypnose, les sujets présentent souvent une grande sensibilité aux agents extérieurs et notamment aux métaux.

La malade ayant donc été mise en état de somnambulisme, je lui appliquai successivement, sur chaque avant-bras, pendant deux à trois minutes, les différents métaux usuels : acier, cuivre, zinc, étain, or, argent, aluminium, platine, nickel. Deux seulement, l'aluminium, mais surtout l'or, firent ressentir à la malade des fourmillements, une sensation de chaleur, et de la sensibilité aux piqûres.

Nous commençâmes donc le traitement par l'or.

Le 1er mars 1890, à midi, deux pièces de 20 francs sont appliquées sur l'avant-bras droit. A quatre heures seulement, il se produisit, au poignet, une légère chaleur fugitive, qui disparut bientôt et ne se remontra plus qu'à neuf heures du soir.

Le 2 mars 1890, deux pièces d'or ayant été appliquées, à neuf heures, sur l'avant-bras droit, à quatre heures, une épingle enfoncée dans la peau, au niveau des pièces, donna lieu à une sensation de contact, mais non de douleur. Cette sensation se reproduisit quatre fois dans la journée.

Le 3 mars 1890, la sensibilité s'étend vers le coude et persiste deux heures dans le jour; elle dure quatre heures pendant la nuit. Il se produit de la chaleur et de l'urticaire autour des pièces.

La malade prend, trois fois par semaine, un bain aromatique. Mais, à chaque bain, elle éprouve une syncope.

Le 4 mars 1890, la sensibilité persiste à droite depuis le poignet jusqu'au milieu du bras pendant tout l'après midi. A cinq heures, la peau étant redevenue insensible, douleur aiguë qui dure toute la nuit depuis le coude jusqu'à l'extrémité des doigts.

Le 5 mars 1890, elle pousse un cri de joie en sentant, pour la première fois, la chaleur de l'eau dont elle se sert pour faire sa toilette. La sensibilité de l'avant-bras droit dure depuis sept heures du matin jusqu'à cinq heures du soir.

A partir de ce jour, les périodes de sensibilité allèrent en augmentant et les intervalles d'insensibilité en diminuant.

Le 8 mars, après douze heures d'absence, la sensibilité reparait avec des douleurs et des démangeaisons assez vives pour obliger à retirer les plaques.

La constipation tend à disparaître. La malade va à la garderobe tous les deux jours, tandis qu'avant le traitement, elle n'y allait que tous les quinze jours et à force de lavements.

Le 13 mars, apposition de huit plaques d'or, dont deux au larynx, deux en haut du bras droit, et quatre à la jambe droite. A la fin de la journée, il ne s'était encore manifesté aucun effet. Ce n'est que le lendemain que la sensibilité commence à revenir au cou et au bras droit, et qu'elle éprouve une légère chaleur à la jambe droite.

Chaque objet lui semble si lourd qu'elle ne peut le tenir.

Dans toutes ces régions, comme cela avait eu lieu à l'avant-bras, le retour de la sensibilité, d'abord fugitif, devint de plus en plus long et s'accompagna de rougeurs, de fourmillements, de démangeaisons et de douleurs atroces qui obligèrent, le 19 mars, à retirer les plaques. A cette date, elle eut, dans la jambe droite, des crampes qu'elle n'avait pas ressenties depuis cinq ans.

Le 21 mars, il n'y a plus qu'une seule syncope dans le bain au lieu de deux.

Le 23 mars, les spasmes du larynx et les crises d'étouffement disparaissent, en même temps que se montre le retour de la sensibilité gustative.

Le 25 mars, pendant les règles, comme cela avait lieu ordinairement, les autres fois, la sensibilité revient au bras sans le secours d'aucune plaque.

Le 1er avril 1890. Les plaques ont déterminé à la cuisse droite une chaleur cuisante et des cloques contenant une sérosité rousse.

Le 7 avril. Depuis cinq jours, il n'y a plus eu de spasmes, ni d'attaques de nerfs. La malade éprouve un grand bien-être après chaque bain.

Le 15 avril. Les plaques ayant été mises sur la jambe gauche, le retour de la sensibilité n'a pas été accompagné de douleurs comme il l'avait été à droite, ce que la malade attribue à l'usage du baume opodeldoch.

Le 19 avril. Il a fallu trois semaines pour que la sensibilité revienne complètement au bras droit.

La malade n'est pas courbaturée, le matin, à son réveil. Elle a beaucoup moins de visions.

Les deux jambes deviennent de plus en plus fermes.

Le 25 avril, le retour de la sensibilité sous l'influence des plaques est encore une fois accompagné de douleurs terribles qui forcent à les retirer.

Le 26 avril. Les pieds ne sont plus contracturés. La malade, soutenue par ses deux sœurs, a pu se tenir debout, pour la première fois, sans que ses jambes fléchissent. Elle a pu sauter, mais non marcher. Si elle essayait de marcher, ses jambes et ses reins fléchissaient.

Le 28 avril. La malade a pu faire quelques pas. Ses jambes, qui lui paraissent encore très lourdes, ont résisté; mais les reins ont fléchi.

Le 1er mai 1890. Les règles sont venues le 29 et le 30 avril.

La malade, toujours soutenue par ses sœurs, a pu faire deux pas sans que ses jambes et ses reins aient fléchi. Elle éprouve des étourdissements et des vertiges pendant la station debout.

Nous prescrivons des frictions avec le baume opodeldoch, depuis la nuque jusqu'à la chute des reins, et contre les vomissements qui sont toujours aussi intenses : 1° cinq gouttes de laudanum de Sydenham dans un demi-verre d'eau ordinaire, à prendre deux cuillerées à café avant chaque repas ; 2° du champagne coupé avec de l'eau de Vichy, source des Célestins.

Le 7 mai. Au creux de l'estomac, les fourmillements produits par les plaques sont remplacés par des douleurs.

La malade a fait six pas sans fléchir. La durée du sommeil augmente. Un grand orage n'a pas eu d'influence sur elle. Autrefois, elle aurait éprouvé de la contracture sous la langue et une attaque de nerfs.

Le 9 mai. Les douleurs du creux de l'estomac deviennent intolérables. A dix heures du soir, la sensibilité de la muqueuse gastrique se manifeste par une sensation continuelle de froid et d'une grande plaie à vif.

Les jours suivants, ces douleurs internes sont surtout très vives après les repas.

Il n'y a plus de syncopes pendant et après les bains.

Le 12 mai, apparaît, pour la première fois, la *sensation de la faim*. Les jambes sont plus fermes et la malade se tient plus droite.

Après chaque friction au baume opodeldoch, la malade éprouve une grande envie de marcher. Elle fait deux essais de marche par jour ; elle ne fléchit qu'au neuvième pas et encore très faiblement. Elle se lève douze heures, mais elle est obligée de se recoucher pour prendre ses repas. Elle a, chaque nuit, sept heures et demie de sommeil.

Le 15 mai. Pour la première fois, la malade marche soutenue seulement par une de ses sœurs et par une canne. Elle fait quarante-quatre pas dans la journée, en deux fois. Loin d'être fatiguée, elle éprouve une grande envie de marcher. Mais les vomissements continuent. Les liquides sont rejetés plus vite que les solides. La malade prendra, avant chaque repas, une goutte de vinaigre dans trois cuillerées d'eau.

Le 19 mai. La malade peut parcourir quatre mètres de suite dans l'appartement, trois fois par jour ; elle peut recommencer après un repos de cinq minutes. Elle a pu manger à table, pour la première fois, sans avoir de syncope.

Le 21 mai. Elle a parcouru trente mètres dans l'appartement sans fatigue et fait dix pas dans la cour. Ses jambes grossissent et se raffermissent.

Elle n'a plus de somnambulisme, ni de frayeurs étant éveillée. Ses colères ont beaucoup diminué d'intensité.

Les vomissements persistant, nous lui faisons prendre un quart de feuille d'or, avec les aliments, deux fois par jour.

De plus, elle mettra : une plaque d'or sur chaque tempe, une derrière chaque oreille, une sur chaque aile du nez, et une de chaque côté du menton.

Le 31 mai. Le retour de la sensibilité à la face est accompagné de douleurs qui obligent à retirer les plaques.

Les bourdonnements d'oreille sont moins violents ; l'odorat semble renaître.

La sensibilité est complète sur tout le corps et se maintient sans le secours d'aucune plaque, sauf, à de rares intervalles, au creux de l'estomac et aux reins. Quand les reins sont insensibles, ils fléchissent pendant la marche.

Le 15 juin. Persistance du goût et de l'odorat. Cessation des bourdonnements d'oreille.

Elle a pu monter et descendre l'escalier sans difficulté.

Les vomissements persistant, nous adjoignons au quart de feuille d'or, à chaque repas, la limonade chlorhydrique.

Le 21 juin. La malade marche avec deux cannes, toute la journée. La gaieté revient. Les vomissements persistent toujours.

Le 1er juillet. La malade marche avec une seule canne dans l'appartement ; il lui en faut encore deux dans la rue. La sensation de froid a disparu. Il ne reste plus que les vomissements et les maux de tête.

Le 15 juillet. Les règles viennent encore irrégulièrement et sont accompagnées de douleurs très aiguës dans les reins et dans le ventre, surtout à droite.

M. Dumontpallier lui dit de s'endormir. Ses paupières s'étant alourdies, il lui suggère de voir ses vomissements et ses maux de tête diminuer, et ses règles venir toutes les quatre semaines. Cette séance est suivie d'une forte céphalalgie et d'étourdissements avec persistance des vomissements jusqu'à onze heures du soir.

La malade prendra, à chaque repas, une feuille d'or entière, et des aliments liquides par cuillerées à café.

Le 20 juillet. La feuille d'or, du bouillon et un œuf à la coque sont gardés, à la condition que la malade marche, en plein air, après chaque aliment.

A partir de ce moment, les vomissements cessent, les douleurs diminuent et sont calmées par une infusion de camomille et de fleurs d'oranger. La malade prend du chocolat à l'eau, du lait, du bouillon avec du jus de viande.

Le 28 juillet. La malade ne prend plus qu'une seule feuille d'or au déjeuner, la seconde, celle du dîner, étant vomie. Son appétit est augmenté ; elle supporte des gâteaux peu sucrés, des légumes verts, du poulet, trois cuillerées à café de bœuf cru. Un peu de cognac facilite les digestions mieux que la camomille.

Le 1er août. On est obligé de suspendre complètement l'or, la feuille du déjeuner, elle-même, était vomie et troublait la digestion. La malade digère tout, sauf les corps gras, les épices, la salade et les sucreries. Les maux de tête ont disparu et les époques viennent régulièrement et sans douleurs.

Le 21 juillet. La sensibilité est parfaite. La malade marche sans soutien pendant deux heures.

Le 28 septembre 1890. La malade digère le beurre, mais pas la partie grasse de la viande. La sensibilité est plus vive sous une bague en or qu'elle porte à l'annulaire gauche.

Avant sa maladie, elle était plutôt triste ; maintenant, elle est très gaie, mais d'une manière maladive ; car elle rit, malgré elle, quand elle voit passer un enterrement. Mais si elle rit facilement, elle pleure de même, tandis que, autrefois, elle ne pouvait pas pleurer. Elle a pu entrer dans la chambre de son père sans ressentir d'impression.

Elle a suspendu tout traitement.

Cette observation présente plusieurs points intéressants, à savoir :

1° L'intensité et la complexité des symptômes hystériques, dont on peut dire qu'elle est un spécimen et un résumé presque complets ;

2° La résistance de la maladie à tous les moyens employés, sauf la métallothérapie ;

3° La difficulté de la métalloscopie et l'emploi d'un procédé nouveau pour arriver à déterminer le métal qui devait amener la guérison.

Voici l'énumération des principaux symptômes, dont quelques-uns remontaient aux premières années de la vie, et dont les plus graves, les vomissements et la paraplégie, survenus après la mort du père de la malade, dataient de cinq ans.

Étant tout enfant, convulsions suivies d'une légère paralysie de la langue, épistaxis abondantes, hiver comme été.

Plus tard, attaques de nerfs, névralgies aiguës dans les membres, au cœur et à l'estomac. Grande sensibilité aux orages, hypochondrie.

Violentes migraines avec troubles de la vue et bourdonnements d'oreilles.

Anorexie, dyspepsie, pneumatoses, constipation opi-

niâtre; vomissements incoercibles — ce dernier symptôme est celui qui a persisté le plus longtemps.

Aménorrhée et dysménorrhée.

Oppression, étouffements, spasmes du larynx, toux nerveuse, durant parfois près de dix-huit heures par jour. Mouvements choréiques dans les membres.

Alternatives d'insomnies et de sommeils prolongés, léthargiques, accompagnés de rêves, de cauchemars, de visions et d'hallucinations, dans lesquelles elle voyait le cadavre de son père.

Grande irritabilité, accès de colère; rires et pleurs involontaires. Diminution de la mémoire.

Accès de délire ou de somnambulisme. Symptômes de fièvre cérébrale.

Paraplégie incomplète, interdisant la station debout et la marche, mais permettant à la malade de mouvoir ses membres dans son lit, ayant amené à la longue de l'atrophie musculaire.

Anesthésie absolue de la peau, incomplète des sens. Elle ne sentait les aliments qu'une fois qu'ils étaient arrivés au pharynx. Elle sentait mal les odeurs, sauf celle de la jacinthe qui l'endormait. Elle avait de la myopie avec dilatation de la pupille.

Accès quotidiens, se renouvelant quelquefois dix-huit fois dans les vingt-quatre heures, caractérisés : par de la contracture des membres et des mâchoires, puis par des sauts et des mouvements convulsifs, des envies de mordre, suivis d'achromatopsie et d'amnésie verbale.

Voici les différentes médications qui ont échoué contre cette maladie : polybromures, chloral, codéine, fer, cyanure de zinc, pointes de feu pendant trois ans, pulvérisations d'éther, arséniate de strychnine, sirop de Gélineau, bains sulfureux, hydrothérapie, sulfate de quinine, rhubarbe, gentiane, baume tranquille, laudanum, salicylate de soude et antipyrine, etc...

Contre les vomissements, on a essayé en vain les différents modes d'alimentation, le régime lacté, les lavages de l'estomac, l'électrisation pendant deux mois, le quassia amara, les eaux alcalines, le champagne frappé, l'eau vinaigrée, l'acide chlorhydrique.

Il est juste de dire que le baume opodeldoch paraît avoir eu une certaine action sur les douleurs des membres.

La guérison semble bien due à la métallothérapie. On ne saurait dire, en effet, qu'il y a eu là une simple coïncidence. Car, quand les accidents hystériques disparaissent spontanément, c'est brusquement, et du jour au lendemain.

Ici, au contraire, l'amélioration est survenue lentement et progressivement, au fur et à mesure du retour de la sensibilité de la peau et des muqueuses sous l'influence de l'or.

Nous appelons l'attention sur la difficulté de la métalloscopie due à l'intensité de l'anesthésie cutanée. Pour en triompher, il a fallu recourir à l'essai des métaux pendant le somnambulisme provoqué, suivant la méthode que j'ai décrite dans mon manuel de métalloscopie et de métallothérapie (p. 72).

Les vomissements ont été le symptôme le plus persistant. Ils n'ont cédé qu'à l'usage interne des feuilles d'or. Il est à remarquer qu'ils avaient résisté à l'administration d'un quart de feuille d'or et qu'il a fallu donner une feuille d'or entière à chaque repas pour en triompher; il a fallu, en un mot, atteindre la dose thérapeutique. Puis, comme cela arrive souvent, le symptôme ayant cessé, le médicament ne fut plus toléré, et l'on dut supprimer l'or, qui ramenait les vomissements et troublait la digestion.

Depuis plus d'un an, quoique la malade ait cessé tout traitement, la guérison ne s'est pas démentie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

58. M. Anghelovici. Des divers traitements de la tuberculose et du gaïacol en particulier. — 59. M. Régimbeau. De la transmission de la variole à Paris en 1891. — 60. M. Brun. Du ptosis. De son traitement chirurgical. Examen critique d'un nouveau procédé opératoire de ptosis congénital. — 61. M. le Bayon. De la typhlite tuberculeuse chronique. — 62. M. Girot. Contribution à l'étude de l'influence de la fièvre typhoïde sur le développement ultérieur de la néphrite chronique. — 63. M. Attarian. Étude critique et statistique sur le traitement des bassins viciés depuis l'antisepsie obstétricale. — 64. M. Levadoux. Étude anatomo-pathologique sur le cancer épithélial du rein chez l'adulte. — 65. M. Dubois. Contribution à l'étude du traitement de la blennorrhagie par les balsamiques et particulièrement de son traitement par un nouveau balsamique, le rétinol. — 66. M. Grunberg. Traitement du pied-bot. — 67. M. P. Martin. Du pyothorax sous-phrénique. — 68. M. de Grandmaison. Du rôle de la cellule hépatique dans la production des scléroses du foie. — 69. M. Sallard. Les amygdalites aiguës. — 70. Mlle Kaiser. La séméiologie des palpitations. — 71. M. Forterre. Du cancer primitif de la cloison recto-vaginale et de son ablation. — 72. M. Camus. Étude des néoplasies primitives du grand épiploon. — 73. M. Vallée. De la rate chez l'enfant. — 74. M. Bouchez. Contribution à l'étude de l'asphyxie locale des extrémités. Ses rapports avec les engelures. — 75. M. Protopopesco. De la greffe Ollier-Thiersch. — 76. M. Enriquez. Contribution à l'étude des néphrites infectieuses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 mars 1892, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur du service de santé. — M. Brassac, médecin en chef de la marine.

— M. le docteur T. Chonnaux-Dubisson, médecin de l'hôpital de Villers-Bocage, vient de recevoir du Président des États-Unis du Vénézuéla la rosette d'officier de l'ordre du Libérateur, pour ses nombreux travaux scientifiques et littéraires, et particulièrement pour ses « recherches expérimentales sur la diphthérie ».

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Blandin (de Port-sur-Saône); Doucet (de Loudun); Guingamp (de Tours); Lagardère (de Meilleray); Lajourdi (de Narbonne); Landarrabilco (de Barbaste).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

36

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : 5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.

14

MALADIES DE POITRINE

Bronchites chroniques, catarrhes pulmonaires, laryngites, exctinctions de voix, etc., etc.

TRAITEMENT RATIONNEL PAR LE

Sirop balsamo-sulfureux Le Brun

monosulfure de sodium chimiquement pur. Goudron, Tolu et Alcoolatre de racine d'aconit. 3f. Dépôt : Phie Cie, 50, fg Montmartre, Paris et Phies.

72

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0 fr. 50** le mètre ; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1 fr. 25** le flacon ; 3° le taffetas dit *protective*, **1 fr. 25** le mètre ; 4° le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris. Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

62

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

87

SIROP ANTIPHLOGISTIQUE DE BRIANT

Phie *rue de Rivoli, 150, Paris*, et ttes phies.

Le **SIROP DE BRIANT**, recommandé à son début par les professeurs Laennec, Thénard, Guersant, etc., a reçu la consécration du temps : il avait été breveté en 1829. VERITABLE BONBON PECTORAL, à base de gomme et de coquelicots, il convient surtout aux personnes délicates comme les femmes et les enfants. Son excellent goût ne nuit en aucune manière à son efficacité contre les *rhumes* et toutes les *inflammations* de la *poitrine* et des *intestins*.

33

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux**, du **quina** et de la **viande crue**. Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, phien, ex-préparatr à l'Ecole de médecine et de pharmacie, rue Victor-Hugo, 14, LYON.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées* ; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

52

PEPTONATE DE FER ROBIN

OU

FER ROBIN ASSIMILABLE

Admis dans les hôpitaux de Paris
Présenté à l'Académie, en 1885, par Berthelot.

Le seul obtenu à l'état de véritable sel ferrugineux, en gouttes concentrées.

Dose : 10 à 20 gouttes par repas.
Détail : Dans toutes les Pharmacies.

31

SIROP RAIFORT IODÉ (A FAIT FROID)

de J. BUCI

L'IODE, combiné aux *sucs des plantes antiscorbutiques*, rend aux **enfants malades** les plus grands services pour combattre les **Glandes du cou, — Rachitisme, — Mollesse des chairs.**

Il remplace les huiles de foie de morue ; outre que c'est un **fluidifiant**, c'est encore un **dépuratif énergique.**

PARIS, 19 ET 22, RUE DROUOT, PARIS.

Dr J. Buci

97

EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE

OREZZA (CORSE)

ANÉMIE, CHLOROSE, DYSPEPSIE

LA PLUS RICHE EN FER & EN ACIDE CARBONIQUE

*Sans rivale dans toutes les maladies provenant de l'***Appauvrissement du sang** *ou de l'***Insuffisance de nutrition.**

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

42

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

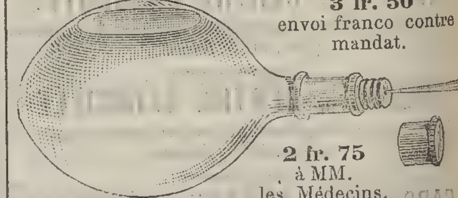
Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

42

CHLORÉTHYLE DU Dr BENGUÉ

anesthésique local et analgésique instantané.



Dr Bengué, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

22

ÉLIXIR ET VIN DE J. BAIN

à la Coca du Pérou.

TONIQUE ET FORTIFIANT, LE PLUS PUISSANT RÉPARATEUR DES FORCES ÉPUISÉES.

Phie, 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

79

PILULES SUISSES

Pilules de coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

27

MALADIES DES VOIES URINAIRES

PEPTO-SANTAL VICARIO

Ce produit, obtenu par digestion pancréatique artificielle, est très rapidement absorbé. Grâce à cette assimilation facile, il **peut seul être employé à haute dose** sans provoquer de phénomènes douloureux du tube digestif. Il constitue par conséquent la préparation la meilleure et la plus active contre la blennorrhagie et, en général, contre les affections des voies urinaires.

Dose : De 1 a 4 cuillerées a soupe dans un peu d'eau.

Phie VICARIO, 13, boulev. Haussmann, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 4 avril 1892.

Presque tous nos confrères de la presse médicale ont donné leur opinion sur les incidents du concours d'agrégation en médecine. Les uns se sont rangés résolument du côté du jury, les autres ont pris parti pour les candidats. Les arguments invoqués de part et d'autre ne sont pas sans valeur, mais ils sont parfois entachés d'une pointe de personnalité qui perce entre les lignes. On devine que l'auteur de l'article a, le plus souvent, été guidé par ses attaches ou ses amitiés particulières.

En pareil cas, nous avons pensé que les questions de personnalité devaient disparaître et nous avons pris soin de ne pas les aborder; nous persistons à croire qu'on n'évitera, dans l'avenir, le retour de pareils incidents qu'en modifiant complètement les mœurs qui tendent à régir nos grands concours à la Faculté.

Nous n'en voulons pour preuve que ce qui se passe au concours d'agrégation de chirurgie qui a lieu actuellement. Si le concours de médecine a eu « sa première séance », à propos du concours de chirurgie se pose la question « des enveloppes ». Qu'est-ce donc que ce nouvel incident? que cache-t-il pour le présent, que nous réserve-t-il pour l'avenir? Voici encore à ce sujet l'exacte vérité, telle qu'elle se présente à nous, dégagée de tout esprit de parti et de toute insinuation personnelle.

La première épreuve du concours d'agrégation consiste en une leçon de trois quarts d'heure, faite par le candidat après trois heures de préparation. Les sujets de ces leçons sont choisis par le jury; le texte de la question est écrit sur une feuille et enfermé dans une enveloppe. Cette enveloppe est fermée, cachetée.

Le nombre des questions, ainsi préparées à l'avance, est le double, souvent le triple, du nombre strictement nécessaire. Ainsi, pour quinze leçons, il y aura trente ou quarante-cinq questions proposées et enfermées sous enveloppe. Les candidats, dont les noms sont tirés au sort, viennent, à tour de rôle, choisir l'une de ces enveloppes renfermant la question qui leur est ainsi échue, et qu'ils auront à traiter six, huit ou quinze jours plus tard. Le reste des enveloppes inutilisées est détruit et, en général, brûlé en présence des candidats; il s'ensuit que ni les concurrents, ni même les juges ne *peuvent* savoir quelle est la question que le hasard a fait choisir à tel ou tel candidat.

Telle est la manière habituelle de procéder. Cette année, il y a eu une innovation malheureuse et elle a donné lieu à bien des commentaires. Les questions acceptées par le jury et enfermées sous enveloppe *portaient un numéro d'ordre et le numéro était reproduit sur l'enveloppe*. Il s'ensuit que le candidat, en choisissant dans le tas des enveloppes qui lui étaient présentées, prenait une enveloppe dont il ignorait, lui, le contenu, contenu que les juges, eux, *pouvaient* connaître. Notez bien, et nous tenons à préciser, que nous ne disons pas que les juges connaissaient nécessairement ce contenu. Mais, en fait, ceci est indiscutable, le numéro d'ordre permettait au jury de connaître les questions qui avaient été choisies et qui seraient ultérieurement traitées.

Or, si, dans le concours de médecine, il y a eu un vice de pure forme, pour le concours de chirurgie, ce n'est plus un vice de forme, contraire à la lettre du règlement, c'est une manière d'agir contraire à l'esprit de ce règlement, qui veut que les questions, une fois acceptées après délibération, ne puissent être connues ni des candidats ni des juges.

Cet étiquetage des enveloppes a donné lieu à maints commentaires. Tout d'abord, on a cherché quels pouvaient être son utilité, son but, sa raison d'être. On a questionné, on s'est informé, et les réponses ont été des plus inattendues. Quelques juges ont dit que le numéro permettait de séparer les questions d'accouchement de celles de chirurgie, mais alors, il eût fallu que les numéros des enveloppes, pour les questions d'accouchement et les questions de chirurgie, ne fussent point les mêmes; or, ils étaient les mêmes. D'autres ont dit que le numéro d'ordre était pour éviter toute confusion. Mais quelle confusion, puisque c'est justement cette confusion dans les enveloppes qui constitue une sécurité pour le candidat? La plupart des juges ont avoué qu'ils ne savaient guère pourquoi ce numérotage des questions avait été fait. On avait numéroté parce qu'on avait numéroté, mais de raison, il n'y en avait pas.

Aussi, numérotage des enveloppes d'une part, impossibilité de donner une raison valable de ce numérotage, d'autre part : voilà ce qui était plus que suffisant, sinon pour légitimer, du moins pour faire naître bien des suppositions.

Ces suppositions, qui vont jusqu'à porter atteinte à l'honorabilité d'un jury que nous ne sommes pas en droit de suspecter, ce n'est pas à nous de les faire connaître. Mais qu'elles soient divulguées devant le grand public médical ou qu'elles restent latentes entre candidats et juges, elles

n'en sont pas moins réelles, et il existe une exaspération sourde de la part de la grande majorité des concurrents contre un jury, dont certains membres leur étaient déjà suspects, de par leur préférence nettement affichée pour tel ou tel concurrent. Les candidats étaient inquiets à l'avance; la question des enveloppes ne les a pas rassurés, voici la vérité.

Qu'en adviendra-t-il? Une protestation finale viendra-t-elle à nouveau soulever l'opinion publique ? Le fait est possible. Quelques-uns de nos confrères ont critiqué cette protestation tardive, et ont prétendu que de telles protestations devaient se faire sur-le-champ. Le législateur a eu l'esprit plus large et plus juste, il a compris qu'on ne pouvait exiger d'un candidat de faire, en plein concours, une réclamation contre un jury qui devait continuer à le juger.

Peu importent, d'ailleurs, ces petites questions d'actualité, nous sommes persuadés qu'autrefois, et peut-être avec d'autres jurys, l'étiquetage des enveloppes fût passé inaperçu et n'eût donné naissance à aucune réflexion. Mais aujourd'hui, nous le répétons, la mesure est comble; le respect que les candidats devraient avoir pour les juges, leurs maîtres, diminue et s'affaiblit chaque jour, et nous devons le constater, si l'état des choses est tel, si des suppositions blessantes ont pu se faire jour, les premiers coupables ne sont pas les candidats.

La pneumonie fibrineuse s'accompagne à peu près toujours de pleurésie dans une certaine mesure. Au niveau du bloc hépatisé, on trouve une lame plus ou moins épaisse de dépôt fibrineux, qui témoigne de la façon la plus nette de la participation de la plèvre au processus inflammatoire. Dans cette couche fibrineuse il y a des pneumocoques.

Dans quelques cas, l'exsudation devient plus considérable et un épanchement se produit qui peut prendre une certaine importance, de telle sorte que les signes de pleurésie deviennent plus importants que les signes de pneumonie.

La pneumonie, en disparaissant, peut laisser derrière elle une pleurésie purulente dont les allures sont assez particulières; en effet, elle guérit avec une facilité relative, soit après une simple ponction, soit après que l'empyème a été pratiqué. La pleurésie purulente méta-pneumonique a donc une véritable bénignité, et c'est là une particularité du plus haut intérêt en clinique.

Les deux variétés de pleurésie que nous venons de citer ne sont pas les seules que puisse amener, soit l'infection par le pneumocoque, soit le processus d'inflammation pneumonique. M. Troisier (Société médicale des hôpitaux, 1er avril) a vu une pleurésie séreuse se produire du côté opposé à la pneumonie, sept à huit jours après la guérison de celle-ci. La fièvre, qui avait disparu, s'est montrée de nouveau, moins intense il est vrai. Les signes locaux de la pleurésie étaient au complet. Dans le liquide séro-fibrineux on n'a pu, ni par examen direct, ni par culture, ni par inoculation, démontrer la présence du pneumocoque. Cela n'est pas une raison suffisante pour nier l'origine pneumonique de cette pleurésie. C'est, du reste, la quatrième fois que M. Troisier voit, dans ces conditions, la pleurésie séro-fibrineuse succéder à la pneumonie, après quelques jours d'apyrexie. La guérison a toujours eu lieu en deux ou trois semaines. Il s'agit donc d'une variété bénigne de la pleurésie métapneumonique.

M. Netter n'a vu que 4 fois la pleurésie séro-fibrineuse simple succéder à la pneumonie contre 14 cas de pleurésie purulente. Il a, lui aussi, recherché le pneumocoque dans le liquide épanché, sans pouvoir en démontrer la présence. Cela ne prouve pas cependant qu'il n'ait pas existé au contact même de la plèvre, dans la couche fibrineuse plus dense, étalée à sa surface. De même que M. Troisier, il croit au peu de gravité de cette forme particulière de la pleurésie métapneumonique, mais il la croit plus rare, dans ces conditions, que la pleurésie purulente. Quant à celle-ci, elle paraît être purulente d'emblée. Enfin, cette pleurésie séreuse n'a aucun rapport avec la tuberculose. Voilà des données cliniques dont l'importance n'échappera pas à nos lecteurs.

M. Laveran (du Val-de-Grâce) présente deux cas intéressants de tremblement hystérique. Dans l'un, il s'agit d'un jeune soldat qui, après avoir reçu un coup de pied de cheval au niveau du genou, fut pris d'arthrite, puis ultérieurement, dans le membre blessé, d'un tremblement analogue à la trémulation épileptoïde. L'anesthésie constatée au même niveau, aussi bien que les circonstances étiologiques, indiquent bien la nature hystérique de ces accidents.

Un autre jeune soldat, qui aurait eu des crises épileptiques (nous dirions pour notre part épileptiformes) de dix-huit mois à dix ans, fut, à son arrivée au régiment, en butte aux tracasseries auxquelles les anciens soumettent volontiers les nouveaux. Très ému de cette brimade, il fut pris d'un tremblement, hystérique sans doute, mais des plus complexes. On observe un tremblement rapide semblable au tremblement alcoolique, un tremblement intentionnel analogue à celui de la sclérose en plaques et, par poussées, toutes les dix ou quinze secondes, de grands mouvements oscillatoires qui secouent les bras et font s'entrechoquer les genoux l'un contre l'autre. Il y a de plus un bégaiement assez particulier, avec renforcements comme le tremblement des membres. Cela paraît être un aspect nouveau de cette manifestation mobile et variable de la variable et mobile hystérie.

Il y a quelques années, ce jeune soldat eût été sûr de son affaire : on eût eu, pour lui, les égards que l'on a dans l'armée pour les simulateurs!

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Proust.

La conférence internationale de Venise.

(Leçon recueillie par M. Louis Dubrisay, interne des hôpitaux, et revue par le professeur).

I

Avant d'entrer dans l'étude du programme de cette année, j'ai l'intention d'exposer devant vous, dans mes premières leçons, un sujet tout récent: le récit de la conférence de Venise (janvier 1892) et des résolutions adoptées pour prévenir l'invasion du choléra en Europe.

A la fin de l'année dernière, à la suite d'une entente entre l'Angleterre et l'Autriche-Hongrie, quatorze puissances furent invitées à se réunir en conférence à Venise, pour y traiter les deux questions suivantes :

1° Le passage en quarantaine des navires anglais, par le canal de Suez;

2° La réorganisation du conseil d'Alexandrie.

Avant d'entrer dans l'étude de cette conférence, je crois utile de vous rappeler brièvement les différentes conférences sanitaires qui se sont succédé jusqu'à ce jour, et se sont occupées des mesures prophylactiques à prendre contre les maladies nous venant de l'Extrême-Orient, et en particulier contre le choléra.

C'est en 1851-1852 que fut tenue, à Paris, la première conférence internationale s'occupant de la prophylaxie du choléra; elle eut peu de retentissement scientifique, peu de conséquences pratiques (tout semblait y avoir été fait en vue de la protection de la France), mais elle est importante, car elle marque le premier effort tenté en vue de l'entente internationale. Jusque-là, en effet, les mesures prises contre la fièvre jaune et le choléra avaient été propres à chaque gouvernement.

En 1857, deuxième conférence pour modifier et simplifier la réglementation trop rigoureuse de la conférence de Paris. La guerre d'Italie vint l'interrompre avant qu'aucune résolution ait pu être prise.

Six ans après le choléra envahit l'Europe, marchant de Djeda à Alexandrie, Gibraltar, Alicante, etc., et survenant régulièrement trois ou quatre jours après l'arrivée des pèlerins dans ces différentes villes : fait qui démontra d'une façon très nette la contagion. Sur l'initiative de la France, on réunit la conférence de Constantinople en 1866. D'une façon générale, cette conférence fut quarantenaire, mais scientifiquement quarantenaire : on fixa, dans la mer Rouge, les limites de protection de l'Europe.

On ne s'était jusqu'alors occupé que de la transmission du choléra par la voie maritime, lorsque, en 1867, je fus envoyé en mission dans le sud de la Russie, du côté de la mer Caspienne, pour étudier la transmission par la voie terrestre. Si je rappelle ce voyage, c'est qu'il présente un intérêt d'actualité, à cause de la présence du choléra en Afghanistan.

Néanmoins, ce fut toujours la question maritime qui préoccupa la conférence qui se tint à Vienne en 1874. Au lieu d'être quarantenaires, comme à Constantinople, les délégués se prononcent en faveur du système de l'*inspection*.

Le gouvernement austro-hongrois demande, en outre, la création d'une commission internationale permanente des épidémies, et propose Vienne comme siège de cette commission : l'Angleterre s'y refuse.

En 1880, conférence de Washington qui s'occupe exclusivement de la fièvre jaune.

Enfin, en 1885, conférence de Rome, où sont adoptées les mesures sanitaires internationales, actuellement encore en vigueur (avant la conférence de Venise). Les délégués de cette conférence se séparent sans signer de protocole; mais quelques mois plus tard, le gouvernement italien, d'accord avec le gouvernement anglais, envoie en France un mémorandum demandant l'acceptation du passage du canal de Suez en quarantaine pour les navires anglais. Le gouvernement français refuse de signer pour les raisons suivantes :

1° Parce que le passage en quarantaine du canal de Suez est pratiquement très difficile:

2° Parce qu'il peut y avoir des fraudes nombreuses, soit pendant le passage, soit après, au sujet de la destination du navire;

3° Parce que les compagnies des autres puissances ne peuvent accepter des avantages spéciaux pour les Anglais.

D'ailleurs, cette demande était contraire aux conclusions de la conférence de Rome.

En 1886 et 1890, tentatives de réunion provoquées par le gouvernement austro-hongrois, puis, par le gouvernement italien, toujours au sujet du passage en quarantaine. L'Angleterre fait avorter ces deux projets.

La question en était là lorsque, en novembre 1891, le gouvernement fut invité à envoyer des délégués à la conférence de Venise.

Afin de pouvoir discuter, en connaissance de cause, les deux questions proposées : le passage en quarantaine et la réorganisation du conseil d'Alexandrie, je résolus de me rendre en Égypte pour étudier la question sur place.

Mon programme contenait quatre questions principales :

1° Mesures à appliquer aux navires venant de l'Extrême-Orient;

2° Possibilité de passer le canal de Suez en quarantaine;

3° État des lazarets égyptiens et discussion de l'emplacement d'un nouvel établissement de désinfection;

4° Visite du lazaret d'Alexandrie.

1° *Mesures à appliquer aux navires venant de l'Extrême-Orient.* — C'est le sujet principal de la conférence de Venise, il sera traité lorsque je vous ferai le récit de cette conférence.

2° *Possibilité de passer le canal de Suez en quarantaine.* — Cette question ne peut être élucidée qu'après une étude topographique complète du canal maritime.

Nous voyons, en remontant à la période quaternaire, la séparation naturelle des continents africain et asiatique exister par suite de la communication des deux mers; l'isthme de Péluse n'existait pas.

Plus tard, quand l'isthme fut constitué, plusieurs essais furent tentés pour réunir les deux mers : on attribue le début des travaux à Ramsès II (Sésostris), la terminaison à Darius; mais la route suivie n'était pas directe, comme celle du canal de Suez actuel, et les anciens réunirent seulement la mer Rouge à l'une des branches du Nil en passant par les lacs Amer et Zagazig, l'ancien Bubaste.

Ce premier canal disparut, et la légende nous montre Cléopâtre faisant tirer ses vaisseaux sur la grève pour leur faire passer le désert.

La période romaine voit naître de nouveaux travaux, Adrien et Trajan rétablissent le canal dit alors canal de Trajan. Celui-là, tour à tour ensablé et remis en état, est détruit complètement par les musulmans (vers le VIe siècle) qui craignent de voir les chrétiens envahir par là l'Arabie.

On doit sauter ensuite plusieurs siècles pour voir de nouvelles tentatives. Bonaparte, dans son expédition d'Égypte, se fait suivre par l'ingénieur Lepère et inspire son travail; il n'eut pas d'effet pratique, car cet ingénieur commit une erreur considérable, en calculant qu'il existait une différence de 10 mètres entre le niveau de la mer Rouge et celui de la Méditerranée.

En 1830, au moment de la doctrine saint-simonienne, les adeptes de cette doctrine cherchèrent à s'entendre avec Méhémet-Ali, pour réaliser la jonction des deux mers qui constituait un dogme de leur religion. La religion disparut mais les études continuèrent, et l'un des saint-simoniens, Paulin Talabot, qui fut depuis l'un des créateur, et le directeur du chemin de fer de Lyon, élabora un projet qui consistait à joindre Suez à Alexandrie au moyen d'un canal

dérivé du Nil. Talabot voulait à la fois créer un passage et irriguer l'Égypte; il eut le tort de vouloir poursuivre ce double but, et son projet échoua.

Il ne restait donc que quelques vestiges anciens et quelques études théoriques, quand M. de Lesseps obtint de Saïd pacha, en 1854, le firman qui l'autorisait à commencer les travaux.

Il part alors accompagné de Saïd pacha et d'un groupe de savants pour étudier la topographie des lieux, reconnaît Péluse, les lacs Amers et Suez, et au trajet indirect, choisi par les Anciens, préfère le trajet direct comme plus court et d'une exécution plus facile.

Les objections s'accumulent, il les combat et on reconnaît comme exagérées les craintes des Anciens, de Lepère et même des ingénieurs modernes, sur la prétendue différence de niveau des deux mers : en réalité, seules les marées peuvent établir une différence de deux mètres.

En 1859, M. de Lesseps commence ces travaux qui devaient durer dix ans; il emploie, dès le début, 34000 ouvriers; fait venir des machines et n'en emploie plus que 15000; 2000 sont actuellement nécessaires pour l'entretien du canal.

Le canal de Suez a une longueur de 162 kilomètres, avec une profondeur de 8^{m}50 au minimum; sa forme est tronc-conique, la base supérieure, appelée *ligne d'eau*, a une largeur minimum de 40 mètres; la base inférieure, ou *plafond*, présente une largeur variant de 22 à 37 mètres. Les travaux d'aménagement en cours ont pour but d'augmenter la largeur au plafond de 15 mètres, sans exception, afin de permettre le croisement des plus gros navires. L'un des navires ralentira un peu sa marche, mais l'autre maintiendra son allure réglementaire de 10 kilomètres à l'heure. De cette façon, le passage en quarantaine deviendra possible.

La durée de la traversée, dans ces dernières années, a considérablement diminué, mais le transit, qui mesure nos chances de contagion européenne, augmente chaque jour.

En 1882, le passage du canal de Suez demandait une durée de cinquante-trois heures; en 1887, une durée de trente-quatre heures; le temps employé ne dépassait pas vingt-trois heures en 1891.

C'est de l'année 1887 que datent les passages de nuit, à l'aide de la lumière électrique; des lampes puissantes sont placées à l'avant du navire; elles éclairent sa marche sur une étendue de 1 200 mètres en avant, et de 200 mètres sur les côtés, l'arrière est complètement privé de cet éclairage : les fraudes, pendant le passage en quarantaine, sont, de ce fait, facilitées par le transit de nuit. Or, ce transit nocturne a augmenté dans des proportions considérables depuis quelques années, ainsi que le prouvent les chiffres suivants : en 1887, les navires passaient de nuit dans la proportion de 20,29 p. 100; en 1888, il en passe 46,74 p. 100 et enfin en 1891, 88,21 p. 100.

Je disais tout à l'heure qu'avec la facilité du passage, le transit par le canal de Suez avait augmenté : pour ne prendre que des chiffres extrêmes, nous voyons, en effet, qu'en 1870, 486 navires ont passé le canal, et qu'en 1891 on a atteint le chiffre de 4207.

Le nombre des passagers a augmenté dans les mêmes proportions : il était, en 1870, de 26758; en 1890, de 155675; il est monté, en 1891, à 188125.

Ces chiffres qui représentent les navires et les passagers de toutes les nationalités, se répartissent inégalement entre les différentes puissances.

Sur les 3440 navires qui passèrent le canal en 1888 :

2625	étaient	anglais.
187	—	français.
163	—	allemands.
146	—	hollandais.

On voit qu'il est de plus en plus difficile de ne pas prendre l'avis de l'Angleterre, quand il s'agit d'appliquer des mesures sanitaires aux navires prenant la voie du canal.

A ce transit de plus en plus important, s'ajoute comme chance nouvelle de contagion le mouvement des peuples européens vers l'Afrique centrale.

Les pèlerins de la Mecque pouvaient bien autrefois importer le choléra, mais comme certains s'enfonçaient au centre de l'Afrique, les germes contagieux qu'ils apportaient s'y perdaient avec eux.

Aujourd'hui chacune des nations européennes cherche à pénétrer en Afrique, et les pèlerins de la Mecque, dans leur voyage même, auront de nombreux contacts avec les différents voyageurs.

Un chemin de fer va bientôt réunir Kosséir, port de la mer Rouge, et Esney, ville de l'intérieur située sur le Nil, en un point où il est navigable. C'est ce trajet que prendront presque tous les pèlerins musulmans. Du reste, ils subissent aujourd'hui une quarantaine au lazaret de Djebel-Tar, dont nous allons nous occuper maintenant.

3° *État des lazarets égyptiens et discussion de l'emplacement d'un nouvel établissement de désinfection.* — Cet établissement de désinfection, situé sur la côte d'Asie, à quelque distance de la mer, présente des inconvénients graves qui me le font écarter d'avance, lorsqu'il s'agira d'installer un nouvel établissement destiné à recevoir les passagers occupant des navires contaminés venant de l'Extrême-Orient.

Tout d'abord, créé exclusivement pour des pèlerins, il ne présente pas le confortable nécessaire pour des passagers habitués au luxe des vaisseaux de transport. En outre, la présence des pèlerins pendant plusieurs mois de l'année, est une cause de dangers pour les navires venant de l'Extrême-Orient. De plus, l'eau n'y existe qu'en très petite quantité, et cette eau n'est pas excellente.

L'établissement de désinfection que j'ai proposé à la conférence de Venise, sera situé sur la côte d'Asie, au point où se trouve un bassin désigné sous le nom de *sources de Moïse;* cet endroit présente des avantages que j'ai développés devant la Commission, et que je vous exposerai avec le récit de la conférence.

4° *Visite du lazaret d'Alexandrie.* — Un dernier but de mon voyage était la visite du lazaret d'Alexandrie : il présente plutôt un intérêt historique qu'un intérêt médical. C'est Saïd pacha qui le fit construire : toujours accompagné d'une immense armée, Saïd pacha campait souvent dans ce lazaret : la forme en est circulaire, le centre était réservé aux chefs et les zones périphériques abritaient le gros de l'armée.

Ainsi constitué, ce lazaret manque du confortable nécessaire; d'ailleurs, sa situation l'exclut du nombre de ceux que nous pourrions employer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 mars 1892. — Présidence de M. Chauvel.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. DELORME a eu à donner, depuis plusieurs années, des soins à six sujets atteints de typhlite ou d'appendicite, dont quatre cas étaient très probablement d'origine tuberculeuse; sur les deux autres il ne s'arrêtera pas, leur observation ne présentant rien de bien particulier. Chez les quatre premiers, nés de parents tuberculeux ou présentant eux-mêmes des lésions pulmonaires, il a ouvert les foyers purulents, qu'il a toujours trouvés tapissés de fausses membranes et de fongosités d'apparence caséeuse et tuberculeuse, bien que l'examen microscopique n'ait pas été pratiqué, la marche de la maladie et les phénomènes cliniques suffisant pour faire le diagnostic. Pour chacun d'eux l'intervention a été suivie de guérison opératoire et locale et l'amélioration générale a été très notable.

Ces faits viennent à l'appui de cette opinion que la typhlite tuberculeuse est plus fréquente que quelques auteurs ne l'ont pensé et ils démontrent encore qu'elle bénéficie largement de l'intervention, laquelle peut varier suivant les cas; il ajoute toutefois que l'incision parallèle à l'arcade de Fallope est celle qui lui a semblé préférable.

M. TERRIER est d'une opinion diamétralement opposée à celle de M. Delorme, relativement à l'importance des recherches microscopiques et bactériologiques, quand il s'agit du diagnostic d'une affection tuberculeuse. Il en est des appendicites comme des salpingites; en présence d'une appendicite ou d'une salpingite suppurée, il est impossible de savoir, au juste, en ne se basant que sur les phénomènes cliniques, s'il s'agit ou non d'une suppuration tuberculeuse. La présence de foyers caséeux ne signifie rien et seul l'examen microscopique, joint aux inoculations, permet d'affirmer la nature tuberculeuse de l'affection. A ce point de vue donc, les faits signalés dans la dernière séance par M. Richelot, comme les faits rapportés aujourd'hui par M. Delorme, sont incomplets.

M. Terrier rapporte à son tour deux faits complets, c'est-à-dire dans lesquels l'examen microscopique a été fait et suivi des inoculations. Or, ces deux faits sont précisément aussi dissemblables que possible.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune femme présentant des phénomènes d'appendicite que M. Duguet, en se basant sur l'état général de la malade, avait pensé devoir être d'origine tuberculeuse. L'opération fut faite, chez cette malade, à froid; M. Terrier rechercha l'appendice, le trouva, posa sur lui deux ligatures,— car, comme pour les salpingites suppurées, on ne peut jamais être sûr qu'une seule ligature tiendra, — le réséqua, lava et draina. L'examen du pus y révéla la présence de nombreux bacilles. Cette malade fut prise de péritonite tuberculeuse subaiguë, d'entérite de même nature, et succomba peu de temps après. Voilà donc une variété d'appendicite tuberculeuse.

Dans le second fait, il s'agit d'un homme de soixante ans, qui fut pris, pour la première fois, en février 1890, de phénomènes douloureux du côté droit du ventre, phénomènes qui disparurent assez rapidement. En juillet 1890, nouvelle crise; guérison par les révulsifs, mais persistance, dans le côté droit, d'une induration résistante au toucher; en septembre, nouvelle crise avec selles sanglantes; en octobre, apparaît une nouvelle atteinte avec nausées, vomissements, douleurs. M. Monod, appelé auprès du malade, ne croit pas devoir intervenir et institue un traitement médical. Nouveaux accidents en novembre; cette fois c'est M. Perier qui est appelé auprès du malade, il diagnostique un épithélioma intestinal avec retentissement inflammatoire périphérique. Il endort le malade, fait une incision, ouvre une large collection purulente, lave et draine. Le malade guérit; mais il resta toujours une induration dans le flanc droit. En janvier 1891, M. Perier est appelé de nouveau auprès de ce malade, pour l'opérer d'une fistule anale. Il resta complètement guéri pendant trois ou quatre mois; en mai, il fut pris brusquement d'une douleur intense, d'une fièvre de 40°5; une fistule intestinale s'établit, et c'est alors que M. Terrier voit le malade pour la première fois. Faisant examiner au microscope le pus qui sortait par la fistule, on y trouva la présence d'un grand nombre de bacilles. Le malade mourut peu de temps après sans nouvelle intervention.

C'est là un type d'appendicite tuberculeuse tout à fait différent du précédent et de ceux que vient de communiquer M. Delorme.

En résumé, l'inflammation tuberculeuse du cæcum n'est pas une chose nouvelle; elle est connue et décrite depuis longtemps par les médecins; mais ce qui est nouveau, c'est ce fait qu'il existe plusieurs variétés de ces affections tuberculeuses. L'examen clinique ne suffit pas pour les diagnostiquer; il faut y joindre l'examen microscopique et bactériologique.

COMMUNICATIONS

Abcès du menton, fistules dentaires. — M. GÉRARD MARCHANT signale, parmi les abcès d'origine dentaire, une variété peu commune dont la pathogénie mérite d'appeler l'attention : il veut parler de ces abcès, siégeant au-dessous du menton et reconnaissant pour cause une altération de la racine des incisives sans que le corps de la dent paraisse malade. L'année dernière il en voyait un exemple chez une jeune fille qui, à la suite d'un abcès de cette région, offrait un trajet fistuleux; le cathétérisme de la fistule fit rencontrer une dénudation osseuse, sans aucune apparence de lésion des incisives. Il proposa une intervention qui n'eut pas lieu, et dans la suite, il apprit que l'abcès avait été produit par une carie de la racine de l'une des incisives, qui fut enlevée.

Deux autres faits semblables lui ont été communiqués par M. Le Fort qui, après avoir tenté en vain l'électrolyse pour amener la cicatrisation des trajets fistuleux, avait conseillé à ses malades de consulter un dentiste, lequel fit une perforation au niveau de la racine de l'incisive et provoqua ainsi la guérison définitive. A côté de ces faits, M. Gérard Marchant pourrait encore en citer trois autres, qui lui ont été communiqués par M. Beurnier, et qui sont absolument analogues.

Il résulte de ces observations que les abcès et fistules dentaires, pour ce qui concerne les incisives en particulier, peuvent se présenter dans deux circonstances : 1° la dent est manifestement malade, alors nulle difficulté pour reconnaître la cause de l'abcès; la dent paraît saine et cependant sa racine est malade et est le point de départ de la collection purulente.

Or, lorsque l'on se trouve en présence d'un de ces abcès ou d'un trajet fistuleux, siégeant en arrière du menton, il est un moyen de reconnaître si ces lésions sont déterminées par une altération de la racine de l'incisive; c'est d'employer l'éclairage électrique qui montre que la dent en pareil cas a perdu sa transparence normale. On peut se demander quel est le mécanisme d'après lequel se produit cette lésion de la racine, et, bien que ce ne soit qu'une hypothèse, il est à supposer qu'après une chute ou un traumatisme sur le menton l'incisive se trouve ébranlée et sa pulpe séparée de ses vaisseaux et de ses nerfs, ce qui a pour conséquence de créer différentes modifications anatomo-pathologiques et de favoriser l'infection.

Relativement au traitement, on a recours à l'arrachement de la dent et à sa réimplantation après ablation de sa racine altérée, ou encore à une incision en arrière de la gencive, puis à la perforation de l'alvéole pour mettre à nu la partie malade de la racine que l'on enlève. Dans les deux cas, la fistule guérit rapidement.

M. ROUTIER a eu l'occasion de traiter deux abcès dentaires qui avaient produit la dénudation du maxillaire; il a découvert la racine, et, sans arracher la dent, il a pu faire l'ablation de son extrémité altérée.

M. TILLAUX rappelle que toutes les fois qu'il existe un trajet fistuleux dans le voisinage des mâchoires, il faut songer à une lésion des dents, et pour les fistules en arrière du menton, dont

il a vu des exemples, il a signalé dans son livre que les incisives devaient être examinées, car quoique paraissant intactes, elles en pouvaient être le point de départ.

M. QUÉNU admet que l'on puisse invoquer, pour les abcès de ce genre, une lésion de la racine de l'incisive et un processus infectieux, mais il ne croit pas que l'ablation de cette racine soit toujours nécessaire pour obtenir la guérison des trajets fistuleux. Il a, en effet, constaté chez une jeune fille une de ces fistules siégeant à la voûte palatine; or, il lui a suffi de fendre largement ce trajet sans toucher à la racine, pour obtenir la guérison.

M. T. ANGER rappelle que ces faits de fistules dentaires en arrière du menton sont signalés depuis longtemps et, pour les abcès de la voûte palatine de même origine, il a le souvenir d'un cas dont la guérison survint à la suite de l'ablation de l'incisive et de sa réimplantation, la portion de racine malade ayant été enlevée.

LECTURE

Laparotomie, ablation d'une mèche de gaze iodoformée séjournant dans l'intestin. — M. MICHAUX lit une observation de laparotomie secondaire, chez une femme déjà hystérectomisée, pour accidents dus à la présence d'une longue mèche de gaze iodoformée, séjournant dans l'intestin. (Rapporteur, M. Jalaguier.)

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. MONOD montre une pièce de grossesse extra-utérine.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur la tuberculose et certaines septicémies (1), par S. ARLOING.

Ces leçons ont été professées, à la Faculté de médecine de Lyon, pendant le second semestre de l'année 1889-1890, par M. S. Arloing qui occupe, avec la plus grande distinction, la chaire de médecine expérimentale et qui est en même temps directeur de l'École vétérinaire.

« Des sujets abordés, dit le professeur, nous avons choisi la partie expérimentale, et nous en poussons l'examen aussi loin que le permettent les documents dont nous disposons, documents qui, plus d'une fois, furent recueillis par nous-même ou, sous nos yeux, par nos élèves. »

Les leçons consacrées à la tuberculose renferment toute l'histoire expérimentale de cette infection, depuis les recherches de M. Villemin jusqu'aux travaux les plus récents. On y trouvera l'exposé des inoculations faites par M. Villemin, la discussion qui suivit à l'Académie de médecine, le rapport de M. Colin, les expériences de M. Chauveau, puis les recherches de Klebs, de M. Toussaint, et, enfin, les travaux de Koch qui aboutirent à la démonstration définitive du parasitisme virulent de la tuberculose.

Les leçons suivantes ont pour sujet: la génèse et l'évolution du tubercule, la résistance du bacille de Koch aux causes de destruction, les modes de contagion de la tuberculose, sa généralisation et son évolution, les associations microbiennes qui l'accompagnent, son hérédité; la scrofule et la tuberculose; la tuberculose aviaire; les tuberculoses microbiennes autres que la tuberculose bacillaire de Koch.

Le professeur fait ensuite l'exposé et la critique des recherches qui ont eu pour but de trouver des moyens expérimentaux de diagnostiquer la tuberculose ou de la combattre par les produits qu'elle avait elle-même fournis. Le diagnostic et le traitement par la tuberculine, c'était là précisément ce que se proposait Koch, lorsqu'il a, dans les conditions et avec le retentissement que l'on sait, annoncé sa découverte d'un poison sécrété par le bacille lui-même.

(1) In-8°. Prix : 12 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Cette étude si complète de la tuberculose expérimentale, M. Arloing la termine par trois leçons consacrées à la tuberculose dans ses rapports avec l'hygiène alimentaire.

Vient ensuite l'étude de certaines septicémies : la septicémie gangréneuse et la septicémie puerpérale.

Ceux que la question de la tuberculose intéresse — et il est de nos jours peu de questions aussi importantes en pathologie générale, en pathologie spéciale et en hygiène — seront heureux de trouver une étude d'ensemble d'allures magistrales, faite par un professeur qui possède, à un aussi haut degré, la science, l'habilité expérimentale et le talent d'exposition.

Agenda du pharmacien-chimiste, Manuel du praticien (1), par A. BOURIEZ.

Ce manuel s'adresse aux pharmaciens qui pourront y trouver un grand nombre de notions utiles en pratique. C'est un aide-mémoire destiné à être constamment à la portée de la main du praticien. Il se divise en quatre parties dont le titre dit suffisamment la nature : 1° documents techniques; 2° pharmacie; 3° documents physico-chimiques; 4° analyses spéciales. On y trouve un peu de tout, et c'est là un mérite pour un semblable vade-mecum. On trouve même à la première page un tableau des monnaies étrangères.

Les médecins pourront y trouver aussi nombre de données intéressantes, par exemple, une table de la solubilité des principaux agents thérapeutiques, des instructions sommaires pour les cas d'empoisonnement, un tableau des doses maxima, des formules diverses, etc.

Recherches expérimentales sur les leucocytes (2) : IV° fascicule, *Action des températures prolongées sur nos leucocytes*, par E. MAUREL.

De ses expériences sur les leucocytes. M. Maurel conclut que ces éléments sont tués par une température de 43 à 45 degrés; ils ne peuvent même supporter, d'une façon prolongée, une température de 42 à 43 degrés, températures qui peuvent probablement être réalisées sur certains points de l'organisme, lorsque le thermomètre marque 41 à 42 degrés sous l'aisselle. Avec 39 à 41 degrés, leur évolution est activée; elle est retardée avec 29 à 31 degrés.

Il en résulte cette donnée générale, qui ne manque pas d'intérêt, que les températures qui tuent les leucocytes, sont précisément celles qui tuent également l'organisme humain.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Association Orfila a tenu, hier dimanche, sa cinquante-neuvième assemblée générale, sous la présidence de M. Brouardel.

Le secrétaire général, M. Henri Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 66579 francs, dont 17892 provenant des cotisations, 12155 des dons et legs, et le solde produit par le revenu des fonds placés.

Les secours distribués s'élèvent à 42700 francs. Une somme de 21062 francs a été versée au fonds de réserve.

La séance s'est terminée par les élections du bureau pour le prochain exercice. Ont été réélus : président, M. Brouardel; vice-présidents, MM. Blanche et Guyon; trésorier, M. Genouville.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le professeur Gayet est nommé assesseur du doyen de la Faculté.

M. Pollosson, agrégé, est chargé d'un cours de médecine opératoire.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Rueff et Cie.
(2) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

— *École de médecine de Nantes.* — M. le docteur Rappin est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique et de bactériologie (emploi nouveau).

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Tertrin est nommé préparateur près la chaire de zoologie (insectes et crustacés), en remplacement de M. Charles Brongniart, appelé à d'autres fonctions.

— M. le professeur Cazeneuve est nommé membre du Conseil d'hygiène et de salubrité publique du Rhône.

— M. le docteur Giustiniani vient d'être élu conseiller général de la Corse, pour le canton de Petréto-Bicchisano.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Hugon (de Besançon), Lorthioir (de Lallaing).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 42. — JEUDI 7 AVRIL 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 7 AVRIL 1892. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On se rappelle que, dans la dernière séance, la thoracentèse avait été assez malmenée; on l'a même accusée d'être pour beaucoup dans la plus grande fréquence des épanchements pleuraux purulents et d'être la cause, sinon unique, au moins la plus fréquente, de la transformation d'épanchements simples en épanchements purulents. Il appartenait à M. Dieulafoy de relever l'insulte

Que l'on vient de jeter à l'objet de son culte,

et, sans idée préconçue, sans théories, sans hypothèses, il s'est contenté d'exposer les faits de sa pratique. Sur environ 400 thoracentèses qu'il a pratiquées, de 1883 à 1892, pour des cas d'épanchements séro-fibrineux ou hémorrhagiques, il n'a pas observé *une seule fois* la transformation consécutive en épanchement purulent. Cela paraît bien démonstratif, et les faits invoqués par M. Dieulafoy sont bien de nature à innocenter la thoracentèse. Mais alors comment expliquer cette fréquence beaucoup plus grande, qu'autrefois, des pleurésies purulentes? A cela, MM. Dieulafoy et Dujardin-Beaumetz répondent en invoquant la constitution médicale, ou, pour parler un langage plus moderne, la constitution microbienne. Il semble, ainsi que l'a fait observer M. Dieulafoy, que les microbes, depuis qu'on parle tant d'eux, mettent une sorte de coquetterie à se montrer et à multiplier leurs méfaits. Les faits ont changé; les maladies se sont modifiées; il y a vingt ans, dit M. Dujardin-Beaumetz, qui aurait osé parler de la contagion de la pneumonie, de la pneumonie infectieuse, de la nature tuberculeuse de la pleurésie? Telles sont les raisons à l'aide desquelles peut s'expliquer la fréquence beaucoup plus grande des affections suppuratives ou microbiennes de la poitrine et, en particulier, des pleurésies purulentes nécessitant des grandes interventions analogues à celle qui a été le point de départ de ce débat.

Toutefois, si M. Dieulafoy n'a jamais observé la transformation d'un épanchement simple en un épanchement purulent à la suite de la thoracentèse, il ne s'ensuit pas absolument que le fait soit impossible et ne se soit jamais produit en d'autres mains que les siennes. Il ne faudrait pas conclure de ses observations que la thoracentèse est une opération absolument insignifiante et inoffensive, et il faut répéter qu'elle doit être pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques les plus rigoureuses.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. PROUST.

La conférence internationale de Venise (1).

(Leçon recueillie par M. LOUIS DUBRISAY, interne des hôpitaux.)

II

Dans la première leçon, je vous ai parlé des préliminaires de la conférence de Venise et je vous ai précisé les questions que j'avais étudiées en Égypte, questions qui devaient être la base des discussions de la conférence de Venise.

Je suis arrivé dans cette ville, le 3 janvier 1892. La conférence s'est réunie, pour la première fois, le 5, et on a signé le protocole dans la nuit du 30 au 31 janvier; elle a donc duré quatre semaines.

Je vous rappellerai que la conférence de Venise a été réunie sur la proposition du gouvernement austro-hongrois qui s'était entendu avec le gouvernement anglais, au sujet des deux questions suivantes :

1° Le passage en quarantaine, dans le canal de Suez, des navires anglais suspects ou infectés;

2° La réorganisation du Conseil d'Alexandrie.

Mais, tandis que le gouvernement austro-hongrois s'était engagé vis-à-vis du gouvernement anglais sur la question du passage en quarantaine, l'Angleterre avait simplement promis de discuter la question de la réorganisation du Conseil sanitaire d'Alexandrie. Quant à la France, conviée, comme nous l'avons vu, par le gouvernement austro-hongrois, à assister à la conférence de Venise, elle ne s'était engagée sur aucune question.

Quatorze nations étaient représentées à la conférence; les représentants de la France étaient :

M. Barrère, ministre de France à Munich, M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, M. le docteur Catelan, médecin sanitaire à Alexandrie, et moi.

A la première séance, il était facile de voir que les délégués anglais semblaient sûrs de la majorité. M. Barrère eut

---

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 378.

l'idée de proposer la transformation de la conférence en commission. Cette manœuvre habile eut un résultat décisif pour le succès de la conférence; il demanda ensuite aux médecins présents de donner leur opinion sur les deux questions proposées.

Personne n'entamant la discussion, j'expose une sorte de contre-projet à l'arrangement austro-anglais.

La question importante pour nous, au point de vue de la santé publique, est d'empêcher la communication directe entre les provenances de l'Extrême-Orient, d'un côté, et l'Égypte et la Méditerranée, de l'autre. A cet effet, il faut établir une surveillance sévère dans la mer Rouge, le canal de Suez étant la porte d'entrée d'Europe pour les navires venant de l'Extrême-Orient et, en particulier, de l'Inde. La question est d'autant plus importante à étudier en ce moment, qu'à l'heure actuelle, nous n'avons pas de choléra en Europe. C'est donc le moment opportun pour fermer la porte de Suez aux navires contaminés.

Actuellement, voici comment les choses se passent:

1° Les navires à *patente nette* passent directement le canal de Suez, sans être examinés;

2° Les navires à *patente brute* sont retenus au moins pendant vingt-quatre heures;

3° Les navires contaminés sont envoyés, pendant sept jours, à l'établissement sanitaire de Djeb-El-Tor (établissement qui, ainsi que nous l'avons vu, sert aussi aux pèlerins venant de La Mecque).

Je prétends que ces dispositions présentent un double inconvénient : tout d'abord elles sont insuffisantes au point de vue de la santé publique et, en outre, elles apportent un obstacle aux transactions commerciales, en retenant des navires dits suspects qui pourraient passer directement.

1° Elles sont insuffisantes vu la façon dont les Anglais délivrent la patente nette qu'ils accordent à tous les navires lorsqu'ils quittent des ports où le choléra existe à l'état endémique;

2° Elles nuisent aux transactions, en retenant des navires porteurs de patente brute quelquefois pendant plus de vingt-quatre heures.

Je me suis efforcé de chercher un système faisant perdre moins de temps aux navires et cependant suffisant pour protéger la santé publique.

Pour moi, tous les navires venant de l'Extrême-Orient sont suspects; il faut faire à tous une visite médicale à leur arrivée à Suez.

Ceci posé, il faut partager les navires en trois catégories (j'élimine les navires à pèlerins qui sont l'objet de mesures toutes spéciales, dont je n'ai pas à m'occuper ici en ce moment) :

A. Les *navires indemnes;* sous ce nom, on doit comprendre les navires venus d'un point quelconque de l'Inde jusqu'à Suez, sans avoir aucun malade à bord, ni au départ, ni pendant la traversée. Pour ceux-là, passage immédiat (proposition acceptée à l'unanimité et sans discussion par la conférence);

B. Les *navires suspects*, c'est-à-dire ayant eu des cas de choléra à bord ou des cas douteux, soit au départ, soit pendant la traversée, mais n'en ayant pas eu dans les huit derniers jours.

Ces navires suspects, je les subdivise en deux classes :

1° Ceux qui ont à bord un médecin et une étuve à désinfection;

2° Ceux qui n'en ont pas.

Pour la première classe, comme la désinfection a pu être pratiquée immédiatement, et peut continuer à l'être, j'autorise le passage immédiat du canal en quarantaine.

Pour les autres, le passage en quarantaine, après désinfection des objets susceptibles, linges en usage, etc., dans un établissement spécial (à créer).

C. Les *navires contaminés*, ayant des malades à leur bord ou depuis huit jours. Il faut descendre et isoler les malades dans un hôpital à créer, puis descendre et isoler également les passagers, par groupes aussi peu nombreux que possible, de façon que l'ensemble des voyageurs ne soit pas solidaire d'un seul groupe qui pourrait être contaminé; la durée de cet isolement doit être de cinq jours. Pendant ce temps, on désinfecterait le navire.

Pour montrer le peu d'entraves que ce système apporterait aux transactions commerciales, j'ai cité des chiffres fournis par le président du conseil d'Alexandrie qui est Anglais.

Dans une période de sept ans (de 1884-1891), 15000 navires environ ont franchi le canal et il n'y en a eu que 50 suspects (c'est-à-dire qui rentreraient dans la deuxième catégorie) et 2 seulement qu'on aurait dû garder pendant cinq jours au local de désinfection.

Vous voyez donc les avantages que présenterait ce système, tant au point de vue de la santé publique que de la rapidité des transactions commerciales.

Pour pouvoir l'appliquer, il faut créer de nouveaux postes de médecins, destinés à pratiquer les visites sanitaires; quatre médecins suffiraient, croyons-nous. Il faut aussi installer, auprès de Suez, un hôpital pour les malades et un établissement sanitaire de désinfection. On ne peut songer à utiliser le lazaret de Djeb-el-Tor, qui est trop éloigné de Suez, et qui, en outre, ne présente pas de confort suffisant pour des passagers. De plus, Djeb-el-Tor est occupé, durant plusieurs mois de l'année, par les pèlerins, et le mélange des passagers ordinaires et des pèlerins pourrait être une nouvelle cause de contamination.

Après avoir examiné les localités, il me semble que l'emplacement le plus favorable est, sur la côte d'Asie, l'oasis désignée sous le nom de *Source de Moïse*. En ce point, la brise souffle continuellement, ce qui rend le séjour un peu moins pénible pour les Européens (contrairement à ce qui existe sur la côte africaine). En outre, l'oasis est éloignée de toute grande ville, et la présence du canal maritime, qu'il faudrait franchir pour arriver à Suez, constitue un obstacle sérieux, pour des individus qui tenteraient de s'échapper de l'établissement.

Ce système, qui se distingue du système anglais et austro-hongrois, en ce que ce dernier ne visait que les navires anglais, fut présenté à la première séance de la conférence.

A la suite d'objections faites par M. Lother, auxquelles nous avons successivement répondu, M. Brouardel et moi, à la suite de discussions entre les délégués anglais et français, l'accord se fit à peu près et M. Barrère put, quelques jours plus tard, faire à la conférence les propositions que j'avais énoncées à la première séance au nom de la délégation française. Puis il précisa les conditions nécessaires du passage en quarantaine, conditions qui nous avaient été suggérées par notre médecin sanitaire à Alexandrie, M. Catelan :

Vote particulier sur le passage en quarantaine des navires, dans chaque cas spécial.

Conditions précises dans lesquelles doit s'effectuer l'isolement.

Établissement d'un corps de gardes sanitaires.

Inscriptions sur le livre de bord des chauffeurs pris à Suez ou Ismaïlia. Cette clause demande certaines explications : il arrive qu'un navire, partant pour l'extrême Orient, embarque à Suez un chauffeur qui ne figure pas au livre du bord, car on le dépose à Suez au retour ; or, il peut arriver que ce chauffeur soit malade : on sait que l'épidémie de choléra de 1883, en Égypte, a été provoquée par un des chauffeurs du *Simour*.

Les navires en quarantaine ne passeront pas de nuit ; leur garage sera au niveau des lacs salés.

Obligation, pour le service sanitaire de Suez, de télégraphier, pour prévenir du passage du navire en quarantaine.

Peines disciplinaires très sévères, contre les capitaines qui enfreindraient ce règlement.

Toutes ces propositions furent acceptées à l'unanimité. Toutefois, l'Angleterre fit des réserves sur les points suivants :

Accorder le passage immédiat en quarantaine aux navires de poste, et aux transports de troupe, se rendant directement en Angleterre. A la suite d'une discussion dans laquelle je montre les dangers qu'il y aurait à laisser passer en quarantaine les navires transports, et la difficulté qu'il y a au passage en quarantaine d'une façon rigoureuse, l'amendement est repoussé par 10 voix contre 4, les quatre nations ayant voté pour sont : l'Angleterre, l'Autriche-Hongrie, l'Italie et l'Allemagne. La deuxième question, dont devait s'occuper la conférence, était la réorganisation du conseil sanitaire d'Alexandrie.

Le conseil créé par Mehemet-Ali se compose de 14 délégués étrangers, et de 9 délégués nationaux ; or, depuis l'occupation de l'Égypte par les Anglais, ces délégués nationaux sont en majorité Anglais.

Aussi avons-nous proposé de réduire à 3 le nombre des délégués nationaux ; l'Angleterre demandait 4, mais sa demande fut repoussée par 12 voix contre 2 (Angleterre, Allemagne).

Voici, en outre, quelles furent les autres propositions :

Le président est maintenu, mais sans droit de vote, sauf dans les cas où le conseil se trouverait partagé en deux fractions égales.

Création d'une commission permanente destinée à trancher les points litigieux et composée du président, de l'inspecteur général, de 2 délégués choisis par le conseil, et du délégué de la nation intéressée.

Quant à la question du pèlerinage de La Mecque, on a décidé de maintenir les mesures existant déjà au sujet des pèlerins, et de les observer si c'est possible d'une façon plus rigoureuse encore. Il a, du reste, été admis en principe que l'étude de la prophylaxie du choléra, à La Mecque même, ferait le sujet d'une conférence qui se tiendrait ultérieurement à Constantinople, et où on traiterait également de la protection du golfe Persique.

Dans la nuit du 30 au 31 janvier 1892, fut signée une convention qui terminait la conférence de Venise ; 10 États sur 14 apposèrent leur signature au bas du protocole. Les 4 n'ayant pas signé sont l'Angleterre, puis le Danemark, la Suède et la Turquie (ces trois États n'avaient pas les pouvoirs de leurs gouvernements, mais comme ils ont toujours voté avec nous, leur acquiescement n'est pas douteux).

En résumé, nous pouvons dire que l'œuvre de la conférence de Venise marquera dans l'histoire de l'étude des mesures sanitaires, car, en dehors de la conférence de Paris de 1855, aucune ne s'était terminée par la signature d'un protocole.

En outre, jamais l'entente n'a été si près d'être complète entre la France et l'Angleterre, et nous espérons que, dans un avenir très prochain, elle sera absolue.

Quoi qu'il en soit, la conférence, à l'unanimité, a décidé qu'une surveillance sérieuse devait être installée à Suez, qu'un établissement sanitaire devait être créé aux Sources de Moïse, elle a réglé le passage du canal en quarantaine, en le refusant pour les navires contaminés. Elle a réorganisé le conseil d'Alexandrie en en diminuant l'élément local, et, par conséquent, en lui donnant un caractère plus international.

HOPITAL ROTHSCHILD. — M. WEIL.

Arthrite mono-articulaire consécutive à une vulvite à gonocoque, chez une petite fille de deux ans.

Par M. P.-A. LOP,
Interne de l'hôpital Rothschild,
Ancien interne des hôpitaux de Marseille.

« H..., âgée de deux ans, entrée à l'hôpital, le 5 janvier 1892. Cette fillette, ordinairement bien portante, n'ayant aucun antécédent héréditaire ou personnel, est atteinte, depuis une quinzaine de jours, d'un écoulement vaginal très abondant ; le liquide qui s'en écoule est franchement purulent, jaune verdâtre, épais, filant ; la vulve, très rouge, très œdématiée, est le siège d'une vive inflammation.

Le neuvième jour de la vulvite, la région radio-carpienne droite est devenue subitement douloureuse, gonflée ; le gonflement s'étend jusqu'à la face dorsale de la main ; impotence fonctionnelle totale ; le moindre mouvement, au niveau de l'articulation et du carpe, réveille de vives douleurs. La peau est rouge, chaude, tendue. Apyrexie complète.

Rien au cœur, rien au poumon, pas d'albumine. Rien aux autres articulations. Rien dans l'urèthre. »

Tels sont les symptômes offerts, par la petite malade, le jour de son admission dans le service. Les parents affirment qu'il n'y aurait pas eu contamination vénérienne ; il est impossible d'avoir d'autres renseignements.

La présence d'une arthrite mono-articulaire, dans le cours de cette vulvite, suggéra à M. Tranel, auquel nous avons eu l'honneur de succéder dans le service, la pensée de faire l'examen microscopique du pus qui s'écoulait de la vulve, afin de voir s'il ne contiendrait pas le gonocoque de Neisser.

Les recherches entreprises à ce sujet ont donné pleinement raison à M. Tranel qui a pu, dans plusieurs préparations, constater la présence de ce micro-organisme.

De notre côté, nous avons entrepris les mêmes recherches, avec du pus recueilli en différents points de la vulve, qui nous ont conduit au même résultat ; il y a une quinzaine de jours, encore, ce liquide renfermait le gonocoque de Neisser ; depuis, sous l'influence du traitement antiseptique, nous n'avons plus trouvé ce microbe dans les préparations faites à cet égard.

« Aujourd'hui, 19 février, cette enfant est à peu près guérie ; quant à sa vulvite, grâce au traitement institué par notre maître, dès l'arrivée de la petite malade (lotions au sublimé, fréquemment répétées dans la journée, et cautérisations au nitrate d'argent, faites avec un pinceau trempé dans une solution à 5 p. 100) ; quant à l'arthrite, elle est en voie de résolution, la rougeur et le gonflement ont disparu, la motilité, bien que limitée, s'exerce sans douleur ; il existe encore un peu de raideur articulaire qui disparaîtra, nous l'espérons, sous l'influence du massage. »

Cette observation nous a paru intéressante à publier, non pas en tant que vulvite à gonocoque, dont les observations ne sont plus très rares, mais surtout à cause de la complication mono-articulaire présentée par cette malade, complication qui offre, à notre avis, un certain intérêt, puisque nombre d'auteurs n'hésitent plus, aujourd'hui, à admettre une analogie étroite, au point de vue de la nature, entre la vulvite des vierges et la blennorrhagie des adultes.

Les cas de vulvites à gonocoque sont assez fréquents; nous en rapportons un assez grand nombre recueillis dans la littérature médicale de ces dix dernières années.

La spécificité de la vulvo-vaginite des vierges a été soupçonnée, pour la première fois, en 1882, par R. Pott (1), sans qu'il indiquât cependant à quel agent pathogène était due cette spécificité.

Dans ces dernières années, l'attention des bactériologistes et des cliniciens a été attirée sur la nature de cette affection et sur la présence probable, dans le pus de cette inflammation, d'un microbe analogue à celui découvert par Neisser dans la blennorrhagie. Les observations se sont multipliées et de nombreuses recherches ont démontré, à la plupart des expérimentateurs, la présence à peu près constante du gonocoque de Neisser, dans la vulvite des petites filles.

Cséri (2), chez vingt-cinq fillettes, âgées de trois à dix ans, soignées à l'hôpital de Pesth, pour de la vulvite, a trouvé, chez toutes ces petites malades, un micro-organisme présentant les caractères morphologiques du gonocoque de Neisser. Pour cet auteur, toutes les vulvo-vaginites seraient rendues infectieuses par ce microbe.

H. Koplick (3) [de New-York] a rapporté les observations de deux petites filles de trois à cinq ans, atteintes de vulvite ; dans ces deux cas, le pus renfermait des micro-organismes offrant l'aspect des gonococci de la blennorrhagie ; mais les réactions colorantes de ces microbes ne sont pas indiquées par l'auteur.

Speath (4), sur 21 cas de vulvites, chez des petites filles de trois à onze ans, a pu noter 14 fois la présence du gonocoque de Neisser, dans les mucosités de la vulve, du vagin et de l'urèthre ; aussi Speath admet-il l'identité entre la blennorrhagie des adultes et la vulvite des petites filles.

De leur côté, MM. Vibert et Bordas (5), dans leur étude sur le gonocoque, ont pu constater, dans le liquide vaginal d'enfants qui n'avaient jamais subi aucune contamination vénérienne, un coccus qui présentait tous les caractères du gonocoque de Neisser ; aussi refusent-ils toute spécificité à ce microbe.

M. Horand, qui n'a rencontré ce microbe que 8 fois sur 80 cas, ne croit pas la vulvite gonococcienne très fréquente.

Dans une communication faite à la Société médicale des hôpitaux, M. Comby (6) soutient que la présence du gonocoque dans le pus de la vulvite ne prouve rien, puisqu'on le trouve normalement dans le vagin et dans l'urèthre. Il refuse, en outre, toute assimilation de cette maladie à la blennorrhagie aiguë des adultes.

(1) R. Pott. Die specifische vulvo-vaginitis im Kindesalter, und ihre, Beaudlung, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1862, t. XIX, p. 71.
(2) Cséri. Der Mïcrokocus der infectiœsen vulvo-vaginitis Kindren, in *Pest. Med. Chir. Presse*, 1885.
(3) Koplick. *New-York Med.*, 21 juin 1890.
(4) Speath. Zur Kenntniss der Vulvovaginitis im Kindesalter, *Munch. Med. Wochens.*, 1889. n° 22, *Arch. f. Kinderheilk.*, 1890, t. XI.
(5) Vibert et Bordas. *Médecine mod.*, 1890-91.
(6) Comby. Commun. à la Soc. méd. des hôpit., 17 juillet 1891.

M. Chantemesse (1) croit que la vulvite est presque toujours blennorrhagique. L'existence du gonocoque de Neisser dans les écoulements uréthraux non vénériens n'est pas une preuve suffisante pour rejeter cette hypothèse ; il n'y aurait pour ce microbe, comme pour tous les autres, qu'une affaire de degré de virulence.

Cette divergence d'opinions entre des observateurs de la valeur de MM. Comby, Chantemesse et Vibert, montre bien que la question est loin d'être résolue ; on ne peut que le regretter, cela d'autant plus qu'au point de vue médico-légal, la nature de la vulvite n'est pas sans avoir une réelle importance.

M. Comby, dans le travail que nous venons de citer, déclare que l'on compte les cas de vulvite ayant présenté des complications soit articulaires, soit péritonéales ; en ce qui concerne les complications articulaires, nos recherches dans la littérature médicale, française et étrangère, dans les traités classiques de pathologie infantile, donnent pleinement raison à M. Comby. Nous n'avons trouvé que la relation de *deux cas* d'arthrite aiguë du poignet, consécutive à une vulvite, chez deux petites filles, rapportés dans la thèse de M. le docteur Diamantberger (2). Ces deux observations sont empruntées à H. Koplik (de New-York).

Les complications articulaires de la vulvite sont donc extrêmement rares, aussi nous a-t-il paru intéressant de faire connaître ce nouveau cas.

La trop petite quantité de l'épanchement intra-articulaire n'a pas permis de rechercher la présence du gonocoque dans ce liquide ; mais, en soi, cet examen a très peu de valeur, la présence de ce microbe étant très inconstante. Si Petrone, Kammerer (3), M. Bousquet (4) ont pu trouver ce micro-organisme dans le contenu d'une arthrite blennorrhagique, en revanche des observateurs comme MM. Aubert (de Lyon), Guyon et Janet (5), Dieulafoy et Widal ne sont pas arrivés à trouver ce microbe dans l'épanchement articulaire de malades atteints d'arthrite, dans le cours de leur blennorrhagie.

Aussi MM. Guyon et Janet concluent-ils de leurs recherches que la cause de l'arthrite réside, non dans la présence du gonocoque lui-même, mais dans l'action sur l'article des produits solubles sécrétés au niveau de la muqueuse génitale par ce microbe. Dans ces derniers temps, Bockart et Gerheim ont trouvé, dans d'autres complications purulentes de la blennorrhagie, non des gonocoques, mais les microbes ordinaires de la suppuration.

Comme on peut le voir, les avis sont encore extrêmement partagés à ce sujet ; les uns font du gonocoque l'élément déterminant de l'arthrite, les autres font jouer un certain rôle à la diathèse rhumatismale comme cause prédisposante et secondairement au micro-organisme de Neisser. Ces deux théories ne paraissent pas s'exclure l'une l'autre et il doit en être souvent ainsi. L'influence de la diathèse rhumatismale ne paraît pas devoir être incriminée chez notre petite malade, née de parents n'ayant pas eux-mêmes d'antécédents rhumatismaux.

(1) Chantemesse. *Idem.*
(2) Diamantberger. *Rhumatisme noueux, poly-artérite déformante, chez les enfants*, Th. de Paris, 1891.
(3) Kammerer. *Centralbl. f. Chir.*, 1884.
(4) Bousquet. Soc. de chir., 28 oct. 1885.
(5) Guyon et Janet. Arthrite blennorrhagique sans gonocoques, in *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1889.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 avril 1892. — Présidence de M. Regnauld.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Lettres de candidatures de MM. Auvard et Doléris à la place vacante dans la section d'accouchement;

2° Un extrait du testament de Mme Delafosse, léguant à l'Académie la nue-propriété d'une somme de 10000 francs, pour la fondation d'un prix triennal, destiné à récompenser les meilleurs travaux et remèdes pratiques contre les maladies épidémiques et contagieuses;

3° Une note de M. Ch. West (de Londres) sur le traitement de la pleurésie chez les enfants et dont voici les conclusions :

I. Les pleurésies purulentes d'emblée sont beaucoup plus fréquentes chez les enfants au-dessous de douze ans, que chez l'adulte.

II. Si, dans une pleurésie franche, la résorption n'a pas commencé au bout de huit jours au plus tard, la ponction doit être faite.

III. Dans un très grand nombre de cas de pleurésie purulente, chez les enfants, une seule ponction suffit, en prenant toujours la précaution d'empêcher l'entrée de l'air atmosphérique et en fermant hermétiquement la plaie de ponction.

IV. Je n'ai jamais eu à regretter d'avoir fait la ponction trop tôt; mais, au contraire, j'ai quelquefois eu à regretter de ne pas l'avoir faite assez tôt.

COMMUNICATION

Septicémie puerpérale et méphitisme. — M. BÉCHAMP fait une communication sur ce sujet :

Sur beaucoup de points, il se range à l'opinion de M. Guérin, à savoir qu'il faut, toujours, quelque traumatisme chez l'accouchée, ou une plaie, pour que la septicémie puerpérale se produise. Sous ce rapport, M. Guéniot admet aussi que le méphitisme n'est que cause prédisposante. En faisant ces réserves, on peut s'entendre, et admettre que le méphitisme, les altérations de l'air respiré, peuvent être une cause prédisposante de la septicémie puerpérale, car alors, sous cette double influence, les microzymas physiologiques peuvent se transformer en vibrions septiques.

DISCUSSION SUR LA PLEURÉSIE PURULENTE

M. DIEULAFOY veut répondre à certains points du rapport de M. Verneuil. Il laisse de côté la question chirurgicale pour laquelle il se déclare incompétent. Oui ou non, la thoracentèse peut-elle transformer un épanchement séro-fibrineux simple en un épanchement purulent? La dyspnée est-elle la seule cause de mort dans la pleurésie avec épanchement et est-ce sur elle seulement que doit être basée l'indication de la thoracentèse?

Relativement au rôle attribué à la thoracentèse dans la transformation des pleurésies simples en pleurésies purulentes, M. Dieulafoy, sans idée préconçue, sans théories, se contente d'exposer les faits de sa pratique et fait connaître les cas de pleurésies dans lesquels il a pratiqué la thoracentèse depuis 1883.

Dans la pratique hospitalière de 1883 à 1892, il a fait 180 ponctions pour des cas de pleurésies séro-fibrineuses ou hémorrhagiques et, sur ce nombre, il n'a pas eu à constater une seule fois la transformation en pleurésie purulente, même dans les cas où il a dû faire jusqu'à plus de 30 ponctions chez le même malade. Si, à cette statistique hospitalière, il ajoute celle de sa pratique privée, il arrive au nombre 380 à 400 thoracentèses, dans des cas de pleurésies séro-fibrineuses ou hémorrhagiques, sans qu'une seule fois l'épanchement soit devenu purulent.

M. Dieulafoy ponctionne la plèvre dès que l'épanchement atteint 1500 ou 1800 grammes de liquide.

Il se croit donc en droit de conclure des faits qui précèdent que jamais la thoracentèse ne transforme un épanchement simple en un épanchement purulent. Il ajoute qu'il ne faut pas, après une première ponction, s'en rapporter aux apparences extérieures du liquide. Très souvent, ce liquide paraît clair, de bon aloi, alors qu'il contient une grande quantité de globules sanguins, des micro-organismes, et qu'il représente la première phase d'un épanchement purulent.

Lorsque, dans ces cas, on fait une seconde ponction, on trouve un liquide louche et du pus franc à la troisième ponction. L'examen du liquide a donc une très grande importance, et c'est grâce à lui seul qu'on peut être sûr de la vraie nature de l'épanchement.

M. Hardy, dans la dernière séance, a déclaré que, selon lui, il fallait attendre la dyspnée pour pratiquer la thoracentèse. M. Dieulafoy déclare n'être pas de cette opinion, et il fait connaître plusieurs cas de mort subite dans le cours de pleurésies, alors que le malade ne présentait aucune dyspnée. Il rappelle des cas de Trousseau, d'Andral, et en cite deux qui lui sont personnels, dans lesquels il s'agissait d'épanchements dépassant 2000 grammes. Les malades sont morts subitement, sans avoir présenté, un seul surtout, la moindre dyspnée. Selon lui, il ne faut donc pas attendre la phase dyspnéique pour recourir à la thoracentèse et il est d'avis d'intervenir aussitôt qu'on évalue l'épanchement à 1500 ou 1800 grammes.

En résumé, la thoracentèse n'est pour rien dans la transformation des épanchements simples en épanchements purulents. Elle doit être pratiquée aussitôt que la quantité du liquide épanché peut être évaluée à 1500 ou 1800 grammes, et il ne faut pas attendre la phase dyspnéique.

M. VERNEUIL ne veut pas prendre part à la nouvelle discussion que vient de soulever M. Dieulafoy; il désire rester sur le terrain chirurgical.

Il a simplement fait remarquer incidemment que, dans un certain nombre de cas, on pouvait accuser la thoracentèse d'avoir déterminé la suppuration. Il ne peut apporter des statistiques personnelles pour étayer son opinion, mais, dans la thèse de M. le docteur Guinard, un de ses élèves, il trouve rapportées bon nombre de pleurésies purulentes survenues après une, deux ou trois thoracentèses. Dans toutes ces observations, le liquide, d'abord séro-fibrineux à la première ponction, est devenu louche, puis ensuite franchement purulent.

Il ajoute que plusieurs fois il a refusé de pratiquer des ponctions dans des cas de pleurésie avec épanchement assez abondant et que, malgré cela, les malades ont entièrement guéri.

M. Verneuil constate combien la statistique de M. Dieulafoy est brillante, mais il croit que ses succès tiennent surtout à son habileté opératoire et à ce qu'il sait choisir le moment opportun auquel il faut intervenir, et il reste convaincu que beaucoup de médecins pratiquent la thoracentèse à tort et à travers.

M. DIEULAFOY fait remarquer à M. Verneuil, que l'on ne peut pas toujours incriminer la thoracentèse d'avoir produit la purulence d'un épanchement, lorsque le liquide devient purulent après la deuxième ou la troisième ponction; cela tient souvent à l'évolution seule de la maladie; en effet, un épanchement pleural, paraissant de bonne nature, franchement fibrineux, peut contenir histologiquement, non seulement des globules blancs et des globules rouges, mais des micro-organismes qui font prévoir sa transformation purulente.

M. VERNEUIL croit que, si l'on abandonne à lui-même un épanchement pleurétique, cet épanchement suppure rarement; il suppure, au contraire, bien plus souvent, lorsqu'on pratique des thoracentèses.

M. HARDY se demande comment il se fait qu'autrefois on avait si peu l'occasion de pratiquer l'empyème, alors qu'aujourd'hui, dans chaque hôpital, il ne se passe pas un mois sans qu'on soit obligé d'y recourir? Comment se fait-il également que cette augmentation, dans le nombre des pleurésies purulentes, coïncide précisément avec les modifications apportées au traitement des épanchements pleurétiques simples?

Nélaton était presque arrivé à l'âge de soixante ans, sans avoir eu l'occasion de faire une pleurotomie, alors qu'il se décida à la pratiquer, pour la première fois, sur Dolbeau.

Louis, en 1840, disait que la pleurésie était une maladie peu grave, dont on ne mourait pas. Quant à la mort subite dont nous a parlé M. Dieulafoy, c'est là un fait tout à fait rare ; en tout cas, pour sa part, M. Hardy n'en a jamais observé un seul cas. Il est toutefois d'accord, avec M. Dieulafoy, pour reconnaître que la dyspnée n'est pas la seule indication de la thoracentèse et qu'il faut tenir également grand compte de la quantité du liquide. Mais il s'élève surtout contre la thoracentèse, comme moyen banal de traitement de la pleurésie.

M. **DIEULAFOY** reconnaît que la pleurésie purulente est, en effet, plus fréquente qu'autrefois, mais il ne croit pas que ce changement soit dû à ce qu'on pratique plus souvent la thoracentèse. Il faut tenir grand compte de ce que les anciens appelaient la constitution médicale et de ce que nous pourrions appeler la constitution microbienne. N'a-t-on pas vu, depuis les deux dernières épidémies de grippe, survenir des otites purulentes en bien plus grand nombre qu'autrefois ? Ne constatons-nous pas la fréquence de plus en plus considérable de cas de pleurésie métapneumonique, maladie que nous connaissions jadis à peine ? On dirait que, depuis quelques années, les microbes, alors qu'on les connaît mieux, mettent une certaine coquetterie à être ou plus nombreux, ou plus virulents.

M. **HARDY** reconnaît la vérité de ce que vient de dire M. Dieulafoy, mais cela ne s'applique qu'aux deux dernières années ; or, il y a plus de deux ans que le nombre des cas d'empyème a augmenté.

M. **DUJARDIN-BEAUMETZ** partage absolument l'avis de M. Dieulafoy ; il est certain, en effet, que la constitution médicale s'est modifiée. Malgaigne viendrait-il aujourd'hui dire à cette tribune, comme il l'a fait autrefois, qu'on ne mourait pas de pneumonie? De même, si l'on était venu dire, il y a quelques années, que les pleurétiques avaient beaucoup de chances de devenir tuberculeux, cette assertion — qui est presque une loi aujourd'hui — n'aurait guère eu de chances d'être acceptée.

D'un autre côté, la pleurésie semble avoir pris peu à peu une forme plus grave et c'est là surtout qu'il faut chercher la cause de la plus grande fréquence de l'empyème.

On peut enfin invoquer une autre raison, c'est qu'autrefois on ne savait pas faire l'empyème. On n'osait pas toucher à la cavité thoracique et on laissait mourir les malades atteints de pleurésie purulente, sans les opérer.

En terminant, M. Dujardin-Beaumetz exprime le regret que M. Dieulafoy n'ait pas parlé des cas de mort subite qui s'observent immédiatement après la ponction. Il y aurait eu un certain intérêt à rapprocher ces cas de mort de ceux qui surviennent indépendamment de la ponction.

M. **DIEULAFOY** n'a pas parlé de ces faits, parce qu'il n'a pas traité aujourd'hui la question de la thoracentèse en général, il a seulement voulu répondre à MM. Verneuil et Hardy, au sujet de la transformation des épanchements pleurétiques et de l'opportunité de la ponction, à un moment précis, dans le cours de la pleurésie.

M. **LÉON COLIN** croit que la quantité de liquide n'est pas le seul élément dont on doive tenir compte pour expliquer les cas de mort subite au cours de la pleurésie ; il n'a pas présents à la mémoire des faits bien précis, mais il croit se rappeler que M. Blachez a cité un cas de mort subite, dans lequel l'épanchement était très peu considérable. La thoracentèse ne constituerait donc pas une sauvegarde absolue contre cet accident.

M. **DIEULAFOY** se souvient très bien de la malade de M. Blachez : il s'agissait d'une jeune fille qui avait un épanchement de 1550 grammes; cet épanchement était donc assez considérable, si l'on tient compte du développement incomplet du thorax, à cette période de la vie.

C'est là, du reste, le cas de mort subite, dans lequel on a trouvé la quantité de liquide minima. Cette malade avait, en outre, une thrombose de l'artère pulmonaire, accident que l'on n'observe généralement que lorsque l'épanchement dépasse 1800 grammes.

Dans un autre cas, cité par M. Vergely (de Bordeaux), on a trouvé, à l'autopsie, des caillots dans le cœur, caillots dont la présence avait été diagnostiquée pendant la vie.

Dans ces cas, du reste, la mort n'est pas aussi rapide que lorsqu'elle est due uniquement à l'épanchement pleurétique; il faut une ou plusieurs heures pour que la mort se produise, tandis que dans les cas où c'est seulement la quantité de liquide épanché que l'on peut incriminer, la mort est véritablement subite.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dimanche a eu lieu l'inauguration de l'hospice inter-communal de Fontenay-sous-Bois. Cet hospice a été élevé à frais communs par les communes de Fontenay, Vincennes et Montreuil-sous-Bois, sur un terrain offert par la commune de Fontenay-sous-Bois.

— Les séances de la troisième session annuelle de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie auront lieu les jeudi 21, vendredi 22 et samedi 23 avril (salle des conférences, au Musée de l'hôpital Saint-Louis).

— Le Congrès international d'anthropologie criminelle tiendra sa troisième session à Bruxelles du 7 au 14 août prochain.

— Le comité d'organisation du XIe congrès national d'hygiène ouvrière qui se tiendra prochainement à Paris, a résolu de faire précéder les séances de ce congrès par une série de conférences préparatoires, destinées à faire connaître aux adhérents l'état de la science officielle en matière d'hygiène de l'alimentation, du logement, de l'atelier.

Ces conférences préparatoires auront lieu à huit heures et demie du soir les 9, 16, 22, 30 avril; 7 et 14 mai, au local de l' « Union du Commerce et de l'Industrie », rue de Lancry, 10. Le public pourra être admis à assister à ces conférences moyennant 1 franc.

Samedi 9 avril, M. le docteur G. Dujardin-Beaumetz : De l'alimentation et du régime alimentaire. — Samedi 16 avril, M. le professeur Armand Gautier: Les aliments de première nécessité; leurs caractères, leurs défauts. — Vendredi 22 avril, M. le docteur Budin : L'hygiène de l'enfance ouvrière; l'allaitement, les crèches. — Samedi 30 avril, M. le docteur Dumesnil : Hygiène de l'habitation ouvrière. — Samedi 7 mai, M. le docteur H. Napias : Hygiène du travail ; ateliers, usines, bureaux et magasins. — Samedi 14 mai : M. le docteur A.-J. Martin : Les maladies évitables et les moyens de les prévenir.

Les personnes qui voudraient se procurer à l'avance des cartes pour l'une ou l'autre de ces conférences, devront s'adresser au trésorier, le cit. Stassart, rue Condorcet, 27.

— La prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale aura lieu dimanche prochain, 10 avril 1892, à l'Institut Pasteur, rue Dutot, 25, à dix heures très précises du matin.

— La commune de Dampierre-sur-Salon, chef-lieu de canton de la Haute-Saône, demande un docteur en médecine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 43. — SAMEDI 9 AVRIL 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 9 AVRIL 1892. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les complications orbitaires et oculaires des infections des sinus frontal, maxillaire, sphénoïdal.

Par MM. A. GUILLEMAIN et A. TERSON,
Internes des hôpitaux de Paris.

I

Les fosses nasales communiquent avec trois diverticules qui viennent entourer l'orbite en haut, en bas, en arrière. Ces diverticules péri-orbitaires, que l'on nomme sinus *frontal*, sinus *maxillaire*, sinus *sphénoïdal* et que l'on pourrait aussi nommer *sus-orbitaire*. *sous-orbitaire*, *postéro-orbitaire*, ont une structure et des fonctions similaires : leurs maladies inflammatoires qui ont surtout pour siège la muqueuse qui les tapisse, et qui est la muqueuse modifiée des fosses nasales, ont donc un processus symptomatique de voisinage de première importance et de nature semblable : c'est *le retentissement de l'inflammation sur l'orbite et sur son contenu*, ce qui suppose souvent des complications oculaires par lésion à distance (c'est-à-dire dans leur trajet *intra-orbitaire*) des troncs nerveux et vasculaires qui aboutissent au globe de l'œil.

De l'étude anatomique, même brièvement résumée, des différents sinus péri-orbitaires, ressortent, comme nous le verrons tout à l'heure, une série de considérations qui doivent avoir des corrélations semblables avec l'étude clinique de leurs affections et qui sont surtout intéressantes, quand on réunit les diverses inflammations des sinus dans un même cadre : elles partent, en effet, d'une source commune, qui est l'inflammation des fosses nasales, de quelque nature qu'elle soit.

Connue, depuis assez longtemps, par des notes isolées et des observations éparses, la pathologie des infections des sinus, au point de vue ophthalmique, commence à être mieux étudiée et envisagée à un point de vue d'ensemble. Nous noterons dans le cours de cette Revue, pour chaque sinus en particulier, les différents noms qui se rattachent à son étude. Il faut, cependant, déjà indiquer, comme principaux travaux récents : pour le sinus frontal, la communication de notre maître, M. le professeur Panas, à la Société française d'ophthalmologie (1890), et le travail de l'un de nous (1); pour le sinus maxillaire, les différentes publications de Ziem, dont on trouvera plus loin l'indication bibliographique exacte, la thèse de M. Courtaïx (2); pour le sinus sphénoïdal, les travaux de E. Berger (de Gratz), la thèse de M. Kaplan (Paris, 1891), et enfin l'article de M. Gérard-Marchant dans le *Nouveau traité de chirurgie*.

Il y a, en outre, de très nombreuses observations, publiées dans ces derniers temps, mais bien plutôt sur la nature de l'infection des sinus, que sur le retentissement orbito-oculaire, point de vue auquel nous voulons seulement nous placer.

L'*anatomie* des sinus péri-orbitaires est fort bien faite dans les traités classiques, de même que leur *structure*. Nous ne voulons dire que quelques mots des *rapports exacts* qu'ils affectent avec l'*orbite* qu'ils enserrent, toujours pour arriver à mieux connaître les *conditions de compression ou d'infection de l'orbite et de l'œil*. Nous noterons ensuite ce que l'on a vu de plus récent sur l'*orifice* ou le *canal de communication qui les réunit aux cavités nasales*, afin de mieux suivre le mode de propagation inflammatoire.

« Les dimensions des sinus *frontaux* sont très variables. On peut dire d'une façon générale qu'ils sont d'autant plus développés que le sujet est plus âgé. Ils sont plus grands chez l'homme que chez la femme. Chez l'homme, les sinus frontaux mesurent en moyenne 3 centimètres dans toutes leurs dimensions. Chez la femme, ils n'ont guère plus de 12 à 15 millimètres.

On peut dire que, chez l'homme, les sinus frontaux s'étendent à 3 centimètres au-dessus de la racine du nez, tandis que, chez la femme, ils dépassent rarement 2 centimètres; latéralement, ils ont la même étendue. C'est sur ces dimensions moyennes que le chirurgien doit se guider pour la trépanation de ces cavités.

Parfois, ils s'étendent beaucoup plus loin : on les a vus se prolonger en haut jusqu'aux bosses frontales et même jusque dans les pariétaux (Ruysch), et, en dehors, jusqu'aux apophyses orbitaires externes du frontal.

Je les ai souvent vu dédoubler la moitié antérieure de la

(1) A. GUILLEMAIN. *Étude sur les abcès des sinus frontaux; leurs complications orbitaires, leur diagnostic, leur traitement*, Steinheil 1891, et *Arch. d'ophthalmol.*, 1891.

(2) COURTAÏX. *Relations pathologiques de l'œil et des dents*, Paris 1891.

voûte orbitaire et, *comme en ce point la paroi osseuse est très mince*, il suffisait d'un léger coup d'ongle pour ouvrir le sinus, soit par l'orbite, soit par la base du crâne.

A côté de ces cas, dans lesquels les sinus présentent un développement exagéré, il en faut noter d'autres plus rares, dans lesquels les sinus manquent complètement. Sur les trente cadavres qui ont servi de base à cette étude, les sinus ont manqué deux fois. »

Les lignes qui précèdent sont tirées d'une leçon de M. le docteur Poirier, chef des travaux anatomiques de la Faculté : elles constituent le document le plus actuel sur la question qui nous occupe, et nous paraissent fort explicites sur l'étendue des rapports du sinus frontal avec la voûte orbitaire, qui en ce point est réduite à une mince lame de tissu compact.

Quant aux rapports proprement dits, la paroi osseuse et le périoste ont surtout des relations de contiguïté avec les vaisseaux et nerfs sus-orbitaires, la poulie et le tendon du grand oblique, les veines de la région qui vont s'aboucher dans la veine ophthalmique, et même plus bas, le commencement du sac lacrymal.

Le sinus *maxillaire* présente avec le plancher de l'orbite des rapports extrêmement étendus. Il suffit de considérer un maxillaire supérieur sec pour s'apercevoir que l'antre d'Highmore s'étend du rebord orbitaire jusqu'à l'extrême limite postérieure du plancher de l'orbite, la fente sphéno-maxillaire. La paroi traversée par le canal sous-orbitaire est cependant extrêmement mince. Nous avons ici le contenu inférieur de l'orbite, la région du canal nasal et du sac lacrymal. Il nous faut noter, à propos du sinus maxillaire, la pénétration fréquente des racines dentaires dans sa cavité, ce qui a une très grande importance.

La situation du sinus *sphénoïdal* lui donne des rapports extrêmement instructifs. Sans insister sur le développement du sinus sphénoïdal qui ne se formerait que vers l'âge de quinze ans environ, si l'on prend les moyennes données par les auteurs, nous le voyons en relation, en haut, avec la gouttière du chiasma optique : latéralement, avec les gouttières caverneuses et tout leur contenu vasculo-nerveux : le retentissement, sur le nerf optique et sur le groupe des vaisseaux et des nerfs qui vont à l'orbite, est donc immédiat.

Les parois mêmes du sinus, en somme fort minces, interrompues en avant par une ouverture du sinus de la dimension d'une lentille (Moldenbauer), peuvent, du reste, en se résorbant, établir des communications avec les différentes parties du sphénoïde, grandes et petites ailes, avec les cellules postérieures de l'ethmoïde, avec les os de l'orbite, et même avec la cavité cranienne, par déhiscence directe de la paroi supérieure (Zuckerkandl).

Nous venons de voir l'orifice de communication du sinus sphénoïdal avec les fosses nasales, car ici il ne saurait être question de canal.

L'orifice de communication du sinus maxillaire est double : un des deux orifices constant, placé en avant dans l'infundibulum; l'autre, qui manque souvent, siège vers la partie moyenne du méat moyen. M. Tillaux, à qui nous empruntons ces lignes, note l'inutilité du cathétérisme pratiqué dans ces conditions, puisque l'orifice n'est nullement à la partie déclive de la cavité.

Le sinus frontal s'ouvre en bas dans l'infundibulum de l'ethmoïde par un canal creusé dans les cellules antérieures de cet os. M. Poirier pense qu'il convient de donner à ce canal le nom de canal *frontal*, réservant le nom d'infundibulum à la partie évasée par laquelle il s'ouvre dans le méat moyen. Des dernières recherches de MM. Poirier et Guillemain, il résulte que la longueur de ce canal, mesurée sur trente sujets, est en moyenne de 15 millimètres chez les hommes, de 10 millimètres chez les femmes. Il est cylindrique, ou un peu aplati dans le sens transversal : il y a de notables variations avec les sujets. Le diamètre est de 2 à 3 millimètres : des bougies à urèthre répondant aux n°s 6, 7, 8, 10 de la filière Charrière, peuvent servir à son cathétérisme.

Il faut noter que l'orifice inférieur s'ouvre par l'infundibulum dans le méat moyen; mais, comme une gouttière prolonge l'infundibulum jusqu'à l'ouverture nasale du sinus maxillaire, les liquides versés dans le sinus frontal pénètrent en grande partie dans le sinus maxillaire. On voit que les rapports des trois sinus sont surtout dirigés vers les parties internes de l'orbite.

Voilà ce que nous possédons de plus clair sur les points d'anatomie qui se rapportent plus particulièrement au sujet que nous voulons traiter ici. Nous avons vu, en somme, la nature et l'étendue des rapports orbitaires des trois sinus et leur communication avec les fosses nasales, dont ils partent.

Leur structure et l'histologie de leurs muqueuses est bien connue et il n'y a pas à y revenir.

De ce que nous venons de dire, il est difficile de tirer une conclusion, soit au point de vue du retentissement plus ou moins direct des différents sinus sur l'orbite, soit au point de vue de la prédilection plus ou moins particulière d'un sinus à l'infection. Tout cela dépend trop de l'âge et de la conformation du sujet, et surtout de la cause de l'infection.

Nous allons maintenant étudier la convergence vers l'orbite et l'œil des affections inflammatoires des sinus péri-orbitaires, au point de vue plus spécialement chirurgical et ophthalmologique.

II

Sinus frontal. — L'empyème du *sinus frontal ou sus-orbitaire* n'est pas le plus fréquent, mais c'est lui qui s'accompagne le plus souvent de manifestations orbito-oculaires. Disons pourtant qu'il est beaucoup moins rare que la plupart des chirurgiens l'ont prétendu, ce qui tient, comme l'a montré M. le professeur Panas, à ce que, dans ses formes frustes, il est souvent méconnu et confondu avec d'autres maladies ayant l'orbite pour siège.

C'est une affection exclusive à l'adulte, ce qui se comprend, le sinus n'existant pas encore chez l'enfant. L'homme dont les sinus sont plus développés y est beaucoup plus exposé que la femme : sur un relevé de 31 cas, nous avons trouvé 19 hommes et 12 femmes. La tuberculose et la syphilis ne semblent pas, quoi qu'on en ait dit, engendrer de toutes pièces un empyème du sinus frontal, elles peuvent tout au plus produire des ostéo-périostites du rebord orbitaire qui ont, d'ailleurs, de la tendance à envahir la région opposée au sinus : l'os malaire.

Cette maladie, essentiellement infectieuse, reconnaît toujours pour cause la pénétration dans le sinus de microbes pyogènes. Souvent elle est précédée d'un érysipèle et les recherches récentes de MM. Luc et Ledoux-Lebard, sur l'empyème du sinus maxillaire, nous autorisent à conclure

que, dans ces cas, la suppuration est due au streptocoque. La scarlatine, la fièvre typhoïde peuvent aussi envahir le sinus frontal.

Dans tous ces cas, les fosses nasales sont indemnes. Dans d'autres, au contraire, c'est par elle que débute l'infection. Le coryza aigu, le coryza lié à l'influenza, le coryza chronique, l'ozène, comme l'ont montré M. Fauvelle (1) et Petelshen, et comme nous en avons nous-mêmes observé un exemple, se propagent facilement au sinus en suivant l'infundibulum et en amènent la suppuration.

Dès que l'inflammation a envahi le sinus, sa muqueuse se gonfle et l'orifice de communication avec les fosses nasales s'oblitère ; donc deux causes sont indispensables à la production de l'empyème : l'une mécanique, occlusion de l'infundibulum, l'autre d'ordre infectieux. C'est l'agent infectieux qui ouvre la marche, et l'occlusion peut ne venir que tardivement chez des malades présentant depuis plusieurs années (quatorze ans dans un cas) un écoulement purulent d'une narine, indice de la suppuration du sinus.

A un moment donné, parfois sans cause, d'autres fois à la suite d'un simple coryza, l'orifice de communication s'oblitère, les phénomènes de rétention éclatent et la maladie entre dans sa période d'état. Le premier symptôme est la douleur qui revêt la forme de névralgie sus-orbitaire rebelle. Elle est d'une intensité extrême et résiste à tout traitement : seule l'évacuation du pus la fait disparaître. A elle vient bientôt s'adjoindre la distension du sinus ; de ses trois parois, l'orbitaire, qui est la moins résistante, se laisse forcer la première, elle bombe dans l'orbite en déviant l'œil en bas et en dehors, puis le pus se fait jour au dehors à travers une perforation : suivant le point où elle siège, il se répand dans le sinus, du côté opposé, le front, le crâne, l'orbite. Les trois premiers modes d'ouverture sont exceptionnels : seul l'envahissement de la cavité cranienne mérite d'être noté, car, comme l'ont montré Bellingham (2) et M. Bousquet (3), il s'accompagne de complications cérébrales qui amènent la mort à bref délai.

L'ouverture dans l'orbite est la plus importante, et par sa fréquence et par les complications occulaires qu'elle occasionne. On peut la considérer comme la terminaison habituelle des abcès du sinus frontal abandonnés à eux-mêmes.

La perforation osseuse siège d'ordinaire à la partie interne du rebord sus-orbitaire, mais elle peut occuper la partie moyenne, voire même la partie externe de ce rebord [Kocher, Kœnig (4)], quand le sinus est anormalement développé. Elle se traduit par l'apparition, à l'angle interne de l'œil, d'un abcès variant du volume d'une noisette à celui d'une noix. Il est comme suspendu à la voûte orbitaire et collé contre la racine du nez : la peau qui le recouvre est normale et c'est par exception qu'elle est tuméfiée et rouge. En déprimant la tumeur avec la pulpe du doigt, on détermine de la douleur, on arrive sur l'os où l'on peut sentir l'orifice de communication avec le sinus, sous forme d'une dépression à contour rugueux, signe indiqué par Lyder Borthen (5).

L'apparition de cet abcès orbitaire s'accompagne, du côté de l'œil, de phénomènes compressifs de la plus haute importance. Ils sont d'ordre purement mécanique et intéressent l'oculiste, car ils exposent à des erreurs de diagnostic grossières. Ce sont d'abord un œdème énorme de la paupière supérieure, puis un chémosis séreux qui apparaît à travers la fente palpébrale rétrécie sous forme d'un bourrelet rougeâtre qui empiète sur la cornée et encadre la pupille.

Quant au globe de l'œil lui-même, il est immobilisé, mais moins que dans le phlegmon de l'orbite, il est projeté en avant et s'accompagne d'un strabisme en rapport avec le siège de l'abcès, c'est dire qu'il est le plus souvent inférieur et interne. La mobilité de l'œil est diminuée ; les mouvements qui le portent en haut et en dedans peuvent même être totalement abolis.

La diplopie est fréquente et en rapport avec le déplacement du globe de l'œil. Leber (1), qui l'a observée sans strabisme apparent et sans exophthalmie, l'a attribuée à une compression du grand oblique. D'ordinaire passagère, elle peut survivre à l'affection quand une cicatrice exubérante gêne l'excursion de l'œil en dedans.

Le fond de l'œil, d'ordinaire normal, peut présenter des signes de compression vasculaire, se traduisant par l'œdème de la papille, une dilatation serpentine de ses veines. La choroïdite qu'a observée Lyder Borthen était évidemment une lésion concomitante.

Signalons enfin, comme dernière complication oculaire, le larmoiement par compression du sac lacrymal.

Cet ensemble symptomatique, quand rien n'attire l'attention vers le sinus, peut, on le voit, être fort embarrassant. L'ouverture de l'abcès suffit, le plus souvent, à lever les doutes, qu'elle soit spontanée ou faite par le chirurgien. Elle donne issue à un pus tout spécial qui n'est pas, d'ailleurs, sans ressemblance avec celui des sinus sphénoïdal et maxillaire. Son mélange avec le mucus que sécrète normalement le sinus lui donne une grande consistance. Dès qu'il est évacué il se prend en masse comme une gelée. La quantité varie entre deux et quatre cuillerées à café. Il a une coloration variant du verdâtre au brun, d'où la comparaison avec la bile ou le chocolat. Il est très fétide. Souvent il s'écoule animé de battements isochrones au pouls radial [Peyrot (2)] et qui, pour Leber, ne sont autres que les battements du tissu médullaire des parois osseuses du sinus.

Une fois le pus évacué, on constate, le plus souvent mais non toujours, l'orifice de communication avec le sinus. Dès qu'on l'a trouvé, le stylet s'enfonce à une profondeur de 2 à 4 centimètres dans sa cavité. Dans certains cas, l'examen le plus minutieux ne montre aucune perforation et il n'en existe pas. L'abcès orbitaire s'est développé, soit par propagation inflammatoire à travers la mince paroi osseuse, soit par la voie lymphatique. Ces abcès ont été décrits pour la première fois par M. le professeur Panas (3), qui leur a donné le nom d'*abcès circonvoisins*. Après les avoir incisés, il faut aller sans hésiter trépaner le sinus pour en évacuer son contenu.

L'ouverture de l'abcès orbitaire, avec ou sans trépanation du sinus, est suivie d'une détente immédiate, l'œil reprend sa place et ses mouvements, le larmoiement et l'œdème

(1) Fauvelle. *Gaz. hebd.*, 1886.
(2) Bellingham. *Ann. d'occul.*, 1853, t, XXIX.
(3) Bousquet. *Progrès méd.*, 1877, p. 972.
(4) Kœnig. *Ueber Empyem und Hydrops der Stirnhœhle*, Th. de Berne, 1882.
(5) Lyder Borthen. Ueber Empyem der sin. fr., *Arch. de Græfe*, 1883.

(1) Leber. Beobacht ueb. Empyem der sin. front., *Arch. de Græfe*, 1880.
(2) Peyrot, in Berthon. *Les abcès et les hydropisies du sinus frontal*, Th. de Paris, 1880.
(3) Panas. *Mercredi méd.*, 1890, n° 19.

palpébral cessent, mais la guérison est loin d'être obtenue et le malade entre dans cette phase interminable de l'affection que les traités classiques décrivent sous le nom de *fistule* du sinus frontal. Les nécroses viennent souvent s'ajouter à la suppuration, elles frappent la paroi orbitaire du sinus et les séquestres se présentent sous forme d'une mince lamelle, dont les caractères ont été bien décrits par Spencer Watson (1) et M. le professeur Panas; la face qui répond à l'orbite est concave, celle qui répond au sinus est convexe et criblée d'une foule de petits pertuis, qui admettent au plus la pointe d'une épingle.

Les malades ont peu de tendance à guérir, et notre statistique, portant sur 35 cas bien observés, nous a montré que dans près de la moitié il s'est établi, malgré le traitement, une fistule permanente; dans les autres, la durée moyenne a été de neuf mois. Nous trouvons la raison de cette chronicité dans la nature de la cavité suppurante dont les parois rigides n'ont aucune tendance à s'accoler l'une à l'autre.

Le diagnostic, sur lequel il est important d'insister, est fort difficile, surtout au début, alors qu'il n'y a aucune déformation de la région. Les malades ne se plaignent que de névralgies sus-orbitaires rebelles qui ont été prises pour de la céphalée syphilitique ou encore, quand elles revêtaient le type intermittent, pour de l'impaludisme. Si, en même temps que la douleur, le patient accuse un coryza chronique, un catarrhe purulent d'une seule narine, si l'angle interne de l'œil est tuméfié et douloureux, on peut presque affirmer que le sinus est en cause. Dans ce cas, il faut toujours pratiquer l'examen méthodique des fosses nasales et surtout porter ses investigations dans le méat moyen : si l'on en voit sourdre du pus, il vient du sinus frontal ou de l'antre d'Highmore.

A une période plus avancée (et c'est d'ordinaire à ce moment que l'on voit les malades), alors que le sinus s'est perforé et que le pus s'est collecté au grand angle de l'œil, on peut le confondre avec toutes les affections ayant l'orbite pour siège, et notamment quand il a une marche aiguë, avec le *phlegmon de l'orbite*. Mais ce dernier a envahi la région orbitaire tout entière, sans prédilection pour sa partie supéro-interne. Le globe de l'œil est tout à fait immobile, tandis que dans l'empyème du sinus il a encore une partie de ses mouvements. L'exophthalmie est directe dans le premier cas, inféro-interne dans le second. Aucun de ces signes, il faut l'avouer, n'a une valeur absolue, et souvent on ne diagnostique l'affection du sinus que quand, après ouverture de l'abcès, le stylet pénètre dans un orifice du rebord sus-orbitaire et s'enfonce profondément dans une cavité.

L'empyème du sinus peut aussi en imposer pour une *ténonite*; les signes communs sont la névralgie sus-orbitaire, le chémosis, l'exophthalmie. Mais la ténonite s'observe presque uniquement chez les rhumatisants, les mouvements de l'œil sont douloureux et non abolis, la terminaison par résolution en quelques semaines est la règle, il n'y a jamais de suppuration (2).

L'abcès comprime-t-il les voies lacrymales et donne-t-il du larmoiement, il simulera une dacryocystite : disons pourtant que les autres signes spéciaux de cette affection la feront reconnaître.

(1) Sp. Watson. *Med. Times and Gaz.*, 1878.

(2) Panas. De la ténonite, in *Arch. d'ophthalmol.*, 1883.

A la période fistuleuse, alors que le stylet est conduit sur un os dénudé ou sur un séquestre, on pourrait croire à une ostéo-périostite tuberculeuse ou syphilitique du rebord orbitaire, à cette affection que, depuis Mackenzie (1), on décrit sous le nom de carie de l'orbite. Mais la carie a pour siège de prédilection l'os malaire, dès lors, toute suppuration siégant en haut et en dedans devra éveiller l'attention et faire penser que le sinus peut en être le point de départ. Si, par exception, la carie frappe la région du sinus, les antécédents tuberculeux ou syphilitiques du sujet pourront servir à la reconnaître. L'âge a aussi son importance, la carie étant fréquente chez l'enfant, l'empyème du sinus se voyant uniquement chez l'adulte. Un seul signe peut lever les doutes d'une façon certaine : si le stylet franchit le rebord orbitaire et pénètre vers la cavité cranienne à une profondeur de 2 à 3 centimètres, il est dans le sinus, c'est bien lui qui est en cause.

Une fois l'empyème reconnu, il faut le traiter chirurgicalement, c'est-à-dire ouvrir une large voie au pus et modifier la paroi du sinus, ce qui peut être obtenu par trois méthodes :

1° L'ouverture ou mieux le cathétérisme du sinus par la *voie nasale*. Entre les mains de Jurasz (2) et de Hansberg (3), il aurait donné de bons résultats, cependant nous le croyons insuffisant dans la plupart des cas.

2° L'ouverture large de la paroi antérieure du sinus (*voie orbito-frontale*) et le bourrage de la cavité à la gaze iodoformée, est un très bon mode de traitement, il fait bourgeonner le sinus qui se comble de la profondeur vers la superficie; le malade guérit avec une cicatrice enfoncée, mais il guérit. Cette méthode a donné récemment, entre les mains de notre maître M. Panas, un brillant succès pour un malade chez lequel tous les autres traitements avaient échoué.

3° Enfin, le drainage *fronto-nasal* après trépanation de la paroi antérieure du sinus pratiqué par MM. Otto (4), Macnaugthon, Peyrot, Bertheux (5), Kocher, Chandelier (6) et plus récemment par M. Panas, en rétablissant la communication du sinus avec la fosse nasale correspondante, permet d'obtenir la guérison sans grande déformation de la région orbito-nasale. Nous ne décrirons ni l'instrument avec lequel se pratique ce drainage, ni son manuel opératoire, renvoyant pour cela aux *Archives d'ophthalmologie* (7).

III

Sinus maxillaire. — L'empyème du sinus maxillaire est connu depuis longtemps, mais son étude est entrée dans une phase nouvelle depuis que Ziem (8) et, après lui, MM. Luc (9), Gapin (10) ont montré la fréquence des formes

(1) Mackenzie. *Traité des maladies des yeux*, 4e éd., t. II et III, 1865.

(2) Jurasz. *Berl. klin. Wochens.*, 1887.

(3) Hansberg. Die sandirung der Nebenhohlen der Nase, *Monats. f. Ohreinheilk.*, 1890.

(4) Otto. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1876.

(5) Bertheux. *Des kystes muqueux des sinus frontaux*, Th. Paris, 1881.

(6) Chandelier, in Pitiot. *Les abcès du sinus frontal*, Th. de Lyon, 1888.

(7) Guillemain. Loc. cit., p. 128.

(8) Ziem. Ueber bedeutung und behandlung der Naseneiterungen, *Monats. f. Ohrenheilk.*, 1886.

(9) Luc. Les abcès du sinus maxillaire, *Arch. de rhinol et de laryngol.*, 1889, p. 145 et 204.

(10) Gapin. *Les abcès des sinus maxillaires*, Th. de Paris, 1891.

frustes et l'importance qu'il fallait leur attacher. Il reconnaît pour cause, comme l'empyème des sinus frontal et sphénoïdal, une infection qui se fait, soit par la voie dentaire, soit par la voie nasale. Tandis qu'autrefois on admettait que presque tous les abcès avaient une origine dentaire, aujourd'hui on tend, à tort peut-être, à admettre, avec Zuckerkandl, Hartmann, Friedlander (1), que les lésions débutent le plus souvent par les fosses nasales et que la périostite alvéolo-dentaire est secondaire : il faut, néanmoins, se garder de rejeter l'origine dentaire si fréquente (Courtaïx).

Le coryza aigu, le coryza chronique, l'ozène se propagent facilement par voie de continuité au sinus maxillaire. Il en est de même de la suppuration entretenue par les polypes du méat moyen. Une des causes qui vient récemment d'être mise en évidence par M. Luc (2) est l'érysipèle. Sa malade avait eu, quelques mois auparavant, un érysipèle de la face et l'examen du pus montra qu'il ne contenait que du streptocoque. Au contraire, le pus d'un empyème consécutif à une carie dentaire contenait différents microbes (staphylocoques, diplocoques, éléments bacillaires). Il semble donc que, pour chaque abcès, la nature de l'agent infectieux varie suivant la cause qui lui a donné naissance.

Quant à l'origine dentaire des infections du sinus, elle est certainement, quoi qu'on en ait dit, souvent la cause des accidents orbito-oculaires. Les racines dentaires, quelquefois à nu dans la cavité du sinus, sont malades et entraînent une ostéo-périostite pouvant aboutir à la formation de séquestres et pouvant provoquer une infection orbitaire, soit par le plancher de la cavité orbitaire, soit que le pus arrive à l'orbite, en décollant de bas en haut le périoste du maxillaire supérieur. L'extraction des dents a pu, par communication directe avec la bouche (Duplay), provoquer les accidents inflammatoires.

Nous ne parlons pas des nombreux troubles oculaires qui ont des affections purement dentaires comme cause principale : cela sort de notre sujet.

Quand les manifestations cliniques de l'empyème du sinus maxillaire sont au complet, le diagnostic en est facile, mais c'est là l'exception. Nous ne mentionnons que pour mémoire le gonflement de la joue, la douleur molaire, l'écoulement fétide par la narine quand le malade penche la tête en bas et en avant et nous aurons surtout en vue les formes larvées à retentissement orbito-oculaire.

Dans certains cas, on n'a noté qu'une névralgie sus-orbitaire réflexe revêtant les mêmes caractères que dans l'empyème du sinus frontal. Dans d'autres, le malade venait consulter pour du larmoiement soit réflexe, soit mécanique, par compression de l'appareil lacrymo-nasal.

Dans un autre ordre de faits, il y a un retentissement sur le sinus frontal, soit par propagation directe de l'infection, en suivant l'infundibulum, soit plutôt, comme le veut Hartmann (3), par occlusion du canal frontal, rétention de mucosités et hydropisie du sinus. Quoi qu'il en soit, aux signes de l'affection maxillaire se joignent ceux de l'affection frontale, ce qui n'est pas fait pour éclairer le diagnostic : alors les phénomènes de déviation et de compression de l'œil sont complets.

(1) Friedlander. Zur therapie des Empyema antre Highmori, *Berlin. klin. Wochens.*, 1889, nº 37.
(2) Luc. *France méd.*, 1891, p. 307.
(3) Hartmann. Empyem. des sin. max., in *Deuts. Med. Wochens.*, 1889, nº 10.

Enfin, chez d'autres malades, l'empyème du sinus maxillaire intéresse encore plus directement l'organe de la vision, soit que la propagation inflammatoire se fasse par la voie vasculaire, comme le veut Ziem, soit qu'il y ait soulèvement ou même perforation (Bœnech) de la paroi orbitaire du sinus. Dans ces cas, le pus, faisant irruption dans l'orbite, y provoque un certain nombre de symptômes, qui rappellent beaucoup ceux que nous avons décrits à propos du sinus frontal, seulement ils en diffèrent par le siège. C'est ainsi que l'on observe l'exophthalmie avec perte des mouvements de l'œil en bas, le gonflement et l'œdème de la paupière inférieure, le chémosis, la conjonctivite, la kératite et même l'iritis : le tout peut même aboutir à la panophthalmie, par suite de lésions kératiques, dans l'exophthalmie excessive.

En général, cependant, ces complications n'ont pas de gravité persistante et disparaissent dès que le pus s'est fait jour au dehors. Il n'en est pas de même de l'abcès du sinus proprement dit, qui a une grande tendance à passer à la chronicité et à la fistulisation.

Il nous faut dire quelques mots d'un accident terrible qui se produit de temps à autre et qui est du reste une conséquence possible des empyèmes des trois sinus ; c'est le *phlegmon de l'orbite* (1). Quelles que soient sa voie de propagation et son origine, dentaire ou infectieuse générale, c'est presque toujours par l'antre d'Highmore que l'inflammation s'avance vers l'orbite. Nous ne décrirons pas ses symptômes si connus et son évolution qui, outre les dangers immédiats pour la vie du malade, entraîne si souvent une atrophie du nerf optique. L'examen ophthalmoscopique devra être pratiqué, pendant toutes ses périodes, de même que dans les cas où il y a compression simple de l'orbite et de son contenu, par le soulèvement du plafond de l'antre d'Highmore : il pourra montrer les variétés des névrites par compression, les troubles du champ visuel et les amauroses qui les accompagnent. A propos des complications nerveuses, il faut signaler encore la possibilité de la paralysie de la troisième paire.

Le diagnostic des formes frustes est hérissé de difficultés et elles sont souvent méconnues. Il faut, dès qu'on voit des troubles oculaires d'inflammation et de compression, ou même seulement réflexes, pratiquer l'examen rhinoscopique et l'examen des dents. S'il y a du pus dans le méat moyen, il peut avoir trois origines : le sinus frontal, le maxillaire, les cellules ethmoïdales. Pour arriver à trancher la difficulté, il faut, après avoir cocaïnisé le malade, faire une irrigation. Si alors, lui faisant pencher la tête vers l'épaule du côté sain, on voit sourdre de nouvelles gouttelettes de pus, le diagnostic est fait. C'est bien le sinus maxillaire qui est en cause [Gapin (2)].

On a encore deux autres moyens, moins sûrs il est vrai, d'arriver au diagnostic, c'est la ponction exploratrice par la voie nasale préconisée par Bresgen (3) et l'éclairage électrique de la cavité du sinus dû à Heryng (4). Mais ce dernier procédé est loin d'avoir la valeur que lui attribue son

(1) Tierlinck. *Ann. d'occul.*, 1848, p. 151. — Sovet. *Idem*, t. XVIII, p. 159. — Mackensie. Loc. cit., t. I, p. 440. — Foucher. *Gaz. des hôpit.*, 1856, p. 35. — Courtaïx. Loc. cit., passim.
(2) Gapin. Loc. cit., p. 31.
(3) Bresgen. *Berlin. klin. Wochens.*, 1889, nº 4.
(4) Heryng. L'empyème de l'antre d'Highmore, analysé in *Bull. méd.*, 1889, p. 1162.

auteur, car M. Jeanty (1) a montré, d'une façon péremptoire, que l'on pouvait, malgré la transparence du sinus, trouver du pus dans sa cavité.

Dès que l'empyème est reconnu, et que les dents sont enlevées, si elles sont en cause, il faut instituer un traitement énergique qui aura un double but : donner issue au pus et modifier la paroi du sinus. L'évacuation peut se faire soit par la voie nasale, soit par la voie bucco-dentaire; puis on fera des lavages, ou mieux, on insufflera des poudres antiseptiques. Enfin, dans les cas rebelles, on pourra avoir recours au curetage, qui a donné à M. Eyssautier (2) de bons résultats.

IV

Sinus sphénoïdal. — Les inflammations du sinus *postérieur* sphénoïdal sont, en somme, un peu moins fréquentes que celles des sinus *supérieur* et *inférieur*. Leur étiologie et surtout leur symptomatologie et leur diagnostic ont été longtemps méconnus et il faut arriver à ces dernières années pour trouver autre chose que des observations isolées ou une mention rapide dans les traités généraux et même spéciaux, constatant la possibilité de ces affections. Il faut citer néanmoins les noms de M. Demarquay, Heryng (empyème), de M. Michel (ozène), de Gietl, Kern, Vogel (fièvre typhoïde), de Birch-Hirschfeld, A. Græfe, Christen (morve), de M. Panas, Horner, Post, etc. (caries sphénoïdales).

Les travaux importants qui ont progressivement éclairé cette question sont d'abord ceux de Weichselbaum (3), de Zuckerkandl (4), de MM. E. Berger et Tyrman (5), de M. E. Berger (6), de Schœffer (7), de M. Panas (8), de M. Ruault (9). M. Netter a éclairé la question au point de vue des infections méningitiques. On commence à poser le diagnostic (10) de ces affections dans un bon nombre de cas et à les traiter chirurgicalement d'une façon plus sûre.

Nous n'insisterons pas sur les altérations anatomo-pathologiques de la muqueuse dans ses inflammations. Du catarrhe au phlegmon, on peut rencontrer toutes les variétés de lésions : de l'inflammation simple, on en arrive à ces parties épaissies de la muqueuse, vastes infiltrations purulentes et fibrineuses, que Weichselbaum a bien décrites, et qui contiennent des micro-organismes variant avec la cause inflammatoire.

Nous indiquerons enfin rapidement l'étiologie. Nous trouvons d'abord le retentissement de toutes les affections nasales qui se propageaient aux sinus frontal et maxillaire, les traumatismes (ablation de polypes, etc.) et sur lesquelles nous ne reviendrons pas; comme inflammations et infections générales, nous mentionnerons les infections du microbe pneumonique, avec ou sans pneumonie, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, la morve, les oreillons, etc. : les affections *tuberculeuses* ou *syphilitiques* de l'os.

C'est surtout sur les complications orbitaires et oculaires que nous voulons insister.

M. Kaplan, dans sa récente thèse, recherche les modes de propagation de l'infection à l'orbite, soit directement par l'ostéite et la névrite du nerf comprimé et enflammé, soit par l'infection méningienne retentissant sur la gaine du nerf et le nerf lui-même, soit encore par la phlébite du sinus caverneux et de la veine ophthalmique (Duplay). Il pense que la propagation peut encore se faire par ces prolongements si fréquents du sinus dans les ailes du sphénoïde qui font, en somme, partie de la cavité orbitaire.

Un fait intéressant, qui s'observe dans les affections des autres sinus, c'est qu'il peut très bien y avoir propagation de l'infection, sans nécrose et déhiscence osseuse. Y a-t-il inflammation par contiguïté de tissu, par infection veineuse et lymphatique, ce qui expliquerait les infiltrations microbiennes à distance, qu'on observe assez souvent, comme dans les complications des otites? Le fait d'une infection sphénoïdale secondaire à l'infection encéphalique est-il fréquent? Toutes ces questions ont encore besoin de nombreuses autopsies et de minutieuses recherches anatomiques pour s'éclairer.

Quels sont donc les symptômes des infections sphénoïdales ?

Parlons d'abord des signes de l'affection elle-même, avant de signaler les complications qui, souvent, la révèlent.

Il y a de la céphalalgie sans siège bien précis et à irradiations multiples, de la tension générale du cou, l'abattement et les phénomènes qui accompagnent fatalement une infection située à la base du crâne : il y a naturellement de grandes différences, suivant le degré et la marche de la lésion. Nous insisterons, à propos du diagnostic, sur les irradiations névralgiques qui, suivant la branche du trijumeau qu'elles occupent, peuvent faire croire à une infection du sinus maxillaire ou du sinus frontal. Quelquefois la céphalalgie s'accompagne de battements, de bruits subjectifs, de sifflements dans les oreilles (Ruault).

Notons encore les vertiges, les vomissements, l'insomnie, les convulsions, qu'on a mis quelquefois sur le compte de l'irritation méningitique.

Comme signes locaux objectifs, il en est d'une grande importance : une *rougeur érysipélatoïde de la racine du nez*. avec une légère tuméfaction des paupières : ce serait même, pour M. Kaplan, dans de nombreux cas, des érysipèles à point de départ sphénoïdal. Enfin, et surtout, des *écoulements purulents dans le naso-pharynx*, qui se produisent, en général, au matin ou quand le malade penche la tête (Heryng, Kaplan, Ruault).

La rhinoscopie antérieure et postérieure permet, dans certains cas, de voir une sécrétion séro-purulente ou même crémeuse et franchement purulente, que l'on peut voir quelquefois provenir directement de l'orifice du sinus. L'écoulement est souvent unilatéral. Il est possible de constater aussi (Schœffer) un bourrelet muqueux du côté malade, allant jusqu'à la fossette de Rosenmüller. Par le cathétérisme, on perçoit souvent le canal qui donne issue au

(1) Jeanty. *De l'empyème latent de l'antre d'Highmore*, Th. de Bordeaux, 1891.

(2) Eyssautier. Curetage du sinus maxillaire, *Dauphiné méd.*, 1890, p. 158.

(3) Weichselbaum. Les inflammations phlegmoneuses des sinus, *Wien. med. Jahrb.*, 1881, et divers travaux dans la *Wiener Klin. Wochens.*, 1889 et 1890, sur les localisations du virus pneumonique et sur l'anatomie pathologique de l'influenza.

(4) Zuckerkandl. *Anatomie normale et pathologique du nez et annexes*, Vienne 1882.

(5) Tyrman et Berger. *Maladies des cavités annexes des fosses nasales*, 1885.

(6) E. Berger. *Affections du sinus sphénoïdal*, Th. de Paris, 1890.

(7) Schœffer. *Deuts. Med. Wochens.*, 1890.

(8) Panas. Paralysie de la sixième paire et du trijumeau d'origine nasale, *Progrès méd.*, 1890.

(9) Ruault. *Arch. de laryngol.*, 1890.

(10) Panas. Loc. cit.

liquide purulent, canal souvent caché sous des amas de croûtes.

Dans certains cas, la carie se révèle par le détachement de parcelles du corps du sphénoïde, et même par la chute, par le nez, d'un volumineux fragment d'os, le tout compliqué de graves accidents, hémorrhagiques et méningitiques, mais quelquefois sans grande aggravation des symptômes.

Restent, enfin, à examiner les complications du côté de l'œil et des annexes, sur lesquelles nous voulons particulièrement insister : on peut les classer en deux groupes, étant donné que nous avons mis à part brièvement les troubles méningitiques qui peuvent avoir aussi, à un moment donné, leur retentissement oculaire : un *groupe de troubles vasculaires* et d'infections *parties des vaisseaux*; un *groupe de lésions nerveuses*, fonctionnelles ou avec lésion matérielle; le tout souvent *unilatéral*.

Dans le premier groupe, nous trouvons tous les signes des *thromboses des sinus*, avec le ptosis, l'immobilité de l'œil, l'injection et les troubles conjonctivaux, œdème des paupières et exophthalmie : nous y trouvons aussi le *phlegmon de l'orbite*, provenant soit de la phlébite (Duplay), soit de l'infection orbitaire directe à travers les parois osseuses, même sans nécrose.

Dans le deuxième, nous mentionnerons : le larmoiement, souvent du côté de la lésion, la photophobie, le blépharospasme (ces symptômes sont, le plus souvent, le résultat d'un réflexe partant de la pituitaire irritée), les trobles accommodatifs.

Les phénomènes morbides très importants qu'on observe encore, sont les troubles de névrite que la situation juxta-sphénoïdale du nerf optique sur une partie de son trajet explique si bien : il peut y avoir scotome et rétrécissement visuel (d'abord temporal, puis concentrique). Les malades peuvent se plaindre de scotomes passagers (Ruault), de points noirs mobiles : enfin, l'amaurose monoculaire, la cécité monolatérale souvent subite, guérissant ou s'accompagnant de névrite et d'atrophie, doivent être fréquemment attribués à un processus d'origine sphénoïdale, même quand les symptômes d'une inflammation du sinus sont peu accusés et qu'il n'existe que les signes d'une rhinite légère, à plus forte raison quand les signes d'une infection du sinus sont évidents. Il existe de ces faits de nombreuses observations (Duplay, Talion, Parinaud, Horner), surtout dans les maladies infectieuses, érysipèle, scarlatine.

Quant aux paralysies oculaires que l'on peut voir survenir, elles accompagnent surtout les troubles résultant de la thrombose du sinus caverneux.

Nous avons mentionné les névralgies des nerfs péri-orbitaires. Nous n'avons rien à dire sur l'évolution de ces différents troubles, que la méningite termine dans de nombreux cas.

On a longtemps jugé impossible le diagnostic d'une affection du sinus sphénoïdal : on a pu, cependant, le porter dans quelques cas relativement récents.

Y a-t-il *lésion du sphénoïde?*

Il faut, bien entendu, reprendre tous les symptômes et surtout s'aider de l'*examen direct*, qui, dans certaines observations, a été décisif : toutes les fois qu'il y aura céphalalgie localisée, raideur de la nuque, avec le moindre écoulement ou la plus légère lésion des fosses nasales, il faudra pratiquer un examen consciencieux.

S'il y a des complications, si l'examen a donné déjà des renseignements, le diagnostic sera pleinement confirmé et complet : s'il n'y a que des phénomènes de complication, sans signes physiques bien nets permettant d'en localiser la cause, il faudra redoubler d'attention. On passera en revue les troubles orbito-oculaires observés, surtout s'il y a unilatéralité complète ou relative des lésions. Si les troubles oculaires existent seuls, et surtout les troubles névro-optiques et rétiniens, il faudra toujours explorer ou faire explorer la région du sinus sphénoïdal.

On se basera sur les antécédents, les concomitants et surtout l'examen direct pour le diagnostic de la variété de lésion sphénoïdale, en particulier pour le diagnostic des tumeurs, qui ne provoqueront presque que des phénomènes de compression et d'envahissement orbito-nasal ou du canal optique.

Il faudra songer à la possibilité de confondre la lésion du sinus sphénoïdal avec des lésions du sinus maxillaire ou même du sinus frontal, comme on en a signalé des cas.

Le traitement de l'empyème et des infections du sinus sphénoïdal est l'ouverture du sinus : dans quelques cas, on pourra pratiquer le *cathétérisme explorateur* et même *curatif* de la cavité sphénoïdale. Le procédé décrit par Zuckerkandl, et que Schœffer a exécuté, consiste à introduire une sonde ou une curette-sonde le long de la cloison du nez, au même niveau que le cornet moyen, et en la dirigeant en haut et en dedans, comme si on voulait enfoncer le prolongement virtuel de la cloison. Bientôt la sonde heurte contre le corps de l'os et on n'a qu'à l'introduire dans l'orifice. Le pus retenu s'écoule par le naso-pharynx (Kaplan). La sonde-curette peut nettoyer la cavité. Insufflation et lavages antiseptiques consécutifs.

Ziem pratique cette opération par voie *buccale* en introduisant une sonde derrière le voile du palais. Schalle se passe de la sonde pour le lavage. Il rejette, en introduisant un doigt dans la bouche, le voile du palais contre la paroi postérieure du pharynx et fait injecter un liquide dans les cavités nasales, le malade ayant la tête renversée en arrière (Kaplan).

Nous n'avons pas à apprécier ces procédés d'une exécution difficile.

Quant à l'ouverture proprement dite du sinus sphénoïdal, elle se pratique (E. Berger) :

1° Par la cavité naso-pharyngienne (Schech), difficile et dangereuse;

2° Dans l'orbite : [*a*. à travers les petites ailes; *b*. à travers les cellules ethmoïdales avec énucléation de l'œil (J. Bergh] justifiée dans très peu de cas;

3° Par le nez en agrandissant l'ouverture du sinus (Zuckerkandl, Schœffer), et en perforant les cornets de Bertin. Méthode la plus pratique, ayant donné, en général, d'excellents résultats.

De l'étude que nous venons de faire, et qui est surtout clinique, nous pouvons conclure que les infections et l'empyème des sinus ont des manifestations orbitaires presque constantes, quel que soit le sinus qui soit atteint, que chacun peut simuler la lésion de son voisin, et qu'enfin tous sont justiciables d'opérations semblables qui tendent à ramener les produits infectieux vers les fosses nasales d'où ils sont partis.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 avril 1892. — Présidence de M. CHAUVEL.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. SCHWARTZ rappelle l'observation qu'il a présentée l'année dernière, et dans laquelle il s'agissait d'un jeune homme de dix-huit ans, qu'il opéra pendant une période de rémission, en lui faisant l'ablation de l'appendice iléo-cæcal. Ce jeune homme est resté guéri.

Depuis, M. Schwartz a eu l'occasion d'observer quatre faits. Dans le premier, il s'agissait d'un jeune homme de dix-neuf ans, qui fut brusquement atteint de douleurs vives dans la fosse iliaque du côté droit, avec nausées, vomissements et température de 38°5. On sentait une tuméfaction rénitente, douloureuse dans le côté droit. Le traitement par la glace, l'opium et un léger purgatif, fit cesser tous les accidents.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de soixante ans, ayant eu une première crise qui avait cédé aux purgatifs. Dans une seconde crise, ceux-ci étant restés sans résultats, M. Schwartz fut appelé; il constata l'existence d'une vaste collection purulente dans la fosse iliaque droite, fit une large ouverture, trouva un abcès en bouton de chemise, lava et draina. Il ne trouva pas l'appendice. Cette malade guérit.

Le troisième cas a trait à une femme de soixante-dix ans, chez laquelle existait également une grande collection purulente qui fut ouverte, lavée et drainée. Dans ce cas, comme dans le précédent, pas trace d'appendice.

Le quatrième fait se rapporte à une jeune femme de vingt-quatre ans, qui fut prise de douleurs dans le bas-ventre, avec frissons, vomissements, température de 39°3. Un traitement médical, institué par M. Hirtz, étant resté sans résultat, M. Schwartz fait une ponction qui amène du pus et, se servant du trocart comme guide, fait une large incision. Dans ce cas, la paroi antérieure de l'abcès était formée par le cæcum. Lavage, drainage, guérison, mais fistule persistant pendant neuf mois.

Enfin, M. Schwartz cite le cas suivant, observé dans son service, par M. Broca : un homme de vingt ans se présente avec un foyer purulent dans la fosse iliaque droite; M. Broca incise, trouve peu de pus, mais une grande quantité de fausses membranes. Peu de temps après, une nouvelle collection purulente s'ouvre spontanément par la plaie et la malade guérit. Une fois cependant, depuis, il a rendu du sang dans les selles.

Ces faits peuvent être divisés en deux catégories; les observations première et quatrième, dans lesquelles il s'agit bien évidemment d'appendicite, et les trois autres, dans lesquelles il s'agit de typhlite.

M. DELORME, aux observations qu'il a présentées dans la dernière séance, ajoute que, sur 23 cas de tuberculose pulmonaire, dans le service de M. Antony, au Val-de-Grâce, il s'est trouvé deux malades atteints de typhlo-appendicite tuberculeuse. Ces faits de typhlo-appendicites tuberculeuses ne sont pas rares. Pour répondre à M. Terrier, M. Delorme ne saurait admettre que ses observations sont sans valeur, parce qu'elles n'ont pas eu la sanction de l'examen microscopique et bactériologique. S'il en était ainsi que le dit M. Terrier, le diagnostic ne pourrait jamais être établi qu'après l'intervention chirurgicale. Or, de l'avis des médecins comme de beaucoup de chirurgiens, ces lésions intestinales tuberculeuses peuvent parfaitement être diagnostiquées cliniquement, d'autant plus que, presque toujours, elles accompagnent la tuberculose pulmonaire classique.

COMMUNICATIONS

Fistule congénitale complète du cou. — M. CHALOT (de Toulouse) communique une observation de fistule congénitale complète du cou, qu'il a guérie à l'aide d'une nouvelle opération. Il s'agissait d'un jeune homme de dix-sept ans qui portait au cou une fistule dont l'orifice interne se trouvait à 2 millimètres en avant du bord antérieur du pilier postérieur droit. Un stylet ne pénétrait pas jusqu'à l'orifice interne; mais les injections colorées ressortaient très nettement par cet orifice. En raison des rapports importants de ce trajet fistuleux avec les vaisseaux carotidiens, M. Chalot eut recours au procédé suivant : fermeture directe de l'orifice interne, curetage méthodique de la portion pharyngienne du trajet, ablation, par dissection, de toute la portion externe. Grâce à ce procédé, la cure radicale des fistules congénitales complètes est possible; elle est même facile, rapide et inoffensive.

Calcul de l'uretère, néphrotomie. — M. TUFFIER présente un calcul qu'il a extrait d'un uretère par la néphrotomie.

Constriction des mâchoires. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une observation adressée par M. Kummer (de Genève), dans laquelle il s'agit d'une résection temporaire de l'arcade zygomatique, pour remédier à une constriction des mâchoires.

Incontinence d'urine de cause uréthrale. — M. ALFRED POUSSON (de Bordeaux) obtint la guérison en pratiquant une double opération consistant dans la torsion de l'urèthre sur son axe et une incurvation du canal suivies d'une périnéorrhaphie.

M. POZZI fait observer que l'idée d'amener le rétrécissement du canal de l'urèthre en l'incurvant en avant, appartient à Pawlick (de Prague).

DÉCLARATION DE VACANCE

M. LE PRÉSIDENT déclare vacante une place de membre titulaire.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de thérapeutique et de pharmacologie (1), par Henri SOULIER, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lyon.

La *Gazette des hôpitaux* a déjà parlé de cet ouvrage, le plus considérable et le plus complet qui ait été publié en France. Et, en disant le plus complet, nous n'entendons pas seulement qu'il contient de nombreux chapitres consacrés à l'étude d'agents thérapeutiques à peine signalés, ou complètement omis, par la plupart des auteurs, comme « le froid, la chaleur, la kinésithérapie, les moyens mécaniques, l'aéropiésie, la climatothérapie, l'électricité, etc. », nous voulons dire aussi que, sur chacune des méthodes, sur chacun des agents étudiés par l'auteur, le lecteur trouvera un résumé complet des recherches faites, des résultats obtenus, des théories émises, à l'étranger comme en France. Chaque chapitre est un traité complet, historique compris, de la médication, ou de la substance qui en fait l'objet.

Nous voulons aujourd'hui étudier brièvement le chapitre intitulé : *Des régimes*. C'est l'un des plus courts : 21 pages, l'ouvrage en a 2000. On va voir que la question n'en est pas moins très complètement élucidée.

Quoique émis dans la plupart des traités de thérapeutique, le sujet est des plus importants dans le traitement des maladies chroniques, et, plus particulièrement, de celles qui intéressent directement les organes de l'assimilation et de la désassimilation.

Voyons comment notre auteur l'a traitée. Après quelques généralités sur la nécessité d'une bonne hygiène diététique, et d'un changement brusque et complet de régime, dans le cas où des excès quelconques, commis pendant un temps plus ou moins long, ont altéré la santé, il étudie la *diète sèche* ou les diètes sèches, car il y en a plusieurs : la diète sèche complète, arabique, puis celle de Chomel, et celles de MM. Bouchard, Huchard, De-

(1) 2 vol. in-8°. — Prix : 25 francs. — Paris, F. Savy.

bove, etc., notamment dans la gastrectasie et dans les dyspepsies.

Ensuite vient la *diète carnée :* viande crue, dans la diarrhée infantile, la phthisie; viande cuite, diète de Cantani dans le diabète, régimes des divers auteurs dans la même maladie.

Voici maintenant le *végétarisme*, un peu ridicule malgré ses illustres adeptes, et un tableau de Vogt, on ne peut plus instructif, sur la richesse relative des divers aliments, en matières albuminoïdes, hydrocarbures et graisses.

Suit une étude sur les avantages et les inconvénients des divers régimes maigres dans les affections du tube digestif, dans la goutte, la gravelle, la tuberculose, etc. Les huit pages suivantes sont consacrées à la cure de Weir Mitchell, dans l'hystérie grave; enfin viennent :

La *cure anti-diabétique de During.*

Le *régime de Schroth*, contre la maladie de Bright, la dyspepsie, la neurasthénie, la syphilis, etc.

Le *régime anti-cancéreux de Tseund-Beneke* qui vous ferait mourir de faim, pour tuer plus sûrement le néoplasme redouté, et, en dernier, les *régimes* préconisés contre l'albuminurie.

On le voit, le lecteur a maintenant trouvé un guide : et, franchement, il en est grand besoin, tant, sur cette question, les opinions sont divergentes et même contradictoires.

Dans la pratique, elle est des plus épineuses. Bien souvent nous n'obtenons pas, nous ne cherchons même pas à obtenir les résultats qu'un régime, bien formulé et rigoureusement suivi, devrait nous donner.

Le plus souvent, le malade résiste, ou plutôt il échappe. Par nature et par éducation, l'homme est essentiellement omnivore : il lui est tout à fait antipathique de se borner à un seul aliment, ou même de se priver de certains mets. Persévérer dans un régime est d'autant plus difficile que celui-ci est plus étroit : le dégoût arrive promptement, et le malade ne persiste que s'il a conscience d'un danger prochain à éviter, d'une guérison certaine à obtenir, pour prix de ses efforts : il faut, dès lors, qu'il ait une absolue confiance dans son médecin, et, pour peser suffisamment sur son malade, il faut aussi que le médecin soit bien convaincu de la nécessité du régime qu'il conseille.

C'est là une des grandes difficultés.

Où puiser cette conviction ferme, qui nous fera vaincre la résistance des malades, et parfois celle de son entourage? Où prendre les bonnes raisons qui lui feront comprendre que le régime prescrit est indispensable, et qu'il faudra le suivre très exactement et pendant longtemps?

Les auteurs classiques parlent rarement et brièvement du régime. Quant à nos maîtres actuels, nos grands spécialistes, chacun d'eux me paraît un peu préoccupé du désir de trouver une diète qui soit comme sa propriété particulière, et qui porte son nom. Ils donnent, le plus souvent, les résultats de leurs recherches et de leurs expériences, mais comment se fait-il que ceux-ci soient si peu concordants? Pourquoi tel auteur permet-il, recommande-t-il même ce que tel autre défend? Il reste, en somme, un grand doute dans l'esprit du lecteur, et une grande hésitation dans sa manière d'agir. Comment prescrire, imposer un régime plus ou moins sévère, quand on est si peu convaincu de son efficacité?

Le livre que nous étudions nous semble combler cette lacune, et montrer la voie; après avoir exposé les régimes proposés par les divers auteurs, il donne, pour chaque maladie, les indications générales qui doivent guider le praticien. Ces principes généraux nous paraissent pouvoir se résumer ainsi :

L'homme étant omnivore, n'exclure que les substances certainement nuisibles, mais celles-là, les interdire absolument. Exemples : Dans la gastrectasie, défendre l'usage des boissons chaudes et des aliments qui contiennent une notable quantité de liquide chaud : proscrire aussi les aliments qui, par leur nature ou leur mode de préparation, séjournent longtemps dans l'estomac.

Dans les catarrhes intestinaux, éviter les aliments qui font beaucoup de résidu; rejeter, avec soin, les enveloppes des légumes et des fruits.

Dans le diabète, défendre rigoureusement les sucres et les substances amylacées.

Dans la diathèse acide, goutte, cholélithiase, gravelle urique, régime *principalement* végétal.

Dans l'albuminurie, la route s'éclaire moins bien : les indications et les contre-indications se heurtent. Il est indiqué de donner de l'albumine, pour compenser les pertes que l'économie fait par le rein. Mais les aliments riches en albumine peuvent, s'ils sont mal digérés, accroître l'irritation rénale. D'un autre côté, la diète lactée exclusive ne saurait être maintenue indéfiniment, ni même bien longtemps : certains auteurs la proscrivent (Lépine et Rosenstein). Senator l'exclut dans la sclérose du rein. Il faut donc revenir aux principes : alimentation douce, surtout végétale et lactée. Éviter avec soin toute substance irritante et s'éliminant par les reins. Insister sur les soins de la peau, le massage, les bains de vapeur, les ventouses, etc.

Cette hygiène de la peau a la plus grande importance dans toutes les maladies chroniques : cependant, beaucoup la négligent... ou l'ignorent. Dr H. CHARVET.

Mémoires d'ophthalmométrie, annotés et précédés d'une introduction (1), par M. E. JAVAL.

Les mémoires d'ophthalmométrie rassemblés par M. Javal sont au nombre de quarante-six; plusieurs sont écrits en allemand, en anglais, en italien. Analyser ce volume est donc impossible. Mais les noms de M. Javal, Schiötz, Tscherning, Laqueur, Hocquard, etc., annoncent assez par eux-mêmes la valeur des travaux qu'il renferme. Le lecteur y trouvera une foule de documents intéressants sur l'astigmatisme et les diverses questions qui s'y rattachent, sa mensuration à l'aide du nouveau modèle de l'ophthalmomètre Javal et Schiötz; la comparaison des résultats ainsi obtenus, avec ceux fournis par la méthode de Crisquet, la pupilloscopie.

M. Martin (de Bordeaux) résume ici ses travaux sur les variations de l'astigmatisme; il insiste sur la correction de l'astigmatisme cornéen par le spasme astigmatique de sens contraire, que le muscle ciliaire imprime au cristallin. Il aurait remarqué en outre que beaucoup de kératites, de blépharites, de larmoiements, seraient sous la dépendance directe de l'astigmatisme, la reconnaîtraient pour cause, et il faut avouer que certains des arguments qu'il présente en faveur de sa manière de voir ne manquent pas de solidité.

Cependant nous persistons à croire qu'il ne faut pas faire, aux vices de réfraction, la part trop grande dans la pathogénie des affections inflammatoires de l'œil. A côté de l'action prédisposante qu'ils peuvent avoir, il y a nécessairement, avant tout, les nombreux facteurs pathogéniques qui attaquent directement l'élément histologique.

C'est à l'ophthalmologie biologique et non à l'ophthalmologie physique qu'est réservé l'avenir de la pathologie oculaire.

Ajoutons, à ce propos, que la physiologie proprement dite n'est pas absente du livre de M. Javal; elle y est représentée par l'excellent mémoire de M. Hocquard sur l'appareil de l'accommodation.

L'assistance maritime des enfants et les hôpitaux marins; la scrofule, la tuberculose, le rachitisme et les hôpitaux marins (2), par le docteur Ch. LEROUX.

Le livre de M. le docteur Ch. Leroux renferme tous les documents que l'on peut désirer connaître relativement à l'historique, à la situation, à l'installation, et aux résultats thérapeutiques donnés par les hôpitaux marins. C'est un chaud plaidoyer en faveur du traitement par le climat maritime de la scrofule, de la tuberculose et du rachitisme. C'est en même temps une œuvre utile, puisque, en montrant ce qui a été fait déjà, il fait entrevoir

(1) In-8°. — Prix : 20 francs. — Paris, G. Masson.

(2) In-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

ce qu'on pourrait obtenir avec une conviction plus ferme, des ressources plus grandes et une organisation plus complète. La défense de l'humanité, de la race et de la société contre des fléaux qui les avilissent, tel est le but qu'on se propose et qu'on atteindra dans une large mesure, si les pouvoirs publics sont suffisamment éclairés et les œuvres de charité suffisamment riches.

Leçons de clinique médicale, deuxième série (1), par J.-J. Picot.

Le professeur de clinique médicale de Bordeaux publie une nouvelle série de leçons. D'une façon générale, elles roulent sur des sujets de pathologie nerveuse. M. Picot a profité de la présence dans ses salles de certains malades pour étudier à fond des sujets particuliers ; c'est ainsi que quatre leçons sont consacrées à la rotation de la tête et à la déviation conjuguée des yeux, six autres aux différentes variétés de paralysie faciale. On trouvera encore des cliniques sur la méningite tuberculeuse, des cas particuliers d'hémorrhagie cérébrale, de tumeur comprimant le cervelet et le bulbe, de zona. Signalons encore des leçons sur la néphrite interstitielle et l'urémie, et deux leçons sur les diverses variétés du pneumothorax.

Sagacité clinique, érudition de bon aloi, ce sont là les deux qualités qu'on doit surtout louer dans la série de ces études cliniques.

De l'absorption des corps solides (2), par le docteur E. Cassaet.

Étude expérimentale, intéressante, sur l'évolution dans l'organisme, et, en particulier sur l'absorption des corpuscules étrangers, inorganiques ou organisés. Pour les premiers, il y a d'abord englobement par une masse d'éléments embryonnaires; puis ou bien enkystement, ou bien transport à distance. C'est un mécanisme déjà connu. Pour les seconds, des fragments de tumeur pris à l'homme et implantés dans les tissus des animaux, le phénomène est le même en principe, mais certains éléments peuvent continuer à se nourrir par imbibition, les cellules épithéliales, par exemple, mais surtout les éléments embryonnaires. Jamais on ne peut obtenir la greffe d'une tumeur humaine à un animal.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

77. M. Mora. Digestion gastrique et régimes. — 78. M. Lautier. Étude clinique des complications articulaires de l'ostéomyélite chez l'adulte. — 79. M. Even. Contribution à l'étude de quelques formes atténuées d'ostéomyélite. — 80. M. Drouin. Hémo-alcalimétrie. Hémo-acidimétrie. Etude des variations de la réaction alcaline et de l'acidité réelle du sang dans les conditions physiologiques et pathologiques. — 81. M. Bloch. De la rupture prématurée et spontanée des membranes considérée surtout au point de vue de la conduite à tenir. — 82. M. Thiroloix. Diabète pancréatique. — 83. M. Brands. Contribution à l'histoire de l'assistance des aliénés. — 84. M. Debost. De la polyurie chez les dégénérés. — 85. M. de la Rosa. Contribution à l'étude du tétanos. — 86. M. Presle. De l'œdème pré-ascitique des membres inférieurs dans la cirrhose alcoolique atrophique. — 87. M. Paté. Recherches sur la phthisie des faïenciers. — 88. M. Laffitte. L'intoxication alcoolique expérimentale et la cirrhose de Laënnec. — 89. M. Bohdanowicz. Contribution à l'étude de la pathologie du muscle vésical. — 90. M. Charrier. De la péritonite blennorrhagique chez la femme (périmétrite, périsalpingite). — 91. M. Parisot. Contribution à l'étude de l'épithéliome du pancréas. — 92. M. Andrieux. Étude sur le développement de la législation sanitaire en France et ses principales dispositions.

(1) In-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.
(2) In-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La première série des épreuves du concours d'agrégation (chirurgie et accouchements) vient de se terminer. Sont déclarés admissibles, par ordre alphabétique :

Paris. — *Chirurgie* : MM. Albarran, Bazy, Broca, Delbet, Lejars, Walther. — *Accouchements* : MM. Bonnaire, Potocki, Varnier.

Montpellier. — *Chirurgie* : MM. Chrétien, Lapeyre, Montaz.

Nancy. — *Chirurgie* : MM. Adam, Février, Froelich.

Lyon. — *Chirurgie* : MM. Aubry, Condamin, Rochet, Rollet, Tellier, Vallaz. — *Accouchements* : MM. Blanc, Pollosson.

Bordeaux. — *Accouchements* : MM. Chambrelent, Oui.

Lille. — *Chirurgie* : MM. Carlier, Chrétien, Février. — *Accouchements* : MM. Oui, Tracou, Turgard.

Toulouse. — *Chirurgie* : MM. Chrétien, Février, Secheyron.

— Par arrêté ministériel, en date du 16 mars 1892, MM. Cadet de Gassicourt et Dumontpallier ont été nommés médecins honoraires des hôpitaux et hospices de Paris.

— *Hôpitaux de Paris.* — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1 000 francs fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'administration avant le 15 octobre 1892, au plus tard.

Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au secrétariat général.

— Un concours public, pour la nomination à une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, sera ouvert le lundi 25 juillet 1892, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17. MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration, à partir du lundi 20 juin jusqu'au samedi 9 juillet inclusivement, de onze heures à trois heures.

— Le lundi 23 mai 1892, à midi précis, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices. MM. les internes en pharmacie sont tenus de prendre part à ce concours, et devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures, du mardi 19 avril au samedi 7 mai inclusivement.

— M. Pierre Maurel, interne des hôpitaux, est chargé d'une mission en Allemagne et en Autriche, pour y étudier l'enseignement de la laryngologie, de l'otologie et de la rhinologie.

— La Société obstétricale de France tiendra sa session annuelle à la Faculté de médecine de Paris (salle Laënnec), les 21, 22 et 23 avril 1892, à deux heures de l'après-midi. La cotisation annuelle est de 20 francs. Adresser les demandes de renseignements au secrétaire, M. le docteur Crouzat, rue du Sénéchal, à Toulouse.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis Steinmetz, ancien préparateur de physique à la Faculté de médecine de Nancy. Notre jeune confrère a succombé à l'âge de vingt-sept ans, le 26 février dernier, à un accès pernicieux, à bord du « Taygète », en rade de Kotonou.

— M. le professeur Germain Sée quitte, pour cause de santé, la direction de la « Médecine moderne ». M. Charles Talamon, médecin des hôpitaux, est nommé rédacteur en chef de ce journal. Nous adressons nos très cordiales félicitations à notre nouveau collègue.

— Nous recevons le premier numéro d'un journal de médecine publié à Toulouse, sous le titre de « Midi médical ». Nous souhaitons la bienvenue à ce nouvel organe de la médecine toulousaine.

— MM. les docteurs A. Dutil, chef de clinique, et Paul Blocq, chef des travaux anatomo-pathologiques, commenceront à la Salpêtrière un cours clinique sur les maladies du système nerveux, à partir du 2 mai.

Le cours aura lieu quatre fois par semaine et sera complet en vingt leçons. Les élèves, dont le nombre sera limité, seront exercés individuellement à l'examen des malades.

S'adresser, pour se faire inscrire, à M. A. Dutil, à la Salpêtrière.

Traité de la goutte, par Sir Dyce Duckworth, professeur de clinique à Saint-Bartholomew hospital, traduit de l'anglais par le docteur Paul Rodet, médecin consultant à Vittel. 1 beau vol. gr. in-8°, avec 23 gravures et 10 tracés thermométriques dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, Félix Alcan.

Vade-mecum de gynécologie, par le docteur A. Duhrssen, traduit par le docteur Ch. Van Aubel. 1 vol. petit in-8° cart. — Prix : 5 francs. — Liège, Marcel Nierstraz, et Paris, A. Lemoigne.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Le journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 11 avril 1892.

La question des rapports du tabes et de la paralysie générale ne manque d'intérêt, ni en théorie, ni en pratique. On a vu tantôt des phénomènes ataxiques se présenter chez les paralytiques généraux, tantôt des symptômes de paralysie générale survenir à une période plus ou moins avancée du tabes dorsal. Pour certains auteurs, parmi lesquels se range M. Raymond (Société médicale des hôpitaux, séance du 8 avril), il s'agit du même processus anatomo-pathologique qui, tantôt, s'attaque d'abord à la moelle, tantôt, d'abord à l'encéphale.

A l'appui de cette opinion, il rapporte l'histoire d'un malade qui, au début, présentait un ensemble de symptômes attribuables au tabes: incoordination des mouvements, douleurs fulgurantes, retard de la perception des sensations douloureuses, troubles de la miction, douleurs en ceinture, signe de Romberg, signe d'Argyl-Robertson. Le réflexe rotulien était aboli à droite, mais légèrement exagéré à gauche. Il y avait, de plus, un peu de raideur spasmodique des membres inférieurs. Après quelques mois d'observation, survinrent des signes relevant de la paralysie générale: délire ambitieux incohérent, grande excitabilité, tremblement, attaques apoplectiformes, et, enfin, un véritable état de démence progressive.

L'autopsie révéla des lésions scléreuses diffuses de la moelle, avec prédominance sur les cordons postérieurs et les cordons latéraux; et une infiltration par des éléments de névroglie (signe évident d'inflammation) au niveau des circonvolutions frontales. On relevait, de plus, de la congestion, de l'épaississement et de l'adhérence des méninges dans la même région. Ces diverses lésions paraissent s'être localisées tout d'abord au pourtour des artérioles : ce seraient des lésions d'origine péri-artérielles, consécutives à l'inflammation des vaisseaux.

Cette observation bien étudiée sera d'un certain poids dans le procès pendant.

Dans la même séance, M. Luys a fait voir de belles photographies de coupes de la substance cérébrale prises sur des individus sains ou sur des paralytiques généraux. Sur celles qui concernent ces derniers, on voit nettement l'épaississement des vaisseaux, la disparition d'un grand nombre de cellules nerveuses, ce qui explique la démence à laquelle sont destinés ces malades et la prédominance d'un tissu scléreux qui se substitue au tissu nerveux normal. On voit aussi çà et là des lacunes que M. Luys compare aux yeux du fromage de Gruyère. Ces photographies, faites à des grossissements très variables, montrent nettement les divers points que nous venons d'indiquer : elles ont donc non seulement un cachet artistique, mais aussi une réelle valeur scientifique.

Dans la même séance, présentation de deux malades, par MM. Balzer, Troisier et Raymond. Le premier est un acromégalique des plus nets (1).

Le second offre un exemple typique du mutisme hystérique, dont M. Charcot a si bien fixé les caractères. Il s'agit d'un alcoolique de longue date ayant eu, autrefois, des accidents de lypémanie alcoolique. Un jour, après des libations exagérées, il eut une discussion avec sa femme et perdit brusquement la parole, et, plus que la parole, la voix. Il est aphone.

Il comprend, du reste, tout ce qu'on lui dit, il peut écrire, mais il lui est impossible d'émettre un son, et même de reproduire, avec la langue et la bouche, les mouvements nécessaires pour l'articulation des mots. Cependant les mouvements des lèvres et de la langue sont conservés pour tout ce qui n'est pas la production de la voix.

Cette perte radicale d'une fonction appartient, en propre, à l'hystérie, d'après M. Charcot. On trouve du reste, ici, différents stigmates hystériques.

HOPITAL COCHIN. — M. Dujardin-Beaumetz.

Un cas de sclérose en plaques dans la convalescence de la variole.

Par M. J. Sottas, interne des hôpitaux.

Le jeune Paul J..., âgé de dix-huit ans, actuellement couché au lit n° 3 de la salle Woillez, a été transporté directement de l'hôpital d'Auberviliers, le 3 septembre dernier, avec des symptômes nerveux mal caractérisés d'abord, mais qui se sont peu à peu dessinés pour constituer aujourd'hui le syndrome de la sclérose en plaques.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, Revue générale par M. G. Guinon 1889, p. 1161.

Reprenons un peu l'histoire de notre malade et voyons dans quelles circonstances son affection s'est développée.

Notre malade, né au mois de mars 1874, a marché et parlé de bonne heure, il a été vacciné et présente actuellement des cicatrices bien dessinées aux bras.

Il n'a jamais eu de convulsions dans l'enfance, notons seulement la coqueluche et la rougeole. De l'âge de cinq ans jusqu'à quatorze il va à l'école, puis travaille comme fondeur en cuivre. Pendant ce temps, il se portait bien, parlait et marchait comme tout le monde, n'avait aucun symptôme nerveux.

Au mois de juin 1891, il contracte la variole et est transporté à Aubervilliers. Cette variole paraît avoir été discrète au point de vue des manifestations cutanées, car on ne retrouve que peu de cicatrices, mais les symptômes nerveux furent prédominants, on porta même à un moment, paraît-il, le diagnostic de méningite. Ces symptômes prirent bientôt la première place, le malade tomba dans une sorte d'état semi-comateux avec paralysie généralisée. C'est à peu près dans cet état qu'il fut transporté à l'hôpital Cochin.

A son entrée, le malade était extrêmement faible, il se maintenait difficilement assis sur son lit, le tronc s'inclinait en avant, la colonne vertébrale étant courbée; la tête retombait sur la poitrine, et le malade ne la relevait qu'avec beaucoup de peine. La parole était lente, traînante plutôt que scandée, les consonnes étaient articulées comme dans la paralysie bulbaire; la langue, paresseuse, présentait quelques mouvements fibrillaires à la pointe. Nystagmus léger, sans tremblement de la tête. A cette époque, le malade était très amaigri, il existait même une véritable atrophie des muscles du tronc et des membres. La force musculaire était extrêmement diminuée. En somme à ce moment, la paralysie était dominante, nous la verrons peu à peu disparaître et faire place à la contracture.

Déjà le malade présentait de l'incoordination des mouvements volontaires et l'esquisse du tremblement caractéristique. Les réflexes étaient exagérés et l'on obtenait facilement le clonus du pied. Si l'on essayait de lever le malade, il ne pouvait se tenir sur ses jambes par faiblesse musculaire, mais l'élément contracture était déjà développé, car le pied était équin sans flexion des orteils et la pointe du pied touchait le sol la première.

Aujourd'hui (fin février 92), le syndrome de la sclérose en plaques est très net.

La parole est fortement scandée, le nystagmus est resté le même. Il n'existe pas actuellement de tremblement de la tête ni de la langue. Dans les mouvements volontaires, les membres supérieurs sont agités d'un tremblement lent dont les oscillations augmentent d'amplitude à mesure qu'ils se rapprochent du but. Les mouvements des jambes sont incoordonnés, le malade étant au lit.

La démarche est un peu particulière : elle n'est pas hésitante et sautillante ainsi qu'on l'observe ordinairement dans les cas analogues.

Le malade ne peut se tenir debout seul, il faut qu'on le soutienne de côté. Si on lui ordonne d'essayer de marcher, il lance les jambes comme un ataxique et frappe le sol avec le plat du pied; il existe de la raideur dans les membres inférieurs. Cette démarche pourrait être caractérisée par la dénomination : ataxo-spasmodique.

Les muscles ont recouvré leur force, le malade résiste efficacement aux mouvements communiqués, la contracture s'est, au contraire, développée; les réflexes tendineux sont exagérés, et le phénomène du pied très accentué.

Le mécanisme des sphincters est normal, il n'existe aucun trouble de la sensibilité générale, ni spéciale, le sens musculaire est conservé; pas de troubles trophiques cutanés.

L'intelligence est amoindrie; le malade est excitable, peu patient, sujet à de violents accès de colère peu motivés.

En somme, il nous paraît difficile de rencontrer un exemple où l'origine infectieuse de la sclérose en plaques s'affirme plus nettement que dans le cas précédent.

Il est à remarquer que, chez Paul J..., les phénomènes nerveux se sont montrés dans le cours même de la variole avec une intensité inusitée. Les accidents névropathiques, très prédominants au cours d'une variole légère en ce qui concerne les manifestations cutanées, auraient, paraît-il, fait penser à une poussée de méningite.

Cette localisation cérébro-médullaire en pleine maladie doit être particulièrement signalée. Assez souvent, ce n'est en effet que pendant la convalescence, ou même un certain temps après la guérison complète de la maladie infectieuse à laquelle on doit rapporter la lésion cérébro-spinale que se montrent les signes de la sclérose en plaques disséminées (1). Cela se voit en particulier dans la fièvre typhoïde. Cependant, même avec cette dernière maladie, on peut voir les phénomènes névropathiques se produire de bonne heure et la localisation cérébro-spinale être évidente bien avant la convalescence. Cependant, il semblerait, d'après les faits observés par Westphal (2), que la chose est plus fréquente lorsque c'est de la variole qu'il s'agit.

Pour MM. Ribbert, Charcot et la plupart des auteurs, la sclérose en plaques est une lésion d'origine artérielle ou péri-artérielle; et, d'après M. Pierre Marie (3), l'apparition de cette affection comme conséquence plus ou moins prochaine, plus ou moins éloignée d'une infection, aurait pour raison première l'existence d'une artérite infectieuse, procédant par îlots et appelant en conséquence des îlots de sclérose disséminés. M. Adamkiewicz invoque, au contraire, une atteinte directe du tube nerveux.

Quoi qu'il en soit, les cas de lésions des centres nerveux ou des nerfs à la suite des maladies infectieuses ne se comptent plus : la thèse d'agrégation de M. Landouzy, sur les paralysies dans les maladies aiguës, les a nettement mis en lumière.

Mais les maladies infectieuses sont d'une fréquence extrême et la sclérose en plaques est d'observation beaucoup plus rare. En admettant même qu'elle soit toujours d'origine infectieuse, il faudrait encore expliquer pourquoi certains sont frappés de préférence.

Chez notre malade, on pourrait peut-être invoquer la prédisposition névropathique. Son hérédité est, en effet, assez chargée dans ce sens : sa mère, son frère et sa sœur auraient tous trois des attaques épileptiques. Il n'en a jamais présenté pour son compte. L'axe cérébro-spinal n'était-il cependant pas chez lui un lieu de moindre résistance, un terrain tout préparé à recevoir la graine morbide, un système susceptible d'être plus facilement impressionné par le poison infectieux?

REVUE DE LA PRESSE

Filariose. — En entreprenant cette étude, dans la *Revue de chirurgie*, M. Moty a eu surtout pour but d'appeler l'attention sur une affection beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit. Il en existe constamment d'assez nombreux cas parmi nos compatriotes de passage en France. La plupart ne soupçonnent pas la nature de leur mal, et peuvent induire le chirurgien en erreur; c'est pour cela que l'auteur de ce travail s'est plus spécialement arrêté

(1) P. Marie. Sclérose en plaques et maladies infectieuses, *Progrès méd.*, 1884.

(2) Westphal. Ueber eine Affection des Nervensystems nach Pocken und Typhus, *Arch. f. Psych.*, 1872, p. 376.

(3) P. Marie. Loc. cit.

sur le type inguino-génital, qui en est l'expression la plus habituelle dans nos colonies.

En résumé, la filariose est une affection parasitaire aseptique; elle est due à la présence dans l'économie de la « Filaria sanguinis hominis ». Très fréquente dans la plupart de nos colonies, elle se rencontre à la Nouvelle-Calédonie, où sa présence n'avait pas été signalée jusqu'ici. Elle se manifeste, le plus souvent, par une dilatation des ganglions et des troncs lymphatiques de l'aine et du cordon spermatique.

La pathogénie des accidents filariens externes paraît résider dans l'action irritative des filaires et de leurs embryons, tous deux nomades, sur le système cellulo-lymphatique.

Le diagnostic des lésions filariennes est possible d'après les données cliniques, mais il doit être confirmé par la recherche des embryons dans le sang.

Le traitement interne de la filariose reste sans résultats; les traitements palliatifs externes sont peu recommandables : l'ablation sanglante des parties hypertrophiées est indiquée en cas de gêne notable; les interventions sont bénignes chez les filariens; elles semblent souvent remplir l'indication causale en permettant au chirurgien d'enlever les filaires adultes, mortes ou vivantes, avec les tissus abcédés ou hypertrophiés.

De l'infection urinaire. — M. Krögius expose, dans *Finska Lækaresællskapets Handlingar*, les résultats auxquels il est parvenu dans ses études bactériologiques sur l'infection urinaire. Sur dix-sept échantillons d'urine recueillis aseptiquement dans la vessie de malades affectés de bactériurie, de cystite ou de pyélo-néphrite, il dit avoir trouvé douze fois un petit bacille dont il décrit les qualités et présente les cultures. Les expériences comparatives qu'il a faites l'ont convaincu que cette bactérie, extrêmement polymorphe, est identique à la bactérie pyogène de MM. Clado, Albarran et Hallé, trouvée par ces auteurs chez des malades affectés de cystite et de pyélo-néphrite. En poursuivant ses recherches, il fut frappé de la grande analogie qui existe entre ces bactéries et le bacterium coli commune décrit par M. Escherich, et que l'on rencontre constamment dans le canal intestinal. En comparant directement une culture pure de cette dernière bactérie, isolée des intestins d'un lapin, avec les cultures pures de microbes isolés des urines pathologiques, M. Krögius avait effectivement pu constater que ces bactéries, d'origine si différente, possèdent les mêmes qualités morphologiques; qu'elles se comportent d'une égale manière dans les cultures sur les divers milieux; qu'elles ont les mêmes propriétés physiologiques, c'est-à-dire celle de coaguler le lait, ainsi que de décomposer l'urine en carbonate d'ammoniaque; et, en dernier lieu, que, dans les expériences faites sur des animaux, elles manifestent les mêmes qualités pathogènes. En présence de ces faits, M. Krögius se croit autorisé à considérer les microbes qu'il a trouvés dans l'infection urinaire comme étant identiques au bacterium coli commune.

Doigt à ressort. — M. Nimier, dans les *Archives de médecine militaire*, résume ainsi une étude sur le doigt à ressort.

De la lecture des observations des doigts à ressort et de l'étude des théories pathogéniques émises à son sujet, il découle que des faits différents ont été rangés sous la même dénomination, faits ayant toutefois entre eux cette analogie clinique que les mouvements des doigts (flexion ou extension), ou l'un des deux seuls présentent un arrêt brusque, puis une reprise tout aussi subite précédée d'un ressaut plus ou moins marqué. Il est probable qu'une analyse minutieuse du phénomène caractéristique et des symptômes divers concomitants, comme aussi la prise en considération de l'étiologie et de l'évolution du mal, parfois même les résultats thérapeutiques obtenus, permettront de porter des diagnostics précis et d'établir des variétés distinctes de doigt à ressort.

Cancer secondaire du cœur. — MM. Pic et Bret ayant eu l'heureuse fortune d'étudier, en peu de temps, trois cancers secondaires du cœur, se sont livrés à des recherches sur cette affection assez rare et les résument, comme suit, dans la *Revue de médecine* :

« Indépendamment des faits intéressants que l'on peut relever dans nos observations personnelles (généralisation simultanée à un grand nombre d'organes viscéraux, et en particulier au cœur et au foie, de trois épithéliomes du type épidermique), nous croyons pouvoir déduire de notre étude les conclusions générales suivantes :

Le cancer secondaire du cœur est rare; le cancer primitif, exceptionnel. Bien différent du cancer primitif, dû à la prolifération de la cellule cardiaque, le cancer secondaire du cœur procède d'éléments cellulaires qui, nés dans un cancer primitif extra-cardiaque, s'en détachent, arrivent au cœur, y prolifèrent et déterminent ainsi la formation d'un cancer secondaire, dont le type cellulaire est identique à celui du néoplasme originel.

La voie d'invasion du cœur est le plus souvent la voie vasculaire sanguine.

Les observations histologiques, jusqu'ici publiées, ont toutes trait à des épithéliomes, les uns épidermiques, les autres cylindriques ou glandulaires, sans stroma ou à stroma plus ou moins adulte, souvent d'aspect alvéolaire. A l'amphithéâtre, on a noté la coïncidence d'un cancer secondaire du cœur avec une tumeur primitive de la plupart des organes; mais, le plus fréquemment, le néoplasme originel siégeait dans la cavité thoracique, ou s'y était préalablement généralisé.

En clinique, on ne connaît aucun signe pathognomonique du cancer secondaire du cœur. »

Syphilis et grossesse. — M. le docteur Augagneur, dans la *Province médicale*, insiste sur l'énorme importance du traitement local de la syphilis pendant la grossesse.

C'est lui seul, dit-il, qui peut, sinon supprimer, au moins atténuer les poussées locales de syphilides génitales. Désinfecter d'abord avec les antiseptiques : acide borique, sublimé, liqueur de Labarraque, voilà la première indication. Mais il ne faut pas abuser des topiques liquides. L'humidité joue un rôle trop important dans la genèse des accidents pour l'augmenter encore.

Le spécifique des lésions génitales hypertrophiques, c'est la médication pulvérulente antiseptique, couvrir incessamment les condylomes de poudre boriquée, l'insinuer dans les replis et les interstices, isoler avec son aide les surfaces les unes avec les autres, voilà ce qui donnera les meilleurs résultats. L'accouchement seul sera le remède radical, mais on aura atténué les symptômes, ratatiné les condylomes, tari la sécrétion. Pour arriver à ce résultat, M. Augagneur conseille vivement l'usage de la poudre suivante :

Talc pulvérisé	20 grammes.
Acide borique	10 —

Presque impalpable, très adhérente, antiseptique, sans irriter, cette poudre remplit bien le but proposé.

Pleurésie purulente. — M. Breton, interne des hôpitaux, nous fait connaître, dans la *Revue des maladies de l'enfance*, la pratique de son maître, M. Cadet de Gassicourt, dans le traitement de la pleurésie purulente chez l'enfant.

La pleurésie purulente n'étant, somme toute, qu'un abcès de la plèvre, doit être traitée comme tel. Cet abcès doit être ouvert pour évacuer le pus qu'il contient. Le pus écoulé, il faut laver la poche pour les uns, ne pas la laver pour les autres. Le malade seul doit être le guide de la conduite à tenir. En règle générale, il ne faut laver qu'une fois après l'opération de l'empyème. Lorsque l'opération a été faite tardivement, lorsqu'il existe un clapier, les lavages seront répétés.

La température élevée indique, chez ces malades, la virulence des microbes pyogènes, il faut aller les détruire « in situ ».

L'étude bactériologique du pus indique si l'on doit recourir aux ponctions simples ou à l'opération de l'empyème. Dans les pleurésies méta ou post-pneumoniques, dues au pneumocoque seul,

la guérison par la simple ponction peut être espérée. Une seule même peut suffire, mais ce n'est pas la règle.

M. Cadet de Gassicourt conseille de pratiquer au besoin trois ponctions successives, faites chacune à cinq jours d'intervalle, mais de ne jamais dépasser ce nombre. Le guide clinique est la diminution du pus après chacune des ponctions. Si, après la troisième ponction, c'est-à-dire après une durée de quinze jours, le pus est encore en trop grande quantité, il ne faut plus attendre, mais recourir à l'opération de l'empyème.

Il n'en serait pas de même si l'on avait affaire aux pleurésies suites de broncho-pneumonie, il faudrait recourir d'emblée à l'empyème. En présence des pleurésies purulentes tuberculeuses, il faudra suivre la même ligne de conduite.

En résumé, chez l'enfant, il est rare qu'une seule ponction suffise pour amener la guérison d'une pleurésie purulente. Tarde-t-elle après deux ou trois ponctions nouvelles, il ne faut plus attendre, et l'opération de l'empyème s'impose.

Vaccinations par le sang. — M. Ch. Bouchard avait écrit, le 14 mars 1891, un travail sur les prétendues vaccinations par le sang. Ce travail, destiné au jubilé du professeur Virchow, vient d'être publié par la *Revue de médecine*. Il se termine par les conclusions suivantes :

Le sang bactéricide à l'égard d'un microbe exerce réellement une influence favorable et même curative sur la maladie causée par ce microbe; ce sang bactéricide a une action plus active, si on le prend chez les animaux vaccinés ; — l'état réfractaire d'une espèce animale n'autorise pas à penser que le sang de cette espèce exercera une action favorable; — cette action favorable diffère radicalement du mécanisme de la vaccination; elle n'est qu'un mode nouveau de l'antisepsie générale.

L'application à l'homme de l'hémothérapie serait prématurée, l'heure présente est réservée à la recherche; c'est dans le laboratoire que la question doit être poursuivie avant d'être transportée dans la thérapeutique humaine.

Pneumonie et digitale. — M. le professeur Pétrescu (de Bukarest) avait présenté l'année dernière, à l'Académie de médecine, le résultat du traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses. Ses recherches reposaient sur 577 cas; depuis, il a eu à traiter de la même manière 178 cas de pneumonie, ce qui porte à 755 cas le nombre de ses observations. Il en fait l'objet d'un travail au *Bulletin de thérapeutique*, et conclut ainsi :

La pneumonie peut être jugulée par la digitale à hautes doses, administrée dès le début de la maladie. Ce traitement abortif est le plus rationnel, car il est basé sur l'indication pathogénique de la pneumonie. L'efficacité de ce traitement est confirmée par les dates statistiques; la mortalité la plus réduite est observée dans les pneumonies traitées par la digitale à hautes doses.

La dose de 4 à 8 grammes par jour de feuilles de digitale en infusion est la véritable dose thérapeutique de la digitale, contre la pneumonie des adultes ; de cette dose seulement, nous sommes en droit d'attendre des effets salutaires immédiats.

État de mal migraineux. — Il existe, dit M. Ch. Féré (*Revue de médecine*), un état de mal migraineux constitué par des accès douloureux subintrants et suivis de stupeur. Cet état de mal et les accidents paralytiques qui l'accompagnent peuvent guérir sans laisser de traces. La gravité des accès migraineux, au point de vue de la permanence des accidents qui l'accompagnent, paraît dépendre de l'état anatomique des vaisseaux. L'urgence du traitement de la migraine accompagnée (paralysies sensorielles et motrices) est d'autant plus pressante que le sujet est plus avancé en âge et qu'il présente des lésions vasculaires.

Tuberculose et sperme de phthisique. — M. Solles rapporte, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, les expériences qu'il a instituées sur le cobaye pour établir la transmission de la tuberculose par inoculation de sperme de phthisique. Il en conclut que le sperme des tuberculeux est tuberculisant; ce qui est un appoint en faveur de l'hérédo-tuberculose.

VARIÉTÉS

Le professeur Armand de Fleury.

Mon cher directeur,

Ces causeries, qu'un événement cruel vient d'interrompre, vous voulez bien me prier de les reprendre par un éloge du professeur Armand de Fleury que vient de perdre la Faculté de médecine de Bordeaux.

La tâche douloureuse et douce en même temps que vous me donnez là, je veux essayer de la remplir comme un pieux devoir. Je m'efforcerai d'oublier pour quelques minutes celui qui fut le plus tendre des pères, pour ne me souvenir que de celui qui fut mon premier maître, le maître qu'ont aimé tous ceux qui l'ont approché.

Il était né à Ruffec le 22 avril 1830, d'une très ancienne famille du Poitou, dont tous les jeunes hommes, subissant l'ardeur romantique, commençaient à tourner leurs goûts vers les travaux de l'esprit. Il fut élevé par son père, gentilhomme universitaire, professeur, puis inspecteur et recteur d'Académie. Il commença avec lui de fortes études classiques, puis il vint à Paris faire sa médecine. Mais, au moment du coup d'État, pour avoir manifesté trop vivement son indignation, il fut contraint de s'en aller à Montpellier achever ses études. Il en était à ses derniers examens de doctorat quand éclata la guerre de Crimée.

Armand de Fleury s'engagea volontairement, prit du service comme médecin auxiliaire à bord du vaisseau « le Jupiter », et fit la campagne jusqu'au jour où, devant Constantinople, il fut pris à son tour du choléra auquel il disputait les marins de son bord.

On le crut mort, tant il était algide. « Je me suis vengé, avait-il coutume de dire, en écrivant ma thèse sur le mal qui avait failli m'emporter. »

Il était à peine docteur, quand il apprit que le choléra décimait une petite ville de son pays natal. Cela suffit pour lui faire oublier ses ambitions plus hautes, et il courut à Mansle soigner les cholériques jusqu'à l'extinction complète de l'épidémie. C'est en 1859 seulement qu'il vint à Bordeaux, s'y maria, et concourut la même année pour une place de médecin adjoint des hôpitaux et de professeur suppléant à l'École préparatoire.

Il venait là tenter fortune, sans relations, sans appui, et l'on s'étonnait quelque peu de l'audace du nouveau venu. Mais il fit de telles épreuves que sa nomination s'imposa. Outre qu'il était fort instruit, servi par une puissante mémoire, par une intelligence lumineuse et d'une extrême promptitude à s'assimiler toutes choses, il parlait merveilleusement, et l'on pouvait, dès ce temps-là, prévoir que les élèves iraient à son cours comme à un régal de l'esprit.

C'est qu'il était artiste pour le moins autant que savant.

Pendant sa vie d'étudiant, sur son navire, à Mansle, aux heures de loisir, il avait écrit de très nombreuses poésies, œuvre de vrai poète et non point d'amateur, qui a toujours un peu déteint sur son œuvre scientifique, non pour en atténuer le mérite foncier, la valeur documentaire, mais pour donner à ses livres comme à ses leçons une forme impeccable, imagée, captivante, tenant toujours l'intérêt en éveil.

Ses vers, quelques rares intimes sont seuls à les connaître. Sept ou huit pièces seulement ont été imprimées. En revanche, il a publié de très nombreux mémoires scientifiques, dans le domaine de la physiologie et celui de la thérapeutique.

En physiologie, la question qu'il a le plus creusée, où il a mis sa marque personnelle indélébilement, c'est celle de la circulation cérébrale.

C'est lui qui a donné l'idée juste, définitive, de l'irrigation comparée de l'hémi-cerveau gauche et de l'hémi-cerveau droit. C'est lui qui a montré que le surcroît de fonction, dévolu au cerveau gauche, n'allait pas sans un surcroît d'irrigation sanguine, sans

une arrivée plus directe et plus large de l'ondée sanguine, résultant de la disposition anatomique du tronc brachio-céphalique et de la carotide primitive. Quand le mémoire, intitulé *Du dynamisme comparé des hémisphères cérébraux*, fut présenté à l'Académie, Paul Broca, dans le rapport qu'il eut à rédiger, ne lui marchanda pas l'éloge.

Nommé professeur de thérapeutique à l'école secondaire, puis à la Faculté quand elle fut créée, Armand de Fleury s'appliqua à donner à son enseignement une marque bien personnelle.

Il rédigea tour à tour une *Classification thérapeutique*, l'une des plus logiques et des meilleures, à coup sûr; un *Traité de thérapeutique*, que l'excessive modestie de l'auteur empêcha de réimprimer; les *Actions médicatrices* et enfin un très vaste ouvrage d'importance considérable, *Étude comparative de la constitution chimique des médicaments et de leur action physiologique*. Il y travaillait depuis huit ans, lorsque la mort l'a pris. L'œuvre n'est pas tout à fait achevée, mais au dire de ceux qui en ont connaissance, elle constitue, par l'ingéniosité de l'idée première et la quantité des documents entassés, ce qu'on est convenu de nommer un monument scientifique.

Le professeur Armand de Fleury fut donc un savant de mérite. Il fut encore un admirable médecin des pauvres.

Tour à tour chef de service aux Incurables, aux Vieillards et à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, chargé pendant la guerre du vaste service de varioleux organisé à l'hospice Pellegrin, il se résignait malaisément aux nécessités de la clientèle lucrative. Mais il se donnait tout entier à ses pauvres, à ceux de son service et à ceux de la ville qui savaient son aménité. Il les aimait, et il faut croire qu'il avait su s'en faire aimer, car sa tombe est toute submergée de couronnes modestes et de petites croix fleuries apportées par des anonymes.

Parmi ces couronnes, à côté de celle des professeurs de la Faculté, ses collègues, il y en a une, de dimensions énormes, et qui porte sur ses rubans la dédicace des étudiants de Bordeaux. Le jour de ses obsèques, celui qui a parlé au nom de la jeunesse universitaire a rappelé, en mots profondément émus, ce qu'il avait été pour ses élèves, le plus fraternel, le plus dévoué, le plus secourable des maîtres. Aux examens, il avait mille ruses pour les sauver, quand ils se fourvoyaient. Comme bien d'autres, il avait de l'esprit, mais il ne s'en servait jamais pour ridiculiser un candidat troublé : il n'en faisait usage que pour lui tendre la perche et ranimer son courage. A ses cours, il les charmait en émaillant, d'anecdotes à lui, la chimie trop austère et la fade thérapeutique ; à l'hôpital, il leur faisait des cours de thérapeutique clinique extrêmement appréciés. Il apportait à tout cela la qualité qui demeure la qualité maîtresse de sa vie, une bonté profonde, inaltérable, qui lui valait la popularité parmi les étudiants et les humbles, l'affection de tous ses confrères, l'adoration de ceux qui le touchaient de près.

Mais il serait injuste de n'admirer en lui que son grand cœur et d'oublier qu'il fut un poète inspiré, un physiologiste, un chimiste, un thérapeute de grand mérite, un professeur et un écrivain médical de premier ordre, l'un des esprits les plus originaux et les plus distingués dans cette école bordelaise qui compte parmi les meilleures de France.

Médecin d'hôpital et professeur pendant trente-deux ans, ayant fait preuve, au coup d'État, de courage civique, en Crimée, de courage militaire, à Constantinople, à Mansle, à Bordeaux, de courage professionnel, en choisissant le poste du péril parmi les cholériques et les varioleux, il n'était pas de la Légion d'honneur.

Il est mort après de très longues et de terribles souffrances, avec le grand courage calme qu'ont presque tous les médecins qui font eux-mêmes le diagnostic et le pronostic de leur mal.

Puissent ces quelques lignes, pieusement consacrées à sa chère mémoire, lui valoir quelque sympathie et quelque admiration de ceux qui ne l'ont pas connu.

Maurice de Fleury.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Ordre du jour des séances à la Faculté de médecine.

Lundi 18 avril, à neuf heures du matin : Séance publique; questions diverses. — A deux heures du soir : Séance solennelle d'ouverture dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine; discours du Président; compte rendu du Secrétaire général; compte rendu du Trésorier. — A trois heures du soir : Séance publique; questions diverses.

Mardi 19 avril, à neuf heures du matin : Visites dans les hôpitaux. — A deux heures du soir : I. Question à l'ordre du jour : Pathogénie et traitement des gangrènes chirurgicales.

Mercredi 20 avril, à neuf heures du matin : Questions diverses. — A deux heures du soir : II. Question à l'ordre du jour : Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires.

Jeudi 21 avril, à neuf heures du matin : Visites dans les hôpitaux. — Après-midi : Pas de séance. — Le soir, à sept heures et demie : Banquet.

Vendredi 22 avril, à neuf heures du matin : Questions diverses. — A deux heures du soir : III. Question à l'ordre du jour : Des opérations chirurgicales sur les voies biliaires. Résultats immédiats et éloignés.

Samedi 23 avril, à neuf heures du matin : Visites dans les hôpitaux. — A deux heures du soir : Séance de clôture en comité secret; nomination du bureau pour la prochaine session. — A trois heures du soir : Séance publique ; questions diverses.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

43. M. Roudié. Étude sur le sarcome du nerf optique. — 44. M. Binaud. De l'hématocèle pelvienne intra-péritonéale. Anatomie pathologique. Aperçu pathogénique et tableau clinique. Traitement. — 45. M. Poix. Contribution à l'étude de l'adéno-lymphocèle. — 46. M. Dallas. De la mortalité par la coqueluche. — 47. M. Michaud. Traitement électrique de la névralgie sciatique. — 48. M. Le Denmat. Contribution à la géographie médicale, notes et observations recueillies aux îles Saint-Pierre et Miquelon (1884-1888). — 49. M. Ferraud. Contribution à l'étude de certains états pathologiques ayant une influence sur le développement intellectuel des enfants en cours d'éducation. — 50. M. Lafitte. Contribution à l'étude médicale de la Tunisie : climatologie, hydrographie, ethnographie, flore, faune, maladies prédominantes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'assemblée générale annuelle de l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris, aura lieu le samedi 23 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, sous la présidence de M. le professeur Hardy.

Parmi les questions mises à l'ordre du jour, on discutera un rapport de M. le docteur Feulard, sur la situation faite aux étudiants en médecine par la loi militaire, et la limite d'âge proposée pour le concours de l'internat.

— Par décret, en date du 7 avril 1892, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Pageault, ancien médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décret, en date du 9 avril 1892, ont été promus dans le corps de santé militaire, et par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le mé-

decin principal de deuxième classe Du Cazal, en remplacement de M. Bazille, retraité; maintenu à son poste de professeur au Val-de-Grâce.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Vieusse, en remplacement de M. Rochet, retraité; désigné pour l'hôpital militaire de Perpignan (médecin-chef). — Geschwind, en remplacement de M. Du Cazal, promu; maintenu à son poste de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Étienne.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Bassompierre, en remplacement de M. Mouton, décédé; désigné pour le 96e d'infanterie; — Tardif, en remplacement de M. Dubois, retraité; maintenu au 16e d'infanterie. — André, en remplacement de M. Salomon, retraité; désigné pour le 106e d'infanterie; — Gross, en remplacement de M. Nevière, retraité; désigné pour le 151e d'infanterie; — Sommeillier, en remplacement de M. Longet, retraité; désigné pour le 54e d'infanterie; — Sacreste, en remplacement de M. Weber, retraité; désigné pour le 71e d'infanterie; — Géraud, en remplacement de M. Vieusse, promu; désigné pour le 17e d'infanterie; — Lebit, en remplacement de M. Geschwind, promu; désigné pour le 90e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Pellier, en remplacement de M. Rivaud, démissionnaire; désigné pour le 131e d'infanterie; — Odile, en remplacement de M. Bassompierre, promu; maintenu à l'école de Billom; — Robin, en remplacement de M. Tardif, promu; désigné pour le 6e d'infanterie; — Speckhann, en remplacement de M. André, promu; maintenu aux hôpitaux de la division d'Alger; — Vallois, en remplacement de M. Gross, promu; désigné par le 102e d'infanterie; — Olivier, en remplacement de M. Sommeillier, promu; désigné pour le 145e d'infanterie; — Baptiste, en remplacement de M. Sacreste, promu; maintenu au 30e d'infanterie; — Pauzat, en remplacement de M. Géraud, promu; maintenu aux hôpitaux de la division d'Oran. — Maguin, en remplacement de M. Lebit, promu; désigné pour le 160e d'infanterie.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Forestier, en remplacement de M. Dauphin, décédé; maintenu en mission en Cochinchine; — Simair, en remplacement de M. Forestier, mis hors cadre; maintenu à l'hôpital militaire de Valenciennes.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Adam, en remplacement de M. Dechaux, décédé; maintenu aux hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie. — Daviron, en remplacement de M. Simai, promu; désigné pour l'hôpital militaire Desgenettes, à Lyon.

— Par décision ministérielle, en date du 9 avril 1892, les médecins militaires, dont les noms suivent, ont reçu les affectations suivantes :

M. le médecin principal Bopp, désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

MM. les médecins-majors de première classe Haas, pour le 36e d'artillerie; R. Delmas, pour le 10e d'artillerie; H. Laurent, pour le 13e d'artillerie; Barois, pour le 119e d'infanterie; Grandmougin, pour le 155e d'infanterie; Pitot, pour l'hôpital militaire de Rennes.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Dubrulle, pour le 23e d'infanterie; Silice, pour le 3e chasseurs d'Afrique; P.-M. Delamare, pour l'école d'artillerie de Versailles; Bouvier, pour la direction du service de santé du 15e corps d'armée; Bischoff, pour le 11e hussards; Bonnet, pour le 2e cuirassiers; J.-E. Pauzat, pour la direction du service de santé du 10e corps d'armée et pour l'hôpital militaire de Rennes; Derouet, pour le 130e d'infanterie; Beaudier, pour le 161e d'infanterie; Malbot-Pastureau, pour le 89e d'infanterie; Baratte, pour le 19e bataillon de chasseurs à pied; J. Ribes, pour le 6e hussards; J.-J.-H. Petit, pour le 12e chasseurs à cheval; Poirier, pour le 2e régiment étranger; Bonney, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Belliard, pour le 4e zouaves; Collinet, pour le 13e dragons; Landouzy, pour le 9e bataillon de chasseurs à pied; Marcelin et P. Remy, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Talayrac, pour le 4e bataillon d'artillerie de forteresse; Herck, pour le 26e d'infanterie; Lanel, pour le 110e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Fradet, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Tricot, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; de Vésian, pour le 2e tirailleurs algériens; Baradat, pour le 2e régiment étranger; Goudal, pour le 3e tirailleurs algériens; Estor, pour le 1er spahis; Rioblanc, pour l'emploi de surveillant à l'École du Val-de-Grâce; Pelegry, pour le 12e dragons; Courtois, pour le 98e d'infanterie; Esprit, pour le 4e régiment du génie; P.-F. Louis, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie; Beigneux, pour le 6e cuirassiers; Thérault, pour le 2e spahis; Destrez, pour le 22e d'artillerie; Legrain, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Donnadieu, pour le 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Lefort, pour le 12e d'artillerie; Pous, pour le 15e d'infanterie; Meyer, pour le 130e d'infanterie; Mongour, pour le 9e dragons; Beaumevieille, pour le 5e cuirassiers; Montalti, pour le 2e cuirassiers; Rossi, pour le 54e d'infanterie.

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Couton, pour la réserve des médicaments, à Marseille; Rougnon, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Rouvet, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Lafrogne, pour l'hôpital militaire de Briançon.

— *Hôpitaux de Lille.* — A la suite des concours de l'internat et de l'externat, ont été nommés :

Internes : MM. Desuet et Duval.
Internes provisoires : MM. Fiévet et Hermand.
Externes : MM. Briche, Minet et Vallée.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Leclerc.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies des organes génito-urinaires, par M. le docteur Paul Furbringer, directeur de l'hôpital Friedrichshain de Berlin; traduction française annotée par M. le docteur G. Caussade, ancien interne des hôpitaux; préface de M. le professeur Guyon. 2 vol. grand in-8. — Prix : 25 francs. — Paris, G. Steinheil.

Les tumeurs de la vessie, par J. Albarran, chef de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Paris (hôpital Necker). 1 vol. grand in-8°, avec 75 figures et 9 planches. — Prix : 18 francs. — Paris, G. Steinheil.

Leçons sur la tuberculose et certaines septicémies, par S. Arloing, directeur de l'École vétérinaire de Lyon, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, recueillies par le docteur J. Courmont, préparateur du cours de médecine expérimentale. 1 beau vol. gr. in-8° avec 52 figures dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Cure radicale des hernies, avec une étude statistique de 275 opérations et 50 figures intercalées dans le texte, par M. le

docteur Just Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-8. — Prix : 12 francs. — Paris, Rueff et Cie.

Étude physiologique sur l'ivresse, ses causes, ses formes et ses conséquences, par M. N. Basset. 1 vol. in-12. — Prix : 6 francs. — Paris, Vve Babé et Cie.

Vade-mecum de gynécologie, par le docteur A. Duhrssen, traduit par le docteur Ch. Van Aubel. 1 vol. petit in-8 cart. — Prix : 5 francs. — Liège, Marcel Nierstraz, et Paris, A. Lemoigne.

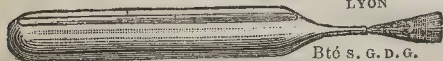
Technique et indications des opérations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires, par le docteur Chaput, chirurgien des hôpitaux. In-18 de 156 pages avec 72 figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Une visite aux principales cliniques infantiles d'Europe, impressions de voyage, par le docteur Voute (d'Amsterdam). In-18. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Album des centres nerveux, par MM. Ch. Debierre et E. Doumer. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



N° 45. — JEUDI 14 AVRIL 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 14 AVRIL 1892. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la thoracentèse, soulevée à l'occasion du rapport de M. Verneuil, a continué et occupé presque toute la séance. M. Dieulafoy, répondant aux objections qui lui ont été faites dans la dernière réunion, a formulé une sorte de code de la thoracentèse, qui peut ainsi se résumer dans ses grandes lignes : la thoracentèse doit être pratiquée avec un trocart fin, de façon à ce que l'évacuation du liquide se fasse lentement; ce trocart doit être absolument aseptique; il ne faut jamais, quelle que soit la quantité du liquide épanché, retirer, par la ponction, plus d'un litre à la fois ; la thoracentèse s'impose aussitôt que l'épanchement dépasse 1500 grammes, atteint 1700 ou 1800 grammes. Ainsi pratiquée, cette opération, au dire de M. Dieulafoy, serait aussi simple et aussi inoffensive que possible; jamais elle ne serait suivie de la transformation de la pleurésie simple en pleurésie purulente. La précaution de ne retirer qu'un litre à la fois mettrait toujours à l'abri de l'expectoration albumineuse, de l'œdème aigu du poumon qui, dans plusieurs cas, a entraîné la mort subite des malades après la ponction. Enfin, la répétition de la thoracentèse n'aurait aucun inconvénient et souvent même elle deviendrait inutile, l'évacuation d'un litre de liquide facilitant singulièrement la résorption du liquide restant.

M. Hardy n'a pas craint de jeter quelque ombre sur ce merveilleux tableau de la thoracentèse. Il continue à trouver qu'on en abuse et qu'on la pratique trop tôt, et il est convaincu que si l'on n'avait pas aussi complètement abandonné le traitement antiphlogistique au début de la pleurésie, on verrait moins de pleurésies graves, on serait moins souvent contraint d'en venir à la ponction. M. Peter a demandé la parole pour soutenir cette même opinion dans la prochaine séance, et c'est ainsi que cette discussion, commencée à propos d'un fait de résection costale comme traitement d'une pleurésie purulente chronique, a dévié, s'est élargie et devient un important débat sur le traitement de la pleurésie en général.

M. Proust a communiqué la première partie d'un travail sur la grippe. Nous attendrons la fin pour le résumer.

Il ne nous reste plus qu'à signaler une lecture de M. Nicaise sur les abcès séreux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Gilbert BALLET.

Des associations morbides en pathologie mentale.

(Leçon recueillie par M. le docteur J. ROUBINOVITCH, ancien interne des asiles de la Seine.)

Dans l'une de nos conférences d'il y a deux ans, je me suis attaché, — quelques-uns d'entre vous se le rappellent peut-être, — à discuter la valeur des différentes tentatives qui ont été faites pour arriver à un groupement rationnel des maladies mentales. Ma conclusion d'alors était qu'en l'état actuel de nos connaissances, une classification vraiment scientifique de ces maladies est impossible. Je vous ai montré que toutes celles proposées, classifications symptomatiques, anatomiques, psychologiques ou étiologiques, avec des mérites et des défauts divers, étaient finalement insuffisantes.

Il m'était, à cette époque, d'autant plus facile de faire la critique des groupements admis par les divers auteurs, qu'étudiant alors la séméiologie des maladies mentales, je pouvais me soustraire à l'obligation qui s'impose au nosographe d'adopter, ne fût-ce que pour ordonner les matières, une classification bonne ou mauvaise. Cette année, je me trouve pris, passez-moi le mot, dans mes propres filets, puisque, devant consacrer les leçons de ce semestre à l'étude des formes morbides, il me faut, bon gré malgré, grouper ces formes.

Je ne me dissimule pas que le classement que je vais vous présenter, et que je me propose de suivre dans le cours de nos études, est passible de critiques. Toutefois (et ce serait là son principal mérite), il m'a paru respecter les réalités cliniques telles qu'elles nous apparaissent aujourd'hui, sans mutiler ces dernières pour les faire entrer de force dans un cadre conventionnel et systématique. Au demeurant, tel qu'il est, il me semble exprimer les idées que tendent à se faire actuellement des espèces morbides la plupart des aliénistes contemporains.

Laissant cette année de côté les affections mentales qui dépendent de lésions organiques du cerveau (encéphalite interstitielle diffuse, hémorrhagies, ramollissements) et dont l'étude fera l'objet de nos conférences de l'an prochain, j'ai l'intention d'étudier les troubles psychiques qui

tiennent à de simples désordres dynamiques, ou du moins ne se relient à aucune altération des centres nerveux actuellement appréciable. Ces troubles peuvent être répartis en trois groupes, suivant qu'ils relèvent des *névroses*, des *psychoses* proprement dites, ou des *intoxications*.

Dans le premier de ces groupes, nous trouverons, comme vous pouvez le voir sur ce tableau, l'épilepsie, l'hystérie, la neurasthénie, la chorée.

Le second comprendra l'étude de la manie, de la mélancolie, de la folie intermittente, du délire de persécution à évolution systématique. Ce sont là, j'espère vous en convaincre, quatre espèces morbides bien spécialisées, au moins dans leurs formes typiques. Je consacrerai, en outre, plusieurs leçons aux folies des dégénérés, qui constituent des variétés à part dans ce groupe important des psychoses.

Enfin, nous aurons à étudier, avec les intoxications, les troubles intellectuels qui dépendent de l'alcoolisme, du morphinisme, du cocaïnisme, etc.

Mais, avant d'aborder la description des diverses espèces morbides, je dois vous faire remarquer qu'elles ne se présentent pas toujours en clinique à l'état d'isolement. Rien n'est plus commun que de les voir s'associer les unes aux autres, et ces associations, vous le devinez, sont de nature à dérouter le clinicien si, n'étant pas au fait de leur possibilité et de leur fréquence, il cherche à rapporter à une seule affection les symptômes qui, en réalité, relèvent de plusieurs. Lorsqu'on lit les descriptions qui ont été tracées, même à une époque éloignée de la nôtre, des troubles mentaux dus à l'épilepsie par exemple, ou à l'hystérie, on est frappé de la confusion qui règne dans la plupart de ces descriptions. C'est que les auteurs ont souvent attribué à l'affection dominante des désordres mentaux qui n'étaient pas sous sa dépendance. Le mérite du clinicien, lorsqu'il se trouve en présence de cas complexes, consiste à savoir débrouiller et dissocier les diverses espèces morbides qui associent, à un moment donné, leurs manifestations chez un même sujet. Ces leçons auront précisément pour but, en mettant en relief les caractères propres des troubles mentaux qui dépendent de chacune de ces espèces, de vous faciliter ce travail de dissociation. Mais je désire, pour bien fixer dans vos esprits cette notion si importante en neuropathologie des associations morbides, vous montrer, à l'aide de quelques exemples, sa réalité. Ce sera là l'objet de la leçon d'aujourd'hui.

Jetez les yeux sur le tableau que voici, et où sont indiquées les diverses affections dont j'ai plus haut fait l'énumération. Elles sont, vous le constatez, réparties en trois groupes (névroses, psychoses, intoxications). Or, chez le même individu, on peut voir s'associer deux ou plusieurs membres d'un même groupe, deux ou plusieurs névroses, deux ou plusieurs intoxications. On peut voir un membre d'un groupe s'associer à un ou plusieurs membres d'autres groupes, une névrose par exemple avec une psychose, une psychose avec une intoxication. Je vais, dans un instant, prendre des exemples concrets qui vous mettront bien les choses dans l'esprit.

Toutefois, avant d'aller plus loin et au seuil de cette étude, je dois bien préciser quelle est la nature des associations dont je vous parle. Lorsque deux affections se réunissent chez le même individu, se combinent-elles (comme le feraient deux corps chimiques mis en présence) de façon à donner naissance à une sorte de résultante, qui serait ainsi un véritable hybride? Vous savez ce qu'en histoire naturelle on appelle un hybride : c'est le produit de deux générateurs appartenant à des espèces animales différentes, ressemblant par suite à chacun des générateurs sans être identique à aucun d'eux. Le mulet, produit de l'âne et de la jument, est un hybride. Il ressemble à la fois à l'âne et au cheval, mais il n'est ni cheval ni âne, il est mulet. Or, lorsque deux maladies frappent simultanément le même sujet, si elles s'associent, elles ne se combinent pas de façon à engendrer par leur fusion intime une troisième affection à caractères mixtes. Elles se juxtaposent, voilà tout, et continuent à se révéler à l'observateur avec leurs caractères propres. « En pathologie, comme l'a justement dit M. Charcot, qui s'est attaché plus que tout autre à mettre en relief les vérités qui précèdent, en pathologie il n'y a pas d'hybride. »

Ce point étant bien fixé, passons en revue quelques-unes des associations morbides qui s'observent le plus communément.

On voit souvent, vous ai-je dit, deux *névroses* se juxtaposer chez le même malade. C'est le cas, par exemple, de l'hystérie et de la neurasthénie. Il n'est pas rare, à la suite des accidents de chemins de fer, de voir les individus qui en ont été victimes présenter la symptomatologie suivante : ils ont de la céphalée fronto-occipitale, de l'affaiblissement de la mémoire, une émotivité excessive avec inaptitude au travail et tendance à la tristesse; de plus, ils sont affectés de troubles variés de la sensibilité (anesthésies diffuses ou localisées, rétrécissement du champ visuel); ils peuvent avoir de la diplopie monoculaire, des paralysies ou des contractures. S'agit-il là, comme l'ont supposé certains auteurs allemands ou anglais, d'une maladie spéciale, d'une sorte de *railway brain* ou de *railway spine*, comme on dit en Angleterre? En aucune façon; la céphalée, la faiblesse cérébrale, l'émotivité, appartiennent à la neurasthénie, tandis que les anesthésies, les paralysies et les contractures relèvent de l'hystérie. En fait, on est en présence de deux maladies écloses simultanément sous l'influence du traumatisme, de l'*hystéro-neurasthénie*.

Une autre association de névroses, qui n'est pas très rare, est celle de l'hystérie et de l'épilepsie. Le malade que je vous présente offre une association de cet ordre. Il est, en effet, à la fois hystérique et épileptique. De plus, il est syphilitique et alcoolique. C'est, vous le voyez, un vrai musée pathologique. Il a trente-six ans, exerce la profession de confiseur, et est entré dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, le 30 octobre 1891. Son père était un grand buveur d'alcool, avait, paraît-il, des colères formidables et, une fois, dans un accès de délire, a tenté de se jeter par la fenêtre; sa grand' mère maternelle avait des attaques d'épilepsie. C'est dire que notre homme a de qui tenir. Jusqu'à dix ans, il paraît s'être bien porté. A cette époque, il éprouva une vive frayeur à la vue d'une femme qui tomba devant lui dans la rue. Peu de temps après, il eut une crise nerveuse. Les crises se sont souvent reproduites depuis ce moment, et vous allez voir qu'elles sont de deux ordres. Les unes, tantôt diurnes, tantôt nocturnes, surviennent subitement, presque sans prodromes, débutent par un cri, s'accompagnent de quelques mouvements convulsifs. Le malade urine sous lui; il ne se mord pas la langue; mais, comme il nous le fait judicieusement observer, la chose serait difficile, car il n'a plus de dents. Après l'attaque, il y a de la céphalée et de l'hébétude. Il s'agit là, sans aucun doute, de crises de mal comitial.

Mais, indépendamment des accès qui précèdent, cet homme en a d'autres, toujours diurnes ceux-là, et débutant par une sensation d'étouffement qui part du creux épigastrique et remonte jusqu'à la gorge. Ces dernières ne datent que de deux ans, ne sont ni accompagnées d'incontinence d'urine, ni suivies de céphalalgie. Ce sont des attaques d'hystérie. Ce malade, en effet, est un hystérique, comme vous pouvez en juger par l'état de sa sensibilité : il est affecté d'hémi-anesthésie droite, de rétrécissement concentrique du champ visuel des deux côtés, de diminution de l'acuité auditive.

Les deux névroses n'ont pas apparu simultanément : le mal comitial, produit de l'hérédité, remonte à la seconde enfance; l'hystérie est de date plus récente : les excès alcooliques ont vraisemblablement joué un rôle important dans sa genèse.

Il me semble superflu de m'attacher à vous démontrer la fréquence de l'association d'intoxications multiples chez le même sujet. Vous n'ignorez pas que l'alcoolisme et le saturnisme par exemple, le morphinisme et le cocaïnisme, se doublent fréquemment l'un de l'autre. Je me contente d'indiquer ces faits qui sont de notion vulgaire, et j'ai hâte d'arriver à des associations morbides qui sont, au point de vue spécial qui nous occupe, c'est-à-dire au point de vue des troubles psychiques, plus intéressantes à étudier et à bien connaître.

Il s'agit de la juxtaposition des membres de l'un de nos trois groupes à ceux d'un autre groupe.

Comme exemple, je vous signalerai l'association du délire épileptique (névrose) au délire alcoolique (intoxication). M. Magnan (1) a observé, dans cet ordre d'idées, des faits fort intéressants, entre autres le suivant que je résume : un individu est pris de délire à la suite d'un accès comitial; il se livre à des actes impulsifs, frappe les personnes de son entourage. Puis le calme se rétablit; mais, le lendemain soir, nouvelle attaque délirante, caractérisée cette fois par des frayeurs, des hallucinations terrifiantes, de la zoopsie. Le surlendemain, on questionne le malade : il n'a gardé nul souvenir de la scène violente avec les domestiques; mais il se rappelle les visions d'animaux qui l'ont si fort effrayé la veille. Le délire du premier jour, suivi d'amnésie, était un délire épileptique; celui du lendemain, un délire alcoolique.

Il n'est pas rare de voir, chez les individus atteints de névroses (épilepsie ou hystérie), se développer et évoluer une des psychoses qui figurent dans notre second groupe. Les coïncidences de cet ordre ont contribué singulièrement à obscurcir et à embrouiller les descriptions qu'on a tracées de la folie épileptique et de la folie hystérique. Il y a peu d'années, on avait coutume de rattacher à l'hystérie tous les troubles psychiques qu'on observe chez les malades affectés de cette névrose. On n'avait pas remarqué que les hystériques sont souvent atteints de dégénérescence mentale, et comme tels exposés à toutes les psychoses des dégénérés. Je me suis personnellement attaché à faire ressortir la fréquence des tares dégénératives chez les hystériques, et les mémoires, écrits sous mon inspiration, de MM. Marquezy, Tabaraud, Roubinovitch, ont, je crois, mis le fait hors de doute. La coïncidence n'est pas rare chez les hystériques femmes; elle est la règle chez les hystériques du sexe masculin. Aussi n'est-il pas exceptionnel de voir ces malades affectés de crises d'excitations maniaques, de délires polymorphes avec idées de persécution ou de grandeur, de dépression mélancolique. Mais ces troubles mentaux n'ont rien à faire avec l'hystérie qui les accompagne; ils relèvent de la dégénérescence mentale associée à l'hystérie. La jeune fille que voici servira à vous démontrer ce que j'avance. Elle m'a été, il y a quelque temps, adressée à l'hôpital comme affectée de folie hystérique. Elle est hystérique, en effet : elle a eu naguère quelques attaques, et actuellement elle est hémi-anesthésique du côté gauche. Or, il y a cinq ou six semaines, elle a été prise de tristesse; elle s'imaginait qu'elle n'accomplissait plus ses devoirs, qu'elle était à charge à sa famille; elle fut prise de scrupules de conscience et, aujourd'hui encore, elle est en proie à ces idées maladives qui s'accompagnent d'un état de profonde tristesse et de grande dépression. Or s'agit-il ici, comme on l'avait pensé, de folie hystérique? En aucune façon. Nous avons affaire à une mélancolique vulgaire, qui est hystérique par surcroît; mais sa mélancolie n'a rien à voir avec son hystérie, si ce n'est que toutes deux dérivent d'une même cause : l'hérédité névropathique. Cette malade, en effet, est, dans toute l'acception du mot, une héréditaire : son père était alcoolique, sa mère a été quelque temps enfermée dans un asile, une de ses sœurs est affectée d'épilepsie.

Rien n'est plus commun que l'association de la dégénérescence mentale aux intoxications, notamment à l'intoxication alcoolique. Chez les dégénérés, l'alcool agit de plusieurs manières. Des excès passagers peuvent servir d'appoint et provoquer l'éclosion d'un délire purement dégénératif. D'autres fois, l'abus des liqueurs spiritueuses détermine un véritable délire toxique qui ne tarde pas à s'effacer, laissant à sa suite persister des troubles mentaux qui relèvent uniquement de la dégénérescence.

A côté de ces faits, dans lesquels une névrose s'associe à une psychose, ou une psychose à une intoxication, ou une intoxication à une névrose, il en est de plus complexes encore. Cette fois, le tableau morbide est constitué non plus seulement par deux, mais par trois éléments. Et l'on voit juxtaposées, par exemple, une névrose, une psychose et une intoxication. M. Magnan (1), M. Pichon (2) ont rapporté des cas de cet ordre. J'emprunte le suivant au mémoire, déjà cité, de M. Magnan. Il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, couturière, qui entrait à Sainte-Anne pour la huitième fois. Fille d'une mère mélancolique, d'un père épileptique, elle a un fils atteint lui-même de mal comitial. A l'âge de quatorze ans, cette femme fut frappée de crises convulsives, avec actes automatiques consécutifs et fugues inconscientes. En 1870, à l'épilepsie se joignit de la mélancolie. Dans l'intervalle des attaques, la malade devint triste, inquiète; elle se lamentait, craignait de tomber dans la misère; elle s'attribuait des fautes imaginaires et, à plusieurs reprises, eut des idées de suicide. Plus tard, elle se mit à boire, et le délire alcoolique avec hallucinations terrifiantes, zoopsie, frayeurs, vint s'associer à la lypémanie et au mal comitial.

Je pourrais vous citer bien d'autres exemples de ces curieuses associations morbides. Ceux qui précèdent suffiront, je l'espère, pour fixer dans vos esprits la notion sur laquelle je tenais aujourd'hui à appeler votre attention.

---

(1) Magnan. *Arch. de neurol.*, 1880.

(1) Magnan. Loc. cit.

(2) Pichon. *Les maladies de l'esprit*, Paris 1888, O. Doin.

Quant à la cause qui régit l'apparition, chez le même sujet, de ces maladies multiples, nous la trouvons dans l'hérédité. On conçoit sans peine, en effet, que l'hérédité névropathique, qui détermine tour à tour chez les descendants l'épilepsie, l'hystérie, la dégénérescence mentale, la tendance aux excès, particulièrement aux excès alcooliques, puisse engendrer simultanément plusieurs de ces affections. Il faut sans doute que les parents, pour transmettre une pareille « fortune » pathologique à leurs descendants, aient été eux-mêmes richement pourvus. Dans quelques cas, on a affaire à une hérédité bilatérale, et l'individu affecté à la fois d'épilepsie et de dégénérescence, par exemple, descend d'un père aliéné, d'une mère comitiale. Mais il s'en faut que les conditions de la transmission soient d'habitude aussi nettes : le plus souvent, les lois de l'hérédité nous échappent.

Il ne sera pas nécessaire d'insister longuement pour faire ressortir l'intérêt qui s'attache à la connaissance des associations morbides. Au point de vue de la pathologie générale, l'histoire de ces associations démontre, vous venez de le voir, qu'en fait de maladies il n'y a pas d'hybrides. Du moins, l'hybridité n'est qu'apparente; l'analyse symptomatique prouve qu'elle n'est pas au fond des choses. A cet égard, il se passe en pathologie nerveuse quelque chose d'analogue à ce qu'on observe dans l'étude des maladies infectieuses. Il n'est pas rare, vous le savez, qu'un microbe pathogène prépare la voie à d'autres microbes; ainsi ont lieu les infections dites secondaires : l'angine à streptocoque, par exemple, au cours de la scarlatine, la broncho-pneumonie streptococcique au cours de la rougeole. Deux infections se trouvent ainsi juxtaposées ou plutôt superposées, sans que leurs agents respectifs perdent leur personnalité. Il en est de même en fait de névroses et de psychoses.

Le diagnostic (est-il besoin de le dire?) a singulièrement bénéficié de ces notions. Il en est de même du pronostic. Chaque affection conserve, en effet, dans l'association, sa gravité ou sa bénignité propre. Et l'on se tromperait étrangement si l'on voulait, sans procéder à la dissociation clinique des espèces, établir en bloc la gravité d'une maladie mentale dans le cas où cette maladie, une en apparence, est multiple en fait. Le délire alcoolique, isolé ou accompagné, est toujours une manifestation transitoire; le délire de persécution à évolution systématique est, dans tous les cas, une affection à marche lente, durable et progressive.

Quant au traitement, il doit s'inspirer des enseignements de la nosologie. Il faut appliquer, à chacune des espèces morbides faisant partie de l'association, la médication qui lui est spéciale. Lorsque, par exemple, l'hystérie et l'épilepsie se juxtaposent, on ferait besogne mauvaise ou insuffisante si l'on se contentait de prescrire la thérapeutique qui convient à une seule de ces deux névroses. L'hydrothérapie, la médication tonique, qui visent l'hystérie, doivent, en pareil cas, être associées aux bromures, qui visent le mal comitial.

SUR L'ANESTHÉSIE PAR LA COCAINE

Par M. L.-G. Richelot, chirurgien des hôpitaux.

La Société de chirurgie a clos l'année 1891 par une discussion du plus haut intérêt, sur l'anesthésie par la cocaïne. Je n'y ai pris aucune part; non certes que la question me fût indifférente, mais j'étais secrétaire annuel, et j'avais peur d'allonger mon procès-verbal. Aujourd'hui, je tiens à prendre parti.

C'est un sujet palpitant, et qui nous a donné de grands espoirs. M. Reclus, l'ardent promoteur de l'anesthésie par la cocaïne, déclare « qu'il serait désolé si ce merveilleux médicament, d'un usage si commode, exempt des ennuis que donne le chloroforme : lenteur de l'anesthésie, vomissements, etc., risquait d'être dépossédé de la faveur qu'il mérite ». Lorsque M. Berger est venu nous raconter l'histoire d'un malade empoisonné dans son service par une faible dose de cocaïne, M. Reclus a pris vigoureusement en main la défense de cet agent, a refusé de mettre à son passif les cas malheureux où de fortes doses ont été employées sans prudence, et proclamé qu'il avait donné le conseil de ne jamais dépasser 25 centigrammes, qu'il était descendu à 20, et que maintenant 10 à 12 lui suffisaient toujours pour exécuter, sans accidents ni alertes, des opérations étendues, longues et délicates. Outre la dose, il insiste beaucoup sur le titre de la solution, qui doit être faible, à 2 p. 100. M. Berger ne se laisse pas facilement convaincre, il est encore sous le coup de sa déconvenue. MM. Quénu, Schwartz, Reynier, Moty, moins intimidés, étudient avec M. Reclus la « dose maniable ». M. Félizet, quoique saisi d'un « effroi rétrospectif » au récit des accidents, déclare qu'il a plus d'une fois dépassé, chez des enfants très jeunes, 5 centigrammes d'une solution au vingtième, et qu'il n'a jamais eu la moindre alerte. M. Championnière demande qu'on donne aux malheurs causés par les anesthésiques la plus grande publicité, afin que tous les médecins en connaissent les dangers et soient induits à les manier avec la plus extrême prudence; au fond, il manque d'enthousiasme pour la cocaïne et n'en fait pas grand usage.

Il me semble que cette question ne peut plus être posée aujourd'hui comme autrefois. Quelle était notre ambition, au début des recherches dont la cocaïne a été l'objet? Posséder un agent anesthésique d'un maniement facile, mais aussi, mais surtout, plus sûrement inoffensif que le chloroforme. Voilà le mirage qui nous a tous guidés; et je ne m'avance pas trop en supposant que c'était là, pour M. Reclus comme pour nous tous, la question principale et le grand espoir. Or, maintenant, nous devons en rabattre, car les morts sont arrivées. Je sais bien qu'on nous cite un chiffre de 1 600 opérations sans accident grave; mais ce chiffre est encore bien faible. Quel est celui d'entre nous qui n'a pas la même série d'opérations avec le chloroforme, sans une alerte sérieuse? Je sais bien que, sur le nombre des morts citées au passif de la cocaïne, M. Reclus fait des défalcations importantes et serre de près la discussion. C'est parfaitement légitime; mais ne faut-il pas faire les mêmes distinctions en faveur du chloroforme? Ce « médicament merveilleux », lui aussi, n'a-t-il pas été bien souvent manié avec imprudence et légèreté? N'est-ce pas à l'inexpérience, au défaut d'attention, qu'il faut attribuer nombre de mécomptes? N'y a-t-il pas un tact particulier, dont certaines personnes seront à jamais dépourvues, et qui réduit à un minimum presque insignifiant les chances d'insuccès?

Je ne le nie pas, à côté des revers qu'on peut éviter, il y en a d'autres auxquels personne n'échappe à coup sûr. Rappelons-nous ce que disait Trélat à l'Académie : « Quand on manie une substance ayant sur notre organisme un tel pouvoir, on joue avec le feu; endormir un homme, c'est le mener au bord d'un précipice. Mais si quelquefois la chute arrive fatalement, songez à tous ceux que le chloroforme a sauvés.... » Et Trélat évoquait, dans ce langage imagé que nous lui avons connu, les milliers de malades qui doivent leur salut à l'anesthésie.

Eh bien! semblable aveu n'a-t-il pas été fait par M. Reclus au cours de la discussion sur la cocaïne? « Si nous cherchons, dit-il, une sécurité parfaite, absolue, alors il faut renoncer à tous les alcaloïdes. » Ainsi donc, il est reconnu, par M. Reclus lui-même, qu'un agent, capable de sidérer à ce point notre système nerveux, ne peut être sans danger. C'est la force des choses qui le veut ainsi; l'anesthésie, par quelque substance qu'elle soit provoquée, met entre nos mains une puissance redoutable. Alors, que faut-il penser de la supériorité de la cocaïne et de l'enthousiasme des premiers jours? Ses avantages paraissent de second ordre : c'est l'em-

ploi d'une petite seringue au lieu d'une compresse, une économie de quelques minutes, l'absence des vomissements. Mais ces avantages sont compensés par un inconvénient majeur, auquel on n'a pas fait allusion, et que je tiens à rappeler : c'est l'absence de sommeil. Le grand mérite du chloroforme, après la suppression de la douleur, c'est, pour ainsi parler, la suppression du malade lui-même. Le malade est un profane qui ne doit pas assister à l'opération qu'on lui fait. Pour les petites interventions, panaris, lipomes, etc., c'est fort bien; mais si j'apprends comme une curiosité intéressante, par les observations de M. Reclus, jusqu'où peut aller le chirurgien, quelles longues incisions il peut faire et quelle durée peut avoir l'anesthésie, je refuse, d'une façon générale, de le suivre dans cette voie, et de faire en présence du malade un anus iliaque ou une laparotomie. Je ne veux pas, sauf en des cas très particuliers, qu'une femme, si bien caché que soit pour elle le champ opératoire, voie autour d'elle les mouvements du chirurgien et de ses aides.

J'ai employé la cocaïne une vingtaine de fois, pas davantage : solution à 2 p. 100, 5 ou 6 centigrammes, aucun accident. Si je n'en ai pas fait plus grand usage, ce n'est pas que je la craigne plus que le chloroforme, c'est que je n'en ai pas grand besoin.

Il restera de notre discussion, si je ne me trompe, que la cocaïne est un agent précieux, le meilleur des anesthésiques locaux, très utile et très commode pour la petite chirurgie courante, pour tous les cas où on a quelque raison de reculer devant l'anesthésie générale, mais qui, n'ayant pas l'avantage tant cherché d'une innocuité parfaite, ne peut revendiquer sa place que bien loin derrière le chloroforme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 avril 1892. — Présidence de M. Regnauld.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'Agriculture annonçant à l'Académie qu'une somme de 20 000 francs, provenant des prélèvements sur le pari mutuel, lui est accordée pour favoriser la propagation de la vaccine;

2° Des lettres de MM. Berger, Porak et Bouilhet (de Béziers), qui se portent candidats, le premier dans la section de médecine opératoire, le second dans la section d'accouchements et le troisième au titre de correspondant national.

COMMUNICATION

Des abcès séreux. — M. Nicaise dit que l'existence des abcès séreux, longtemps contestée, paraît aujourd'hui généralement admise.

Les collections séreuses d'origine inflammatoire, en dehors de celles qui se font dans les cavités préexistantes, peuvent être aiguës ou chroniques et siéger dans le tissu cellulaire, en dehors du périoste ou au-dessous de lui, ou encore autour de certains organes, comme la vessie. A ces collections séreuses d'origine inflammatoire se rattachent les épanchements de sérosité de Morel-Lavallée, les abcès séreux de la périostite dite albumineuse et les abcès tuberculeux à liquide séreux.

Les abcès séreux chroniques accompagnent généralement les tumeurs blanches et les ostéites tuberculeuses. Leur processus diffère complètement de celui des abcès aigus et se rattache à celui des abcès froids. Dans ces abcès chroniques, le liquide séreux se forme d'emblée le plus souvent. Certains auteurs admettent cependant qu'il y a là une transformation d'un abcès froid ordinaire; on ne peut nier le fait, mais il est certain également qu'on ne peut douter de l'existence de l'abcès séreux d'emblée.

La cause prochaine de ces abcès séreux aigus ou chroniques n'est pas encore élucidée; c'est là une question de bactériologie encore à l'étude.

RAPPORT

Épidémie de grippe. — M. Proust donne lecture d'un rapport sur l'épidémie de grippe en 1889-1890. La lecture de ce rapport sera terminée dans la prochaine séance.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA THORACENTÈSE

M. Dieulafoy répond aux objections qui lui ont été faites dans la dernière séance.

M. Verneuil attribuant les succès constants de M. Dieulafoy à son habileté opératoire, celui-ci répond que, dans son service, la thoracentèse est le plus souvent pratiquée par ses élèves et non par lui-même. Ce n'est donc pas une question d'habileté opératoire, mais bien une question de procédé. Ce procédé consiste à pratiquer la ponction avec un trocart fin, parfaitement aseptique, et à ne jamais évacuer plus de 1 litre à la fois.

M. Hardy avait insisté sur ce fait qu'on n'avait jamais vu autant de pleurésies purulentes que depuis qu'on a recours à la thoracentèse. A ce point de vue, M. Dieulafoy, ne voulant pas seulement s'en rapporter à ses faits personnels, a fait, auprès de ses collègues des hôpitaux, une enquête d'où il résulte que, pas plus que lui, ils n'observent la transformation purulente de la pleurésie après la thoracentèse. Cela tient à ce que tous emploient le même procédé antiseptique.

M. Dujardin-Beaumetz a abordé la question des accidents survenant du fait de la ponction elle-même. M. Dieulafoy laisse de côté la question de l'empyème, des injections intra-pleurales, pour ne s'occuper que de la thoracentèse pure et simple. On l'a vue quelquefois être suivie d'accidents et même d'accidents mortels, cela est vrai. Il est donc intéressant d'établir un parallèle entre ces cas et les cas de mort subite survenue par suite d'un épanchement plus ou moins abondant, en dehors de la thoracentèse. Or, depuis la dernière séance, M. Dieulafoy a pu recueillir quarante observations de mort subite, au cours d'épanchements sans dyspnée et non encore ponctionnés. Les deux tiers de ces faits sont tous calqués les uns sur les autres; voici généralement comment les choses se passent : on se trouve en présence d'un malade atteint d'un épanchement dépassant 1 500 grammes, mais n'en paraissant pas autrement gêné, respirant bien, mangeant, allant et venant. Malgré l'abondance du liquide qui vous porte à ponctionner, sur le désir de la famille ou du malade lui-même, on remet au lendemain la ponction, et, dans la nuit, le malade meurt subitement. A l'autopsie, on trouve, dans certains cas, comme cause de la mort subite, soit une thrombose de l'artère pulmonaire, soit des caillots fibrineux dans le cœur. Mais, dans la plupart des cas, on ne trouve pas autre chose, pour expliquer la mort, qu'un épanchement de 1 700, de 1 800 ou de 2 000 grammes. Le plus souvent aussi, ces épanchements, ayant entraîné la mort subite, se trouvent dans le côté droit de la poitrine. Ces faits prouvent donc la gravité excessive des grands épanchements pour lesquels on a trop tardé à pratiquer la thoracentèse.

Celle-ci, à son tour, est-elle passible d'accidents plus ou moins graves? Cela est évident. On voit parfois des accidents asphyxiques, bien étudiés par M. Hérard, survenir soit immédiatement, soit peu de temps après la thoracentèse. Ces accidents sont causés par un œdème aigu du poumon. Les malades sont pris d'une toux quinteuse, incessante, horriblement pénible; ils expectorent une quantité plus ou moins considérable, jusqu'à 1 litre, parfois, de liquide albumineux ou séro-albumineux. M. Dieulafoy a pu réunir 6 observations, dans lesquelles cet œdème aigu du poumon a entraîné la mort dix minutes, une demi-heure, deux heures ou quatre heures après la thoracentèse. Quelle est la cause de cet œdème pulmonaire? On a accusé l'aspiration, mais sur 16 cas d'expectoration albumineuse consécutive à la ponction, 12 fois la ponction avait été faite sans aspiration. Celle-ci n'est donc pas coupable, mais dans la plupart de ces cas, on avait vidé trop rapidement et trop complètement la cavité pleurale. Or, il faut pratiquer la ponction avec un trocart très fin qui donne lieu à un écoulement lent et il faut surtout cesser d'évacuer le liquide quand on en a retiré 1 litre. Lorsqu'on procède ainsi, on constate

que la thoracentèse n'est jamais suivie d'aucun accident, ni d'aucun incident. Une seule fois, M. Dieulafoy s'est laissé aller à retirer 1250 grammes et son malade a eu de l'expectoration albumineuse.

Il faut bien se pénétrer de ce fait résultant de l'observation que, lorsqu'il y a deux litres de liquide dans la plèvre, si l'on en retire un, le second litre se résorbe très souvent avec une grande rapidité, sans qu'il soit besoin de recourir à une nouvelle ponction. En tous cas, si une seconde ou une troisième ponction sont nécessaires, cela ne présente aucun inconvénient, les malades supportant, pour ainsi dire, sans s'en apercevoir, ces ponctions pratiquées selon le procédé indiqué plus haut.

En résumé : 1° la thoracentèse doit être pratiquée à temps, c'est-à-dire aussitôt que l'épanchement peut être évalué à 17 ou 1800 grammes; 2° elle doit toujours être pratiquée dans les conditions de parfaite antisepsie; 3° elle doit être faite très lentement et l'on ne doit jamais retirer plus d'un litre de liquide à la fois.

M. Constantin Paul avait posé à M. Dieulafoy cette question : comment évaluer, d'une façon aussi précise que possible, la quantité de liquide épanché dans la plèvre? Pour répondre à cette question, M. Dieulafoy présente quelques considérations générales relatives au diagnostic de la pleurésie, diagnostic parfois difficile. Il insiste particulièrement sur les signes fournis par la percussion qui doit être faite avec une grande légèreté, sur la valeur du souffle, de l'œgophonie, de la pectoriloquie aphone. Mais c'est surtout la matité hydrique (de Piorry), fournie par une percussion extrêmement délicate et légère, qui constitue un signe important au point de vue de l'épanchement. Il en est de même des vibrations thoraciques qui n'ont de valeur qu'autant que l'on fait compter les malades à voix presque éteinte. Enfin, au point de vue de l'abondance de l'épanchement, l'étendue de la matité jointe à la déviation des organes et surtout à la déviation du cœur dans les pleurésies gauches, permettent d'apprécier, à 150 ou 200 grammes près, la quantité de liquide épanché.

M. VERNEUIL dit qu'il est intéressant de savoir qu'il suffit souvent, dans un épanchement de 2 ou 3 litres, d'évacuer 1000 grammes de liquide pour voir le reste se résorber spontanément. On évite ainsi, nous dit M. Dieulafoy, les accès d'étouffement et d'angoisse qu'il a parfois observés après la thoracentèse.

M. Verneuil n'hésitera donc plus à conseiller et à pratiquer plus souvent cette opération, puisque, faite suivant certaines règles, elle serait presque toujours sans inconvénients.

M. HARDY persiste à penser qu'il faut réserver la thoracentèse pour des cas bien déterminés. Il ajoute que M. Dieulafoy et ses collègues ont été tout particulièrement heureux de ne jamais voir les pleurésies simples se transformer en pleurésies purulentes après une, deux ou trois ponctions. M. Hardy, ainsi que M. Verneuil, a vu se faire cette transformation et cela plusieurs fois. C'est pourquoi il n'a pas recours toujours à la thoracentèse. Il croit que, dans le traitement de la pleurésie, on a un peu trop oublié la méthode antiphlogistique qui donne de très bons résultats et peut bien souvent éviter la nécessité de recourir à la ponction.

M. PETER demande la parole pour, dans la prochaine séance, soutenir cette opinion.

M. HARDY se déclare donc partisan de l'emploi des antiphlogistiques et, en particulier, des ventouses scarifiées auxquelles il continue à avoir recours, avec avantage, dans le traitement du début de la pleurésie. Il ajoute, en terminant, que la mortalité par la pleurésie a singulièrement augmenté.

M. DIEULAFOY, tout en reconnaissant que la pleurésie, de nos jours, ne ressemble pas à celle qu'on observait il y a vingt ans, ne voit pas que la mortalité, par cette affection, soit plus considérable aujourd'hui qu'autrefois.

M. HARDY répète qu'il est incontestable qu'en même temps que la médication de la pleurésie a changé, sa gravité a augmenté.

M. CONSTANTIN PAUL se félicite d'avoir fourni à M. Dieulafoy l'occasion de bien spécifier les signes à l'aide desquels on peut évaluer l'abondance d'un épanchement pleural. Il ajoute qu'il faut également tenir grand compte de l'âge de la pleurésie. Quant à lui il ne pratique généralement pas la ponction avant le vingtième jour.

M. DIEULAFOY reconnaît que l'âge de la pleurésie a une grande importance au point de vue de l'indication de la thoracentèse. Cette question mérite qu'on y revienne ultérieurement.

M. PROUST a écouté avec intérêt le code du traitement de la pleurésie formulé par M. Dieulafoy, mais il procède d'une façon tout à fait différente; quand il fait la thoracentèse, il vide toujours complètement la plèvre de tout le liquide qu'elle contient. Il ne ponctionne jamais au début; il attend toujours le douzième ou quatorzième jour, alors que la fièvre est tombée, pour intervenir. Pendant fort longtemps, M. Proust n'avait jamais vu la pleurésie simple se transformer en pleurésie purulente à la suite de la thoracentèse; puis il a eu une série de trois cas consécutifs dans lesquels cette transformation s'est opérée. Cela tenait à ce qu'il se servait de l'appareil commun à tous les services de l'hôpital. Du jour où il a pratiqué la thoracentèse avec un nouvel appareil spécialement destiné à son service, il n'a plus vu cet accident se produire. M. Proust a observé un cas de mort subite, à la suite d'une thoracentèse. A l'autopsie, on a trouvé des caillots fibrineux dans le cœur.

La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le banquet des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 23 avril, à sept heures et demie, dans les salons du restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, près du Gymnase, sous la présidence de M. le professeur Hardy.

Le prix de la cotisation (20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les internes en exercice) peut-être remis dans les hôpitaux à l'interne en médecine économe de la salle de garde, ou adressé directement à M. le docteur Émile Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le personnel des travaux pratiques d'histologie est constitué comme suit: MM. Rémy, chef; Variot, chef-adjoint; Chatellier, préparateur; Lannois, Girode, Pilliet, Moreau, Martin Dürr, Raoul, aides-préparateurs. Quatre emplois nouveaux d'aides-préparateurs ont été créés; les titulaires de ces emplois sont MM. Thérèse, Aublé, Benoit et Vincent.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le docteur Auché est nommé chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Trèche, aide-préparateur de médecine légale, est chargé des fonctions de chef des travaux d'histologie.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Soulié est prorogé dans les fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— M. le docteur Bélières est nommé médecin en chef de la Chancellerie de la Légion d'honneur, en remplacement de M. le docteur Fabre, nommé médecin honoraire.

— MM. les docteurs Mougins, de Roquefort (Alpes-Maritimes), Garrigou (Haute-Garonne), Carton (Nord), de Montessus (Saône-et-Loire), Fouquet (Égypte), Bertholon (Tunisie), sont nommés correspondants du ministère de l'Instruction publique près le Comité des travaux historiques et scientifiques.

— Les diverses réunions concernant la Caisse des pensions de retraite du corps médical français auront lieu, cette année, au siège social, place Saint-Georges, 22, à Paris, les jours et heure suivants: 1° Réunion du comité directeur, le samedi 23 avril 1892,

à huit heures et demie du soir; — 2° réunion du conseil des censeurs, le dimanche 24 avril 1892, à quatre heures et demie; — 3° assemblée générale des participants, le dimanche 24 avril 1892, à cinq heures et demie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Th. David, député des Alpes-Maritimes, ancien directeur de l'École dentaire de Paris. Ses obsèques auront lieu jeudi 14 avril, à onze heures et demie, à Saint-Germain-des-Prés.

— La commune de Dampierre-sur-Salon, chef-lieu de canton de la Haute-Saône, demande un docteur en médecine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 46. — SAMEDI 16 AVRIL 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 16 AVRIL 1892. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

Le zona.

Par M. le docteur Paul Berbez.

L'herpès zoster ou *zona* est une affection caractérisée par une éruption d'un plus ou moins grand nombre de vésicules à type d'herpès, se développant sur une base enflammée ; suivant, le plus souvent, les trajets nerveux, se limitant à une moitié du corps dans la majorité des cas et traduisant presque toujours une altération constatable ou fonctionnelle du cerveau, de la moelle ou du système nerveux périphérique. Notre définition aura des chances d'être assez complète, si nous ajoutons que l'éruption caractéristique peut être précédée, accompagnée ou suivie, à plus ou moins longue échéance, de douleurs névralgiques plus ou moins violentes, suivant l'âge du sujet.

I

L'histoire du zona se prête mal à un historique régulier. Cette singulière affection a été envisagée à des points de vue forcément différents par les dermatologistes, les cliniciens s'occupant de médecine générale, les neuropathologistes et les chirurgiens qui ont eux-mêmes à compter avec le zona.

Disons donc, en peu de mots, quels sont les auteurs auxquels nous sommes redevables des travaux faisant époque dans l'histoire du zona.

Malgré l'obscurité des textes, il semblerait prouvé que le zona, avec son éruption si caractéristique et ses douleurs spéciales, était connu de Celse, de Pline l'ancien.

Le moyen âge est muet sur l'éruption qui nous occupe, il faut arriver au milieu du XVIIIe siècle pour voir Hoffmann et plus tard Larry, faire du zona un érysipèle chronique. Il semble assez naturel, en effet, de confondre les bulles de l'érysipèle, parfois si cuisant, avec les vésicules de l'herpès zoster ; les unes et les autres viennent sur des placards rouges également douloureux ; la durée des unes et des autres est à peu près la même. C'est le moment où l'on incrimine l'humeur âcre des vésicules, aussi corrosive que les acides, ulcérant la peau et causant des douleurs de brûlures.

Bientôt on fait rentrer le zona dans la classe des herpès ou dartres, on le sépare de l'urticaire, de l'érysipèle.

Rayer, en 1835, publie une remarquable étude sur le zona ; il donne une excellente description des douleurs névralgiques reléguées jusque-là au deuxième plan.

Parrot, en 1856, établit la signification des douleurs névralgiques et rattache le zona à des névralgies.

Bärensprung, un des noms les plus connus dans l'histoire du zoster, incrimine, un des premiers, une lésion du système nerveux ; il accuse surtout les ganglions spinaux. Cette théorie est confirmée par des observations de M. Bouchut (1), de M. Charcot (1859), de Catani et M. Charcot, sur un cas de zona du cou (1865). Ces théories, admises pendant un certain temps sans trop de discussions, paraissent devoir être modifiées sous l'influence des travaux plus récents de MM. Pitres et Vaillant, de Eisenlohr, de Curshmann, etc.

Ce n'est pas seulement l'anatomie pathologique qui s'est attachée à prendre la nature intime de ce singulier trouble trophique. M. Landouzy (2) a cherché à démontrer l'origine infectieuse de certains zonas.

Kaposi donne la relation d'une épidémie de zona à Vienne, en 1889. Il en est de même de Rohé, Neligan, Tilbury Fox, Zimmerlin, Pfeifer.

M. Gaucher (de Lyon), en 1889, étudie le zona accompagné de fièvre et le range dans les maladies infectieuses.

La même année, à la Société clinique, MM. Dreyfous et Letulle, s'inspirant de la remarquable découverte de Neumann, à propos de la paralysie faciale chez des nerveux, établissent le rôle de l'hérédité nerveuse dans la pathogénie de l'herpès zoster.

Cette remarque devait s'imposer avec d'autant plus d'autorité qu'on put voir la paralysie de muscles, innervés par des nerfs malades, s'établir à la suite du zona : paralysie de la vessie, rétention d'urine à la suite d'un zona du périnée et de la verge (3), paralysie du bras, de la face, et sui-

(1) Bouchut. *Du zona et de l'herpès produit par la névrite*, 1873.
(2) Landouzy. *Previs zoster et enanthèmes zostériformes*, 1883.
(3) David Izon. Soc. de méd. berlin., 1890.

vant la localisation du zona (Bernhardt). En 1891, M. H. Fournier publiait, dans le journal des *Maladies cutanées et syphilitiques*, une intéressante revue sur la question si complexe du *zona des muqueuses*. Chemin faisant, nous compléterons cet historique forcément écourté.

II

Description. — Il est assez rare que le zona ne soit pas précédé de *prodromes*. Depuis un certain temps, le malade est mal en train, a la langue sale, peu d'appétit, des nausées sinon des vomissements, parfois de la diarrhée. Chez les sujets très nerveux apparaissent parfois des cauchemars, des rêves pénibles. Il est bien rare que le délire fasse partie du cortège prodromique. Au bout de quelques jours, apparaît, chez les sujets d'un certain âge, la névralgie prodromique qui ne diffère en rien des névralgies ordinaires. Points douloureux de Valleix, élancements paroxystiques sur un fond douloureux permanent, tels sont les phénomènes habituellement constatés. Chez les sujets très jeunes, comme l'a démontré M. Comby, cette névralgie manque le plus souvent.

Quoi qu'il en soit, sur le trajet douloureux, du soir au lendemain, apparaît l'éruption, consistant tout d'abord en placards rouges non surélevés, *dont les dimensions* varient entre celles d'une pièce de 20 centimes et les dimensions de la paume de la main ; la bulle, dans le *zona phlycténoïde*, peut atteindre les dimensions d'une assiette à dessert.

La disposition des plaques est commandée par la direction du tronc nerveux malade. Ainsi dans le zona intercostal, les plaques enflammées sont allongées horizontalement, dans le zona du sciatique ou du plexus cervical, au contraire, elles affectent une direction verticale. Les plaques, dont la coloration varie du rouge vif au rouge violacé et quelquefois au rouge noirâtre, peuvent aussi affecter la disposition de l'herpès circiné présentant un aspect assez régulièrement circulaire. Les parties rouges sont, le plus souvent, séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine.

En même temps que cette rougeur apparaît, ou bien peu de temps après son apparition, on voit sur la surface rouge des vésicules plus ou moins volumineuses, perlées, brillantes et analogues en tout aux vésicules d'herpès qui viennent, sur les lèvres, s'installer sans ordre et trancher par leur couleur jaunâtre sur le fond rouge environnant. C'est au niveau de ces vésicules qu'existe la sensibilité la plus vive. Le frôlement le plus léger éveille une sensation de déchirure, de brûlure même. Les dimensions de ces vésicules peuvent devenir énormes et ressembler beaucoup aux ampoules de l'urticaire géante.

Elles sont remplies d'un liquide citrin assez âcre, auquel les anciens avaient gratuitement prêté les propriétés les plus corrosives. La déchirure des vésicules cause parfois les douleurs les plus vives.

Il est rare que les vésicules ne s'entourent pas d'aréole rouge ; le fait se produit parfois cependant.

Quelquefois, au dire de Kaposi, une seule vésicule remplace un grand nombre de petites. Nous avons vu, chez un neurasthénique arthritique, qui, à une représentation théâtrale, demeura assis quatre heures durant sur une banquette mal rembourrée, une vésicule longue de 15 centimètres siégeant à la fesse, sur le trajet du sciatique. Cette vésicule fut affreusement douloureuse, paralysa presque le membre pendant deux jours et ne fut que le prélude d'un zona classique qui dessina le trajet du nerf petit sciatique et envahit aussi, mais légèrement, le grand nerf sciatique jusqu'au genou.

Chaque placard, surmonté de ses vésicules, paraît jouir d'une certaine autonomie vis-à-vis des autres. Des poussées successives de vésicules germent sur les plaques érythémateuses, sans qu'on puisse constater que les poussées se font de la naissance du nerf à son point de terminaison ou dans le sens contraire. Le développement régulier des vésicules est le suivant : pendant deux ou trois jours, elles gardent leur aspect brillant, puis elles se ternissent ; leur contenu liquide paraît se résorber. Quelquefois la pustule s'ombilique et il reste, après elle, un petit cratère plus ou moins déchiqueté et profond, pouvant laisser et laissant souvent, lui disparu, des ulcérations d'aspect étoilé.

Il n'est pas rare, en effet, après la guérison d'un zona, de voir, le long du cou, par exemple, des traînées verticales d'étoiles blanchâtres qui ne sont autres que des cicatrices de vésicules zostériennes.

Au moment où l'on croit l'éruption terminée, il est assez commun de voir une nouvelle poussée de plaques rouges couronnées de vésicules, succéder à celles qui commençaient à se former ou dont les croûtelles, dessinant le trajet d'un nerf, rappelaient, seules, après la disparition de l'érythème, l'exanthème du zona. Telle est l'éruption ordinaire classique.

Sous l'influence d'agents ou de conditions mal déterminés, il n'est pas rare de voir l'éruption se présenter sous des aspects tout différents. Les débuts sont les mêmes. Mais, de même que, pour la variole hémorrhagique, on voit les pustules se teinter de sang; de même, on voit le zona présenter dans ses vésicules un *contenu hémorrhagique* ou même *purulent*.

Bayet, dans sa thèse de Bruxelles (1891), décrit le zona gangréneux hystérique plus fréquent chez des nerveux, mais remarquable par ce fait qu'il s'accompagne d'accidents de sphacèle, avec pertes de substance énormes.

Bien plus, la vésicule prend un aspect noirâtre : elle s'unit à ses voisines et, quand on découvre la croûte puriforme qui s'étend sur plusieurs d'entre elles, on trouve des plaques gangréneuses causant, après élimination des escharres, de vastes pertes de substance.

L'éruption, quoi qu'on en dise, se rattache aux maladies exanthématiques de nature infectieuse. La preuve en est dans les *adénopathies* déjà signalées par M. le professeur Hardy, qui se retrouvent assez fréquemment, bien localisées au territoire lymphatique tributaire des ganglions engorgés.

M. Barthélemy (1) a constaté deux fois, au début du zona, des adénopathies à marche aiguë et douloureuse, apparaissant avant l'éruption cutanée et traduisant, suivant l'auteur, une atteinte profonde du système lymphatique.

La douleur, si elle n'avait pas précédé l'éruption, se produit alors avec les caractères suivants : elle est spontanée, mais elle s'exaspère par les attouchements, le frottement du linge. Dans le zona thoracique, elle est comparée, par les malades, à une ceinture à nœuds étreignant le thorax, à une tige de fer traversant la poitrine de part en part. Quelquefois, les malades accusent la sensation d'un liquide corrosif circulant entre cuir et chair. Dans le zona ophthal-

(1) Bartéhlemy. Soc. franç. de dermat. et de syphil., 26 janv. 1892.

mique, souvent la douleur est celle que causerait une pointe métallique enfoncée dans l'orbite.

A côté de ces paroxysmes, il n'est pas rare de constater le plus souvent, après l'éruption, des anesthésies et des hyperesthésies persistantes qui portent sur l'ensemble des fonctions de la sensibilité sans dissociation, comme dans le cas de syringomyélie. Ces hyperesthésies et ces anesthésies se produisent parfois dans toute la sphère de distribution d'un nerf, bien que la lésion qui traduit le zona n'occupe qu'un seul point très limité du trajet nerveux.

Nous ne pouvons en finir avec l'élément nerveux, sans dire que, vingt ans parfois après le zona, l'hyperesthésie persiste; mais que la question d'âge a dans l'espèce une importance prépondérante, les vieillards et les adultes, seuls, jouissent du fâcheux privilège des zonas douloureux. Nous avons vu, à la Salpêtrière, une jeune fille employée à la buanderie, qui eut un zona dessinant huit raies parallèles du côté gauche de la poitrine et qui n'accusait que quelques douleurs de tête et des envies de vomir.

Le zona, en tant que douleur névralgique et qu'éruption, s'accompagne encore de phénomènes généraux.

La fièvre est fréquente, mais la température dépasse rarement 39 degrés à 39°5; parfois, cette fièvre, par suite de complications, de suppurations cutanées, telles que : furoncles, phlegmons sous-cutanés, s'élève à 40 degrés et dure plus longtemps que de raison.

On voit aussi parfois un état fébrile local avec retentissement plus ou moins considérable sur la température générale.

Le pouls traduit naturellement l'état de la température.

L'état gastrique est constant.

La douleur trouble le sommeil et comme il s'agit presque toujours de vieillards, cette perte de sommeil, jointe aux troubles digestifs, amène vite les malades à une issue fatale.

Les rechutes sont peu fréquentes, la maladie s'éteint par poussées successives au lieu de tomber tout d'un coup.

Le passage à l'état chronique a été soutenu par certains auteurs, entre autres par M. Leudet [de Rouen] (1887). On n'est pas bien d'accord sur ce qu'on peut entendre par zona chronique.

Les uns pensent qu'il s'agit de poussées très rapprochées de zona sur le trajet d'un même nerf. On voit alors une partie du tégument labouré d'ulcérations, de cicatrices blanchâtres, d'adhérences profondes dans le cas de phlegmon pseudo-névritique. La peau ainsi labourée est hyperesthésiée, anesthésiée, ou bien présente ce bizarre phénomène de l'anesthésie douloureuse.

Nous aurons tout dit sur le zona considéré en général, quand nous aurons ajouté que l'*unilatéralité* habituelle de l'éruption est souvent démentie par les faits; les zonas doubles sont encore assez fréquents, et nous verrons souvent que cette symétrie de l'éruption a été considérée par certains auteurs (Féré) comme indiquant l'origine spinale centrale au moins de la lésion, cause de tout le mal.

Connaissant par ce chapitre de symptomatologie générale, d'un côté, la manière de se conduire du zona, de l'autre, les trajets nerveux, il nous sera facile d'imaginer ce que peuvent être les herpès zoster de telle ou telle paire nerveuse.

Procédant par ordre de fréquence, nous rappellerons, en manière d'exposé ou d'énoncé simple, le zona le plus souvent observé, c'est-à-dire le *zona intercostal ou zona pectoral de Bärensprung*.

A son degré le plus atténué, ce zona consiste en quelques groupes de vésicules siégeant le long des nerfs intercostaux et se montrant surtout aux points d'émergence des nerfs.

Dans d'autres cas, il s'agit de larges bandes rougeâtres dessinant les espaces, avec renforcement aux points d'émergence, enfin, de larges phlyctènes peuvent couvrir une bonne partie du thorax, laissant, après elles, des escharres en plaques plus ou moins étendues.

A cause des rameaux anastomotiques du bras, il n'est pas rare de voir le zona des branches intercostales supérieures donner lieu à des vésicules sur le bras, à sa face interne.

Parfois les deux côtés de la poitrine sont pris et le zona affecte alors la forme de deux demi-ceintures siégeant à des hauteurs différentes.

Rarement la névralgie prodromique fait défaut; elle précède (dans le cas de lésions pleurales ou osseuses) l'éruption de plusieurs années; souvent, le zona est symptomatique d'une lésion thoracique, cancer du poumon (Ollivier), tuberculose pulmonaire (thèse de Leroux), paraplégie par myélite (Hardy).

Le *zona lombo-abdominal* n'est guère séparable du zona pectoral. Son territoire va du rachis à la ligne blanche. Tout ce que nous avons dit du zona pectoral lui est applicable.

Le *zona lombo-inguinal*, suite de ce dernier, s'étend au mont de Vénus et aux organes génitaux externes : fesse et partie externe de la cuisse. Il y a peu de temps, nous avons eu l'occasion de voir, dans la convalescence d'un énorme anthrax du cou, se développer un zona de la vulve peu douloureux. La malade se plaignant d'une sensation de brûlure derrière le trochanter, nous pûmes nous expliquer la chose en trouvant une plaque d'herpès zoster à tendances rapidement suppuratives, mais qui se termina cependant par la guérison en peu de temps.

Le *zona lombo-fémoral* a pour département la fesse, la partie supéro-externe de la cuisse, la partie moyenne de l'aine droite.

Le *zona génital* (fesse, sacrum, anus, périnée, bourses, face postérieure, grande lèvre, vagin, pénis, territoire d'innervation du grand et du petit sciatique).

Il n'est pas rare, dans les cas de zona un peu intense de ces régions, de voir survenir les phénomènes de paralysie musculaire, si connus aujourd'hui : rétention d'urine, paralysie des muscles innervés par le sciatique, avec amyotrophie considérable (Hardy).

Une schématisation plus complète est impossible, puisque chaque rameau nerveux peut être atteint pour son compte. Rappelons seulement, d'après l'excellent article du *Dictionnaire* de M. Leroux, que M. Potain a signalé un zona de l'urèthre avec écoulement muco-purulent, que Bavié a vu le zona se limiter au périnée, au scrotum, au pénis, etc.

Le zona de la cinquième paire, et plus spécialement le *zona ophthalmique*, est connu depuis peu de temps. On trouve bien la relation de quelques-uns de ces cas dans Rayer, Traube, Cazeneuve, mais c'est à Jonathan Hutchinson que revient le mérite d'avoir signalé, en 1866, les altérations anatomiques, dont l'œil peut être le siège dans le cours ou à la suite du zona.

On se demande la cause de la *popularité* de cette étrange affection. Tous les auteurs s'empressent à établir son histoire. Pour ne citer que les noms les plus connus : Hirch-

berg (1880), Hybord (1), M. Laqueur (2), M. Letulle (3), M. Pacton (4), Pechdo (1880), Coppez (5), Beurmann (1869), Robertson (6).

Et cependant il s'agit d'une affection rare. Hébra, à Vienne, en dix ans, en a vu 1 cas sur 95; M. Galeszowski en a vu 19 cas sur 36000 affections oculaires; M. Laqueur en a colligé 65 cas dont 50 observés en Angleterre; M. Leroux, dans son article si complet du *Dictionnaire*, remarque que c'est en Angleterre que le zona ophthalmique est le plus fréquent.

Les hommes sont atteints plus souvent que les femmes, dans la proportion de 32 contre 17.

L'âge a son importance. Presque tous les sujets avaient atteint la soixantaine.

Voulant éviter de répéter ce que nous avons dit à propos des généralités, nous dirons que, dans le zona ophthalmique et du trijumeau, en général, les malaises et la fièvre prodromique manquent et qu'au contraire la *douleur* fait très rarement défaut. Hybord l'a notée 47 fois.

Elle peut précéder l'éruption de quelques heures et même de quelques semaines. Cette *éruption*, elle-même, est constituée par des placards d'une rougeur érysipélateuse du front qui dépasse rarement la ligne médiane. Les vésicules se limitent à la branche ophthalmique ou bien se généralisent, ce qui est très rare.

En règle générale, les points le plus souvent atteints sont le tiers interne du front, la paupière supérieure, le nez et la tempe — inutile d'énumérer les filets nerveux, dont la lésion commande cette distribution. Il est impossible de décrire l'éruption qui a ses noyaux en éventail, décrit des stries urticoles, se groupe aux points d'émergence en bouquets.

Les suites ou complications, *phlyctènes*, *hémorrhagies*, *gangrènes*, sont celles de tous les zonas.

L'adénopathie est fréquente (Letulle-Blachez).

La muqueuse nasale (mouchage de croûtelles) est assez souvent atteinte. A propos de cette muqueuse, M. le professeur Duplay appelle l'attention sur les épistaxis fréquentes observées avant, pendant ou après le zona.

Le zona double est rare, mais il existe (Hébra, Hybord, Carry).

Les ulcérations sont plus fréquentes que partout ailleurs, elles ont déterminé des ectropions et des entropions.

La véritable caractéristique de ce zona spécial est la *fréquence des complications oculaires* (89 sur 126 cas, d'après Paclou).

Ces complications, par ordre de fréquence, sont les *conjonctivites* qui paraissent en même temps que l'herpès à la peau; les kérato-conjonctivites avec ou sans chémosis et anesthésie ultérieure de la conjonctive.

Les lésions zostériennes de la cornée consistent surtout en ulcérations uniques ou multiples, laissant, suivant leur profondeur, des opacités après elles, des leucomes vasculaires et même une cécité complète par perforation. Cette perforation peut se produire de bonne heure ou très tard après le zona.

L'*iritis* est moins fréquente que la kératite, revêt la forme séreuse et rarement entame la profondeur, de façon à devenir parenchymateuse; elle accompagne ou n'accompagne pas la kératite. La pupille est dilatée, irrégulière. C'est quand le nerf nasal est atteint (nerf fournissant la branche sensitive du ganglion de Gasser qui donne les nerfs ciliaires), que l'on voit arriver les kératites et les iritis.

Les complications tout à fait exceptionnelles sont : l'amblyopie, l'atrophie du nerf optique, le glaucome, etc. Cliniquement, la branche ophthalmique de Willis est prise seule et forme un zona à part, mais quelquefois les branches maxillaires supérieures et maxillaires inférieures sont prises séparément ou ensemble.

Dans le cas de zona de la branche supérieure, on trouve un groupe principal de vésicules au niveau du *trou sous-orbitaire*, un autre sur l'aile du nez, un autre à la lèvre inférieure et un dernier sur la paupière inférieure.

Si on y joint (filets palatins) des hémi-zonas de l'amygdale et du voile palatin, on aura une idée complète du zona de la branche supérieure du trijumeau. Il est bon de rappeler ici qu'Ollivier, en 1884, a soutenu dans l'*Union médicale* que beaucoup d'angines, dites herpétiques, étaient des zonas de la branche supérieure du trijumeau.

Les troubles trophiques consistent en chute des dents qui tombent comme celles des ataxiques sans apparence de carie.

Kaposi a signalé des cas de paralysie du voile du palais durant plus ou moins longtemps.

Zona du maxillaire inférieur. — Partie antérieure de la conque et tempe, conduit auditif externe, lèvre inférieure, nerf mentonnier.

La langue peut être touchée, elle paraît d'abord engourdie, puis apparaissent de vives douleurs en même temps que des vésicules très vite ulcérées, entraînant après elles une anesthésie de la langue. Remack, M. Després ont observé des zonas de la langue (20 à 25 vésicules sur les deux tiers antérieurs). Vésicules sur l'amygdale. Face interne des joues. Gencives extrêmement douloureuses. Chute des dents.

M. Picot, dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1890, a rapporté le fait assez rare d'une fillette de dix-sept ans, qui eut un zona limité aux branches maxillaires supérieures et inférieures, et qui se déclara dans la convalescence d'une maladie infectieuse.

Comme conséquences de ce zona, on a signalé la surdité et la raucité de la voix, la perte du goût, la concomitance de tic douloureux. Quand les trois branches du trijumeau sont prises, disent MM. Hillairet et Gaucher, c'est surtout au niveau de l'émergence des nerfs que se rencontre l'éruption et il n'est pas rare, ajoutent les mêmes auteurs, d'observer en même temps dans ce zona total du trijumeau des groupes vésiculeux ou les pseudo-membranes qui leur succèdent sur le voile du palais et, particulièrement, sur le pilier antérieur (nerfs palatins émaciés du ganglion de Meckel). L'herpes labialis ne paraît pas devoir être rattaché au zona.

Le zona du plexus occipital ou occipito-collaris, comme l'appelle Bärensprung, est une rareté, il va souvent avant un zona plus fréquent que le zona du trijumeau, mais qui nous paraît devoir être placé après ce dernier à cause de ses conséquences moins graves, nous voulons parler du zona claviculaire ou du plexus cervical.

Ce dernier détermine ses groupes de la naissance des

(1) Hybord. Th. de Paris, 1872.
(2) Laqueur. *Arch. de physiol.*, 1870.
(3) Letulle. *Idem*, 1882.
(4) Pacton. Th. de Paris, 1878.
(5) Coppez. *Ann. d'oculist.*, 1873.
(6) Robertson. Zona ophthalmique double, *The Lancet*, juillet 1888.

cheveux aux parties latérales du cou, à la clavicule et même jusqu'au mamelon.

Bendeuil a signalé un cas curieux dans cette région où les clous sont fréquents, les vésicules zostériennes s'étaient transformées en furoncles.

Le zona brachial se distingue assez mal du précédent. La distribution des filets nerveux du plexus brachial, les anastomoses avec les filets intercostaux, expliquent la répartition des groupes d'herpès.

Le zona s'accompagne plus que les autres de névralgies et de paralysies. Ces paralysies ne vont guère (Broadbent, Haudfield, Jones) sans une amyotrophie plus ou moins considérable.

M. Joffroy (1) a publié deux observations de zona avec atrophie musculaire du membre supérieur.

III

Étiologie. — L'âge a une importance assez grande. M. Comby a noté 1 cas sur 1 000 chez les enfants. La statistique de l'hôpital de Prague donne une proportion de 1 zona sur 213 enfants (Heiner). M. Comby déclare la maladie très rare chez le nourrisson. Pour lui, c'est la dixième année qui est la plus atteinte.

Le sexe a peu d'importance, cependant M. Comby sur 33 cas a noté 12 cas chez des garçons et 21 chez des filles. Chez les enfants, un zona peut facilement passer inaperçu à cause de sa bénignité habituelle. A ce propos, M. Comby (2) fait cette curieuse remarque : chez l'enfant en évolution, l'éruption est tout et la névrite peu de chose; au contraire, chez le vieillard en involution, l'éruption n'est rien et la névralgie, traduction de la névrite, est tout.

On ne fait plus autant de cas *des tempéraments* qu'au temps de Bazin, mais on doit reconnaître que l'arthritisme, sous toutes ses formes, urticaire, dyspepsie (Parrot), douleurs articulaires, migraines, se retrouve dans les antécédents des malades.

M. Vergely (3) établit un rapport étroit entre le zona et le diabète, cela n'a rien d'étonnant puisqu'on sait, par les travaux d'Auché et d'une foule d'autres auteurs, combien sont fréquentes les névrites dans le diabète, et combien souvent les névrites sont causes de zona. M. Vergely, dans un cas de diabète de moyenne intensité, a constaté des plaques d'anesthésie et d'hyperesthésie dans les régions atteintes par l'éruption.

Les saisons semblent n'avoir aucune influence.

Dès longtemps, on avait remarqué que le zona affectait des allures épidémiques.

Certains faits, rapportés par Trousseau (jeune homme qui fut atteint de zona après avoir éloigné sa mère atteinte elle-même de l'herpès zoster, trois étudiants atteints successivement de la même affection dans la même chambre, Walter), semblent plaider en faveur de la *contagion*.

M. Hardy nie cependant, malgré les assertions contraires de M. Landouzy, l'idée de l'infectiosité et de la contagion.

A l'appui de la théorie infectieuse, nous signalerons les faits de M. Gauthier (de Lyon). Cet auteur s'appuie sur la *fièvre* qui accompagne si souvent le zona; sur l'absence de récidive (Neuman, Movitz, Favre, Duhring, etc.). M. Gauthier suppose que le germe encore inconnu frappe les ganglions inter-vertébraux et détermine secondairement une éruption cutanée comme peut le faire l'oxyde de carbone ou l'arsenic (Bokai, Kaposi).

Kaposi (1) est partisan de la théorie infectieuse, pour lui, le zona *donne* en même temps que la pneumonie et l'érysipèle en mars, avril, septembre et octobre.

Telles sont les causes du zona que nous appellerions volontiers le zona primitif, autant qu'on peut se fier à ce vocable.

Le zona secondaire peut tenir à des lésions nerveuses centrales ou périphériques ou à des intoxications.

L'hypothèse d'un zona de cause cérébrale est très séduisante au premier abord. Mais les cas présentés par M. Charcot, par Weiss, voire même par M. Leudet, ne sont probants en aucune façon.

Le zona de cause spinale est hors de contestation; le tabès (Charcot et Vulpian), la tuberculose méningo-myélitique de Bavié, les paralysies ascendantes causent le zona, cela ne peut faire de doute.

M. Féré (2) croit à une origine spinale (méningite cérébro-spinale) atteignant le point de la moelle d'où partent les nerfs malades à cause d'une rachialgie très intime.

Le zona de cause névrotique est le plus fréquent. Les névrites congestives, par compression (cal, carie vertébrale, ostéo-périostite, tuberculose des côtes, cancer du poumon). Rappelons à ce propos les travaux de Bavié et surtout la thèse de M. Levaux sur le zona chez les tuberculeux.

Les zonas traumatiques (Verneuil, Charcot, Bouchard, Fabre) ne se comptent plus, tant les observations sont nombreuses.

Le zona, par intoxication, n'est pas établi encore sur des bases bien solides; dans tous les cas, il ne se produit guère que par l'intermédiaire *d'une névrite*.

Le plomb (Lomier), l'oxyde de carbone (Leudet), l'arsenic ont été reconnus. Il n'est pas jusqu'aux moules qui n'aient été accusées de causer le zona.

IV

Anatomie pathologique et pathogénie. — Le mémoire de Bärensprung, publié en 1861, relate, le premier, des lésions (œdème, hyperhémie, congestion, etc.) de nerfs sur le trajet desquels s'était produit le zona. L'auteur regrettait l'insuffisance des recherches faites sur l'état des ganglions spinaux et des racines spinales.

En 1883, cette lacune est comblée et le même Bärensprung signalait une lésion bien nette (prolifération inflammatoire des ganglions spinaux avec extension de l'inflammation, non sur la moelle, mais vers la périphérie). Depuis, les faits se sont multipliés.

MM. Charcot et Cotand (1865) ont trouvé, dans un cas de zona du plexus cervical droit, une névrite des racines nerveuses et une sclérose des ganglions spinaux.

Les ganglions spinaux ont été trouvés *hypertrophiés* avec dégénérescence graisseuse des cellules (Wagner, Chandelux), incrustés même de carbonate et de phosphate de chaux (Weidner), atteints de prolifération nucléaire du tissu conjonctif avec destruction de nombreuses cellules nerveuses, ganglion ophthalmique et ganglion de Gasser (Satt-

(1) Joffroy. *Arch. de physiol.*, 1882.
(2) Comby. Soc. méd. des hôpit., 1891.
(3) Vergely. *Progr. méd.*, 1891.

(1) Kaposi. Ier Congr. de la Soc. allem. de chir., 1889.
(2) Féré. Note sur quatre cas de zona, *Rev. de méd.*, mai 1890.

ler); on a trouvé des ganglions détruits par une hémorrhagie (Kaposi).

Quant aux nerfs eux-mêmes (Pitres, Mailland) leurs lésions varient depuis la simple segmentation de la myéline jusqu'à la destruction du cylindre axe avec atrophie du tube; il y avait en outre sclérose totale du nerf.

Eisenhohr et Curschmann ont enlevé sur le vivant des sortes de petits névromes qui n'étaient autres que des petits foyers de péri-névrite aiguë noueuse.

En un mot, on peut se trouver en présence de lésions nerveuses interstitielles ou parenchymateuses, les lésions des ganglions compliquent ou ne compliquent pas les lésions nerveuses.

Quant à ce qui est des lésions cérébrales ou spinales, leur existence n'est pas prouvée d'une manière absolue.

Ce chapitre sera court, là comme dans beaucoup d'autres maladies, le pourquoi des choses nous échappe.

La théorie des nerfs trophiques, la théorie vaso-motrice sont tout aujourd'hui.

L'explication par l'action trophique des nerfs sensitifs, imaginée par M. Mayet (de Lyon), est compliquée et difficile à admettre. Vulpian lui a prêté en vain sa grande autorité; il ne l'a pas sauvée.

Les recherches nombreuses, auxquelles a donné lieu la névrite, ont fait admettre aujourd'hui la théorie de la névrite propagée du tronc nerveux primitivement atteint aux vaisseaux cutanés terminaux.

Il est fort difficile, dans l'état actuel de la science, de dire quelle est la nature exacte de la lésion originelle et même quel est le point de départ exact de la lésion quelle qu'elle soit.

Souvent les ganglions spinaux sont pris, souvent aussi l'examen le plus minutieux ne révèle rien d'anormal dans leur structure. Donc rien d'absolu dans ces lésions-là.

Nous serions tenté — et les faits mis en avant par les partisans de la doctrine des lésions périphériques ne sont pas là pour nous démentir — d'ajouter que l'idée d'une lésion spinale de nature fonctionnelle ne nous répugne en rien.

Quant à la théorie parasitaire du zona, elle doit renfermer une grande part de vérité, et nous admettrions volontiers l'idée mixte de MM. Letulle et Dreyfous, qui croient au développement facile d'une névrite spéciale, spécifique pour mieux dire, de nature infectieuse sur un terrain préparé par l'hérédité nerveuse.

V

Diagnostic. — Il suffit de regarder un zona pour le reconnaître; cependant l'*herpes labialis*, que nous avions considéré comme différent du zona, pourrait, à la rigueur, être confondu avec lui. Il en est de même pour l'herpès génital et pour l'angine herpétique. Pour ce qui est de cette dernière, quand on lit les discussions auxquelles elle a donné lieu, quand on prend les avis différents de Lasègue et de Gubler, de Pauzin (1), de M. Thibierge (2), de M. Landouzy, on conclut difficilement à l'identité des deux affections.

L'absence de douleurs spontanées, la fréquence des récidives, l'intensité de la fièvre pendant l'éruption ne ressemblent pas à ce qu'on est accoutumé de constater pour le zona.

L'érysipèle, l'eczéma ne ressemblent que de très loin au zona.

(1) Pauzin. Th. de Paris, 1890.
(2) Thibierge. *Ann. de dermatol.*, 1890.

Le diagnostic du zona franc et idiopathique, sur lequel M. Levaux insiste avec tant de raison dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, doit être fait avec les herpès zostériformes, des maladies spinales par compression (par exemple le cas de M. Charcot : compression de la moelle et des racines nerveuses par une carie vertébrale), du tabes, etc.

VI

Pronostic et traitement. — Le zona n'est pas grave par lui-même chez les sujets jeunes; mais chez les vieillards et les gens nerveux, il peut, par l'intensité des douleurs, troubler profondément la nutrition.

Dans d'autres circonstances, il se complique de gangrène, d'hémorrhagie qui, dans les zonas purpuriques, atteint une grande gravité.

Le zona ophthalmique expose parfois à perdre la vue, par suite des lésions oculaires qu'il laisse après lui.

Le traitement est bien simple, il consiste dans la *protection* soigneuse des vésicules qu'on recouvrira d'un corps gras saupoudré de poudre d'amidon. On peut employer aussi la poudre de lycopode, à laquelle on mêlera de l'opium ou quelques principes calmants.

Quand les vésicules se sont desséchées il faut en aider la cicatrisation au moyen d'isolants et établir, aussi minutieusement que possible, l'antisepsie de la région en suppuration.

Les extraits d'opium ou de belladone sont encore les meilleurs médicaments destinés à combattre la douleur.

L'électricité ne paraît pas avoir d'action bien constante ni bien prouvée.

Quant aux médications internes, on sait le peu de confiance qu'il faut leur accorder en pareil cas. Les névralgies si tenaces qui, parfois, survivent au zona, seront traitées comme les névralgies ordinaires : pointes de feu; électrisation galvanique, chlorure de méthyle, injection de morphine, etc.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

Des opérations applicables au traitement de la vésicule biliaire.

(Leçon recueillie par M. Baumgarten, interne du service.)

La plupart des affections de la vésicule biliaire peuvent être avantageusement traitées par des moyens médicaux. Il en est cependant parmi elles qui résistent à ce mode de traitement, rendent la vie intolérable et même la compromettraient si le chirurgien hésitait à intervenir.

Nous n'entrerons pas ici dans la description des indications opératoires. Nous voulons seulement donner notre opinion sur les opérations qui sont applicables aux tumeurs d'ordre chirurgical.

Ces opérations peuvent d'ailleurs varier suivant que la tumeur est inflammatoire, kystique, calculeuse ou cancéreuse.

Les opérations, procédés opératoires, que le chirurgien peut être conduit à employer contre ces affections sont les suivants :

1° L'incision de la vésicule, suivie de la suture immédiate de la plaie cystique, c'est la *cholécystostomie idéale*;

2° L'incision suivie de la suture du péritoine de la vési-

sule au feuillet pariétal de la paroi abdominale (cholécystostomie ordinaire);

3° L'incision suivie de l'établissement d'une fistule faisant communiquer l'intérieur de la vésicule biliaire avec une anse intestinale voisine, en particulier le duodénum (cholécystentérostomie).

4° L'ablation de la vésicule (cholécystectomie).

Quelle que soit la méthode que le chirurgien croira devoir choisir en présence de l'une des affections que nous venons de signaler, il devra tout d'abord aller à la recherche de la vésicule malade, ce qui constitue le premier temps de l'opération.

Ce temps est à peu près le même pour tous les cas : il consiste à inciser la paroi abdominale dans toute son épaisseur, y compris le péritoine pariétal.

Il semble, au premier abord, que le lieu où cette incision doit être faite est celui qui correspond au siège bien reconnu de la tumeur, et que, si celle-ci a donné naissance à un abcès d'abord, à une fistule ensuite, le milieu de l'incision devra tout au moins correspondre à ces points de repère.

Pour ce qui est des abcès et des fistules, disons qu'il n'y a guère lieu d'en tenir compte, car ils peuvent se porter dans des directions diverses, à des distances qui sont parfois très éloignées de la vésicule. C'est ainsi que nous avons trouvé des calculs sur divers points de la région ombilicale et jusqu'auprès de la crête iliaque.

Pour ce qui est de la tumeur, elle constitue un point de repère bien autrement important, quand elle est petite, reconnaissable et qu'elle occupe un siège normal. Malheureusement, il n'est pas rare que ce siège soit modifié par le relâchement, la diminution ou l'augmentation du volume du foie; par des adhérences que la vésicule a contractées avec des organes voisins, par les changements de rapport de ces organes, changements qui sont consécutifs à l'inflammation dont la vésicule elle-même est le point de départ; par son atrophie, qui peut être telle qu'elle est difficile à trouver, même au cours de l'opération; d'autres fois, au contraire, par son augmentation de volume, qui peut être portée au point que la vésicule, devenue hydropique, occupe une plus ou moins grande étendue de la cavité abdominale.

Dans tous les cas, cependant, il n'est pas douteux qu'en faisant correspondre le milieu de l'incision, autant que faire se peut, avec le point qu'occupe la vésicule biliaire à l'état normal, on aura plus de chance de la mettre à découvert et d'exécuter avec succès les autres temps de l'opération.

N'oublions pas cependant que si, à l'état normal, la vésicule correspond assez exactement au cartilage de la neuvième côte, elle ne dépasse pas sensiblement le bord inférieur de ce fibro-cartilage. Or, en principe, il y aurait inconvénient à faire l'incision le long de ce bord, au niveau et aux dépens duquel s'insèrent les muscles petit oblique et transverse.

Si une pareille incision est sans inconvénient pour la peau, il n'en serait pas de même pour les muscles détachés au ras de leurs insertions, ce qui gênerait ensuite pour la fermeture de la plaie à leur niveau.

Pour ce motif, nous pensons qu'il est préférable de placer l'incision de telle façon que sa partie moyenne passe à 1 ou 2 centimètres au-dessous du rebord du cartilage de la neuvième côte.

La direction générale de l'incision présente aussi une grande importance.

Celle qui convient le mieux en pareil cas doit être oblique, partir de l'épigastre un peu à gauche de la ligne médiane, et, après avoir rejoint le point de repère dont nous avons parlé, se continuer à droite sur une égale longueur, en passant à 1 centimètre au-dessous des côtes.

Elle doit intéresser du premier coup la peau et le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à l'aponévrose. Sur le même trajet, les aponévroses, les muscles sont ensuite coupés jusqu'au péritoine pariétal sur une longueur moitié moindre. Le péritoine est ouvert au milieu de l'incision sur une longueur de 5 à 7 centimètres, de façon à bien voir et à bien explorer par le toucher les organes sous-jacents. Il suffit de pincer quelques vaisseaux au cours de la section pour qu'aucune goutte de sang ne tombe dans le péritoine.

Tel est le premier temps de l'opération. Sans nul doute, l'incision pourrait être, sans aucun inconvénient, dans bon nombre de cas, moins longue, et suivre une direction différente. Elle pourrait être parallèle au bord inférieur du thorax sur toute sa longueur, ce qui la rendrait curviligne; être transversale au lieu d'être oblique de haut en bas et de gauche à droite; au besoin même, être perpendiculaire à l'axe des côtes, — mais nous estimons que celle que nous avons décrite est de beaucoup la meilleure.

Lorsque le péritoine est ouvert et que le chirurgien s'est rendu compte par l'exploration visuelle et digitale du siège, des rapports, de l'étendue, de la nature de la tumeur, il s'agit de procéder au second temps de l'opération.

La conduite à tenir varie suivant que le foie et la vésicule ont un siège normal et sont faciles à reconnaître; suivant, au contraire, que la vésicule est déplacée et qu'elle est plus ou moins masquée par les organes voisins.

Dans ce dernier cas, il faut tout d'abord poursuivre l'exploration, rechercher avec le doigt, à la face inférieure du foie, s'il n'y a pas, au centre des tissus indurés qui la masquent, une tumeur rappelant par sa forme, son siège, sa consistance, la vésicule elle-même, et, en pareil cas, il ne faut pas craindre, pour la mettre à découvert, de détacher les organes avec les doigts et la spatule, de couper avec le bistouri et les ciseaux, les masses épiploïques et les tissus sclérosés qui l'englobent. Le pincement temporaire de quelques vaisseaux, quelques fils de catgut, convenablement appliqués, suffisent pour prévenir l'écoulement du sang et son passage dans le péritoine.

Il n'est pas toujours facile, pendant ce temps de l'opération, de mettre à nu les faces antéro-latérales de la vésicule sur toute leur hauteur. On peut en effet, pendant ce décollement, trouver les parois de la vésicule si adhérentes à l'estomac, au duodénum, au côlon, en même temps qu'au grand épiploon, que la libération en soit très difficile.

On peut aussi trouver les parois de la vésicule adhérentes, amincies, prêtes à se rompre et même complètement ulcérées, alors que rien, au préalable, ne permettait de le reconnaître.

On conçoit que, dans ces conditions, la conduite à tenir soit très différente.

S'agit-il d'une vésicule enflammée ou suppurée ayant conservé son siège, sa forme, et n'ayant pas un volume excessif, le chirurgien peut se contenter de l'inciser, de la vider; de bien la laver et puis de bien rechercher si le canal cholédoque est ou non perméable, s'il a la preuve que cette perméabilité existe, ce qui ne peut être établi que par le toucher digital et le cathétérisme, il peut fermer par des points de suture à anses séparées, très rapprochées, la plaie

faite à la vésicule. S'il doute de sa perméabilité, le mieux est de maintenir ouverte la section faite au fond de la vésicule.

Dans les deux cas, avant de pratiquer l'incision sur la vésicule, il est bon que le chirurgien suture circulairement le péritoine de la vésicule, au péritoine de la paroi abdominale, afin de pouvoir l'ouvrir assez largement dans l'intervalle de ces fils, sans craindre que du pus ou de la bile modifiée par l'inflammation se déverse dans la cavité péritonéale.

Si, l'incision faite, le chirurgien veut entretenir l'ouverture, il ne lui reste plus qu'à suturer les lèvres de l'incision cutanée à celles de la vésicule, et de fermer ensuite le reste de la plaie faite aux muscles et aux téguments, ce qui constitue le troisième temps de l'opération. Si, en même temps que du liquide bilieux ou purulent, il y a des grumeaux de cholestérine et des calculs, le chirurgien en fait l'extraction avant de procéder au troisième temps.

Si, au lieu d'une vésicule libre, le chirurgien se trouve en présence d'une vésicule qui n'a été libérée qu'au prix d'une dissection plus ou moins laborieuse, le mieux est encore de s'en tenir au traitement par suppuration ; mais avant de fermer par suture la portion de la plaie péritonéale située au dehors de la vésicule, il faut avoir soin de bien rechercher, non seulement par le cathétérisme, mais encore par l'exploration digitale de la face inférieure du foie, si le canal cystique et le canal cholédoque ont conservé leur souplesse el leur intégrité, ou si, au contraire, ils sont indurés ou oblitérés eux-mêmes par des concrétions calculeuses.

Au lieu de s'en tenir à ces deux méthodes opératoires, cholécystostomie dite idéale, ou cholécystostomie cutanée, quelques chirurgiens pensent, d'après Langenbuck, qu'il est préférable de poursuivre plus complètement la dissection de la vésicule, de la détacher jusqu'au canal cystique, de la lier et de l'enlever au dessous du lien : c'est la *cholécystectomie* qui, pour ces opérateurs, aurait, comme la cholécystostomie idéale, l'avantage d'empêcher la bile, sécrétée les jours suivants, de sortir en plus ou moins grande abondance du côté de la peau, et de l'obliger à se déverser en totalité à l'intérieur du duodénum.

A coup sûr, si le chirurgien pouvait toujours affirmer que le canal cholédoque est libre, la cholécystostomie idéale serait plus avantageuse que la cholécystectomie, sans être plus dangereuse, puisqu'elle permet de conserver la vésicule. Mais il n'est pas toujours facile, que la vésicule soit remplie de pus, de calculs ou de liquide d'hydropisie, d'affirmer que le canal cholédoque est resté perméable et c'est pour ce motif que la cholécystostomie cutanée, opération dont la gravité est bien moindre, rend tous les jours de grands services.

Au lieu de donner issue à la bile du côté de la peau, ce qui irrite les téguments, entretient des fistules de longue durée, ce qui entraîne aussi la déperdition des forces, Winiwarter a imaginé de faire passer la bile dans un point de l'intestin, le plus voisin possible de l'estomac, dans le duodénum quand la chose est possible, par une ouverture faite à la vésicule et par une autre faite à l'intestin.

Cholécystentérostomie. — Il est bien rare que le chirurgien puisse établir, avant un examen complet de la vésicule et de ses conduits, l'indication formelle de cette opération. Il conviendra donc, dans la grande majorité des cas, de commencer par l'ouverture de la vésicule à l'aide d'une incision transversale de 15 millimètres environ de longueur qui permettra d'abord cette exploration nécessaire. Des parois trop friables rendraient la suture impossible, un conduit cystique perméable est une condition nécessaire. Au contraire, c'est dans les cas d'imperméabilité du cholédoque que la cholécystentérostomie trouve son indication formelle, elle seule permet d'établir un écoulement physiologique de la bile.

Le duodénum (ou à son défaut une anse de l'intestin grêle, aussi voisine que possible de l'estomac) est ensuite recherché et amené au contact de la vésicule et l'on procède à l'abouchement des deux organes.

Pour cela, on fait à l'intestin une ouverture en tout semblable à celle de la vésicule, et on place une double rangée de sutures concentriques le long de chaque lèvre de la boutonnière entéro-cystique. Une première série extérieure unira la séreuse et la musculeuse intestinale, d'une part, avec la séreuse de la vésicule, d'autre part, puis on placera une deuxième rangée de fils en dedans des précédents, de façon à unir les deux muqueuses l'une à l'autre.

Pour la moitié antérieure de la boutonnière, on placera d'abord les fils intérieurs et l'on terminera par les sutures extérieures séro-séreuses comme précédemment. Quelques points supplémentaires seront placés aux deux extrémités de la boutonnière, afin d'assurer la réunion circulaire des deux organes.

Il est bien entendu que les précautions les plus minutieuses auront été prises pour empêcher le contenu de l'intestin et de la vésicule de souiller le péritoine.

Cette méthode est d'une exécution plus laborieuse que les autres. Malheureusement elle n'est guère applicable qu'aux cas relativement simples où la vésicule est libre ou tout au moins assez rapprochée du duodénum, pour qu'il soit facile de les adosser et de les suturer dans cette position.

Il n'en est plus de même en effet quand la vésicule est séparée du duodénum par des masses sclérosées d'épiploon; quand elle est très adhérente à l'estomac, au pylore, à plus forte raison quand ses parois sont très amincies, ulcérées : en pareil cas, l'adossement exigerait des délabrements et une perte de temps dont la gravité n'échappe à personne.

C'est ce qui avait lieu dernièrement encore chez une de nos malades, dont la vésicule raccornie, profondément située, remplie de calculs volumineux, était reliée à la face antérieure du pylore, à l'épiploon, au duodénum, par des adhérences si épaisses que le pylore, entouré comme le duodénum par les tissus sclérosés, ne laissait plus passer même les aliments liquides. Quand nous voulûmes, au milieu de ces tissus indurés, reconnaître la vésicule, nous la trouvâmes ulcérée au niveau du pylore et tellement adhérente au niveau du duodénum qu'il fallut plus d'un quart d'heure de dissection, pour mettre à nu ces organes assez complètement pour les bien distinguer.

Après avoir enlevé les calculs, bien lavé la vésicule, nous être assuré que les canaux cystique et cholédoque étaient perméables, nous abouchâmes la face antérieure de la vésicule à la deuxième portion du duodénum. Cet abouchement permet à la bile de se déverser dans l'intestin. Nous en eûmes la preuve par les vomissements bilieux qui survinrent les jours suivants. Mais la deuxième et la troisième portion du duodénum restèrent si rétrécies par les tissus sclérosés qu'ils continuèrent à empêcher le passage des aliments ingérés par la voie stomacale.

Comme on le voit, cette opération, d'une exécution beaucoup plus laborieuse que les précédentes, doit être réservée pour des cas spécialement favorables.

Lorsque la vésicule est le siège d'une hydropisie considérable, il ne reste d'autre ressource que d'en réséquer le plus possible et, si l'ablation totale offre quelques difficultés, le mieux est de réséquer la plus grande partie de la poche et de suturer les lèvres de la portion restante à celles du péritoine pariétal et de la peau pour obtenir l'atrophie par suppuration.

Il est bien entendu que, si le chirurgien reconnaissait au cours de son opération que la vésicule biliaire est le siège d'un néoplasme, il n'aurait d'autre ressource que la cholécystectomie faite aussi largement que possible, à condition que le mal ne fût pas trop étendu et que ce mode opératoire fût encore applicable.

Enfin, le dernier temps de cette opération consiste à fermer la plaie par étages, en procédant comme on le fait pour toute laparotomie.

En suivant les règles que nous venons de tracer, le chirurgien pourra enlever, presque sans danger, toutes les tumeurs dont nous venons de parler.

Au cas où il aurait choisi le traitement par suppuration, il lui restera à surveiller la fistule biliaire et si, comme cela a lieu dans quelques cas, elle tarde trop à s'oblitérer d'elle-même, il aura la ressource de les fermer après dissection et suture isolée de ses bords.

Rarement, il aura besoin, pour tarir la fistule, de recourir secondairement à la cholécystectomie.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE.

Quelques remarques sur la typhlo-appendicite tuberculeuse.

Par M. le docteur Delorme,
Médecin principal, professeur au Val-de-Grâce.

I

Je vais vous communiquer les observations de six blessés que j'ai opérés depuis deux ans, pour des typhlo-appendicites. Je ne citerai les deux premiers cas que pour mémoire, et m'arrêterai surtout aux derniers.

Observation I. — Le premier malade qui me fut adressé du service de mon collègue M. Antony, où il avait été vu par M. le professeur Kelsch, présentait les signes d'une péritonite généralisée par perforation. Chez lui, six jours après le début des accidents, et pressé par la gravité de ces derniers, je pratiquai à droite la laparotomie, en suivant le bord externe du muscle droit, je trouvai l'abdomen rempli d'un liquide brunâtre, sans odeur, les anses intestinales réunies par des adhérences récentes. Une cavité à droite du petit bassin, limitée par ce dernier et par des anses intestinales adhérentes, était remplie de pus. En nettoyant cette poche avec des éponges, je ramenai l'appendice qui plongeait verticalement dans cette cavité. Sa surface était rouge comme celle de l'intestin. A quelques centimètres de sa base, il présentait une perforation circulaire de l'étendue d'une petite lentille, faite comme à l'emporte-pièce, et à côté d'elle, dans le canal appendiculaire, un petit calcul stercoral, gros comme un pois. Malgré le nettoyage attentif de la cavité péritonéale et la rapidité relative de mon opération, le blessé ne se releva pas de son état grave et succomba vingt-quatre heures après l'opération, dans le collapsus.

Obs. II. — Un malade de notre regretté collègue, le professeur Duponchel, fut opéré par moi en mars 1891. Depuis cinq ans, ce blessé, qui n'avait signalé aucun antécédent héréditaire ou acquis, avait ressenti, à différents intervalles, des douleurs dans l'hypogastre droit.

Pendant les crises douloureuses, il avait eu des nausées, des vomissements suivis de constipation. A la suite d'une palpation cependant très prudente du ventre de ce soldat, celui-ci ressentit dans l'abdomen des douleurs très vives suivies de vomissements. Il ne présentait, quand je l'examinai, aucune tumeur iliaque, mais la palpation de l'abdomen, au-dessus de l'arcade de Fallope, permettait de reconnaître une tuméfaction circonscrite, globuleuse, de la grosseur d'une noix, vers le milieu de l'arcade.

Une incision parallèle à cette arcade me conduisit sur le cæcum très adhérent à la paroi abdominale, mais sain, de même que le petit intestin. Après l'avoir dégagé, je trouvai en arrière l'appendice turgescent, gros comme le petit doigt, très régulier de forme, sans trace d'ulcération, d'une consistance presque cartilagineuse, et, cependant, à tel point friable, qu'après la résection, je ne pus porter sur lui de suture de Lembert; sa paroi se déchirait sous l'aiguille. Je le fermai par une suture circulaire, après excision de sa muqueuse herniée. Le blessé guérit par première intention. Le foyer opératoire ne contenait ni pus, ni fongosités.

J'arrive à des faits plus intéressants, qui, pour moi, semblent appartenir au groupe des lésions tuberculeuses appendiculaires ou cæcales.

Obs. III. — Dans ce cas, les lésions étaient surtout étendues sur le cæcum.

G..., âgé de vingt-sept ans, est vu par moi, en avril 1891. Petit, mais bien musclé, ce blessé n'accuse aucun antécédent héréditaire tuberculeux, mais, depuis de longues années, il est atteint d'une bronchite chronique, qui s'est aggravée en 1885.

C'est de cette époque que date sa première poussée de typhlite. Subitement, et sans cause connue, il a ressenti une douleur assez vive dans la fosse iliaque droite. Pas de nausées, ni de vomissements, ni de diarrhée, ni de réaction fébrile notable. Son médecin constate une tuméfaction dans la fosse iliaque droite, et ce blessé, fort intelligent, qui a reproduit l'exploration médicale, affirme avoir senti alors, à plusieurs reprises, la présence d'une tumeur dure, résistante, régulière, allongée, dans le flanc droit, et se prolongeant vers les fausses côtes. Il entre à Cochin. Ses douleurs se calment en quelques jours et la tuméfaction diminue au point de disparaître complètement.

Il quitte l'hôpital, fait un court séjour à la campagne, est repris de nouvelles douleurs moins vives que les premières, localisées comme elles dans la fosse iliaque droite, toujours sans réaction générale, ni vomissements, ni diarrhée. Le blessé présentait, au contraire, une certaine tendance à la constipation. Cette fois, ce malade, très habitué à palper son ventre, ne constate plus de tuméfaction. Au bout de huit jours, tout rentre dans l'ordre et cet homme reprend son travail.

Depuis 1885 jusqu'en 1891, il n'a plus de récidive, mais lorsqu'il est obligé de faire les efforts que lui impose sa pénible profession de garçon boucher, il sent la nécessité, pour éviter des douleurs abdominales, de prendre des précautions, auparavant inutiles. Pendant cette période, sa bronchite chronique fait des progrès, il tousse constamment, a des sueurs nocturnes, maigrit, subit des cautérisations sous-claviculaires, est soumis à des injections d'huile créosotée à haute dose; ses deux épididymes présentent des nodosités tuberculeuses de la grosseur d'une noisette.

En avril 1891, il subit une troisième atteinte de typhlite caractérisée, comme les précédentes, par des douleurs peu vives, sans réaction péritonéale ou générale et sans diarrhée. A la palpation du ventre, je constate alors, sur le trajet du cæcum, sur une longueur de 10 centimètres, une tuméfaction allongée, régulière, de la grosseur des doigts de la main repliés, résistante, submate, immobile, non fluctuante, avec deux nodosités dures, de la grosseur d'une aveline à sa limite supérieure, et une nodosité plus

volumineuse en bas. La pression exercée sur le cæcum épaissi est douloureuse. Je diagnostique une typhlite tuberculeuse; je propose au blessé une intervention qu'il accepte et que je pratique avec l'assistance de MM. Ferraton et Béliard. L'incision classique de la ligature des iliaques me fait découvrir une poche étendue, peu profonde, à contenu séreux, odorant, compris entre la paroi cæcale et la paroi abdominale. Celle-ci est tapissée de fongosités, comme la poche d'un abcès froid. La séreuse intestinale dans l'étendue de 10 centimètres environ, est recouverte de mamelons fongueux adhérents, saignant au moindre contact. Les lésions ne sont pas bornées à la paroi du cæcum.

Elles s'étendent sur la terminaison du petit intestin, englobé dans une masse dure, fongueuse, dans laquelle se trouve sans doute compris l'appendice que je ne peux découvrir.

Devant l'étendue considérable des lésions, je me borne à faire une opération palliative, je nettoie très complètement la poche, j'en touche les parois avec une solution phéniquée forte, je les saupoudre d'iodoforme et je referme le ventre. Le blessé guérit par première intention. Trois mois plus tard, il reprenait son métier de garçon boucher, que je lui avais conseillé d'abandonner, retrouvait sa force d'autrefois, et pouvait, sans précautions, soulever de gros fardeaux.

Pour sa tuberculose pulmonaire, affirmée par mon collègue M. Burlureaux, il continuait son traitement créosoté. Je l'ai vu ces jours-ci, aucun des accidents antérieurs n'a reparu.

Un petit fragment d'une masse fongueuse cæcale avait été confié à un histologiste éminent, qui pencha pour le diagnostic d'épithéliome, ce qui s'accorde mal avec la disparition absolue de toute tuméfaction iliaque, un an après l'opération.

Obs. IV. — Pendant un court séjour que je fis à Fourmies, pour soigner les blessés du 1er mai, un de mes confrères de cette ville me pria de voir un de ses malades, ouvrier d'usine, approchant de la trentaine, qui présentait des signes non douteux de tuberculose pulmonaire.

Depuis une douzaine de jours, il avait ressenti des douleurs vives dans la fosse iliaque droite, accompagnées de nausées, de constipation, de météorisme et d'une température élevée.

Je constatai une collection iliaque, péri-cæcale, étendue; je proposai la laparotomie qui me conduisit sur un vaste épanchement fétide, me fit voir un cæcum dont la paroi, régulière par petites places, était recouverte de masses fongueuses adhérentes très vasculaires.

Ces altérations s'observaient de distance en distance, surtout près de l'extrémité du cæcum, d'où elles s'étendaient sur une étendue de 10 centimètres environ à partir du cul-de-sac cæcal. Le petit intestin et l'extrémité cæcale étaient englobés dans une masse indurée, dans laquelle il me fut impossible de reconnaître l'appendice. Comme chez le précédent blessé, je ne trouvai dans le foyer aucun corps étranger. La rapidité et la nature des accidents me firent penser, chez cet homme, à une perforation de l'intestin ou de l'appendice; les accidents pulmonaires et l'aspect fongueux de la poche à une lésion tuberculeuse de l'intestin. Après avoir antiseptisé cette poche, je refermai l'abdomen, et ce blessé guérit avec une suppuration peu prolongée.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

I. — Tableau d'ensemble des visites dans les hôpitaux de Paris.

Opérations qui seront pratiquées, si possible, le matin, dans les services ci-dessous énoncés :

Mardi 19 *avril*. — Hôpital Bichat (M. Terrier), à neuf heures : Opérations abdominales et opérations sur les voies biliaires. — Hôpital Broussais (M. Reclus), à neuf heures : Anesthésie par la cocaïne, pour des opérations qui nécessitent l'emploi du chloroforme (cure radicale de hernies, d'hydrocèles, anus artificiel, dilatation anale, hémorrhoïdes, amputations). — Hôpital Cochin (M. Bouilly) : Laparotomies ou hystérectomies. — Hôpital Laënnec (M. Nicaise) : Opérations. — Hôpital Saint-Antoine (M. Monod) : Opérations diverses. — Hôpital Saint-Louis (M. Lucas-Championnière) : Opérations. — Hospice de la Salpêtrière (M. Terrillon), à neuf heures : Opérations abdominales. — Hôpital Tenon (M. Richelot), à neuf heures et demie : Laparotomies, hystérectomies vaginales. — Hôpital Trousseau (M. le professeur Lannelongue) : Méthode sclérogène. — Hôpital Lourcine-Pascal (M. Pozzi) : Opérations gynécologiques. — Clinique d'accouchement (M. le professeur Pinard), à dix heures : Résultats de la symphyséotomie.

Jeudi 21 *avril*. — Hôpital Cochin (M. Bouilly) : Opérations de gynécologie. — Hôtel-Dieu (M. le professeur Verneuil) : Opérations et présentations de malades. — Hôpital Lariboisière (M. Perier) : Laparotomie; (M. Berger) : Transplantation de lambeaux et autoplastie par la méthode italienne modifiée : cure radicale de hernie par un procédé spécial; opération de Wladimiroff-Mikulicz. — Hôpital Saint-Antoine (M. Monod) : Opérations. — Hôpital Saint-Louis (M. Lucas-Championnière) : Opérations. — Hôpital Tenon (M. Richelot) à neuf heures et demie : Laparotomies, hystérectomies vaginales; (M. Reynier) : Hystérectomie vaginale ou laparotomie. — Hôpital des Enfants-Assistés (M. Kirmisson), à neuf heures : Résultats fournis dans la cure du pied bot par l'opération de Phelps. Opération de Phelps. — Hôpital Trousseau (M. le professeur Lannelongue) : Méthode sclérogène.

Samedi 23 *avril*. — Hôpital Bichat (M. Terrier) : Laparotomies. — Hôpital Cochin (M. Bouilly) : Laparotomies ou hystérectomies. — Maison municipale de santé (M. Segond), à dix heures : Hystérectomies vaginales. — Hôpital Necker (M. le professeur Guyon), à neuf heures et demie : Opérations sur les voies urinaires. — Hôpital Saint-Antoine (M. Monod) : Opérations. — Hôpital Saint-Louis (M. Péan), à neuf heures et demie : Opérations diverses.

II. — Tableau des principales excursions et visites dans les établissements scientifiques.

Lundi 18 *avril*, à neuf heures du matin. — Hôtel-Dieu (M. Panas) : Opérations oculaires.

Mercredi 20 *avril*, à une heure du soir. — Musée Guimet : Histoire des Religions (visite sous la direction du conservateur).

Jeudi 21 *avril*, à neuf heures du matin. — Dispensaire Furtado-Heine : Chirurgie et orthopédie (installation orthopédique). — École d'application de médecine militaire (Val-de-Grâce) : Baraquements transportables. — A quatre heures du soir. — Institut Pasteur : Laboratoires de microbiologie; service chirurgical de la rage.

Vendredi 22 *avril*, à neuf heures du matin. — Hôtel-Dieu (M. Panas) : Opérations oculaires. — A une heure du soir. — Hospice des Quinze-Vingts : Cliniques ophthalmologiques (opérations).

Samedi 23 *avril*, à neuf heures du matin. — Maison d'arrêt de Saint-Lazare (permission spéciale) : Infirmerie spéciale (affections syphilitiques) et infirmerie normale des prisons.

Dimanche 24 *avril*, à neuf heures du matin. — 1° Dispensaire Isaac-Pereire : Installation; appareils électriques; salle d'opérations. — 2° École vétérinaire d'Alfort : Opérations sur les animaux domestiques.

Par décret, en date du 13 avril 1892, M. Giard, docteur ès sciences, est nommé professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Paris (Évolution des êtres organisés).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

4?

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

66

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

90

MAGNÉSIE ROY

Sel purgatif alcalin soluble.

Dépuratif chimique.

A. Roy

66

DRAGÉES ET CACHETS DE

PHÉNÉDINE-PELISSE

Paraacétphénétidine

fabriqués par la Soc. des mat. color. de St-Denis.

Dosage : *0g25 de Phénédine pr dragée et pr cachet.*

Deux dragées ou deux cachets suffisent pour supprimer la **migraine** et calmer les **douleurs névralgiques.** — Ils n'occasionnent ni troubles gastriques ni vertiges.

Dépôt à Paris : Phie Pennès, 49, r. des Écoles.

DÉTAIL DANS TOUTES LES PHARMACIES

62

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

66

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les adultes convalescents ou valétudinaires, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées ;* produisent au sein de l'organisme *l'hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

23

(VOSGES) PLOMBIÈRES (VOSGES)

SAISON DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

Maladies du tube digestif.
Affections nerveuses et rhumatismales.
Maladies des femmes, Hydrothérapie.

Étuves romaines, Bains, Douches, Massage.

97

EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE

OREZZA (CORSE)

ANÉMIE, CHLOROSE, DYSPEPSIE

LA PLUS RICHE EN FER & EN ACIDE CARBONIQUE

*Sans rivale dans toutes les maladies provenant de l'***Appauvrissement du sang** *ou de l'***Insuffisance de nutrition.**

60

PEPTONE CORNÉLIS

SÈCHE, SOLUBLE, BLANCHE, entièrement *ASSIMILABLE.* Titrée à *90 p. 100*

LA SEULE PEPTONE **sans odeur** ET A **saveur très agréable.**

Représente également **10** fois son poids de **viande** de bœuf débarrassée de tous ses déchets.

Ne se vend qu'en flacons dessiccateurs qui en assurent la conservation.

DOSE : 2 A 3 CUILLERÉES A SOUPE PAR JOUR.

Envoi franco d'échantillons.

Dépôt général : Pharmacie **L. Bruneau** (Lille).

94

DIABÈTE

PAIN
SEMOULE chocolatée — de **SOYA**
AMANDINE

(L'Amandine se mange comme légume)

Ces différents produits ne renferment que 3 p. 100 de matière saccharigène.

DESVILLES, phcn chimiste, fournisseur et exinterne des hôpitaux, *2, rue de Ponthieu, 2, Paris.*

14

MALADIES DE POITRINE

Bronchites chroniques, catarrhes pulmonaires, laryngites, extinctions de voix, etc., etc.

TRAITEMENT RATIONNEL PAR LE

Sirop balsamo-sulfureux Le Brun

monosulfure de sodium chimiquement pur. Goudron, Tolu et Alcoolatre de racine d'aconit. 3f.

Dépôt : Phie Cle, 50, fg Montmartre, Paris et Phies.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

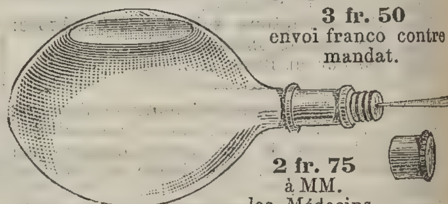
Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

42

CHLORÉTHYLE DU Dr BENGUÉ

anesthésique local et analgésique instantané.



3 fr. 50 envoi franco contre mandat.

2 fr. 75 à MM. les Médecins.

Dr Bengué, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

33

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux,** du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, phien, ex-préparatr à l'Ecole de médecine et de pharmacie, rue Victor-Hugo, 14, LYON.

72

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0 fr. 50** le mètre ; 2° le catgut nos **1, 2, 3, 4, 1 fr. 25** le flacon ; 3° le taffetas dit *protective*, **1 fr. 25** le mètre ; 4° le macintosh, **5 fr.**

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

22

ÉLIXIR ET VIN DE J. BAIN

à la Coca du Pérou.

TONIQUE ET FORTIFIANT, LE PLUS PUISSANT RÉPARATEUR DES FORCES ÉPUISÉES.

Phie, 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(SIXIÈME SESSION)

La sixième session du Congrès français de chirurgie s'est ouverte lundi, à deux heures, sous la présidence de M. Demons (de Bordeaux), assisté, au bureau, de MM. Brouardel, Larrey, Bouchard, T. Dujardin-Beaumetz; Harrison (de Londres), Verneuil, Pozzi, secrétaire général, et Picqué, secrétaire-adjoint.

Un grand nombre de notabilités chirurgicales de la province et de l'étranger, parmi lesquelles nous avons remarqué MM. Bœckel, Gross, Thiriar, Poncet, Reverdin, Auffret, Ollier, Pitres.

MM. Tillaux, Guyon, Alph. Guérin, Rochard, etc., assistaient à cette séance.

En déclarant ouverte la sixième session du Congrès, M. Demons, président, a prononcé le discours suivant :

Messieurs et chers collègues,

Vous étiez accoutumés à voir chaque session de votre Congrès présidée par un maître illustre, dont la place était d'avance marquée par tous vos suffrages. Au moment de fixer votre choix, vous n'éprouviez qu'un embarras : devant l'impossibilité de nommer à la fois tous ces hommes éminents dont s'enorgueillit la science française, vous sentiez quelque peine à déterminer l'ordre de leur succession. Aujourd'hui, interrompant tout à coup — pour une année seulement — cette généalogie brillante, vous avez daigné me confier l'honneur inespéré de garder ce poste pendant l'interrègne. Ma reconnaissance est sans bornes, Messieurs, car je me sens comme humilié, en pensant au peu que je suis, de me trouver ici, après les Trélat, les Ollier, les Larrey, les Verneuil, les Guyon, en face de tant de chirurgiens qui sont la gloire de la meilleure partie de l'Europe. Vous avez cherché à récompenser l'heureuse idée qui vous assemble depuis six ans. Je le sais. Mais l'éclatant succès qui en a couronné l'accomplissement était pour moi une satisfaction suffisante. En y ajoutant autre chose, vous m'avez accablé. La gratitude que je vous dois ne s'élèvera jamais assez haut.

Il faut le reconnaître, mes chers collègues, la naissance de ce Congrès est bien arrivée à son heure.

Au moment où la chirurgie venait de secouer la longue torpeur dans laquelle elle semblait plongée, rajeunie et prête aux victoires les plus inattendues, une lutte ardente s'engageait entre les enthousiastes des principes modernes et les défenseurs des errements du passé. Les uns abandonnaient difficilement des convictions considérées pendant longtemps comme des certitudes sanctionnées par l'expérience; d'autres y restaient obstinément attachés, ainsi qu'à de vieux amis qu'il est injuste et cruel de si brusquement quitter; tandis que beaucoup d'entre nous, plus inconstants ou plus clairvoyants, plus téméraires peut-être, s'élançaient éperdûment vers des affections nouvelles. De là, durant cette époque agitée, des hésitations et des doutes, pour la masse des hommes qui cherchent froidement la vérité, tout prêts à s'incliner devant elle quand elle s'est montrée dans sa triomphante nudité. Aussi, comme en toutes les révolutions subites, la difficulté n'était pas de faire son devoir, mais de reconnaître où se trouvait ce devoir.

Rien n'était plus propre à nous réunir dans un sentiment commun, que l'étroit rapprochement qui s'opère maintenant chaque année entre des hommes vivant habituellement séparés, en dehors de toute large discussion, livrés aux séductions de leur propre esprit, et disposés, par la force même des choses, à ne les regarder que sous un certain angle. Cette discipline de nos forces vives, indispensable à la bonne direction de notre activité, se trouvait de la sorte établie par un code rédigé et en même temps accepté par tous. Certes, personne ne pouvait avoir la prétention de formuler des lois inflexibles et tyranniques. L'indépendance de nos libres esprits et les variations imposées par des faits nouveaux surgissant à toute heure y auraient, au besoin, opposé des obstacles infranchissables.

C'est justement parce que notre science est dépourvue de cette immuabilité qu'on rêverait en vain pour elle; c'est parce qu'elle est sujette à des progrès incessants dont le terme est invisible, s'il existe; c'est parce qu'à nulle époque ces changements n'ont été ni si nombreux, ni si rapides, ni si grands, que nous avons tous, plus que jamais, le devoir de dire ce que nous avons fait et le droit de savoir ce que font les autres. Et ces obligations sont pour nous d'autant plus étroites qu'il nous est interdit de rester confinés dans le domaine des spéculations pures, et que nous sommes contraints de nous plier aux exigences d'un art toujours prêt à s'exercer sur la chose la plus précieuse de ce monde : la vie humaine.

Pas un de nous ne pourrait affirmer, en sortant d'ici, qu'il n'y a pas appris quelque chose, pas un seul qui n'y ait trouvé l'occasion de rectifier ses appréciations, de modifier ses desseins, d'agrandir ses conceptions. Il n'en est pas qui n'ait le désir d'y apporter à son tour un enseignement. Ainsi, de cette collection d'énergies individuelles, travaillant toutes à la même tâche et stimulées par une émulation généreuse, l'humanité tire un profit que notre isolement serait impuissant à lui fournir. Au lieu d'étouffer le labeur personnel, les entreprises comme la nôtre en excitent le développement et en favorisent la diffusion. En appelant nos Congrès des « foires scientifiques », on a fait d'eux, sans le vouloir, un éloge que nous réclamons.

Sans doute, notre œuvre n'est pas parfaite. Peut-être, en nos séances, la discussion n'est-elle pas suffisamment ouverte sur tant de points qu'elle pourrait utilement éclairer. Peut-être aussi, l'importance de plus en plus considérable de plusieurs branches de notre science nous obligera-t-elle, un jour, à créer des sectionnements. A mesure que les enfants grandissent, il faut les établir. Et si, plus tard, ils oublient la souche d'où ils sont sortis, ceux qui les ont élevés se consolent, en applaudissant à leur prospérité. Mais telle qu'elle est, dans ses tendances et dans son ensemble, avec son passé et l'avenir entrevu, cette œuvre est méritoire, bienfaisante et féconde.

Où pouvions-nous, mieux qu'ici, trouver un milieu favorable à la cohésion de nos efforts? Pour la chirurgie comme pour les autres sciences, et pour tous les arts, Paris est resté le centre radieux qui nous illumine et nous attire. Quand le soleil est éclatant, pourquoi ne pas oublier qu'il a parfois des éclipses? Les éclipses sont toujours si rares et si courtes! D'ailleurs, ceux qui ne nous aiment pas se sont mépris. Ils ont cru voir un autre astre passer devant lui. C'étaient seulement de gros nuages, bientôt dissipés, qui en obscurcissaient pour un instant la splendeur. La Société de chirurgie de Paris nous a tendu les bras avec un affectueux empressement. Elle aurait pu se croire autorisée à ne laisser échapper aucune parcelle de cette sorte de monopole dont notre unanime confiance l'avait investie. Elle a compris qu'une famille s'enrichissait en s'agrandissant. Grâce à elle, le rêve caressé par tant de nous est devenu une réalité. Nous avons pu nous réunir, nous connaître, nous instruire les uns les autres, former comme un faisceau de nos forces jusque-là dispersées. De tous les côtés, selon nos désirs les plus chers, sont venus à nous, des beaux pays où notre langue est parlée, des savants dont le mérite nous a paru, quand nous les avons mieux connus, supérieur encore à leur réputation. Et parmi eux, nous avons retrouvé, avec une joie sans égale, des hommes pour qui notre affection s'est accrue des difficultés même semées devant elle. Il n'est pas de si épaisse barrière ni de frontière si bien gardée que l'amour ne se plaise à franchir.

A la place de l'oligarchie quelque peu dédaigneuse des anciens temps, nous avons institué une démocratie puissante, où chacun est assuré de trouver une place digne de son mérite, quelles que soient son origine, sa situation ou sa demeure. Il n'est plus question de professeurs ou d'élèves, de chirurgiens des capitales ou des provinces, de praticiens des villes ou des campagnes. Et les puériles querelles d'écoles s'éteignent à notre porte. Ainsi, bien des préventions se sont évanouies, bien des courages se sont affermis, et sous le souffle de ce large esprit de solidarité, toutes les bonnes volontés se sont concentrées.

Je songe, maintenant, avec une tristesse que je ne cherche point à cacher, à ces ouvriers de la première heure, trop vite disparus, que la mort seule pouvait empêcher de se joindre à nous une fois de plus. C'est parmi les meilleurs qu'elle les a choisis, comme dans les batailles assombries de deuils, les plus courageux, courant en avant, sont souvent les premiers frappés. Je pense au président de notre premier Congrès, à Trélat, qui, par un privilège singulier appartenant uniquement aux natures d'élite, et pareil en cela à notre cher M. Verneuil, voyait son énergie accroître avec son âge, et semblait n'éprouver que la seule crainte de ne plus marcher un jour à la tête du progrès. Je pense à Mollière, à Tripier, tombés si tôt, et dont la perte aurait appauvri l'École de Lyon, si le trésor de ses gloires n'était pas inépuisable. Nous avons pour nos collègues de l'armée et de la marine une inaltérable amitié : le départ de Maurice Perrin nous en a fait mesurer la profondeur. Je pense enfin à tous les autres, hélas! déjà si nombreux, que notre cœur affligé garde en son souvenir.

Il nous a été donné, Messieurs, à nous qui accourons vers Paris de tant de régions éloignées, d'admirer de près le prodigieux mouvement qui, depuis quelques années, s'opère dans la pratique de la chirurgie. Nulle part le tableau ne pouvait être plus saisissant pour nous, car nulle part il ne se peut rencontrer une telle agglomération d'esprits supérieurs, ni une si grande accumulation de ressources matérielles. Et si, quittant, pour un instant, ces hôpitaux où s'accomplissent des merveilles, nous pénétrons dans les laboratoires qui en sont comme les vestibules obligés, nous y trouvons encore des exemples à suivre et des modèles à imiter. Et je ne parle pas seulement de cet Institut fondé par un homme de génie et doté par l'Europe entière, ni de ce centre laborieux où l'un des nôtres a jeté si généreusement une partie de sa fortune. C'est de là qu'est parti le grand essor chirurgical de notre époque, c'est de là que tous les jours viennent ces découvertes qui transforment nos idées sur la véritable nature d'une foule de maladies et modifient du même coup profondément la pratique de notre art. Nous sommes des combattants pleins d'ardeur et de foi. Mais ces travailleurs infatigables, souvent si mal récompensés, qui usent leur vie à découvrir nos ennemis ou à nous forger des armes pour les vaincre, ont des droits sacrés à notre gratitude.

Les membres de ce Congrès, Messieurs, suivent avec un intérêt passionné ce magnifique élan vers la perfection. Ils se tiennent toujours préparés à appliquer les vérités qui en naissent, comme nous avons appris à utiliser toutes les autres sciences au profit de la nôtre, sans calculer d'avance si le nombre de nos opérations en serait augmenté ou amoindri. En effet, quel est celui d'entre nous qui, se complaisant dans les interventions sanglantes, rêve d'y ramener tout notre idéal thérapeutique? Quel est celui qui peut être soupçonné, ayant le choix entre deux opérations, de préférer la plus grave, pour éprouver le plaisir dangereux de la difficulté vaincue ou pour parer son front d'une fausse auréole? Qui donc n'est pas tout prêt à léguer son bistouri à quelque musée d'antiquités, quand une injection sous-cutanée guérira tous ses malades?

Je sais bien qu'en nous accusant de la sorte, on ne manquerait pas de trouver à la coupable tendance dont on nous croirait animés une excuse ou tout au moins une explication. On dirait qu'aux périodes troublées des révolutions, le brusque changement des doctrines et des habitudes permet de comprendre, sans les justifier, un grand nombre d'excès. Même avec ces atténuations, la critique serait exagérée et, j'ose le dire, injuste. A regarder les choses de près, on doit moins s'étonner de voir qu'on opère tant aujourd'hui que de rester surpris qu'on ait tant opéré jadis. Ceux qui ont vu, comme nous, les deux périodes chirurgicales, si rapprochées par le temps et si différentes par la physionomie, n'ont qu'à se souvenir pour se demander comment les praticiens des jours passés pouvaient conserver le courage de ne pas laisser tomber le couteau de leur main. Ils comprennent mieux pourquoi l'expectation était si aisément prônée, sous le prétexte qu'elle était la contemplation des efforts bienfaisants de la nature, alors qu'elle demeurait le plus souvent l'aveu découragé de notre impuissance. Il ne faut pas laisser croire que nous perdions de vue un seul instant le but que nous voulons atteindre. Guérir le plus souvent, le plus sûrement, le plus radicalement possible, voilà, avant tout, notre rôle et notre ambition. Employer une thérapeutique doucereuse, pallier, soulager, consoler, tout cela passe au second rang dans nos préoccupations, et ne saurait absolument nous satisfaire que s'il nous est défendu de faire mieux.

Ce n'est pas pour le vain plaisir d'exercer une chirurgie militante, ni pour reculer, jusqu'aux limites de l'absurde, les prouesses de la médecine opératoire, que les hommes de notre temps sont devenus si féconds en tentatives hardies. N'est-ce point, au contraire, un spectacle réconfortant que celui de cet art en possession de tant de richesses, essayant, jamais lassé, d'en acquérir de nouvelles, jusqu'au jour où il pourra vivre dans cette simplicité grandiose qui sera le couronnement de ses efforts?

Si la médecine, qui a tant d'invasions à nous reprocher, devenait jamais la maîtresse incontestée de notre territoire, nous nous inclinerions sans murmurer, en déposant nos armes. Nous donnerions à notre main, désormais inutile, un repos qu'elle aurait bien gagné. Mais tant que notre intervention sera néces-

saire à ceux qui souffrent, nous nous ingénierons à perfectionner notre outillage et à développer la sphère de notre action.

Pour combattre le bon combat, nous demanderons partout de meilleures armes, et nous poursuivrons l'ennemi jusque dans ses retraites les plus cachées.

Dans cette lutte indéfinie, à la recherche de victoires sans tache, la rivalité des peuples est superbe. Pour notre part, la mémoire de la gloire passée de la science française ne saurait nous suffire. Nous ne nous contentons pas d'avoir été les initiateurs de la plus belle évolution chirurgicale de tous les temps. Si nous avons prouvé que la vue claire des choses et la justesse des jugements ne font pas défaut à notre race, nous tenons aussi à démontrer que la vigueur de nos conceptions ne s'est point affaiblie et que notre pays prétend rester la véritable patrie du progrès. Ne jalousant personne, mais nous sentant la force d'être à la hauteur de tous et l'espoir de les devancer, nous voulons marcher ensemble d'un pas résolu dans les heureux chemins où Dieu nous a conduits. (*Applaudissements.*)

M. Pozzi, secrétaire général, a signalé au Congrès les diverses modifications apportées à cette session : les rapports généraux faits sur les questions à l'ordre du jour, les visites dans les hôpitaux, etc., et M. Picqué, secrétaire-adjoint, a rendu compte de la situation financière du Congrès.

Le matin avait été tenue une séance dans laquelle ont été faites diverses communications que nos lecteurs trouveront ci-dessous.

Séance du 18 avril 1892 (matin). — Présidence de M. Demons.

COMMUNICATIONS DIVERSES

De la conservation du globe de l'œil dans l'extirpation des tumeurs du nerf optique. — M. F. LAGRANGE (de Bordeaux) indique d'abord la division suivante des tumeurs du nerf optique : en tumeurs secondaires, consécutives à des néoplasmes du globe oculaire, sarcome de la choroïde, gliome de la rétine, etc., propagées au nerf optique; et en tumeurs primitives, siégeant dans le nerf seul, avec intégrité primitive du globe oculaire.

La communication n'a pour objet que les tumeurs malignes primitives du nerf optique.

Au point de vue anatomo-pathologique, le groupe des tumeurs malignes est constitué par les sarcomes et leurs variétés nombreuses (sarcome encéphaloïde, myxo-sarcome, fibro-sarcome, néoplasmes névrogliques et angiolitiques).

Il est possible de reconnaître d'assez bonne heure l'existence d'une tumeur du nerf optique, grâce aux symptômes spéciaux que présente l'affection et que M. Lagrange montre comme absolument opposés à ceux d'une tumeur maligne du globe oculaire.

On observe le plus souvent, avec la perte complète de la vision et une exophthalmie plus ou moins directe, la conservation complète des mouvements de l'œil. La propagation du néoplasme se fait surtout vers la boîte cranienne; jamais du côté de la papille.

L'œil n'est détruit que par la pression qu'il supporte et non par l'envahissement de ses membranes et cette destruction est toujours relativement tardive.

Un autre point anatomo-pathologique, sur lequel insiste l'auteur et qui a une certaine importance au point de vue opératoire, est l'absence d'adhérences du néoplasme avec les organes de la loge postérieure de l'orbite; les tumeurs du nerf optique sont énucléables, même à une époque assez éloignée du début.

Il résulte de ces deux faits, intégrité du globe oculaire et défaut d'adhérences, que le traitement opératoire peut aboutir à une extirpation complète de la tumeur et doit, en même temps, respecter le globe de l'œil.

L'intervention n'est légitime, bien entendu, que par la limitation exacte du néoplasme dans la cavité orbitaire, sans propagation à la cavité cranienne; car il est évident que, dans le cas d'envahissement du chiasma, une intervention chirurgicale ne saurait être justifiée.

Étant donné l'intégrité de l'œil, il est indiqué de le conserver, pour faciliter la prothèse. Dès lors, il faut adopter un procédé opératoire spécial, permettant d'enlever le néoplasme tout en respectant le globe oculaire.

Une opération de ce genre a été tentée par Nabb. Une incision faite entre le droit supérieur et le droit externe permit de découvrir la tumeur qui fut saisie par des pinces à griffes et extraite par morcellement à coups de ciseaux courbes.

M. Lagrange propose le procédé suivant, qu'il a mis une fois en pratique avec un succès complet.

L'angle externe est débridé par une incision de 1 centimètre et demi environ. On passe dans chaque paupière un fil qui sert à l'écarter. La conjonctive bulbaire est incisée, depuis l'insertion du droit supérieur jusqu'à celle du droit inférieur. Le muscle droit externe est désinséré ; on passe à son extrémité un fil de soie, confié à un aide.

On pénètre alors dans la loge postérieure de l'orbite et l'on énuclée la tumeur soit avec le doigt, soit avec la sonde cannelée. Cette énucléation est facile, étant donné l'absence d'adhérences du néoplasme. Lorsque la masse est libérée le plus possible, on porte à sa partie postérieure, au moyen d'une aiguille courbe de Cooper ou de Deschamps, un fil que l'on place le plus près possible du trou optique. Tirant alors sur le fil, on sectionne le nerf au ras du trou avec des ciseaux courbes.

Cela fait, il est facile d'attirer la masse en avant et en dehors, le globe de l'œil bascule en bas et en dedans et le chirurgien voit alors la face postérieure du globe. La tumeur étant détachée au ras de l'œil, celui-ci est basculé en sens inverse du premier mouvement, réintégré à sa place normale dans l'orbite ; après quoi on suture, à la soie ou au catgut très fin, le tendon du droit externe et la conjonctive.

L'opéré de M. Lagrange fut complètement guéri.

Deux objections peuvent être faites à cette manière de procéder :

1° On ne peut pas toujours enlever complètement le mal.

A cela M. Lagrange répond que l'ablation totale est complète et facile, lorsque le néoplasme n'est pas propagé vers la boîte cranienne. Le chirurgien voit parfaitement ce qu'il fait.

Quant à la propagation du néoplasme au chiasma, personne n'y peut rien. Donc, opération facile, lorsqu'elle est possible.

2° L'œil conservé s'atrophie, perd son éclat, il devient hypotone. Le port d'un œil artificiel est donc indispensable.

A cela, M. Lagrange répond que l'œil conservé, quoique atrophié, donne un excellent point d'appui à la prothèse, conserve des mouvements à l'œil artificiel, tandis que l'exentération de l'orbite ne saurait jamais donner de résultats aussi satisfaisants au point de vue plastique.

Occlusion intestinale. — M. BOIFFIN (de Nantes) a observé plusieurs cas dans lesquels il a dû intervenir par la laparotomie. Il est arrivé à cette conviction qu'en présence d'une occlusion intestinale aiguë, la laparotomie est peu grave et que, pratiquée au début des accidents, elle permet d'examiner et de manipuler sans danger les intestins jusqu'à ce qu'on ait trouvé et levé la cause de l'obstacle. La gravité de l'occlusion intestinale augmente avec la durée des accidents, leur intensité et le degré de l'intoxication stercorale. Voici le résumé des observations de M. Boiffin :

Premier cas. — Femme de soixante ans, prise subitement de douleurs aiguës au niveau de la région ombilicale, médication calmante, pas de résultat. Appelé au cinquième jour, M. Boiffin trouve un ventre balloné et reconnaît la présence d'un fibrome utérin. Il est impossible de déterminer exactement la cause des accidents d'obstruction. Des lavements gazeux et un lavement électrique étant restés sans résultat, il pratique la laparotomie;

ne trouvant pas la cause de l'obstacle, il fait l'hystérectomie sus-vaginale et trouve, derrière le fibrome, une bride qu'il détache. La malade a bien guéri.

Deuxième cas. — Un jeune homme de vingt et un ans est pris de douleurs très violentes, avec tous les autres signes d'une obstruction intestinale. Devant l'inefficacité du traitement médical et des lavements électriques, M. Boiffin, au cinquième jour, fait la laparotomie; il trouva à la partie supérieure l'intestin grêle recouvert d'une sorte de production épithéliale ressemblant à une malformation congénitale; il dut sortir et examiner tout le paquet intestinal et ne trouva qu'une petite bride au fond du petit bassin; il la sectionna et rentra l'intestin. Ce malade a bien guéri. Dans ce cas, le siège de la douleur n'avait aucun rapport avec celui de l'obstacle.

Troisième cas. — Il s'agit d'une femme ayant présenté des accidents à marche lente. Après plusieurs crises successives, elle fut prise d'une véritable occlusion intestinale; 120 grammes de mercure liquide restèrent sans résultat. Laparotomie; on trouva, dans la fosse iliaque droite, un grand foyer caséeux au milieu duquel les anses intestinales sont agglutinées; grattage du foyer, libération des anses intestinales rendant libre le passage des matières, guérison.

Quatrième cas. — Homme ayant déjà présenté plusieurs crises d'occlusion, singulièrement amaigri, offrant les signes d'un rétrécissement intestinal; laparotomie : on trouva tout l'intestin grêle normal, sauf en un point où il est le siège d'exsudats fibrineux, ayant pour conséquence un épaississement considérable de l'intestin, avec la présence d'une série de viroles arrivant à obstruer la lumière du canal intestinal; dilatation de ces viroles avec le doigt, circulation des matières, amélioration pendant quelques semaines, retour des accidents, mort quatre mois après, de tuberculose intestinale probable.

Dans les autres faits communiqués par M. Boiffin, il s'agit d'obstruction à marche lente et d'interventions tardives. Dans un cas, on avait affaire à un cancer annulaire de la partie supérieure du rectum; établissement d'un anus contre nature, déchirure des sutures, passage des matières dans le péritoine, mort par péritonite. Dans un autre fait, il s'agissait d'une carcinose abdominale généralisée ayant amené une obstruction, établissement d'un anus contre nature. Le cas est tout récent.

Enfin M. Boiffin cite une dernière observation dans laquelle il s'agissait d'une péritonite par perforation. Laparotomie, mort le soir de l'opération.

M. Boiffin fait suivre ces observations de considérations générales sur l'occlusion intestinale, sa gravité augmentant avec la durée des accidents et, par contre, la bénignité de la laparotomie précoce et le grand avantage qu'il y a à ne pas attendre, pour intervenir, les effets de l'empoisonnement stercoral. Il faut donc que les médecins soient bien imbus de ce fait qu'une occlusion intestinale, tout comme un étranglement herniaire, doit être traitée chirurgicalement dès le début des accidents, que plus on attend, plus l'affection et l'intervention deviennent graves, qu'au contraire, plus l'intervention est précoce, plus elle est bénigne. Sans abandonner complètement le traitement médical, si celui-ci n'a pas conjuré les premiers accidents, il faut, ainsi que l'a dit Jean-Louis Petit, ouvrir le livre de la vérité, c'est-à-dire le ventre.

Étude clinique sur quelques nouvelles observations d'hématome du pli du coude. — M. CHARVOT (de Paris) rappelle que l'hématome du pli du coude a déjà fait l'objet, de sa part, d'une étude publiée dans la *Revue de chirurgie*.

Depuis cette publication, des observations nouvelles se sont ajoutées aux faits anciens. En joignant à ceux-ci une observation personnelle de l'auteur, une communiquée par M. le médecin principal Jeanmaire, et une communiquée par M. le docteur Ferron à la Société anatomique de Bordeaux, l'auteur arrive à un total de vingt observations.

L'hématome du pli du coude est une complication fréquente des luxations de l'article. Tous les traumatismes de la région, d'ailleurs, peuvent donner naissance à la lésion; mais c'est à la suite des luxations qu'on l'observe le plus fréquemment. Ainsi, dans les 6 dernières observations recueillies par l'auteur, il s'agissait d'hématomes consécutifs à une luxation du coude et, sur le total des 20 cas observés, 10 fois il y avait déplacement des deux os de l'avant-bras en arrière.

Souvent le traumatisme qui produit la luxation est peu violent. La lésion survient, par exemple, par chute de cheval, du haut d'un trapèze, etc. Ainsi, un soldat tombe de cheval sur la paume de la main et se luxe le coude; la réduction s'obtient très facilement et, au bout de quarante-huit heures, on constate un épanchement considérable au pli du coude.

Dans un cas, l'hématome fut observé sur un soldat atteint de luxation du coude irréductible, parce que la lésion avait été méconnue lors de sa production.

Le siège de l'hématome est caractéristique; l'épanchement se fait dans le muscle brachial antérieur, à sa partie inférieure, et résulte de la déchirure des fibres musculaires. Le mécanisme de cette rupture est facile à comprendre. Le muscle remplit le rôle de ligament actif antérieur de l'articulation, car il n'existe en avant que très peu de fibres ligamenteuses, d'ailleurs assez faibles. Lorsque la luxation se produit, l'insertion anti-brachiale du muscle est reportée très en arrière et le brachial antérieur, enroulé sur la trochlée humérale devenue saillante, se trouve tendu sur cette saillie, comme les cordes d'un violon sur le chevalet. D'où rupture des fibres musculaires. Les tractions que nécessite la réduction peuvent augmenter le volume de l'hématome, mais ne sauraient être incriminées seules, car, dans bon nombre de cas, la réduction a été obtenue très facilement.

L'hématome du pli du coude accompagne parfois l'entorse; dans ce cas, l'orateur admet une rupture musculaire par contre-coup.

Les symptômes de l'affection ont été décrits dans la *Revue de chirurgie* : l'auteur n'insistera donc pas sur la symptomatologie. Mais il fait remarquer que les caractères de la tumeur ne sont très tranchés que quelques jours après l'accident. La tumeur est irrégulièrement arrondie, mamelonnée, parfois allongée; elle présente la consistance caractéristique de caillots sanguins en voie de transformation fibrineuse. Dans quelques cas, on a trouvé une consistance cartilagineuse et même osseuse.

La tumeur siège profondément en arrière du biceps, dans la gouttière externe du coude. Dans la flexion, la masse est mobilisable dans le sens transversal, mais tout mouvement de la tumeur est impossible lorsque l'avant-bras est dans l'extension. Au bout d'un certain temps, la tuméfaction contracte des adhérences avec les parties voisines; c'est ainsi que, dans quelques cas, au bout de trois, quatre ou cinq semaines, la masse adhérente opposait un obstacle mécanique aux mouvements de flexion un peu prononcée. Néanmoins, la résolution est la règle; il est rare de voir persister un épanchement du coude au delà de deux mois; la résolution est accélérée par l'action du massage et d'une gymnastique modérée de l'articulation.

Quelquefois, le caillot s'organise et acquiert alors, avec le temps, une consistance de plus en plus ferme. Ainsi, dans la première observation recueillie par l'auteur, la tumeur avait, au bout de cinq mois, une consistance presque osseuse. Dans la seconde, il y eut une véritable ossification et l'homme fut réformé. Enfin dans la neuvième observation, la persistance de la tumeur et sa dureté eurent pour conséquence une semi-ankylose du coude, par gêne constante des mouvements.

M. Charvot eut l'occasion d'examiner un jeune officier, portant depuis quatre ans un hématome du pli du coude. La tumeur extrêmement dure avait donné lieu à une ankylose incomplète de l'articulation. L'auteur pense que le caillot peut s'organiser et subir la transformation osseuse. Il cite comme preuve l'observation d'un confrère de l'armée, qui, en avril 1891, enleva une tumeur du pli du coude, tumeur indépendante de l'apophyse coronoïde, développée dans l'épaisseur du brachial et qu'on

extirpa assez difficilement. La consistance était osseuse. L'examen histologique démontra la présence de corpuscules osseux.

M. Charvot termine en proposant de traiter l'hématome ancien par l'ablation, opération qui, faite aseptiquement, est absolument bénigne.

Traitement des suppurations pelviennes. — M. ROUTIER rappelle la discussion qui a eu lieu, sur ce sujet, à la Société de chirurgie. A la suite de la communication de M. Segond sur l'opération de Péan, la Société s'est divisée en deux camps : les partisans de la laparotomie et ceux de l'hystérectomie vaginale. Les laparotomistes reprochaient aux hystérectomistes la gravité du premier temps de leur opération, consistant dans le morcellement de l'utérus, la mutilation inutile de cet organe, alors que les annexes seules sont malades, etc. Malgré son éloquent plaidoyer en faveur de cette opération, M. Segond n'a pas complètement convaincu M. Routier, qui reste encore partisan, au moins dans une certaine mesure, de la laparotomie. Mais M. Routier ayant eu plusieurs fois l'occasion d'ouvrir des suppurations pelviennes par la voie vaginale, avant de pratiquer d'emblée l'hystérectomie, dans les cas où celle-ci lui paraît indiquée, fait d'abord, dans le cul-de-sac postérieur, une boutonnière rétro-utérine par laquelle il peut toucher les annexes, s'assurer de leur état et de celui des parties voisines et pratiquer alors l'hystérectomie en connaissance de cause, au lieu de recourir d'emblée à cette opération qu'il qualifie de brutale, d'aveugle, et dans laquelle, dit-il, on est à la merci d'une pince qui, si elle dérape, peut coûter la vie à la malade. Il insiste particulièrement sur les avantages de cette boutonnière rétro-utérine, et de la section médiane de l'utérus, telle que l'a recommandée M. Quénu.

En résumé, pour les salpingites simples, pour l'ablation des ovaires scléro-kystiques, M. Routier reste fidèle à la laparotomie. Mais pour les salpingites suppurées ou hémorrhagiques, il préfère la voie vaginale avec les modifications dont il vient de parler. Enfin, l'hystérectomie vaginale s'impose dans les cas où il y a une fistule.

A l'appui de cette manière de voir, M. Routier cite deux observations : Dans la première, il s'agissait d'une jeune femme de vingt-deux ans, atteinte successivement d'un phlegmon des deux ligaments larges, avec propagation de la suppuration dans le psoas, qui avait entraîné une flexion de la cuisse sur le tronc. Cette jeune femme était dans une situation lamentable. M. Routier pratiqua l'hystérectomie vaginale, enleva les annexes du côté droit, une partie des annexes du côté gauche, ouvrit et draina un vaste foyer purulent. La malade fut rapidement guérie.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une suppuration pelvienne ouverte dans le rectum; il fit ici une hystérectomie vaginale incomplète, bourra la cavité pelvienne de gaze iodoformée et la malade guérit. En résumé, sur 16 hystérectomies vaginales, M. Routier a eu 16 guérisons.

Épispadias chez la femme. — M. AUFFRET (de Brest) a été consulté, il y a six mois, par une jeune fille de dix-neuf ans, grande et forte, bien portante d'aspect, pour une incontinence d'urine. Cette malade perdait ses urines, depuis l'enfance, dans toutes les positions. C'est dans le décubitus latéral gauche, que l'incontinence fait le moins sentir ses inconvénients. Lorsque la malade est assise, elle croise les jambes pour retenir ses urines pendant un certain temps, car l'incontinence n'est pas continue. La malade ne se réveille jamais la nuit, mais le matin le besoin est impérieux et la quantité d'urine rendue est double de la quantité qui s'écoule dans la journée. En général, les urines s'écoulent en bavant; mais la malade arrive à les retenir, dans le jour. Elle urine alors dans un vase, quatre ou cinq fois dans la journée; le liquide s'écoule sous forme d'un petit jet.

L'examen des organes montre la disposition suivante :

Le méat urinaire se présente sous forme de fente transversale, de 1 centimètre environ, ayant l'aspect d'un accent circonflexe. La lèvre supérieure présente une légère tuméfaction, un peu plus rouge que les parties avoisinantes; la bouche uréthrale semble faire la moue. Les petites lèvres, complètement isolées l'une de l'autre, sont rudimentaires et donnent l'aspect de deux auricules placées sur les côtés du méat. Les grandes lèvres sont très écartées l'une de l'autre et circonscrivent la vulve comme le ferait une parenthèse. Immédiatement au-dessous du méat, par la vulve, sort l'utérus; l'hymen est conservé, mais dilaté. — Pas de clitoris, quelques poils rares sur le pubis.

(L'auteur représente au tableau le schéma de la disposition décrite.)

En introduisant le doigt par le méat, on entre directement et immédiatement dans la vessie. On sent très bien la paroi en bas et sur les côtés, mais en haut, la paroi uréthrale manque complètement; c'est la vessie que l'on trouve au lieu de paroi supérieure et l'on arrive directement sur la symphyse pubienne, d'ailleurs normale, sans disjonction. La disposition anatomique était évidemment congénitale. L'auteur la donne comme un cas d'épispadias chez la femme, épispadias caractérisé par l'absence de la paroi supérieure de l'urèthre, conformation analogue à celle que l'on observe dans le sexe masculin et dans certaines variétés d'exstrophie de la vessie. Il y a deux ou trois mois, l'orateur put observer un garçon de cinq à six ans, atteint d'épispadias complet, dont l'aspect se rapprochait de celui de la jeune fille.

Les cas d'épispadias, chez la femme, sont extraordinairement rares, et les auteurs classiques n'en parlent pas. Cependant, on peut en trouver un cas, signalé par Nunez, dans sa thèse de 1882; il s'agissait d'une femme observée dans le service de M. le professeur Guyon, et chez laquelle on trouva une absence de la paroi supérieure de l'urèthre. C'était évidemment un cas d'épispadias chez la femme.

Le diagnostic ne saurait être douteux; il ne s'agit pas de dilatation uréthrale, puisque l'une des parois manque.

La jeune fille désirant être débarrassée de son infirmité et réclamant une opération, l'auteur, livré à sa seule inspiration, imagina la cure suivante :

Ne pouvant pratiquer la torsion de l'urèthre, comme dans les cas de dilatation anormale, puisqu'il manquait une paroi uréthrale; ne pouvant pas non plus exécuter l'opération de Duplay (avivement, puis suture des bords de la gouttière des corps caverneux), M. le docteur Auffret résolut d'augmenter la moue que faisait la bouche uréthrale. Pour cela, il excisa d'abord les auricules qui représentaient les petites lèvres, puis tailla de chaque côté un long lambeau triangulaire à sommet arrondi. Les lambeaux obtenus furent amenés sur la ligne médiane et suturés aux surfaces résultant de l'ablation des auricules, d'une part, entre eux, d'autre part, de façon à rétrécir le triangle vestibulaire et à créer un demi-voile en avant de l'urèthre. Le premier temps de la restauration était accompli.

Le résultat est assez satisfaisant; la malade peut retenir ses urines plus longtemps qu'avant l'intervention, elle n'urine que toutes les quatre heures au lieu de trois, et lorsqu'elle sent le besoin, elle peut se retenir pendant quelques minutes.

L'auteur se propose de compléter la cure en exécutant les deux autres temps : dans un second temps, le vestibule sera rétréci par l'excision d'un lambeau en forme de triangle isocèle et la suture des surfaces cruentées; dans le troisième temps, enfin, on réduira la chute de l'utérus.

Tumeur solide du ligament large. — M. GROSS (de Nancy) fait une communication ayant pour titre : Contribution à l'étude des tumeurs du ligament large. Il s'occupe uniquement des tumeurs solides à développement intraligamentaire, sans rapports de continuité avec l'utérus. Ces tumeurs sont rares. M. Gross a eu l'occasion d'opérer une tumeur de ce genre chez une femme de trente et un ans, non mariée, nullipare, dont l'affection remontait à trois ans. Elle portait dans le ventre une tumeur volumineuse, ovoïde, mobile, à surface lisse. Le toucher vaginal permettait de reconnaître que cette tumeur n'avait aucune connexion avec l'utérus. M. Gross crut devoir s'arrêter au diagnostic de kyste dermoïde. Il fit la laparotomie; il tomba sur une tumeur

lisse, mobile, sans adhérences, présentant tous les caractères extérieurs des fibro-myomes de l'utérus. Il put assez facilement la dégager, la sortir hors de l'abdomen et arriver sur un pédicule épais se dirigeant vers la droite. Il appliqua deux pinces, sectionna, enleva la tumeur, posa, sur le pédicule, une ligature et referma le ventre. Cette tumeur avait bien pris naissance dans le ligament large droit et sans aucune connexion avec l'utérus. Elle pesait 2500 grammes et présentait tous les caractères des fibro-myomes. La malade a parfaitement guéri.

Atrophie osseuse symptomatique des névrites traumatiques. — M. MOTY (de Paris) indique d'abord que la névrite est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait autrefois. Elle existe dans presque tous les cas de traumatisme, se manifeste au bout d'un temps plus ou moins long après l'accident et suit une marche, tantôt ascendante, tantôt descendante, et parfois les deux à la fois. Tout le monde connaît les atrophies musculaires de la hanche et de l'épaule, consécutives à un traumatisme. Ces atrophies sont dues à la névrite. Mais les lésions ne sont pas toujours bornées aux parties molles; le système osseux lui-même subit l'atrophie, et c'est sur cette atrophie osseuse que l'auteur désire attirer l'attention. Il cite quelques cas observés par lui et fait passer sous les yeux des membres du Congrès des planches photographiques représentant les malades atteints d'atrophie osseuse.

Dans une première observation, il s'agit d'un homme qui fut atteint, en mars 1888, d'une fracture avec plaie de la jambe droite. Il a présenté depuis, des phénomènes douloureux et une faiblesse croissante du membre. Outre l'atrophie musculaire, on trouve de l'atrophie osseuse ainsi que le prouvent les mensurations prises.

La distance du sommet du talon, au milieu du bord libre de l'ongle du gros orteil, est de 272 millimètres du côté sain, de 267 du côté traumatisé.

Les longueurs respectives des bords des pieds sont :

Pour le bord interne : côté sain, 225 millimètres; côté malade, 218.

Pour le bord externe : côté sain, 200 millimètres; côté malade, 197.

La cuisse présente une diminution de 2 centimètres.

Un second malade, fracturé en janvier 1889, avait, quinze mois après, de l'atrophie du pied.

Un troisième, atteint de fracture de jambe en 1888, du côté gauche, et en 1889, de fracture du col du fémur du même côté, présente actuellement une atrophie de tout le membre; le raccourcissement est de 8 centimètres.

L'atrophie peut survenir très rapidement, au bout de deux mois (première observation); chez un malade de soixante-quatre ans, par contre, il y avait très peu d'atrophie, trente-six ans après une blessure qui s'accompagna de névrite ascendante. C'est, en effet, dans le cas de névrite ascendante que manque parfois l'atrophie osseuse. L'auteur fait passer la photographie d'un malade, blessé en 1870, mais n'ayant pas d'atrophie.

La diminution de volume siège surtout dans le tarse et le métatarse, rarement elle porte sur les orteils, comme l'ont montré les mensurations de l'auteur. Il y a, le plus souvent, excavation et atrophie de la plante du pied.

Donc, l'atrophie osseuse par névrite peut exister après l'ossification complète. Le cartilage épiphysaire est remplacé dans ses fonctions trophiques par le tissu dia-épiphysaire. L'os ne peut plus s'allonger, mais son atrophie est possible.

Hernie para-ombilicale étranglée d'origine traumatique; laparotomie. — M. MAUNY (de Saintes). Il s'agit d'une femme de soixante-sept ans, ayant reçu, il y a dix ans, un coup de couteau dans la région sous-ombilicale. Cette femme était atteinte d'accidents d'étranglement intestinal depuis quarante-huit heures, au moment où je fus appelé, le 10 juin 1891.

Cette malade portait une volumineuse hernie de toute la région sous-ombilicale; la paroi abdominale était littéralement effondrée. En présence d'accidents menaçants et d'un état général inquiétant, je pratiquai de suite la laparotomie, sans faire la moindre tentative de taxis. Après avoir incisé avec précaution la peau extrêmement amincie, je trouvai une masse épiploïque énorme, adhérente à l'intestin en plusieurs points, avec brides multiples divisant la séreuse en plusieurs loges. Je détruisis ces brides et réséquai tout l'épiploon que je pus attirer au dehors : j'en enlevai 600 grammes.

Pendant ces manœuvres d'inspection et de dévidement, l'intestin se déchira en plusieurs points, là où d'ailleurs le viscère présentait des plaques de sphacèle. Je fis l'entérorrhaphie latérale et appliquai des points de catgut fin en six endroits.

Après toilette du péritoine et avivement du plan fibro-musculaire de la paroi abdominale, sutures multiples à la soie.

Malgré les complications opératoires tenant au volume considérable de la hernie, au mauvais état de l'intestin, aux déchirures multiples de l'organe; malgré les manœuvres prolongées que ces complications nécessitèrent, les suites opératoires furent très bonnes; la guérison est obtenue avec persistance d'une cicatrice solide de la paroi.

M. Mauny donne, à la suite de sa lecture, les conclusions suivantes :

Les manœuvres de taxis doivent être complètement laissées de côté dans les cas de hernies étranglées de la région ombilicale. Les tentatives de réduction peuvent, en effet, faire rentrer dans le ventre un intestin déjà sphacélé, ou, dans tous les cas, serré par des brides épiploïques.

Il faut, dans ces cas, pratiquer de suite la laparotomie, comme s'il s'agissait d'occlusion intestinale, et fermer la plaie par de nombreuses sutures à la soie, de manière à obtenir une cicatrice solide et durable.

La séance est levée.

Séance du 18 avril (soir). — Présidence de M. DEMONS.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Péritonite; laparatomie; résection de l'intestin. — M. DEZANNEAU (d'Angers) communique l'observation suivante: Une femme de trente-trois ans est atteinte de péritonite aiguë à la suite de laquelle elle présente tous les signes d'un rétrécissement de l'intestin. M. Dezanneau pratique la laparotomie, trouve une masse jaunâtre indurée, faisant corps avec le mésentère, comprimant l'intestin sur une certaine longueur et se confondant avec lui. Après l'application de deux pinces entérostatiques, M. Dezanneau réséqua 12 centimètres de l'intestin, agrandit l'orifice du bout inférieur pour pouvoir l'aboucher au bout supérieur, sutura les deux bouts, muqueuse à muqueuse, fit une suture de Lembert et appliqua ainsi soixante-six points de suture au catgut fin. Les pinces furent enlevées et les parois abdominales furent réunies par une suture à trois étages. L'examen de la pièce anatomique montra qu'il s'agissait de produits inflammatoires. Les suites de l'opération furent bénignes et la convalescence rapide. Un an après l'opération, cette femme jouit d'une parfaite santé et les fonctions de l'intestin s'accomplissent régulièrement.

De la méthode sclérogène dans les ostéo-arthrites tuberculeuses. — M. LANNELONGUE fait la communication suivante :

Dans ma première communication sur la méthode sclérogène, j'ai cru devoir grouper les faits de tuberculose soumis à l'observation sous trois chefs différents : *tuberculoses non ouvertes et non suppurées*; *tuberculoses non ouvertes et suppurées*; *tuberculoses ouvertes*. Cette distinction est importante, non seulement parce qu'elle permet d'apprécier à sa juste valeur une méthode thérapeutique quelconque, mais aussi parce qu'elle est conforme aux étapes de l'évolution clinique de ces affections, par ordre chronologique; elle montre bien comment la gravité de ces maladies augmente en passant de la première aux deux autres phases.

Comme conséquence, le traitement sera d'autant plus efficace qu'on agira plus promptement. On devra agir dans la première période afin d'empêcher le mal d'arriver aux deux autres.

Pour être vraiment efficace, une méthode doit agir directement sur les produits tuberculeux; à ce titre, la méthode sclérogène réunit un ensemble de conditions qui la placent au premier rang.

Elle crée autour du néoplasme un terrain particulier autrement constitué que celui des tissus ordinaires. Ce terrain, que l'économie fabrique de toutes pièces, se compose tout d'abord d'un nombre incalculable d'éléments embryonnaires qui ne tardent pas à former une trame fibreuse, plus ou moins large et plus ou moins épaisse, autour du tissu morbide. C'est un tissu lardacé, dans lequel un très grand nombre de vaisseaux sont oblitérés ou rétrécis, et où les lymphatiques font défaut; il est donc, par sa structure même, peu propre, sinon réfractaire, à l'infection tuberculeuse, puisqu'il est dépourvu de lymphatiques qui paraissent contribuer le plus à l'ensemencement bacillaire et que son tissu est lui-même confectionné de manière à opposer une résistance des plus grandes. On peut dire que le tissu fabriqué est, à l'égard des tissus normaux, ce qu'est le tissu compact à l'égard du tissu spongieux, ou encore ce qu'est un mur en ciment par rapport à un mur en terre : ce dernier est le réceptacle de toute la vermine des environs, qui y cherche un refuge.

Ainsi agit la méthode sclérogène dans les arthrites tnberculeuses simples. Lorsqu'il y a eu des foyers osseux, ceux-ci peuvent être guéris spontanément ou ils guérissent aussi par le même mécanisme de sclérose qui s'étend au tissu osseux lui-même.

Lorsque les tuberculoses sont suppurées ou ouvertes, la méthode sclérogène, appliquée suivant ces mêmes principes, amène la transformation des produits tuberculeux, et, en second lieu, elle prépare un terrain nouveau, un compost, pourrait-on dire, pour les opérations complémentaires qui consistent à aller gratter, extirper les foyers osseux ou même faire des résections *partielles* plus ou moins étendues.

Ces dernières opérations sont, par la préparation du terrain, rendues plus simples, plus faciles; on pénètre indifféremment dans les jointures, dans un point quelconque, et les malades sont mis à l'abri de l'infection bacillaire opératoire.

En résumé, on doit intervenir dans la première phase de ces affections et, en agissant sur le néoplasme tuberculeux par la méthode sclérogène, j'espère qu'on arrivera à une formule de traitement dans le sens de celle-ci. Avant la période de ramollissement et de suppuration, les tuberculoses ostéo-articulaires, hormis celles de la hanche, qui, par des raisons anatomiques, comportent quelques restrictions, traitées par les méthodes conservatrices en agissant directement sur le néoplasme tuberculeux, par la méthode sclérogène en particulier, doivent guérir dans le délai d'un à quelques mois.

Les lésions osseuses nécessiteront parfois des opérations complémentaires.

A l'égard de celles plus avancées, qui sont suppurées ou ouvertes, le traitement conçu dans le même sens, associé d'ailleurs aux opérations nécessaires, sera continué jusqu'à la guérison définitive, et je suis persuadé d'ailleurs qu'ici encore on peut arriver à un résultat heureux en un temps relativement court.

Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies. — M. RICHELOT. On nous a demandé notre avis, au Congrès de 1888, sur la valeur thérapeutique de la cure radicale des hernies. La question était prématurée. C'est aujourd'hui seulement qu'un certain nombre d'entre nous sont en mesure de fournir des chiffres assez nombreux et des preuves incontestables en faveur de cette méthode.

Pour que la cure radicale mérite les suffrages que lui accordent beaucoup de chirurgiens, ses ennemis d'hier, il faut qu'elle réunisse deux qualités, qu'elle soit *bénigne* et *efficace*.

Son innocuité a-t-elle encore besoin qu'on la défende? On peut dire que nos statistiques sont parfaites. Voyez celle de M. Championnière : 2 morts sur 275 opérations. J'ai 2 morts sur 138, mais bien peu compromettantes pour le chirurgien, encore moins pour l'opération elle-même. La première est survenue en 1887 chez un homme de soixante-dix ans, vieux tousseur qui vivait dans son lit, sans faire un mouvement, avec deux hernies énormes. Il était d'une grande faiblesse et d'une santé misérable. J'aurais pu le laisser mourir dans un coin, sans lui porter secours; j'ai tenté la chance; une première fois, j'ai fait rentrer dans l'abdomen une masse d'intestin grêle et de gros intestin qui pendait jusqu'au genou, la réunion s'est faite immédiatement et sans fièvre. Encouragé par ce résultat, j'ai opéré l'autre côté deux mois plus tard; aucun accident local, aucune trace de péritonite, mais une congestion pulmonaire est survenue, qui a terminé la scène le troisième jour. Je ne me suis pas repenti d'avoir essayé de guérir ou de soulager cet homme, mais il faut avouer que la cure des hernies ne peut être jugée sur une opération entreprise dans de pareilles conditions, sur un vieillard absolument cachectique. La seconde fois, c'était un homme de soixante-six ans, opéré d'une double hernie, à l'hôpital Tenon, le 12 avril 1888 : alcoolique, maniaque, sans cesse agité après l'opération, il se jetait hors de son lit, disloquait son pansement, y fourrait les mains et le souillait d'urine. Malgré tout, la réunion immédiate se fit à droite en quelques jours; à gauche, il y eut un peu de suppuration et le trajet du drain resta fistuleux. A peu près guéri, je le renvoyai dans sa famille pour donner du repos à ses voisins; mais sa famille nous le rendit après quelques semaines, toujours fistuleux, ayant chaque soir une élévation de température. Il faiblit rapidement et mourut de septicémie chronique; l'autopsie nous montra une arthrite suppurée du coude, et au-dessus de l'anneau inguinal, sous le péritoine, un petit foyer de suppuration fétide. En suivant l'évolution de ce cas malheureux, je me rappelai l'époque où on accusait la méthode antiseptique de ne servir à rien, quand un malade, ayant arraché son pansement de Lister et contaminé sa plaie, succombait à l'infection purulente qui régnait encore dans nos hôpitaux.

Je me rappelle aussi, en rapportant cette histoire, le jour où un des membres de la Société de chirurgie démontrait les dangers de l'opération en invoquant les chiffres de Socin, — 2 morts sur 52 cas, — et celui où notre collègue de Bâle, défendant la cure radicale devant le Congrès de chirurgie (13 mars 1888), demandait qu'avant de l'accuser « on y regardât de plus près », qu'on voulût bien tenir compte des circonstances exceptionnelles, et refusait d'admettre que la cure radicale donnât 3 ou 4 p. 100 de mortalité.

Je n'insiste pas davantage sur la bénignité de la cure radicale bien faite, car mon but est surtout de contribuer, par quelques chiffres personnels et précis, à la démonstration de son efficacité.

Je fais trois parts dans mes observations. Une première période s'arrête à 1888; j'opérais alors, comme chirurgien du Bureau central, dans les services des autres, à bâtons rompus; quoique déjà pénétré des principes qui me dirigent aujourd'hui dans la cure radicale, j'ai conscience d'avoir fait plus d'une opération imparfaite; enfin, j'ai perdu de vue trop tôt la plupart des malades. Je comptais cependant, même alors, des résultats très positifs, qui me démontraient la possibilité de guérir solidement les hernies, et qui m'ont fait prendre la parole au Congrès de chirurgie en 1888.

En éliminant de parti pris les cures radicales par lesquelles je terminais déjà, comme aujourd'hui, toutes les kélotomies pour étranglement, j'ai fait, pendant cette première période, vingt opérations. J'en annonçais vingt-deux quelques mois plus tard au Congrès de chirurgie (mars 1888), abstraction faite des hydrocèles congénitales, si voisines des hernies de naissance et que j'avais guéries par une opération identique.

Cette première série m'a montré d'abord les résultats parfaits de l'intervention dans les hernies congénitales des adolescents. Les faits sont publiés dans mes travaux antérieurs sur la cure des hernies congénitales et sur l'ectopie testiculaire. J'ai soutenu pour la première fois à la Société de chirurgie, à une époque où presque tous les chirurgiens admettaient l'impossibilité d'enlever

intégralement le sac des hernies congénitales, et où M. Championnière n'avait qu'un ou deux faits concernant des hernies de ce genre, que la dissection parfaite du conduit péritonéo-vaginal est toujours possible; que les congénitaux ne sont pas des *hernieux* au sens propre du mot, — on l'a répété bien souvent depuis lors, — mais que leur paroi abdominale est solide, bien conformée, et que leur seule tare est la persistance du conduit séreux; que le peu d'altération des tissus, leur développement ultérieur après la restauration des parties, donnent ici mieux que jamais l'assurance d'une guérison définitive. J'ai revu longtemps mes petits opérés, absolument guéris, sans relâchement de la paroi, ni impulsion viscérale.

Quant aux adultes, je répète que j'ai d'abord tâtonné, et que mes premiers malades ont pu avoir des récidives qui ont échappé à mon observation. Mais j'ai vite pris les bonnes habitudes, et déjà, en mars 1888, je pouvais citer le cas d'un charretier de quarante-huit ans, opéré en octobre 1887, à l'hôpital Bichat : c'était un forcené buveur qui n'a cessé de courir à travers la salle pendant les huit jours qu'a duré la réunion de sa plaie, et qui, en sortant de l'hôpital, avait un petit scrotum rétracté, une bonne cicatrice de soutien, aucune impulsion viscérale. Je lui ai défendu de porter un bandage; pendant toute l'année 1888, je l'ai vu, à diverses reprises, faisant le métier d'homme de peine; plus d'un an après mon intervention, j'ai perdu sa trace, et je crois qu'il est mort imprégné d'alcool, mais jusqu'à sa disparition il était parfaitement guéri, sans la moindre tendance à la récidive.

Une seconde période commence avec l'année 1888, et je la termine arbitrairement au mois de juin dernier. Voici pourquoi : les malades opérés par moi ou par mes internes, depuis le mois de juin 1891, n'ont pas encore été l'objet d'une revision attentive. Beaucoup d'entre eux sont récents, et bien que j'aie constaté la guérison chez tous ceux qui sont venus me voir, je ne veux pas les faire entrer en ligne de compte. Aussi n'ai-je rien à vous dire aujourd'hui de cette troisième période, commencée en juin 1891, et vais-je m'étendre, au contraire, sur la seconde, qui est l'objet principal de ma communication.

Un de mes internes de l'année dernière, M. Pescher, a fait une enquête approfondie sur tous les malades opérés pendant ces trois ans et demi (janvier 1888-juin 1891); je ne saurais trop le remercier du zèle et de l'intelligence qu'il a mis à mener à bonne fin ce travail ingrat. Voici, en résumé, les résultats obtenus :

Malades opérés	82		
Malades revus.	44	Cures radicales. . . .	34
		Cures utiles	8
		Echecs	2

Il est bien entendu que ces chiffres correspondent seulement à ma « seconde période », et qu'ici je ne compte ni mes 20 premiers malades — sur lesquels j'en ai suivi 6 et constaté une récidive — ni les 36 derniers, sur lesquels une douzaine ont déjà plus de six mois. J'aurais en tout 138 opérés, 62 revus après six mois et 11 récidives constatées.

Avant d'expliquer ces chiffres, il m'a paru curieux de les comparer à ceux de M. Championnière. Mon collègue a 275 cures radicales; il a revu 112 opérés, mais seulement 72 après six mois; il a constaté 14 récidives. En examinant bien, on voit que nos résultats sont à peu près identiques, avec cette différence que les chiffres de M. Championnière sont doubles des miens : 275 opérés au lieu de 138; 112 revus au lieu d'une soixantaine. La proportion des récidives constatées ne diffère pas sensiblement; M. Championnière en a 14 sur 72 cas ayant plus de six mois; j'en ai 11 sur 62 dans les mêmes conditions.

Mais revenons à ma seconde série, puisque c'est la seule qui puisse être l'objet d'une étude complète, et analysons les chiffres qu'elle contient en les prenant à rebours : 2 échecs, 8 cures utiles et 34 cures radicales.

Les 2 *échecs* veulent dire que la hernie s'est reproduite comme elle était auparavant. Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de trente-sept ans et d'une hernie crurale, opérée à l'hôpital en mon absence; n'ayant pas vu l'opération, mais sachant qu'elle a duré quinze minutes, je puis douter que toutes les précautions aient été prises. Le second malade était un mécanicien de soixante et un ans, emphysémateux, opéré déjà par M. Reclus en 1889, pour une hernie inguinale droite, récidivée au bout d'un mois et demi. Quand je l'ai vu, en mars 1892, la hernie était très volumineuse, accompagnée d'un extrême relâchement de la paroi abdominale; guérie pendant deux mois par mon intervention, elle est aujourd'hui aussi grosse qu'avant. C'était, il faut le dire, un cas des plus défavorables.

Les 8 *cures utiles* sont des récidives, seulement les malades ont retiré de l'opération un bénéfice incontestable, ayant une pointe de hernie au lieu d'une grosse tumeur, un intestin facilement coercible au lieu d'une masse adhérente; aux douleurs, à la gêne fonctionnelle ont succédé une liberté d'allures, une aptitude au travail toutes nouvelles. J'ai cherché en conscience si ces récidives atténuées s'étaient montrées seulement dans les « mauvais cas » où on doit les prévoir, si quelques-unes n'étaient pas survenues pour des hernies de volume modéré, de petits anneaux et des parois abdominales relativement bonnes, dénotant ainsi l'insuffisance du procédé opératoire ou quelque faute dans son application. Voici ce que j'ai trouvé :

I. Homme de quarante-huit ans, août 1888. Hernie droite volumineuse, vieille de douze ans, anneau permettant l'introduction de trois doigts. Réduction d'une masse d'intestin grêle; hernie du cæcum adhérente au trajet inguinal, ne se laissant réduire qu'imparfaitement, impossibilité de pousser la dissection jusque dans l'abdomen, résection partielle du sac. Reproduction d'une hernie facile à contenir.

II. Femme de soixante ans, février 1889. Hernie crurale droite épiploïque, de moyen volume, douloureuse; résection de l'épiploon, dont le pédicule, très adhérent au pourtour de l'orifice, est compris dans la ligature du sac. Légère suppuration de la plaie. Constatation, le 21 juin 1891, d'une très légère pointe de hernie au niveau de la cicatrice, qui est faible et soulevée. Aucun bandage; absence totale de gêne et de douleur.

III. Homme de vingt-neuf ans, décembre 1889. Deux petites hernies congénitales funiculaires. A droite, résultat parfait constaté le 21 juin 1861; à gauche, un peu en dehors de la cicatrice, très légère pointe de hernie, sans gêne ni douleur.

IV. Homme, janvier 1890. Notes incomplètes, signalant un affaiblissement de la cicatrice inguinale, sans gêne ni douleur, facile à contenir par un bandage.

V. Homme de quarante-six ans, janvier 1890. Double hernie inguinale depuis seize ans, grosse de chaque côté comme un œuf de dinde; vives douleurs. Récidive légère à gauche, impulsion simple à droite; suppression complète des douleurs; le malade met un bandage seulement quand il travaille aux Halles.

VI. Homme de quarante-quatre ans, février 1890. Hernie inguinale droite depuis vingt-sept ans; étranglement et kélotomie à l'hôpital Bichat en 1888; reproduction d'une hernie grosse comme une orange, avec un anneau très large. Après la cure radicale, hématome sur le trajet du cordon, incision et drainage. En juin 1891, constatation d'une pointe de hernie sans douleur ni gêne à la partie supéro-externe du trajet inguinal, qui paraît bien oblitérée au-dessous d'elle. Grands efforts professionnels, bronchite et toux fréquente, ventre de hernieux.

VII. Homme de trente et un ans, janvier 1891, opéré par un de mes internes. Pointe de hernie inguinale; petit sac refoulé dans le ventre, non réséqué; suture des piliers au fil de soie. Constatation, le 29 avril, d'une légère impulsion au-dessus de la cicatrice, pour laquelle je conseille un bandage.

VIII. Homme de cinquante-quatre ans, février 1891. Hernie grosse comme le poing; anneau inguinal admettant trois doigts. En juin 1891, il a une fistule persistante, qui a donné passage à des fils de soie; je trouve une impulsion, ou même une pointe de hernie récidivée.

On voit que, si nous mettons à part le nº 4, sur lequel je n'ai retrouvé que des notes incomplètes, la plupart des autres cas

montrent leurs côtés faibles et portent avec eux leur enseignement. Chez le nº 1, la récidive était obligée, prévue ; la constitution de la hernie s'oppose à une cure vraiment radicale. Chez les nºs 2, 6, 7, 8, la présence de l'épiploon dans la ligature du sac, une suppuration légère de la plaie, un hématome, une fistule persistante, toutes conditions qui affaiblissent la colonne cicatricielle, un refoulement du sac non détruit et une suture insuffisante du trajet, nous rendent bien compte de l'imperfection des résultats. Restent les nºs 3 et 5, où les conditions de la hernie et la simplicité des suites immédiates faisaient prévoir une guérison plus parfaite. Les récidives sont, d'ailleurs, extrêmement bénignes.

Un mot maintenant sur les 34 *cures radicales*. J'entends par là une guérison parfaite, la suppression totale et définitive de la hernie et de la moindre impulsion pouvant annoncer la récidive. J'ai rangé parmi les récidives des impulsions et des pointes insignifiantes.

Dans tous les cas où la conformation défectueuse de la paroi ne vient pas diminuer mes prétentions à la cure radicale, je défends à l'opéré de porter un bandage. Or, sur les 34, un opéré du 25 février 1888, revu deux ans plus tard, portait encore un bandage qu'il s'était prescrit lui-même, parce qu'il travaillait toujours debout et faisait des efforts, mais il n'en avait aucun besoin ; un autre, opéré en juillet 1888, nous écrit en juin 1891 qu'il est parfaitement guéri, mais qu'il croit devoir porter un bandage de précaution. Tous les autres vont et viennent sans aucun appareil contensif.

Il est intéressant de rechercher leur genre de vie et la nature de leurs travaux. J'en citerai quelques-uns au hasard, en évitant une trop longue énumération.

Un opéré d'avril 1888 continue, sans bandage, son métier de déménageur. Un tousseur emphysémateux de soixante-deux ans, qui avant l'opération ne pouvait pas marcher (mars 1888, hernie inguinale double), n'a pas aujourd'hui la moindre impulsion. Même résultat pour un homme de dix-huit ans (avril 1888), qui est « laveur aux omnibus », fait des efforts et se fatigue beaucoup ; pour un polisseur sur glaces qui porte de lourds fardeaux (février 1889) ; pour un garçon boucher de dix-huit ans (décembre 1889), aujourd'hui engagé volontaire en Tunisie ; pour une blanchisseuse de cinquante-trois ans (novembre 1889), qui « ne s'assied jamais », et qui a maintenant un prolapsus utérin complet, dont elle ne veut pas être opérée ; pour un couvreur de vingt-sept ans (novembre 1890), qui fait de grands efforts ; pour un chiffonnier de quarante-quatre ans (décembre 1890), qui tousse beaucoup, marche toute la journée et soulève des fardeaux ; pour un homme de peine de cinquante-sept ans (avril 1891), qui manie des sacs de 80 kilos, etc. Deux cas remarquables peuvent être cités à part : celui d'un bookmaker opéré le 29 août 1888 pour une hernie congénitale avec ectopie testiculaire, grossissant toujours et devenue excessivement douloureuse, aujourd'hui si bien guéri qu'il est devenu alpiniste effréné et marche indéfiniment sans fatigue ; celui d'un garçon de vingt-huit ans dont l'ambition était de se faire nommer surveillant militaire en Nouvelle-Calédonie, et qui, pour atteindre ce but, ne devait pas avoir la plus petite infirmité. Opéré en novembre 1889, il eut une guérison si complète et une plaie si bien réunie qu'il se présenta hardiment devant plusieurs conseils de revision très sévères : on examina ses régions inguinales, on explora ses anneaux, on le fit tousser, on ne s'aperçut de rien. Je l'ai revu plusieurs fois avant son départ, menant une vie active et, sur ma prescription, ne portant aucun bandage. Il est aujourd'hui en Nouvelle-Calédonie et m'écrit des lettres enthousiastes.

Sur les 34 cures radicales, il y a quelques hernies relativement faciles à guérir, mais il y a aussi plusieurs « mauvais cas », avec une masse d'épiploon, un large anneau, un ventre de hernieux ; il y a des emphysémateux et des hommes faisant un dur métier. Il est donc bien démontré qu'on peut obtenir la cure vraiment radicale des hernies acquises, dites de faiblesse, chez les prédisposés et dans des conditions défectueuses quant à la constitution de la hernie et aux causes qui en favorisent le retour. Il ne faut pas nier qu'il y ait des cas propices à la récidive, et devant lesquels un chirurgien prudent doit éviter les promesses trop absolues ; mais l'efficacité ordinaire de l'opération bien faite n'en est pas moins établie sur des bases solides. Et comme, d'autre part, elle est extrêmement bénigne entre les mains aseptiques, comme les circonstances capables d'arrêter le chirurgien, diabète grave, albuminurie, âge extrême, n'ont rien ici de spécial et sont les mêmes que pour toutes les opérations délicates, on peut aller jusqu'à dire que la cure radicale des hernies, ces réserves faites, n'a pas de contre-indication.

Un dernier mot sur le procédé opératoire. Celui qui m'a donné les résultats susdits repose sur la destruction intégrale du sac après une dissection poursuivie jusque dans l'abdomen, et l'oblitération du trajet inguinal, non seulement au niveau des piliers, mais dans toute sa hauteur, à l'aide de sutures profondes. Pour remplir ce programme, *je n'incise jamais l'aponévrose du grand oblique*, comme le font d'autres chirurgiens, mais je récline fortement le pourtour de l'anneau avec un écarteur, de manière à pénétrer bien au delà de l'orifice interne. La dissection est d'autant plus facile qu'on monte davantage ; c'est un simple décollement, que je pousse très loin, et qui me permet d'attirer assez le péritoine pour que ma ligature, une fois la section faite, remonte profondément et soit avalée, pour ainsi dire, par la cavité abdominale. Ensuite, pour oblitérer le canal inguinal, j'y introduis mon index gauche, dont la face dorsale protège le canal déférent, et je passe très largement trois ou quatre fils de gros catgut qui enserrent le trajet perpendiculairement à son axe, et le rétrécissent du haut en bas de manière à laisser juste la place des éléments du cordon. Ces fils tiennent assez longtemps, avant de se résorber, pour aider à la constitution d'une forte colonne cicatricielle.

Si je n'ai pas d'ordinaire incisé l'aponévrose (je l'ai fait une fois récemment) pour être sûr de pousser la dissection assez loin, c'est qu'il m'a semblé qu'avec du soin on pouvait arriver au même but sans ouvrir largement le trajet ; et, de plus, j'avais peur que la paroi, reconstituée par les sutures, ne manquât de solidité. C'était, je crois, une erreur, et ma pratique pourra changer. Peut-être y a-t-il des cas où l'incision est nécessaire à la dissection intégrale du sac. Mais je ne veux faire ici aucune polémique, aucun parallèle entre les procédés : je ne cherche nullement à établir la supériorité de celui qui m'a servi. Je veux seulement dire qu'il a été suffisant pour me donner une statistique d'où il ressort clairement que nous avons le droit de compter sur la guérison définitive de nos malades, et que la cure radicale des hernies mérite bien son nom.

De la gynécomastie. — M. SCHMITZ (de Versailles). L'histoire de l'hypertrophie mammaire chez l'homme est peu connue. M. Schmitz a eu l'occasion d'en observer un cas à la suite d'orchite ourlienne.

D..., soldat à Versailles, charretier de son état, ne présentant aucun antécédent pathologique, entre, le 10 mars 1891, à l'hôpital pour des oreillons, accompagnés d'orchite droite. Il sort le 30 mars et rentre de nouveau au mois de mai : on note une diminution assez prononcée du volume du testicule droit.

Le 15 juin 1891, on constate que le sein droit est gonflé. La santé générale est assez bonne. La région mammaire droite fait une saillie très appréciable ; la peau est normale, mobile sur les parties sous-jacentes. Au palper on trouve une tumeur du volume d'un œuf de poule, arrondie, régulière et rénitente. Par le mamelon s'écoule un liquide blanchâtre un peu visqueux.

Le testicule droit présente le volume d'un haricot, la sensibilité spéciale n'est pas réveillée par la pression ; le testicule gauche est en voie d'atrophie : la sensibilité persiste, mais elle est obtuse. Le malade a remarqué que, depuis sa première entrée à l'hôpital, les érections sont devenues moins fréquentes et moins fortes ; en même temps la voix a changé, elle est devenue

plus aiguë et plus faible. L'analyse du liquide qui s'écoule par le mamelon a montré qu'il y avait des cellules épithéliales en voie d'évolution, d'autres remplies de granulations graisseuses, des phosphates et des carbonates alcalins, mais pas trace de lactose, ce qui différencie absolument ce liquide de la sécrétion lactée. Le traitement consista dans le repos et la compression.

Le 15 juillet, l'écoulement a diminué, et la sensibilité à la pression a presque complètement disparu. En septembre 1891, rien d'anormal.

Il s'agissait d'un cas de gynécomastie, apanage de l'âge adulte. Villeneuve en a signalé un cas chez un homme ayant dépassé la cinquantaine ; tout le monde connaît l'histoire d'un infirmier de Saint-Louis, âgé de soixante ans et observé par J. Cloquet. Dans presque tous les cas publiés, pour ne pas dire toujours, l'hypertrophie mammaire s'accompagnait d'atrophie du testicule, comme dans les deux faits observés par M. Schmitz.

Cette coïncidence constante d'atrophie d'un organe avec l'hypertrophie d'un autre vient confirmer la loi établie par Geoffroy-Saint-Hilaire, et désignée par lui sous le nom de loi de balancement.

L'étiologie est assez obscure; M. Labbé attribue l'hypertrophie à des excitations répétées. L'origine ourlienne ou traumatique a été invoquée; mais il est un fait bien signalé par M. Duplay, c'est l'hypertrophie unilatérale secondaire après atrophie d'un testicule. M. Le Dentu a également observé la coexistence des deux lésions.

L'anatomie pathologique est peu connue; on sait cependant qu'il ne s'agit pas d'hypertrophie vraie. Ainsi, à l'autopsie de l'infirmier de J. Cloquet, on trouva une dégénérescence graisseuse; dans un autre cas, il y avait transformation fibreuse. Quoi qu'il en soit, le symptôme local est constant : il y a un développement exagéré d'une ou des deux glandes.

La sensibilité spontanée est plus grande; la sensibilité à la pression augmentée. La peau présente souvent une coloration plus foncée, une pigmentation plus grande qu'à l'état normal. Par le mamelon s'écoule parfois un liquide blanchâtre et visqueux. M. Lereboullet a proposé de donner à l'affection le nom de féminisme. Les appétits sexuels sont en général conservés, comme chez les malades de MM. Picqué, Charvot; d'autres fois diminués ou même éteints.

Le diagnostic est facile lorsque la lésion est bilatérale; il peut l'être un peu moins, lorsque l'hypertrophie est unilatérale. Le diagnostic doit être fait alors entre les différentes tumeurs du sein chez l'homme.

En général, les malades ne sont pas incommodés; mais parfois il existe une gêne appréciable. Le traitement est purement symptomatique : repos et compression ouatée. Il ne faudrait en venir à l'extirpation que si le volume devenait très considérable.

Péritonite aiguë, laparotomie. — M. JACOBS (de Bruxelles) communique l'observation d'une femme de vingt-trois ans, atteinte de péritonite aiguë généralisée et de fibrome utérin volumineux. Cette femme, multipare, très grasse, était au quinzième jour environ de sa péritonite; elle avait beaucoup de fièvre et se trouvait dans une situation fort grave. M. Jacobs proposa la laparotomie qui fut acceptée. Il trouva toute la masse intestinale recouverte d'un exsudat fibrineux, épais, qu'il enleva par le râclage. Examinant le petit bassin, il y trouva, outre la tumeur fibreuse, un kyste para-ovarien hémorrhagique qui fut rompu et donna issue à un sang noir et fétide.

La malade succomba le soir même de l'opération.

M. POZZI donne le résumé de deux observations personnelles analogues.

Dans la première, il s'agissait d'un hématosalpinx, accompagné de phénomènes graves. M. Pozzi fit la laparotomie et trouva de la péritonite avec fausses membranes; dans le petit bassin, existait une tumeur volumineuse, constituée par des anses intestinales agglutinées, distendues par des gaz et donnant absolument la sensation de fluctuation. La cavité abdominale fut nettoyée et drainée. La malade guérit.

Dans la seconde observation, il s'agissait d'une femme ayant eu autrefois des poussées de pelvi-péritonite et qui fut prise subitement de phénomènes graves de péritonisme. La laparotomie permit de constater que le petit bassin était rempli par les anses intestinales agglutinées extrêmement adhérentes; on dut les libérer par clivage. Le péritoine fut nettoyé soigneusement, drainé, et la malade guérit. M. Pozzi profite de l'occasion pour dire que ces deux cas lui paraissent démontrer la supériorité de la laparotomie sur l'hystérectomie dans le traitement de la pelvi-péritonite.

La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 16 mai 1892, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. — Tous les élèves-docteurs de la Faculté, Français ou naturalisés Français, sont admis à prendre part à ce concours. — Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 7 mai 1892 inclusivement. — Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1892; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1895.

— M. le docteur de Lalaubie (de Vichy) est chargé d'une mission à Saint-Pétersbourg, pour y poursuivre ses études sur la dilatation de l'estomac et le traitement de cette maladie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les candidats ajournés avant le 5 juin 1892 sont informés que : 1° les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 15 juin); 2° les épreuves orales seront renouvelées : à partir du 15 juin, par les candidats ayant échoué avant le 15 mai; à partir du 1er juillet, par ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 5 juin. Les candidats ajournés avant le 15 mai consigneront jusqu'au 31 mai 1892 inclusivement, dernier délai. Les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 5 juin consigneront jusqu'au 14 juin 1892 inclusivement, dernier délai. Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. les docteurs Bordas (de Bordeaux), Bret (d'Échallon), Camus et Grégoire (de Paris), G. Olive (de Marseille), Pimbet (de Ligny-le-Chatel) et Trouche (de Lesparre).

— M. le docteur Richelot commencera ses conférences de clinique chirurgicale et de gynécologie, à l'hôpital Tenon, le lundi 25 avril, à onze heures, et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Luys reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, et leur traitement par l'hypnothérapie, à l'hôpital de la Charité, le samedi 30 avril, à dix heures et demie, et les continuera tous les samedis à la même heure. — On s'inscrit chez le concierge de l'hôpital.

— La commune de Dampierre-sur-Salon, chef-lieu de canton de la Haute-Saône, demande un docteur en médecine.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

66

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

34

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Prix : 4 fr. le flacon.

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

31

SIROP RAIFORT IODÉ (A FAIT FROID)

de J. BUCI

L'IODE, combiné aux *sucs des plantes antiscorbutiques*, rend aux **enfants malades** les plus grands services pour combattre les **Glandes du cou, — Rachitisme, — Mollesse des chairs.**

Il remplace les huiles de foie de morue; outre que c'est un **fluidifiant**, c'est encore un **dépuratif énergique.**

PARIS, 19 ET 22, RUE DROUOT, PARIS. Dr J. Buci

23

(VOSGES) PLOMBIÈRES (VOSGES)

SAISON DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

Maladies du tube digestif.
Affections nerveuses et rhumatismales.
Maladies des femmes, Hydrothérapie.

Étuves romaines, Bains, Douches, Massage.

62

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

« La pepsine et la diastase, insolubles dans « l'alcool qui les précipite de leur dissolution « dans l'eau ou les y rend inactifs, ne doivent « pas être administrées dans un liquide alcoolique « (vin, élixir, etc.) » (BOUCHARDAT.)

Les **Cachets Mourrut**, mélange exactement dosé et à l'état de pureté absolue de ces deux ferments digestifs, constituent leur mode d'administration le plus actif et le plus rationnel.— 39, r. de Clichy.

101

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans **l'anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, **l'aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — **Exiger toujours la signature ci-contre.** Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

LE BROMIDIA

DANS LE DÉLIRE DE LA PNEUMONIE

Aucun médicament ne peut être comparé au **BROMIDIA** comme calmant et comme hypnotique certain. Mais c'est dans l'état typhique accompagné de délire, qu'on observe dans certaines formes de pneumonie, que j'ai surtout constaté ses bons effets. Les opiacés ne doivent pas être employés pendant cette période, afin de ne pas diminuer la force cardiaque. Il en est de même de l'aconit, de la digitale et du *veratrum viride*. Employé avec le sulfate de quinine et le carbonate d'ammoniaque, le **BROMIDIA** procure le sommeil et agit comme un puissant tonique cardiaque. Il n'y a pas dans ces cas de meilleur médicament, et MM. Battle ont rendu un véritable service à l'humanité en proposant cette préparation.

J'ai employé le **BROMIDIA** dans 15 cas de pneumonie avec les meilleurs résultats. En employant le sulfate de quinine comme antiseptique et tonique cardiaque, le carbonate d'ammoniaque comme stimulant, l'aconit comme sédatif, le lait et les œufs comme aliment, et le **BROMIDIA** contre le délire et l'insomnie, le médecin aura plus de succès en traitant la pneumonie que s'il avait employé les méthodes anciennes.

Dr JESSE E. THOMPSON.

Salem, Mo., États-Unis.

UNE BROCHURE ET ÉCHANTILLON

DE

BROMIDIA

seront envoyés franco sur demande

aux Médecins.

DÉPOT GÉNÉRAL

Pour la France et ses Colonies :

ROBERTS & Co,

PHARMACIENS-DROGUISTES

5, RUE DE LA PAIX, 5

PARIS

Prix au public : 5 francs.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

40

SOLUTION PELISSE

AU BENZOATE DE SOUDE DU BENJOIN

Recommandée dans les **Affections aiguës et chroniques** de la **GORGE** et des **VOIES RESPIRATOIRES.**

DOSAGE : Une cuillerée à soupe représente 75 centigrammes

Phie PELISSE, 4, rue de la Sorbonne, Paris.

66

EUCALYPTOL VOIRY

LE SEUL CHIMIQUEMENT PUR

Récompenses obtenues par R. VOIRY, pharmacien de 1re classe, pour ses travaux sur **l'Eucalyptol :**

Médaille d'OR, Société de pharmacie de Paris
Prix LAROZE, École supér. de pharm. de Paris.

ÉLIXIR D'EUCALYPTOL VOIRY

Adopté ds les HÔPITAUX DE LA MARINE ET DE L'ÉTAT

Médicament présentant à MM. les Médecins toute garantie de pureté. — Prescrit toujours avec SUCCÈS DANS LE TRAITEMENT DES **affections des voies respiratoires**, *Catarrhes pulmonaires, Bronchites chroniques, Tuberculoses, etc.*

5, boulev. de Courcelles Paris, et ttes phies.

77

SOLUTION DE BIPHOSPHATE DE CHAUX DES

FRÈRES MARISTES

Employée avec succès pour combattre les *scrofules*, la *débilité générale*, le *ramollissement* et la *carie des os*, les *bronchites chroniques*, les *catarrhes invétérés*, la *phtisie*, surtout aux 1er et 2e degrés.— Notice fo.— 5f le litre, 3f le 1/2 litre. *Exiger les signatures* L. ARSAC et Fre CHRYSOGONE.

DÉPOTS : Chez les Frères Maristes : à St-Paul-Trois-Châteaux (Drôme); à St-Genis-Laval (Rhône); à l'Hermitage, par St-Chamond (Loire); à Aubenas (Ardèche); à Beaucamps, près Lille (Nord); à Lacabane, par Terrasson (Dordogne); à Varennes-sur-(Allier Allier) et ds les phies. Remises par quantité.

99

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.
La boite de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . . *2 fr.*
Ph en ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envois par poste.

22

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie 49 r. de Maubeuge, et phies.

N° 48. — SAMEDI 23 AVRIL 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 23 AVRIL 1892. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.**	» — 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(SIXIÈME SESSION)

Séance du 19 avril (soir). — Présidence de M. Harrison.

PREMIÈRE QUESTION

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DES GANGRÈNES CHIRURGICALES

(Rapport par M. le professeur Jeannel.)

La première question mise à l'ordre du jour du sixième Congrès de chirurgie est intitulée : Pathogénie et Traitement des gangrènes chirurgicales. Un très regrettable concours de circonstances a fait que l'honneur de vous lire un rapport sur cette question me soit échu, je réclame toute votre indulgence.

Gangrène et putréfaction font deux. La gangrène c'est la mortification des tissus vivants ; la putréfaction c'est la fermentation putride ou septique des tissus mortifiés ou des tissus dont la vitalité est ralentie et même encore, dans certaines conditions, des tissus vivants. La gangrène peut ne pas être putride ; cela est rare, mais cela s'observe ; par exemple pour les gangrènes traumatiques, sous le pansement ouaté iodoformé, ou encore dans certaines gangrènes par oblitération vasculaire, comme MM. Gangolphe et Courmont vous en ont relaté des exemples au dernier Congrès.

En tout cas, il est de règle que la gangrène ne devienne putride que secondairement ; les tissus se mortifient d'abord, ils se putréfient ensuite. Et alors surviennent peu à peu, au fur et à mesure des progrès quelquefois de la mortification seule, le plus souvent de la putréfaction, les accidents généraux dépendant de l'infection septique microbienne ou non microbienne, c'est-à-dire la septicémie sous des formes variées.

Mais l'ordre des phénomènes peut être inverse ; parfois, c'est la putréfaction qui débute ou plutôt, c'est le vibrion septique agent de la putréfaction, ou tout autre microbe septique qui, venant à s'ensemencer dans les tissus stupéfiés par le traumatisme ou dans les tissus à vitalité médiocre et ralentie d'un blessé diathésique, y pullule à l'excès, y colonise rapidement, empoisonne de ses toxines l'organisme entier, ou simplement la région inoculée, et détermine enfin le sphacèle localisé ou général du membre où il se cultive. Parfois encore c'est la septicémie, c'est l'état infectieux général qui débute à la suite d'une inoculation par une porte d'entrée quelconque, et le moindre traumatisme, venant à frapper un tissu ou une région du malade infecté, en provoque la gangrène. Ici la septicémie, c'est-à-dire l'infection par les toxines, est établie, générale ou locale, avant la gangrène, qui n'est plus qu'un symptôme.

Il existe donc une gangrène qui septicémie et une gangrène par septicémie ou intoxication. Je vais montrer combien la pathogénie et le traitement des gangrènes se trouvent singulièrement éclairés par cette notion.

1° *Pathogénie des gangrènes.* — Il faut, dis-je, distinguer d'abord deux variétés de gangrènes : la gangrène qui septicémie et la gangrène par septicémie ou intoxication.

La gangrène qui septicémie est une lésion trophique. Le sphacèle consécutif à une ligature de l'artère principale d'un membre est la conséquence d'un arrêt de la nutrition dans la totalité du membre par défaut d'irrigation sanguine : c'est un trouble trophique ; il septicémie, soit par résorption de toxines non microbiennes pyrétogènes, produits de la mortification seule, soit par résorption des toxines microbiennes pyrétogènes et des microbes eux-mêmes résultant de la putréfaction des tissus mortifiés inoculés ; de même la gangrène consécutive aux lésions vasculaires (artério-sclérose ou phlébite), de cause constitutionnelle (syphilis, alcoolisme, diabète, phosphaturie, azoturie) ou de cause inconnue ; de même encore la gangrène consécutive aux compressions et aux ruptures vasculaires de cause traumatique ; aux lésions nerveuses pathologiques ou traumatiques ; aux traumas violents et désorganisateurs, qu'ils soient localisés ou étendus à une vaste surface ; aux gelures et aux brûlures.

Il faut encore ranger dans la classe des gangrènes trophiques les gangrènes, spontanées en apparence, consécutives à l'injection interstitielle accidentelle de certaines substances chimiques d'origine non microbienne ou microbienne. Ces substances agissent, en effet, soit en détruisant les tissus parce qu'elles sont caustiques, soit en provoquant des artérites, parce qu'elles sont irritantes. D'autres corps chimiques sont tolérés en injection interstitielle par les tissus sains, ainsi l'antipyrine : ils provoquent au contraire la gangrène des tissus dont les nerfs ou les vaisseaux sont malades. Ce sont là bien évidemment des gangrènes trophiques ; leur caractéristique est d'apparaître en dehors de toute inoculation microbienne.

De même la gangrène de l'ergotisme, quelle que soit l'obscurité de sa pathogénie, est évidemment une gangrène trophique, puisque l'ergotisme seul, sans doute par suite de la contracture des artères qu'il produit, suffit à lui donner naissance sans intervention quelconque d'un agent microbien.

L'inoculation des microbes réclame, pour être fructueuse, un terrain prédisposé. Cette prédisposition de l'organisme, qui parfois peut être naturelle, est le plus souvent acquise. L'imbibition, l'intoxication générale ou locale de l'organisme par certains poisons microbiens ou non microbiens suffit à créer cette prédisposition. Certains microbes jouissent de la puissance, soit de pénétrer et d'infecter l'organisme entier peu de temps après leur inoculation, soit de transformer en milieu de culture favorable

les tissus où ils sont inoculés en les imbibant des toxines qu'ils sécrètent; d'autres acquièrent des vertus pathogènes nouvelles lorsqu'ils trouvent à se cultiver dans les tissus d'un organisme intoxiqué par certains poisons.

Sauf le vibrion septique de Pasteur, bien étudié à ce point de vue par MM. Chauveau et Arloing, on ne connaît pas de microbe spécifique de la gangrène, mais plusieurs, et en particulier les différents microbes septiques et pyogènes, produisent la gangrène, soit dans le point et la région où ils sont inoculés, soit dans une région éloignée, par embolie, lorsqu'ils pénètrent un organisme prédisposé.

Plusieurs processus sont alors possibles :

1° Tel microbe septique très virulent, inoculé, soit en masse dans un organisme indifférent, soit à petite dose dans un organisme prédisposé, détermine d'abord une septicémie générale, dont la gangrène du membre inoculé devient le symptôme.

2° Tel autre microbe jouissant de propriétés spéciales se cultive au point d'inoculation avec une telle intensité qu'il aboutit à une gangrène locale avant d'envahir l'organisme entier.

3° Tel autre microbe plus ou moins banal, inoculé sur le membre d'un organisme intoxiqué d'avance, pullule à l'excès et aboutit à gangrener la région où il est inoculé. Ce n'est pas le microbe qui est spécialement virulent, c'est l'organisme qui est débilité et cultivable.

Toutes les gangrènes par septicémie ou intoxication, que j'appellerai par abréviation des gangrènes toxiques, rentrent dans l'un de ces trois types.

Évidemment, du reste, l'intoxication, quel qu'en soit le poison, aboutit à la gangrène par suite d'une réaction biologique spéciale du poison sur les tissus, vaisseaux ou nerfs : et la gangrène étant à l'excès un trouble de nutrition, puisque c'est le résultat de l'arrêt de la nutrition, peut être encore ici considérée comme un trouble trophique. Mais l'élément infectieux, l'intoxication générale ou locale joue ici un rôle si capital, si primordial, qu'on ne saurait méconnaître à cette classe de gangrène une entité évidente.

La gangrène dite foudroyante ou septicémie gangreneuse est le modèle des gangrènes par intoxication du premier type. Les accidents généraux éclatent d'abord peu après l'inoculation, hors de proportion avec les premières lésions locales, témoignant à l'évidence de la priorité de la septicémie générale sur les manifestations gangreneuses locales. Le membre frappé se putréfie, infecte l'organisme et enfin se gangrène, soit au niveau de l'inoculation primitive, soit en tout autre endroit proche ou éloigné dont la résistance vitale est diminuée. Partout le phlegmon septique précède la gangrène.

Mais ce n'est pas là le seul mode de gangrène par intoxication, car le microbe de la septicémie gangreneuse d'Arloing n'est pas le seul capable de provoquer la gangrène.

Les fièvres infectieuses, fièvre typhoïde, variole scarlatine, diphthérie, érysipèle, dont le virus, connu pour les unes, inconnu pour les autres, est certainement microbien, donnent naissance à des gangrènes incontestablement par intoxication. Ne s'agit-il pas alors d'une association microbienne entre le microbe de ces fièvres et le vibrion septique? c'est un problème à résoudre. L'intoxication aboutit à la gangrène en provoquant l'artérite, cela est démontré, mais le microbe n'en est pas moins la cause et la gangrène le symptôme.

La gangrène symptomatique de l'inoculation microbienne siège parfois uniquement au lieu même de l'inoculation. Inoculation, pullulation, gangrène locale, infection générale plus ou moins rapide, tel est le processus, dont la pustule maligne offre un exemple typique. Ici la gangrène résulte bien d'une infection, mais c'est d'une infection qui reste d'abord localisée et ne se généralise que pour devenir mortelle. La bactérie charbonneuse ne possède du reste pas seule le privilège de provoquer des gangrènes localisées au point d'inoculation; l'association des microbes pyogènes et septiques, la bactérie urinaire, le possèdent également et réalisent des exemples de gangrènes toxiques au deuxième type.

Mais jusqu'ici la gangrène nécessitait un microbe doué d'une virulence spéciale; cela n'est pas nécessaire pour les gangrènes toxiques du troisième type. Il suffit alors que l'organisme inoculé soit placé dans un état d'infériorité telle que ses tissus et ses humeurs réalisent un milieu de culture favorable au microbe septique ou pyogène. Ainsi agissent les différents états constitutionnels créés par l'intoxication de l'organisme, soit par un poison introduit volontairement ou accidentellement : alcoolisme, paludisme; soit par un poison fabriqué par l'organisme lui-même malade : diabète.

Je classe donc parmi les gangrènes par intoxication générale non septique, mais prédisposant à la septicémie, les gangrènes consécutives à l'alcoolisme et au diabète. Je prévois bien l'objection. Ces différents états constitutionnels, dira-t-on, déterminent des artério-scléroses et des névrites d'où résultent des gangrènes trophiques. Je n'en disconviens pas, et j'accorde des deux mains la grande puissance étiologique de ces diathèses pour la production de ces lésions vasculaires et nerveuses : mais la syphilis jouit de la même puissance. Viennois a cité dernièrement à la Société de dermatologie des exemples de grangrènes syphilitiques évidemment trophiques, et cependant elle ne possède pas, à l'égal de l'alcoolisme et du diabète en particulier, la vertu de provoquer les phlegmons septiques gangreneux que vous connaissez bien. Et du reste l'artério-sclérose et les névrites sont loin d'être démontrées dans tous les cas de grangrène palustre, alcoolique ou diabétique, et il est incontestable que l'état constitutionnel crée à lui seul la débilité des tissus d'où résulte leur susceptibilité au phlegmon septique et gangreneux.

Comme conséquence des considérations précédentes, je propose la classification pathogénique des gangrènes suivante :

- I. GANGRÈNES TROPHIQUES
  - D'origine nerveuse.
    - Par lésions pathologiques.
      - Artério-sclérose.
        - Cause inconnue.
        - Syphilis.
        - Alcoolisme.
        - Paludisme.
        - Diabète.
      - Embolies artérielles.
      - Thromboses veineuses non infectieuses.
      - Spasmes artériels de l'ergotisme.
    - Par lésions traumatiques.
      - Ruptures vasculaires.
      - Compressions vasculaires.
      - Ligatures.
  - D'origine vasculaire.
    - Par lésions pathologiques.
      - Troubles trophiques variés.
      - Ulcères.
      - Gangrène symétrique.
      - Sphacèles de décubitus.
    - Par lésions traumatiques.
      - Troubles trophiques variés.
  - Par désorganisation cellulaire consécutive
    - Aux brûlures ou gelures.
    - Aux traumas violents.
    - Aux compressions.
    - Aux injections interstitielles caustiques ou irritantes.
- II. GANGRÈNES TOXIQUES OU PAR
  - Intoxication microbienne sans état diathésique.
    - Générale.
      - Septicémie gangreneuse.
      - Gangrène des fièvres infectieuses.
    - Locale.
      - Pustule maligne.
      - Phlegmon septique.
  - Intoxication microbienne avec état diathésique.
    - Alcoolisme. Impaludisme. Diabète.
      - Générale, septicémie.
      - Locale, phlegmon septique.

De la contagion de la gangrène. — Des gangrènes trophiques restent par origine localisées à la région qui a subi le trouble ou l'arrêt de nutrition qui les ont produites; c'est un de leurs caractères essentiels. Évidemment il est parfois besoin pour les mettre en train d'une influence extérieure, violente pour les gangrènes traumatiques, insignifiante pour les gangrènes pathologiques où un refroidissement, une irritation légère, le plus superficiel traumatisme suffit à l'œuvre. Mais le point important à relever, c'est que l'inoculation microbienne ne joue aucun rôle : la gangrène est par pathogénie d'abord amicrobienne.

D'ailleurs, que la gangrène ait nécessité ou non une influence

extérieure, elle reste localisée dans la zone anatomique qui subit le trouble de nutrition quelle qu'en soit la cause.

Bref, le facteur des gangrènes trophiques n'étant pas microbien, ces gangrènes ne seront ni contagieuses ni envahissantes tant qu'elles conserveront leur virginité, c'est-à-dire tant qu'elles n'auront pas subi d'inoculation microbienne capable d'y développer la putridité.

Au contraire, les gangrènes toxiques sont putrides par origine: c'est l'inoculation microbienne qui les engendre, que le terrain organique soit ou non préparé par une diathèse à recevoir fructueusement cette inoculation : il s'ensuit qu'elles seront forcément contagieuses et envahissantes, la contagion résultant d'une nouvelle inoculation, et l'envahissement d'une pullulation du même microbe sur le même milieu de culture.

Des exemples sont ici nécessaires.

La ligature d'une artère amène la mortification d'un membre. Le membre mortifié est asepsié, mis à l'abri de toute inoculation microbienne ; la gangrène ne dépassera pas la sphère de l'artère liée ; en outre, l'amputation au-dessus de la ligature ne risquera pas plus de se compliquer de la grangrène des lambeaux qu'une amputation semblable pratiquée pour une autre cause.

Un blessé est inoculé par le microbe de la septicémie gangreneuse ; il est atteint de cette complication : blessé à la jambe par exemple, sa jambe et sa cuisse se gangrènent ; amputez la cuisse, les lambeaux se gangrènent ; bien plus, amputez un de ses doigts et le moignon sera atteint de sphacèle : c'est une gangrène par septicémie ; elle envahit tous les tissus à l'occasion du moindre trauma, de la moindre provocation. La gangrène est devenue une diathèse. En outre, dans les foyers sphacelés, le microbe se cultive et accentue sa virulence à tel point que, reporté sur un organisme prédisposé, il y créera la diathèse gangreneuse.

De l'infection par et dans la gangrène. — Les gangrènes trophiques amicrobiennes par origine ne sont pas infectieuses. MM. Gangolphe et Courmont ont bien montré que les réactions chimiques, qui se produisent au sein des tissus mortifiés, aboutissent à engender des toxines pyrogènes. Mais il y a loin de la fièvre qui s'allume dans ces conditions à la septicémie qui résulte de la putréfaction par suite de l'inoculation microbienne des tissus mortifiés.

Dans les gangrènes trophiques, le danger commence quand le foyer gangreneux devient septique. La septicémie est une complication, c'est un accident au cours d'une gangrène.

Les gangrènes par septicemie au contraire sont microbiennes par origine. Il s'agit toujours d'une inoculation microbienne qui infecte localement d'abord, puis en entier l'organisme et dont la gangrène est la manifestation ou le symptône. La gangrène peut même manquer, l'état infectieux n'en existe pas moins : un phlegmon septique ne peut pas être gangreneux : l'œdème malin n'a pas de sphacèle ; la septicémie gangreneuse peut tuer avant l'apparition du sphacèle ; il s'agit d'une gangrène symptomatique.

La virulence excessive du poison microbien suffit dans bien des cas à créer l'état infectieux d'où résultera la gangrène. Mais, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, l'organisme peut être plus ou moins disposé à subir les effets de l'inoculation. Il peut être réfractaire même au poison le plus virulent, c'est exceptionnel : il peut surtout être sensibilisé à l'inoculation de poisons peu virulents par certains états diathésiques résultant eux-mêmes d'une véritable intoxication amicrobienne, le paludisme, l'alcoolisme et le diabète. Quoi qu'il en soit, la gangrène est toujours le symptôme accidentel d'une inoculation microbienne. La virulence du microbe est ici relative, tout à l'heure elle était absolue, là est toute la différence.

Évidemment, du reste, la gangrène par septicémie une fois réalisée deviendra, quelle qu'en soit l'étendue, une nouvelle source de septicité, car elle sera putride d'emblée.

Traitement des gangrènes. — La classification pathogénique n'aurait qu'un intérêt médiocre si elle n'aboutissait pas à des conclusions thérapeutiques ; et les considérations qui précèdent étaient nécessaires pour bien déterminer la valeur de la classification que nous proposons.

Étudions d'abord le traitement des gangrènes trophiques ou des gangrènes qui septicémient. Deux cas sont à supposer : 1° la gangrène est encore aseptique ; 2° la gangrène est inoculée, elle est septique et septicémie.

1° *La gangrène est encore aseptique ou plutôt amicrobienne.* — Tous les tissus privés d'irrigation sanguine par l'oblitération vasculaire pathologique ou traumatique, ou privés d'innervation par suite de la lésion nerveuse pathologique ou traumatique ; tous les tissus, directement désorganisés par le traumatisme, sont fatalement voués à la mort, à moins qu'une irrigation sanguine supplémentaire, une innervation récurrente ne s'établissent, capables de réparer le dommage.

Mais la chirurgie ne peut qu'attendre, aider à la rigueur cette œuvre bienfaisante du rétablissement d'une circulation ou d'une innervation supplémentaire ; elle ne saurait y participer. Entre la région où l'irrigation sanguine est définitivement suspendue et celle où elle est intacte, il y a des zones limites où la circulation n'est que paresseuse et insuffisante : ce n'est pas la mort, c'est à peine la vie, c'est l'indifférence, la stupeur, la syncope locale.

En conservant artificiellement la chaleur dans cette région, en éloignant toute cause de débilité nouvelle, froissement, compression, refroidissement, jusqu'à ce que la circulation supplémentaire ait eu le temps de s'établir, le chirurgien fera œuvre utile, il limitera et restreindra la gangrène dans une certaine mesure.

Mais l'œuvre la plus importante n'est point celle-ci : la gangrène trophique est dangereuse parce qu'elle peut infecter le sang ; en outre, elle est douloureuse parce qu'elle s'accompagne de névrite, quelquefois par pathogénie, le plus souvent par complication septique.

Les indications thérapeutiques qui découlent de là sont très nettes. Il faut ou bien prévenir la septicémie, c'est-à-dire maintenir l'asepsie du foyer gangreneux ou bien supprimer le foyer gangreneux par l'amputation pour empêcher la septicité. Il faut amputer pour supprimer les douleurs résultant de la névrite.

On maintient l'asepsie d'un foyer gangreneux par des pansements énergiquement antiseptiques, en embaumant véritablement le membre gangrené. Je recommande spécialement pour cette œuvre le pansement ouaté fortement iodoformé ; sans prétendre toutefois qu'on ne puisse aboutir par d'autres moyens.

En pratiquant cet embaumement, le chirurgien peut avoir pour but, soit de laisser la gangrène se limiter et le segment de membre gangrené s'éliminer par le mécanisme que l'on sait, soit de laisser la gangrène se limiter pour hâter l'élimination du segment sphacelé par une amputation tranchée au-dessus du mort dans le vif.

Donc trois pratiques possibles en cas de gangrène amicrobienne : 1° expectation et élimination spontanée du segment gangrené ; 2° amputation tardive et économique après expectation permettant la limitation spontanée de la gangrène ; 3° amputation primitive.

L'expectation, abandonnant aux soins des forces vitales l'amputation spontanée des parties mortifiées, a pour avantage l'économie et la prudence ; mais elle procède lentement ; elle n'épargne pas au patient les vives douleurs de la névrite résultant de la mortification et de l'élimination ; elle donne le plus souvent un moignon défectueux ; elle est dangereuse, parce que l'absorption des toxines microbiennes mais pyrogènes, fabriquées par les réactions chimiques au sein des tissus mortifiés, met l'organisme en état de réceptivité morbide et surtout parce que c'est une œuvre minutieuse et difficile de prévenir l'inoculation microbienne du foyer mortifié. Et cependant c'est une méthode de nécessité lorsque l'état pathologique des vaisseaux et des nerfs d'où est né le sphacèle est d'origine constitutionnelle (alcoolisme ou diabète ou sénilité). La gangrène d'un pied, par exemple, peut n'être qu'un incident au cours d'une artério-sclérose généralisée ;

la circulation est plus ralentie à l'extrémité du membre; un refroidissement, une fatigue, comme cause occasionnelle, ont pu facilement en déterminer l'arrêt et, par conséquent, ont pu mortifier des tissus à vitalité hésitante : un trauma violent quelconque, opératoire ou accidentel, risquera d'avoir les mêmes conséquences sur tout autre point du corps dont les artères sont malades bien qu'encore suffisantes. La cicatrisation d'un trauma n'exige pas seulement, en effet, une circulation et une innervation qui suffisent à l'entretien; elle exige une circulation et une innervation qui fassent les frais d'une réparation.

L'expectation peut être encore une méthode de nécessité en cas de gangrène traumatique, et pour des raisons analogues, lorsque les limites de la région traumatisée sont peu précises, le trauma mettant à l'état de syncope passagère une zone plus ou moins large de tissu autour des régions désorganisées; ou lorsque, la totalité d'un membre étant écrasée, il ne reste plus d'étoffe pour tailler des lambeaux vivaces.

Ce peut enfin être une méthode de nécessité, lorsque le trauma frappe un diathésique déchu du privilège de supporter une opération chirurgicale quelconque.

L'amputation primitive est moins économique et parfois moins prudente; mais elle procède rapidement, elle épargne au patient des douleurs de la névrite, les dangers de la résorption des toxines amicrobiennes et surtout les dangers de la lutte contre l'inoculation microbiene et la septicémie qui s'ensuit; elle fournit enfin un moignon régulier. C'est une méthode de choix lorsque l'état pathologique des vaisseaux et des nerfs d'où est née la gangrène n'est pas d'origine constitutionnelle, bien entendu si l'étendue de la gangrène permet encore de tailler des lambeaux.

Or, tant pour les gangrènes d'origine pathologique que pour les gangrènes d'origine traumatique, il est certain que le doute subsiste longtemps sur la vitalité de certains tissus au-dessus du foyer gangrené et sur la résistance vitale de ces tissus en face du trauma opératoire résultant de l'amputation. Pour éviter la gangrène des lambeaux, je le répète, le couteau doit porter sur des tissus dont la circulation et l'innervation non pas seulement suffisent à la nutrition et à l'entretien, mais soient capables de faire les frais de l'effort réparateur.

Quel est le critérium qui permettra d'apprécier la capacité réparatrice des tissus vivants, au-dessus du segment gangrené? C'est uniquement l'activité de la circulation et l'innervation mesurée par les procédés usuels et prévue par les connaissances anatomiques: encore le chirurgien devra-t-il être sévère dans cette appréciation, ne rien livrer au hasard et se persuader que l'économie peut être dangereuse.

Il faut de l'étoffe et de l'étoffe non pas seulement vivante, mais bien vivace, pour que l'amputation primitive reste une méthode de choix; en cas contraire, l'expectation redevient une nécessité.

Entre l'expectation et l'amputation primitive vient se placer, comme méthode intermédiaire, l'amputation tardive. Mais alors, ou bien l'amputation tardive n'est qu'une régularisation d'un moignon défectueux laissé par l'élimination spontanée et elle se confond comme méthode avec l'expectation; ou bien c'est une amputation véritable au-dessus du sillon d'élimination et elle ne vaut pas l'amputation primitive. Ce peut être cependant encore une méthode de nécessité en particulier pour les gangrènes traumatiques. Le choc traumatique, la multiplicité des traumas, la débilité passagère causée par une hémorrhagie profuse, l'état moral du blessé, le doute sur les limites réelles de la gangrène, certaines circonstances de milieu, d'entourage, d'outillage peuvent faire qu'une amputation primitive soit dangereuse ou impossible : l'embaumement du membre permettra d'attendre de meilleures conditions et de préparer le succès; mais ce ne sera plus ici une amputation tardive, ce sera une amputation retardée.

En résumé, en cas de gangrène trophique non inoculée, une loi simple dicte la thérapeutique chirurgicale : l'expectation est la méthode de nécessité lorsque l'état constitutionnel du patient ou les circonstances de milieu, d'entourage et d'outillage défendent l'amputation primitive.

L'amputation retardée est une méthode de choix lorsque ont disparu les raisons qui ont nécessité l'expectation.

2° *La gangrène est inoculée.* — En d'autres termes, la putréfaction s'est emparée du foyer mortifié : la gangrène septicémie. C'est le cas habituel surtout pour les gangrènes traumatiques. Un danger réel existe ; il faut y parer. L'amputation serait évidemment ici radicale et semble plus nécessaire. Quel meilleur moyen en effet de couper court à la fois à la septicémie et à l'envahissement microbien de la gangrène que d'en tarir la source en la supprimant? Mais outre que l'amputation conserve les mêmes contre-indications que dans le cas précédent, contre-indications qui font de l'expectation une méthode de nécessité, elle devient périlleuse, d'abord, parce que l'organisme du patient est plus ou moins septicémié et par conséquent moins apte à supporter le choc du trauma opératoire; ensuite, parce que l'inoculation des lambeaux est facile au voisinage d'un foyer putride. Elle s'impose toutefois si la gangrène est envahissante et la septicémie au début.

Évidemment il y a ici une question de degré, on n'amputera pas un blessé en proie à une septicémie déjà ancienne se manifestant par un état général grave et un phlegmon septique envahissant la totalité du membre; mais on amputera un blessé récemment fiévreux, dont la gangrène putride et le phlegmon septique périgangreneux sont encore limités, bien qu'envahissants. L'expérience démontre même qu'il est possible de se permettre la hardiesse d'amputer sur les limites du phlegmon. Il s'agit ici en somme, et le problème est parfois difficile, de déterminer s'il s'agit toujours d'une gangrène qui septicémie, si la septicémie née de la putridité de la gangrène n'est pas devenue elle-même gangrenante. Un chirurgien soigneux parviendra, en effet, à se garer de l'inoculation des lambeaux d'amputation par la désinfection et le pansement préalable du segment de membre gangrené : mais si l'infection du blessé est telle que la gangrène trophique ait changé de nom et soit devenue l'occasion d'une gangrène toxique ou par septicémie, le couteau lui-même, tranchant les tissus septicémiés, réalisera les conditions d'une auto-inoculation des lambeaux qu'il taille; la récidive de la gangrène sera certaine, et la septicémie suivra son cours.

Quelle conduite tenir alors? La seule qui soit raisonnable dans les gangrènes par septicémie : débrider au thermo-cautère tous les foyers où les liquides septiques sont retenus; laver au sublimé, au chlorure de zinc, à la créosote, à la teinture d'iode, poudrer d'iodoforme et de tannin; embaumer le membre septique par un procédé quelconque; traiter l'état général.

Gangrènes toxiques. — Il n'existe pas en effet d'autre moyen de traitement des gangrènes toxiques que l'expectation et l'embaumement. L'amputation, je le sais, a été vantée; je pense que c'est à tort : non pas que je conteste les succès publiés, mais je crois que les susdits succès ont été obtenus dans des cas faussement étiquetés septicémie gangreneuse alors qu'il s'agissait de gangrènes trophiques putrides. Je ne puis retracer ici le tableau si caractéristique de la septicémie gangreneuse, en le comparant à celui de la gangrène qui septicémie; qu'il me suffise de rappeler que, pour la première, la gangrène est un symptôme, tandis que, pour la seconde, c'est la cause. Il en est, d'ailleurs, de la septicémie gangreneuse comme de la gangrène des fièvres infectieuses; l'amputation n'est utile que lorsque l'état infectieux est guéri : ce n'est plus alors un procédé de thérapeutique chirurgicale, c'est une méthode de chirurgie réparatrice.

Il n'en est pas de même lorsque l'inoculation septique qui gangrène évolue localement : l'embaumement et les traitements antiseptiques seront toujours préférables à l'amputation; mais le cas peut se présenter, où celle-ci reste le seul moyen de prévenir l'infection générale. Vain espoir, il est vrai, le plus souvent, en cas de pustule maligne, car l'absorption de la bactérie charbon-

neuse est précoce ; pratique nécessaire pour certains phlegmons septiques très virulents et très destructeurs.

Mais il en est bien de même, ne s'agirait-il que d'un phlegmon septique plus ou moins limité, lorsque l'inoculation microbienne gangrenante s'est faite sur un diathésique. Alors, en effet, que les traumatismes opératoires quelconques sont une source avérée de complications graves et en particulier de sphacèles, pour les alcooliques et les diabétiques, on ne voit pas pourquoi ni comment ces traumatismes seraient plus légitimes et plus bénins, en cas de gangrènes alcooliques et diabétiques compliquées de putridité. Kœnig, on le sait, a soutenu la thèse contraire et prôné l'amputation pour les gangrènes diabétiques putrides ou d'origine microbienne ; sous prétexte que le processus gangreneux lui-même entretenait et augmentait la glycosurie d'où il résultait. Mais les deux observations citées par ce chirurgien sont bien extraordinaires et d'ailleurs peu concluantes, les malades étant de bien petits diabétiques ; et, d'autre part, bien nombreux sont les cas où des tentatives de cure chirurgicale de gangrènes diabétiques putrides ont misérablement échoué. Pourquoi au surplus courir un tel risque, lorsque l'embaumement, sous un pansement ouaté, donne de si merveilleux résultats, comme j'ai pu moi-même récemment en acquérir la preuve.

De ce rapport trop écourté sur un sujet trop vaste, je tirerai les conclusions suivantes :

1° Les gangrènes chirurgicales doivent être divisées en deux grandes classes : les gangrènes trophiques qui peuvent septicémier, et les gangrènes toxiques ou par septicémie ;

2° Les gangrènes trophiques non inoculées, quelle qu'en soit l'origine pathologique ou traumatique, ne sont ni contagieuses, ni envahissantes, ni infectieuses ; les gangrènes trophiques inoculées et les gangrènes toxiques sont contagieuses, envahissantes et infectieuses ;

3° Pour les gangrènes trophiques non inoculées, l'expectation avec embaumement du membre suivie ou non d'amputation tardive ou retardée est une méthode de nécessité ; l'amputation primitive est une méthode de choix ;

4° Pour les gangrènes trophiques inoculées, l'expectation avec embaumement du membre suivie ou non d'amputation tardive ou retardée peut être une méthode de nécessité ; l'amputation primitive s'impose, sauf contre-indication constitutionnelle, si la gangrène est envahissante ;

5° Pour les gangrènes toxiques, l'expectation et l'embaumement suivis ou non de l'amputation tardive est la méthode de nécessité ou de choix ; l'amputation primitive est un procédé d'exception.

DISCUSSION

M. BERTHOMIER (de Clermont-Ferrand) rapporte l'observation d'un homme âgé de trente-six ans, chez lequel une plaie du creux poplité par instrument tranchant avait intéressé tous les organes de la région, plus la veine saphène interne.

Ligature de la fémorale au sommet du triangle de Scarpa.

État satisfaisant pendant trois jours.

Au troisième jour, gangrène foudroyante par insuffisance de la circulation veineuse. État général des plus graves pendant huit jours : Temp. axil. 41 degrés ; pouls, 150 ; délire.

La famille du blessé refusa obstinément toute intervention.

Momification absolue de la jambe et du tiers inférieur de la cuisse au moyen d'ouate hydrophile imbibée de solutions : sublimé et acide phénique.

Amputation de cuisse, soixante-dix-sept jours après l'accident. Guérison.

Conclusions. — 1° En présence de symptômes généraux aussi graves, il est préférable de recourir à la momification des parties sphacelées et d'attendre pour l'intervention définitive.

2° Pour prévenir, pendant la momification, l'accumulation des gaz et la distension des parties (ce qui s'est produit chez notre malade), faire, avec le thermo-cautère, immédiatement au-dessous de la limite du sphacèle, des incisions profondes, parallèles à l'axe du membre.

3° Pour l'hémostase, au moment de l'intervention définitive, recourir à la torsion plutôt qu'à la ligature, en raison de la friabilité extrême des parois des vaisseaux.

M. GÉRARD-MARCHANT (de Paris) a observé un cas de gangrène septicémique consécutive à une morsure de cheval.

Le fait est intéressant, non seulement au point de vue clinique, mais encore et surtout parce qu'il y a eu un examen bactériologique.

Le 15 mars 1892, est entré à l'hôpital Laënnec, un homme atteint de plaie contuse de l'avant-bras droit par morsure de cheval. L'interne de garde fit de larges lavages au sublimé et appliqua un pansement iodoformé.

Le lendemain M. Gérard-Marchant constata un gonflement énorme de l'avant-bras ; il existait plusieurs petites plaies produites par les dents du cheval. Par ces plaies des lambeaux musculaires faisaient hernie ; il y avait aussi fracture esquilleuse de l'avant-bras. La circulation et la sensibilité étaient conservées, on sentait au poignet battre la radiale et la cubitale. On ne pratiqua pas d'amputation, mais on fit de larges irrigations au sublimé. Malgré cela, la température était de 39 degrés le soir.

Le troisième jour, on aperçut des plaques et des traînées bronzées de lymphangite : larges incisions, abondants lavages au sublimé, pulvérisations phéniquées, préconisées par M. le professeur Verneuil. Dans la soirée, au niveau des petites plaies apparurent des plaques de sphacèle ; il y avait de l'emphysème et un écoulement de sérosité roussâtre.

Le quatrième jour, au matin, température 36°4, pouls petit, très rapide (150), dyspnée. On porte, en présence de ces phénomènes, le diagnostic de gangrène septicémique foudroyante. Espérant encore sauver le membre, M. Gérard-Marchant n'ampute pas ; mais, le soir, revient voir le malade. A quatre heures du soir, le pouls est toujours très rapide, l'emphysème gagne le bras, le facies est terreux. On pratique immédiatement l'amputation du bras, sans chloroforme, qui d'ailleurs n'était pas nécessaire, la section des parties molles ne provoqua aucune douleur.

Il n'y eut pas non plus d'hémorrhagie, le sang coulait en bavant par l'artère humérale. Pas de réunion, sauf un point profond au milieu de la plaie et très peu serré. Des points serrés furent ensuite placés en vue d'une réunion secondaire.

Le lendemain, au grand étonnement de M. Gérard-Marchant, il y avait une amélioration sensible. Le cinquième jour après l'amputation, il existait une fusée purulente le long des vaisseaux, on la draina et lava. Rapidement l'état général s'améliora et le dixième jour après l'opération, on fit la suture secondaire avec plein succès. Aujourd'hui la guérison est complète.

Le liquide recueilli au niveau des plaies a été examiné, dans le laboratoire de M. le professeur Straus, par M. Veillon, et voici le résultat de cet examen bactériologique.

Dans le liquide pris au lieu de l'amputation, on ne trouve que le streptococcus pyogenes ; dans le liquide pris au niveau de la plaie primitive, on trouve le streptocoque pyogène, associé au vibrion septique de Pasteur.

De cet examen il résulte qu'on se trouvait en présence d'une infection mixte : dans la première période, il y avait seulement septicémie par streptocoque, dans la seconde période, un streptocoque était venu s'associer : le vibrion septique, et dès lors la septicémie avait pris une allure foudroyante, avec les symptômes constatés le quatrième jour et ayant décidé l'intervention.

M. Gérard-Marchant se reproche deux fautes chirurgicales. La première est de n'avoir pas, dès le premier jour, ouvert largement le foyer pour l'antiseptiser, de s'être laissé entraîner à juger de l'état des parties profondes, par l'aspect relativement bon des couches superficielles. Il aurait fallu ouvrir le foyer de la fracture, enlever les esquilles, laver largement toutes les anfractuosités et laisser la plaie ouverte. Cette première faute, M. Gérard-Marchant ne l'a pas commise dans un cas récent absolument

semblable à celui qu'il communique au Congrès : de larges débridements arrêtèrent les phénomènes septicémiques.

La deuxième faute consiste dans le retard mis à amputer. Mais on est, depuis plusieurs années, si habitué à ne plus voir d'accidents, que M. Gérard-Marchant n'avait pas pensé à la possibilité d'une gangrène gazeuse et qu'en présence de la lymphangite bronzée, il avait espéré combattre victorieusement les accidents, en conservant toutefois le membre.

M. Gérard-Marchant termine en disant que sa communication a simplement pour but d'attirer l'attention sur des phénomènes graves, devenus très rares aujourd'hui, et sur l'association microbienne qui leur a donné naissance.

M. VERNEUIL regrette que le nombre d'orateurs inscrits sur la question à l'ordre du jour soit si faible. Et cependant peu de questions sont aussi obscures que celle de la pathogénie des gangrènes chirurgicales. Les auteurs anciens, les auteurs classiques en disent peu de chose et d'ailleurs le passé est insuffisant, il est suranné. M. Verneuil espère que la qualité des orateurs rachètera leur faible quantité.

Il dit ensuite que le fait de M. Gérard-Marchant présente une importance majeure, car il servira à établir la spécificité et le danger des morsures de cheval. Dans un récent mémoire sur les associations microbiennes, l'orateur a montré que la gravité des morsures de cheval tenait à la présence simultanée, dans la salive de l'animal, des deux microbes de la septicémie gangreneuse et du tétanos. En écoutant la communication précédente, M. Verneuil avait dit à M. Pozzi, qu'il devait y avoir eu inoculation du vibrion septique de Pasteur et cette prévision vient d'être confirmée par le résultat de l'examen bactériologique.

Certes les plaies produites par le passage d'une roue de voiture, ou dans un accident de chemin de fer, sont graves ; mais jamais autant que les plaies contuses par morsure de cheval. Ce fait, de la plus grande gravité à la suite de morsure, est connu depuis longtemps, mais était resté inexpliqué. Depuis que l'orateur a montré l'association à peu près constante du vibrion septique et du microbe du tétanos dans la salive du cheval, l'explication est devenue très simple. Le fait de M. Gérard-Marchant vient confirmer l'exactitude des prévisions.

Aussi dès qu'on observe une morsure de cheval, il faut s'attendre à l'existence de deux inoculations, celle de la septicémie et celle du tétanos.

Les plaies doivent être soigneusement et largement désinfectées ; au moindre accident, il faut amputer. Ici se pose une question de technique. Faut-il réunir les moignons, lorsqu'on ampute pour une gangrène ?

La réunion est une très mauvaise pratique ; il vaut mieux laisser les plaies ouvertes. M. Villar (de Bordeaux), M. Ricard (de Paris), opérant des malades pour des gangrènes à récidive, se sont très bien trouvés de l'absence de réunion. Chez ces malades, en effet, peu importe qu'ils guérissent en huit jours ou en un mois, pourvu qu'ils guérissent, sans être exposés à la gangrène du moignon.

Puisqu'on a parlé d'embaumement des membres, l'orateur préconise le procédé qu'il emploie depuis longtemps avec un succès constant et qui consiste dans les pulvérisations phéniquées.

M. LEPRÉVOST (du Havre) dépose sur le bureau du Congrès un mémoire relatif à trois cas de gangrène survenue après la résection du sacro-coccyx, selon la méthode de Krashe. Voici, très sommairement résumés, les faits qui servent de base aux conclusions de ce travail.

Au commencement de l'année dernière, dit M. Leprévost, j'ai opéré une femme de cinquante ans, atteinte d'un syphilome anorectal. Les lésions remontant très haut, il fallut faire préalablement la résection du coccyx et de la pointe du sacrum et terminer l'opération par la création d'un anus sacré. Trois jours après l'intervention, le bout intestinal et les lèvres de la plaie coccygienne s'étaient sphacelés dans une petite étendue. Cette complication n'empêcha pas la malade de guérir, mais elle retarda singulièrement la cicatrisation de la plaie.

Chez un second malade opéré de la même façon, pour un cancer de l'anus et du rectum, il survint non seulement de la gangrène des lèvres de la plaie, mais encore des escharres nombreuses et profondes, au niveau des fesses, du sacrum et des grands trochanters. Ces troubles trophiques apparurent dès le troisième jour après l'opération et évoluèrent avec une rapidité extrême. Le malade mourut, le seizième jour, d'une pneumonie gauche vraisemblablement occasionnée par une embolie septique partie des escharres.

Attribuant les accidents constatés dans la région sacrée, au décubitus dorsal post-opératoire, je mis tout en œuvre, chez un troisième malade entré peu de temps après dans mon service pour un épithélioma de la paroi antérieure du rectum, afin d'empêcher le retour de cette fâcheuse complication. Intentionnellement, je bornai la brèche osseuse à la seule résection du coccyx et fis maintenir le malade dans le décubitus latéral. Malgré les précautions prises, l'interne du service constatait, dès le lendemain de l'opération, au pourtour de l'extrémité supérieure de la plaie inter-fessière, un petit groupe de phlyctènes et une plaque de sphacèle, symétriquement disposée à droite et à gauche de l'incision, mais heureusement très circonscrite, se produisait en ce même point. Malgré cet incident, la cicatrisation, retardée jusqu'à la chute de l'escharre, est aujourd'hui à peu près complète.

Craignant d'être victime d'une fâcheuse série, j'ai recherché dans les observations publiées, si des faits analogues avaient été déjà signalés. A côté des réunions par première intention, signalées sans commentaires, j'ai relevé souvent des retards dans la cicatrisation, ou des fistules persistantes ; la gangrène aussi est notée plusieurs fois. Bardenheucher et M. Schwartz ont vu survenir de la gangrène de l'intestin. Bœckel, également cité par MM. Aubert et Terrier, a, de son côté, observé l'apparition d'escharres fessières et trochantériennes.

Pour expliquer ces troubles trophiques, on incrimine l'état de maigreur du sujet, ses habitudes alcooliques, ou encore une asepsie opératoire insuffisante, ou le décubitus dorsal. Mais ces raisons, par leur diversité même, ne sauraient rendre compte des désordres qui se font remarquer, dans tous les cas, par un cachet spécial d'uniformité, sinon d'identité.

Par la soudaineté de leur apparition, la rapidité avec laquelle elles évoluent, leur localisation même, ces lésions rappellent singulièrement les troubles trophiques d'*origine spinale*, désignés par Samuel sous le nom de « décubitus acutus », et que tous les chirurgiens ont observés à la suite des traumatismes de la colonne vertébrale. Les statistiques d'Ashurst, citées par M. Charcot, montrent que les lésions trophiques s'observent d'autant plus souvent que le trauma porte sur une région plus inférieure du rachis. Elles seraient fréquentes à la suite des fractures de la colonne lombaire. Les faits que j'ai rapportés semblent témoigner que les traumatismes de la queue de cheval peuvent aussi leur donner naissance et que la section chirurgicale du canal sacré peut aussi leur donner naissance et que, par conséquent, la résection de la pointe du sacrum peut être moins indifférente et moins bénigne qu'on ne l'a écrit.

Les gangrènes limitées à la région coccygienne, que l'on observe à la suite des résections de l'os coccyx seul, peuvent aussi trouver leur explication dans ce fait que la sixième paire sacrée qui fournit à la peau de cette région, passant en même temps que la cinquième, dans l'échancrure que forment par leur réunion les cornes du sacrum et celles du coccyx, se trouve presque fatalement intéressée dans la résection de ce dernier os.

Il n'est donc pas inadmissible que les troubles trophiques de cette région (gangrène, érythème tenace, cicatrisation retardante, etc.) soient la conséquence d'une lésion irritative de ces branches nerveuses, dont la section n'est peut-être pas toujours très régulièrement faite. Or, si la section ou l'excision d'un nerf ne compromet pas immédiatement la vitalité des tissus auxquels il se rend, il n'en est pas de même de toutes les causes capables de déterminer, dans le tissu nerveux, un processus irritatif; c'est

ainsi que la contusion, la commotion ou la division incomplète des nerfs ont souvent, pour conséquence, l'apparition rapide et parfois foudroyante de l'atrophie musculaire ou des troubles trophiques de la peau.

Il importe donc, et c'est là la conclusion pratique de ce travail, chaque fois que la résection du sacro-coccyx s'imposera, de déterminer d'avance, d'une façon aussi précise que possible, l'étendue du squelette qu'il sera nécessaire de sacrifier, afin d'éviter les agrandissements successifs de la brèche osseuse qui favorisent les sections incomplètes, les hachures du tissu nerveux.

On préférera, ainsi que l'a déjà recommandé M. Terrier, les incisions simples et uniques aux incisions compliquées en L ou en H, qui, plus que d'autres, favorisent le sphacèle des téguments.

Enfin, après l'opération, le malade sera placé dans le décubitus latéral, il serait même indiqué de disposer le matelas de telle sorte que les parties molles du bassin ne subissent aucune pression prolongée.

M. CAMPENON (de Paris) dit que, depuis qu'il est chirurgien des hôpitaux, c'est-à-dire depuis dix ans, il a vu douze cas de septicémie gazeuse, éclatant quelquefois immédiatement après l'accident. Au point de vue symptomatique, les malades ont tous présenté le même ensemble : gonflement pâle d'abord, puis plaques foncées, enfin teinte générale bronzée; développement rapide de gaz, dont la présence est dénotée par la sonorité, tant au niveau de l'endroit traumatisé qu'à une assez grande distance.

Les symptômes généraux sont variables, plus ou moins intenses, suivant les individus. Mais l'étude de la température est intéressante, car elle subit une élévation constante typique. D'après la marche de la température, l'orateur distingue deux formes de septicémie gangreneuse : dans la forme dite suraiguë, la température atteint 40 degrés en deux jours et se maintient, matin et soir, sans rémissions; dans la forme aiguë, la température monte à 39 degrés, au bout de trois ou quatre jours.

Au point de vue étiologique, l'âge n'a pas d'importance, pas plus que le sexe; l'homme y est plus exposé que la femme, étant donné la nature de leurs travaux respectifs. Mais il est une condition sur laquelle l'orateur insiste : c'est que, sur 12 cas, 11 fois la plaie a été en contact avec les poussières du sol.

Dans le douzième cas, il s'agissait d'un imprimeur qui avait eu la main broyée dans un engrenage.

Un autre facteur important consiste dans l'attrition [du squelette : ainsi, 10 fois sur 12 cas, il y eut des lésions osseuses, 2 fois seulement il n'y avait pas de lésion osseuse. Les cas les plus graves suivirent le broiement sous-cutané du coude ou du creux poplité.

Chez la majorité des blessés, il n'y avait pas de diathèse antérieure. Dans deux cas seulement, il existait une propathie : chez une femme, marchande des quatre-saisons, très alcoolique, il y avait une cirrhose. Le second malade était un malheureux pharmacien, venu à Paris pour l'Exposition de 1889 et qui se fractura la jambe à la gare Montparnasse. Il y avait une énorme plaie et le fragment supérieur avait touché le sol; le blessé était diabétique.

L'examen bactériologique n'a pu être fait dans tous les cas; les nécessités de la vie errante que mène le chirurgien du Bureau central sont presque incompatibles avec les nécessités des recherches suivies. La recherche des microbes n'a été faite que dans 4 cas, 3 fois on a trouvé le vibrion septique, il n'existait pas dans le quatrième cas (broiement par un engrenage).

Au point de vue thérapeutique, M. Campenon divise ses 12 cas en deux groupes : le premier contient 3 cas et comprend les gangrènes du membre supérieur; le deuxième groupe contient les 9 autres cas et comprend les gangrènes du membre inférieur.

Les 3 cas du premier groupe ont tous guéri : l'un a été traité par l'amputation immédiate, les 2 autres ont donné lieu à des amputations retardées. Les moignons furent laissés béants et pansés à plat. C'est au défaut de réunion que M. Campenon attribue les deux guérisons, malgré le mauvais état des parties que dut diviser le couteau.

Ainsi, pour le membre supérieur, 3 guérisons sur 3 cas.

Quant aux 9 cas de gangrène du membre inférieur, ils doivent être divisés en deux séries. Dans la première, comprenant 4 cas, il s'agissait de la forme aiguë : expectation absolue dans les 4 cas, lavages de la plaie; il y eut 1 mort vers le vingtième jour, par ictère grave; 1 cas reste douteux, la malade ayant quitté l'hôpital quelques jours après son entrée. Il reste 2 cas de guérison sans autre intervention que l'antisepsie.

Dans la seconde série, comprenant 5 cas, on avait affaire à la forme suraiguë. L'amputation fut retardée jusqu'au troisième jour : il y eut 4 morts. Un malade opéré le troisième jour, dès que la température eut atteint 40 degrés, a lutté contre la mort pendant vingt jours, mais finit par succomber. A l'autopsie, on trouva des lésions généralisées de septicémie; il y avait eu de l'albuminurie, de la pneumonie, de l'embolie cérébrale, de l'endocardite ulcéreuse.

Un seul malade a guéri par l'amputation immédiate, mais son moignon a suppuré.

De ces faits, M. Campenon conclut :

1° Au point de vue pathogénique, les poussières du sol jouent un très grand rôle;

2° Au point de vue thérapeutique : dans la forme lente, on peut tenter la conservation; dans la forme suraiguë, il faut amputer immédiatement.

M. REYNIER (de Paris) attire l'attention sur les gangrènes trophiques, qu'on a laissées un peu dans l'ombre. Il évalue à 80 p. 100 les cas, où l'on peut trouver l'influence du système nerveux sur la production des gangrènes; de ses expériences nombreuses sur les animaux, il résulte que les sections nerveuses prédisposent singulièrement à la gangrène.

L'influence de l'alcoolisme, du diabète, de la syphilis sur la production des gangrènes, n'est pas directe, ces affections provoquent la mortification, au moins dans la majorité des cas, grâce aux lésions du système nerveux.

M. Reynier cite l'exemple suivant : un malade, diabétique, se pique le pied avec une épingle; quelques heures après, il y a de la douleur, de la rougeur, du gonflement. Au bout de douze heures apparaît une plaque de sphacèle au niveau de la piqûre; au bout de vingt-quatre heures, M. Reynier voit le malade, il y a déjà du sphacèle de tout le pied; au bout de quarante-huit heures apparurent des plaques de sphacèle sur les membres supérieurs et le troisième jour la mort survint. Ce malade avait été examiné le premier jour par un médecin de la ville qui avait constaté l'absence des réflexes.

Bon nombre de gangrènes septiques sont favorisées par un état pathologique du système nerveux. Mais les gangrènes aseptiques mêmes se font beaucoup plus facilement sur des individus dont le système nerveux est en mauvais état, que sur ceux dont ce système est sain; chez ceux-là également la gangrène est plus grave et plus rapide.

M. RICARD (de Paris). La classification pathogénique des gangrènes, telle que l'a présentée M. Jeannel, dans son remarquable rapport, paraît incomplète en quelques points. M. Jeannel divise, en effet, les gangrènes en deux classes : les gangrènes trophiques et les gangrènes toxiques. Or, il est toute une catégorie intermédiaire de gangrènes qui paraissent laissées de côté dans la classification de M. Jeannel. Ce sont de certaines gangrènes *mixtes*, nécessitant, pour se produire, un traumatisme et une infection septique.

Voici d'ailleurs un fait que peut servir d'exemple : une jeune fille, renversée par un tramway, a le pied gauche écrasé par les roues et la cuisse violemment contusionnée par les sabots d'un cheval. La blessée est portée à l'hôpital et y est pansée avec tous les soins nécessaires. Un mois après, le pied était en bonne voie de cicatrisation; mais la malade portait encore à la face externe de la cuisse un vaste épanchement traumatique de sérosité. Elle quitte l'hôpital. Or, deux jours après son arrivée chez elle, pro-

bablement à la suite d'un pansement défectueux sur le pied, survient une lymphangite très légère du dos du pied et, *immédiatement*, apparaît sur la cuisse, loin du foyer infecté, une plaque de sphacèle, reproduisant exactement la forme du fer à cheval, qui avait, un mois auparavant, primitivement traumatisé la cuisse.

Or, dans ce cas, cette gangrène, survenant un mois après le traumatisme, est-elle une gangrène purement traumatique? Cette gangrène, qui se localise sur un point traumatisé, est-elle une gangrène purement septique? M. Ricard ne le croit pas.

Le traumatisme avait diminué la vitalité des tissus, l'infection est venue achever l'œuvre que le traumatisme avait commencée. Il a donc fallu, dans ce cas, pour produire la gangrène, l'intervention de deux facteurs : traumatisme et infection.

Cette observation paraît expliquer la pathogénie d'un grand nombre de gangrènes chirurgicales.

Bien des traumatismes chirurgicaux diminuent, en effet, la vitalité des tissus, sans amener la gangrène. Presque toutes les greffes de tissus vivants, qu'elles se fassent par libération absolue de la partie à greffer, ou qu'un pédicule soit conservé, ont toujours une vitalité fort affaiblie. Que cette greffe soit maintenue aseptique, elle a des chances de vivre et de se réunir; mais qu'elle soit attaquée par l'infection, elle périra souvent et se gangrènera. C'est là l'explication de bien des gangrènes, autrefois observées : traumatisme opératoire et infection combinés.

M. Ricard demande donc une place dans la classification pathogénique des gangrènes pour ces gangrènes *mixtes*, ayant besoin pour se produire de deux facteurs : l'un, le traumatisme, que le chirurgien ne peut éviter; l'autre, l'infection, contre laquelle il est aujourd'hui suffisamment armé.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Gangrène compliquant le pied-bot varus équin; tarsectomie. — M. VASLIN (d'Angers) cite quelques observations personnelles de pied-bot, présentant des plaques de gangrène aux points de pression maxima.

Il décrit deux opérations de tarsectomie, faites dans ces circonstances, et montre les photographies des résultats, tous deux excellents.

Énorme spina bifida guéri par l'extirpation. — M. PONCET (de Lyon) montre une photographie et un dessin, représentant un enfant de vingt mois, qui portait au niveau du sacrum une tumeur congénitale. Cette tumeur augmenta peu à peu et descendait enfin jusqu'au creux poplité, lorsque M. le professeur Poncet fut consulté. La mère raconta qu'un médecin avait fait une ponction et retiré un liquide clair. La poche s'était affaissée, mais n'avait pas complètement disparu. Jamais il n'y a eu de troubles de la motilité, la santé générale est excellente.

Au moment où M. Poncet la vit, la tumeur sessile présentait une large base étendue des crêtes iliaques au coccyx. La poche molle, fluctuante, ne présentait pas de transparence, car le contenu devait être un liquide hydro-hématique. La compression ne provoquait aucun trouble, aucune douleur; la tumeur n'était pas réductible. La peau était amincie, surtout à la partie inférieure, par suite des pressions subies dans la station assise. M. Poncet diagnostiqua un spina bifida ne communiquant plus avec le canal vertébral et proposa l'extirpation, opération aujourd'hui inoffensive et qui doit être substituée à tous les autres modes de traitement.

Une longue incision postérieure donna issue à 2 litres du liquide hématique. La poche, très amincie à sa partie inférieure, était épaisse et adhérente à sa partie supérieure. A ce niveau existait un trou sur la face postérieure du sacrum, trou dans lequel le stylet ne pénétrait qu'à une faible profondeur.

La poche fut décortiquée partout, sauf au niveau du sacrum. L'orifice fut avivé et suturé au moyen de 4 points de catgut. On fit ensuite quelques points profonds et cutanés avec des fils métalliques.

Malgré le voisinage de l'anus et des organes génitaux, la plaie guérit très bien et l'enfant se porte actuellement à merveille.

La séance est levée.

Séance du 20 avril (matin). — Présidence de M. Cecci (de Gênes).

COMMUNICATIONS DIVERSES

Taille sus-pubienne. — M. BOIS (d'Aurillac). Dans l'espace d'un certain nombre d'années, j'ai eu l'occasion de pratiquer sept ou huit opérations de taille sus-pubienne. La première date de plus de vingt ans, c'est-à-dire d'une époque où cette opération n'était pas encore en honneur. Elle fut faite comme opération de nécessité chez un vieux coxalgique dont la cuisse était ankylosée de telle façon que le périnée était inabordable, et les manœuvres de la lithotritie impossibles. Le résultat fut excellent.

Encouragé par ce début, j'ai, depuis lors, traité tous mes calculeux d'après cette méthode. Tous les autres étaient des sujets jeunes. Tous ont guéri dans l'espace de quelques semaines (trois au minimum).

J'ai employé successivement à peu près tous les modes de pansement consécutif usités, drainage de la vessie par la plaie, sonde à demeure, et même suture de la vessie, mes opérés sont tous guéris grâce à ces moyens ou peut-être quelquefois malgré eux. Je ne crois pas, jusqu'à nouvel ordre, pouvoir recommander la suture de la vessie. L'impression générale qui est résultée pour moi de ces faits, c'est que le meilleur mode de pansement est de n'en pas faire ou à peu près. Une simple feuille de gaze iodoformée au-devant de la plaie, une sonde à demeure lorsqu'elle est bien supportée, sonde de caoutchouc rouge pour les hommes, sonde de Sims pour les femmes; dans le cas où la sonde n'est pas supportée, libre écoulement de l'urine par la plaie dépourvue de tout drain, telle est la pratique à laquelle je donne la préférence. Je n'ai jamais eu aucune menace d'infiltration urineuse.

Cette manière de faire est à la portée des chirurgiens même peu expérimentés. On ne saurait en dire autant de la lithotritie. C'est là un grand mérite à l'actif de la taille sus-pubienne et la raison de la préférence qui lui a été donnée.

Je n'ai eu, en faisant cette communication, d'autre prétention que de signaler une série de faits, et d'en dégager la signification pratique.

Traitement des kystes hydatiques par l'incision ou les injections de sublimé. — M. BOUILLY (de Paris). Les méthodes modernes de traitement des kystes hydatiques : *incisions* et *injections de sublimé*, s'adressent à des cas distincts et qu'il est important de séparer en clinique.

A l'incision appartiennent : 1° les kystes hydatiques contenant de nombreuses hydatides filles; 2° les kystes multiples disséminés dans le même organe, comme le foie ou l'épiploon; 3° les kystes suppurés, soit spontanément, soit après une courte intervention.

L'injection de sublimé s'adresse particulièrement aux kystes simples, uniloculaires, contenant le liquide clair caractéristique ordinaire et vierges de tout traitement antérieur. Dans ces conditions, il donne les meilleurs résultats, quelle que puisse être la quantité du liquide, fût-elle même de plusieurs litres, comme je l'ai observé dans un certain nombre de cas.

Dans la pratique, ces indications ne peuvent donc être utilement remplies qu'après l'établissement d'un diagnostic exact permettant d'affirmer les conditions favorables à l'une ou l'autre méthode. On reconnaît assez facilement un kyste simple, uniloculaire, à sa grande tension, à la régularité de la collection, à sa fluctuation facilement perçue, quel que soit le point examiné; à l'absence du frémissement hydatique. Enfin, la ponction évacuatrice — premier temps du traitement par l'injection de sublimé telle que je la pratique aujourd'hui — ne peut laisser subsister de doute; fréquemment, elle ne donne rien ou ne

fournit qu'une quantité de liquide insignifiante, hors de proportion avec le volume de la tuméfaction, s'il s'agit d'un kyste contenant des hydatides multiples; au contraire, elle vide complètement et fait disparaître en totalité la tuméfaction préexistante, si la poche est simple et uniloculaire.

C'est en me fondant sur ces données que j'ai traité par l'incision ou par l'injection de sublimé les cas divers auxquels l'une ou l'autre méthode devait s'adresser et dont je donnerai le résumé en quelques mots.

1° *Cas traités par l'incision.* — Ces cas sont au nombre de cinq, sur lesquels je passerai rapidement, la technique opératoire et les résultats de la laparotomie pour kystes hydatiques étant aujourd'hui bien connus. Quatre cas ont guéri d'une manière définitive et sans aucune apparence de récidive; une malade a succombé. Il s'agissait d'un cas opéré *in extremis*, dans lequel toute intervention ne pouvait donner qu'un insuccès.

Sur les quatre autres faits, trois fois j'ai eu affaire à des kystes contenant une grande quantité d'hydatides filles variant de deux litres à cinq et même six litres: une fois, il s'agissait d'un kyste uniloculaire contenant quatre litres et demi de liquide et traité sans succès quelque temps auparavant par le lavage au sublimé.

Trois fois j'ai pratiqué la laparotomie médiane; une fois, j'ai fait une incision latérale sur le point le plus saillant de la tuméfaction. Dans tous les cas, la poche kystique n'a pu être extirpée en totalité et je l'ai suturée en collerette à la paroi abdominale, après résection plus ou moins étendue de la paroi kystique. Il est bon de faire remarquer, en passant, que cette suture n'est pas toujours facile à réaliser, le tissu pathologique se déchirant et se coupant avec la plus grande facilité sous l'action de l'aiguille ou du fil. La cicatrisation définitive a été complète en deux mois, deux mois et demi, trois mois et demi et quatre mois.

Une fois, dès le lendemain de l'opération, la bile coulait en abondance par la plaie; l'écoulement bilieux, très abondant dans les premiers temps, diminua peu à peu avec les progrès du bourgeonnement et de la cicatrisation, qui fut définitive au bout de trois mois et demi.

Dans un autre cas, à la fin de l'opération, la face, les seins et les cuisses de la malade étaient couverts d'une éruption d'urticaire qui disparut dans les vingt-quatre heures.

2° *Cas traités par l'injection de sublimé.* — J'ai traité de cette façon dix cas de kystes hydatiques et j'ai obtenu huit succès durables, définitifs, suivis depuis longtemps, la première malade ayant été opérée le 12 juin 1888 et la dernière le 12 août 1891. Deux fois, le liquide s'est reproduit; dans un cas, l'insuccès doit être rapporté à une faute dans la manière de procéder; dans un autre cas, il semble devoir être imputé à la méthode elle-même et manque d'explication.

Avant d'examiner les huit cas de succès, je dois dire un mot de la technique opératoire que j'ai mise en œuvre.

J'ai d'abord varié dans mes procédés pour arriver maintenant à une manière de faire qui me semble meilleure et plus simple.

Une seule fois, j'ai employé le procédé-type de Baccelli, consistant à retirer 1 gramme de liquide kystique et à le remplacer par 1 gramme de solution de sublimé à 1/1000. Ce procédé, bon peut-être pour de tout petits kystes, me paraît devoir être rejeté pour les grandes collections: 1° il laisse des doutes et des incertitudes sur la nature du kyste, puisque cette évacuation d'un seul gramme de liquide ne permet pas de reconnaître s'il s'agit d'un kyste simple ou d'un kyste contenant de nombreuses hydatides; 2° en admettant, comme la chose semble être arrivée dans quelques observations, que la guérison, après cette injection, puisse être obtenue pour des kystes à hydatides multiples, la mort de ces hydatides laisse dans le foie de nombreux corps étrangers dont la résorption ne peut se faire sans accidents immédiats d'intoxication générale et sans dommage ultérieur pour le tissu du foie; 3° si petit que soit le trou de la ponction fait par l'aiguille de Pravaz, il expose, dans une poche très tendue, à la filtration possible dans le péritoine de quelques gouttes du liquide kystique, avec tous les inconvénients qui peuvent résulter de cette pénétration.

Néanmoins, chez une malade qui n'avait que quelques jours à passer à Paris, et qui était atteinte d'un kyste du foie contenant environ un litre de liquide, j'ai employé ce procédé. La guérison fut complète au bout de quelques mois.

Dans les cinq premiers kystes que j'ai traités par l'injection, j'ai suivi un autre procédé: le kyste a été vidé par aspiration et séance tenante, j'y ai injecté une quantité de Van Swieten variable avec le volume de la collection; dans un grand kyste, 380 gr. ont été introduits, dans un petit, la dose a été réduite à 20 gr. Après quelques minutes de séjour, le liquide est retiré par aspiration. J'ai abandonné cette manière de faire: 1° la manœuvre est assez longue; 2° la deuxième aspiration ne ramène pas toujours la dose de liqueur de Van Swieten injectée. Une fois, 30 grammes environ durent être abandonnés dans la poche; une autre fois, le liquide ne put être extrait en totalité que grâce à une deuxième ponction immédiate faite avec un plus gros trocart.

Dans les cas que j'ai traités plus récemment, je me suis arrêté au procédé suivant: le kyste est vidé à siccité par aspiration avec la seringue de Dieulafoy, et du coup se trouve assuré le diagnostic de la nature du kyste et de la collection; par la canule laissée en place, 5 grammes de liqueur de Van Swieten ou de solution de sublimé à 1/1000 sont injectés dans la poche et y sont abandonnés. Le trou de la ponction est fermé comme à l'ordinaire avec du coton et du collodion iodoformé. Dans un grand kyste contenant 3 litres de liquide, j'ai une fois abandonné 10 grammes de liqueur de Van Swieten.

Dans tous ces cas, je n'ai observé de l'injection aucun incident; la température s'élève généralement le soir et le lendemain, pour revenir ensuite à la normale; la sensibilité de la région reste nulle ou à peu près. La guérison se fait avec une simplicité extrême. Le dernier cas a été particulièrement remarquable; il s'agissait d'une femme de la province, arrivée dans un tel état d'angoisse, d'orthopnée, de vomissements et de fièvre, que je croyais son kyste totalement suppuré. Elle entre le 12 août et, d'urgence, je l'endors le 13, dans l'idée de lui faire la laparotomie. La ponction exploratrice, faite d'abord, ramène un liquide parfaitement limpide; le kyste peut être vidé à siccité; mon plan opératoire est de suite modifié et la malade est traitée par l'injection de 10 grammes de liqueur de Van Swieten. Les suites furent si simples et si heureuses que le 25 août, c'est-à-dire douze jours plus tard, la malade était endormie de nouveau pour subir la dilatation de l'anus pour des hémorrhoïdes douloureuses et saignantes et que, le 31 août, elle pouvait regagner son pays (Pithiviers).

J'ai revu ces diverses malades et je puis assurer leur guérison. Rien ne pourrait faire supposer aujourd'hui les lésions graves dont elles ont été atteintes; l'état général et local est tout à fait satisfaisant.

Peut-on demander et obtenir quelque chose de mieux? Si partisan que l'on soit des méthodes sanglantes et brillantes de la chirurgie, ne doit-on pas quelquefois faire fléchir ses préférences devant l'emploi de moyens plus modestes et tout aussi efficaces? Et, en thérapeutique comme en toute chose, le progrès n'est-il pas le plus souvent la simplification des méthodes et des procédés?

Deux calculs vésicaux volumineux, enlevés par la taille sus-pubienne. — M. J. BŒCKEL (de Strasbourg) a examiné au mois d'octobre 1890, un jeune homme de vingt-quatre ans, atteint depuis six ou huit ans des symptômes de la pierre. Il reconnut facilement la présence d'une pierre volumineuse. Quelques jours après, la taille hypogastrique fut pratiquée. On dut inciser le péritoine pour extraire deux calculs monstrueux. La plus grosse pierre avait 7 centimètres de long sur 5 de large et 4 et demi d'épaisseur; elle pèse 200gr50; la seconde pèse 180gr50.

Traitement de la pleurésie purulente par le siphon et la succion continue. — M. **TACHARD** (de Vannes) rappelle qu'il a, le premier, en 1875, proposé l'emploi du siphon dans le traitement de la pleurésie purulente. Il montre comment cette découverte française passa en Autriche, pour revenir en France, où on la rajeunit. M. Desplats (de Lille) recommande la méthode en 1888; récemment, M. Girode, dans un article des *Archives générales de médecine*, la préconise de nouveau. M. Tachard rapporte deux observations de pleurésie purulente traitées par son procédé et finit en protestant contre l'oubli actuel de son nom.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous recevons de l'hôpital Saint-Antoine la communication suivante :

« L'Association des internes doit discuter, samedi prochain, la situation faite à l'internat des hôpitaux par la loi militaire.

Toutes les demandes adressées, jusqu'à ce jour, au Ministre de la Guerre, se sont heurtées à l'article 24, d'après lequel, pour être dispensé des deux années de service supplémentaires, il faut obtenir, « avant l'âge de vingt-six ans, le diplôme de docteur en médecine ou le titre d'interne des hôpitaux ». C'est formel.

Accepter le *statu quo* dans ces conditions, c'est :

1° Éliminer tous les candidats qui, pour divers motifs, ne commencent leur médecine que vers la vingt et unième année;

2° Chasser des hôpitaux les vieux externes, les vieux provisoires, c'est-à-dire ceux qui ont le plus de pratique.

Le seul remède à cette situation, c'est le doctorat. On lui reproche d'amener les internes à ne plus faire leur service, ne plus monter leurs gardes, délaisser leurs contre-visites, faire de la clientèle, etc. Ce sont des inconvénients auxquels l'Administration peut remédier en y tenant la main.

Les avantages du doctorat sont les suivants :

Suppression de la limite d'âge nécessitée par la loi militaire;

Instruction plus complète, surtout plus pratique des internes.

Nous sommes de plus partisans du doctorat obligatoire, parce que le doctorat facultatif établit deux catégories d'internes et de candidats à l'internat et parce qu'il favorise les étudiants de vingt à vingt-trois ans, tout à leur concours, aux dépens de ceux plus âgés, obligés et de préparer l'internat et de passer leurs examens.

Cependant, pour concilier tous les avis, nous préférons demander seulement qu'on assimile aux docteurs les étudiants ayant passé tous leurs examens (en clientèle, cette assimilation existe déjà pour une période de six mois).

Les propositions suivantes découlent naturellement de ce qui précède et nous prions nos collègues qui s'y rallieraient de venir voter avec nous :

1° Les étudiants ayant passé tous leurs examens sont assimilés aux docteurs et jouissent des mêmes avantages que ces derniers;

2° En cas de la non-adoption par le Ministre et le Parlement de la proposition ci-dessus énoncée :

Tout candidat à l'internat doit être docteur. L'Administration de l'Assistance publique se réserve le droit d'empêcher ses internes-docteurs de faire enregistrer leur diplôme, formalité nécessaire pour l'exercice légal de la médecine. »

— Par décision ministérielle du 26 mars 1892, modifiée par celle du 9 avril suivant, M. le médecin inspecteur général, ainsi que MM. les médecins et pharmacien inspecteurs dont les noms suivent, ont été désignés pour procéder, en 1892, à l'inspection générale du service de santé :

Ier arrondissement (gouvernement militaire de Paris, sauf les divisions d'infanterie des 3e, 4e et 5e corps d'armée; 19e brigade d'artillerie, écoles d'application du Val-de-Grâce, du service de santé militaire de Lyon, polytechnique, spéciale militaire, militaire de l'artillerie et du génie, d'administration, normale de gymnastique, préparatoire d'infanterie de Rambouillet, orphelinat Hériot) : M. le médecin inspecteur général Colin, président du comité technique de santé.

IIe arrondissement (17e et 18e corps d'armée, divisions d'infanterie des 3e, 4e et 5e corps d'armée stationnées dans le gouvernement de Paris, brigade d'artillerie du 3e corps d'armée) : M. le médecin inspecteur Baudouin, directeur du service de santé du gouvernement de Paris, membre du comité technique de santé.

IVe arrondissement (7e, 8e et 12e corps d'armée, écoles préparatoire de cavalerie, de l'artillerie et du génie) : M. le médecin inspecteur Mathis, directeur du service de santé du 7e corps d'armée.

V^e^ arrondissement (5e, 6e et 11e corps d'armée, prytanée militaire, école d'application de l'artillerie et du génie) : M. le médecin inspecteur Dauvé, directeur du service de santé du 6e corps d'armée.

VIe arrondissement (1er, 2e, 3e et 10e corps d'armée, écoles préparatoires de Montreuil-sur-Mer et des Andelys) : M. le médecin inspecteur Arnould, directeur du service de santé du 1er corps d'armée.

VIIe arrondissement (13e et 14e corps d'armée) : M. le médecin inspecteur Vallin, directeur de l'École du service de santé militaire de Lyon.

VIIIe arrondissement (15e et 16e corps d'armée, école préparatoire d'infanterie de Saint-Hippolyte-du-Fort) : M. le médecin inspecteur Mathieu, directeur du service de santé du 15e corps d'armée.

IXe arrondissement (19e corps d'armée et brigade d'occupation de Tunisie) : M. le médecin inspecteur Aron, directeur du service de santé du 19e corps d'armée.

Arrondissement pharmaceutique (12e, 13e, 16e, 17e et 18e corps d'armée, Corse) : M. le pharmacien inspecteur Marty, membre du comité technique de santé.

Nota. — L'inspecteur général du IIIe arrondissement sera désigné ultérieurement.

— Par arrêtés ministériels, en date du 19 avril 1892, des concours s'ouvriront, le 7 novembre prochain, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour les emplois de suppléant : 1° des chaires de pathologie et de cliniques médicales; 2° de physique et de chimie; 3° de pharmacie et de matière médicale, vacantes à l'École de médecine de Limoges.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Germain Sée reprendra, le lundi 25 avril, à dix heures du matin, le cours de clinique, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Les leçons du semestre seront consacrées au traitement des maladies de l'estomac d'après les nouvelles méthodes.

— M. le docteur Kirmisson commencera, à l'hospice des Enfants-Assistés, le lundi 25 avril, à neuf heures, ses leçons cliniques de chirurgie orthopédique. Il les continuera les lundi et vendredi de chaque semaine.

Les leçons de cette année seront consacrées aux difformités du membre supérieur, de la tête et du cou.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 49. — MARDI 26 AVRIL 1892. 65e ANNÉE. MARDI 26 AVRIL 1892. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE
(SIXIÈME SESSION)

Séance du 20 avril (matin). — Présidence de M. Cecci (de Gênes).

COMMUNICATIONS DIVERSES

Quelques remarques sur la résection de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil dans les cas d'ankylose. — M. DELORME (de Paris). Si l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil est, au point de vue anatomique, d'importance bien minime, par contre, au point de vue physiologique, son rôle est moins effacé. La saillie de la tête métatarsienne assure au pied un appui assez solide pour mériter le nom de talon antérieur et, pendant la progression normale et accélérée, la mobilité de cette jointure est constamment mise en jeu.

Pendant la marche au pas ordinaire, au pas accéléré, pendant la course, le saut, le pied du membre inférieur placé en arrière, en se déplissant, s'étend à la fois au niveau des interlignes tibio-tarsiens et métatarso-phalangiens. Le gros orteil fait alors un angle obtus avec son métatarsien. Son articulation est-elle ankylosée, le blessé est obligé de modifier le rythme de sa marche. Son pas est plus petit; pendant la progression, le pied porte à plat, sans se déplisser, et le genou est obligé de se fléchir davantage, ou bien, comme je l'ai observé sur l'un de mes blessés, le pied fauche, le membre inférieur en totalité subit un mouvement de rotation en dehors. La marche ordinaire est plus fatigante, quelque peu claudicante; quant à la course et au saut, ils sont plus difficiles encore. Vous le voyez, cette gêne de la progression est suffisante pour préoccuper blessé et chirurgien et pour engager ce dernier à proposer une excision, lorsque les autres modes de traitement plus simples ont été impuissants à redonner à cet article la liberté de ses mouvements. C'est ce que j'ai fait récemment, chez deux blessés, chez lesquels l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil avait été ankylosée, chez l'un, à la suite d'une arthrite rhumatismale, chez l'autre, après une ostéo-arthrite suppurée, consécutive à une luxation ouverte du gros orteil.

Je me bornerai à rappeler ici les quelques remarques qu'ils m'ont suggérées.

Une première condition à remplir, c'est d'abraser une étendue suffisante d'extrémité osseuse (1 centimètre, 1 centimètre et demi, 2 centimètres), pour n'avoir pas à craindre de voir les surfaces osseuses, rapprochées par la traction des muscles, se souder à nouveau; une deuxième condition, c'est d'opposer, quand on le peut, une surface cartilagineuse, quelque irrégulière et incomplète qu'elle soit, à une surface osseuse, c'est-à-dire de ne pratiquer qu'une résection partielle. Or, comme la tête métatarsienne joue dans cette articulation le rôle prépondérant, que j'ai rappelé tout à l'heure, il est tout indiqué de faire porter uniquement la perte de substance sur la base de la phalange de l'orteil.

J'employai sur mes deux opérés les deux incisions latérales classiques; elles donnent tout le jour nécessaire. Encore faut-il épargner, en les traçant, les nerfs collatéraux. L'emploi de la rugine est de rigueur; elle seule permet de conserver la continuité du périoste et des tendons des quatre petites masses musculaires qui se fixent à la base de l'orteil. J'ai conservé les sésamoïdes, qui comblent bien les rainures de la tête métatarsienne et dont le maintien est une garantie pour la gaine et le tendon fléchisseur pendant l'opération. Pour l'excision osseuse, si, sans le chloroforme, on ne peut, par un mouvement de bascule énergique, séparer la phalange pour la luxer entre les lèvres de la plaie et l'abraser ensuite à la tricoise, on l'entame avec le ciseau de haut en bas; après quoi, on régularise avec la tricoise.

Résultat : au repos, un orteil à peine raccourci, à direction rectiligne, comme vous pouvez le constater sur ces moules, et, pendant les mouvements, un orteil mobile activement ou passivement. Sur l'un de mes opérés, le rhumatisant, la flexion et l'extension de l'orteil étaient surtout passives et l'électricité redonna peu de force aux muscles atrophiés; chez l'autre, les mouvements étaient à la fois passifs et actifs. Quoi qu'il en soit, le résultat poursuivi est toujours acquis et la régularité de la progression rétablie.

Déviation de la cuisse, consécutive à la paralysie infantile; réduction à ciel ouvert. — M. PIÉCHAUD (de Bordeaux). La première idée du traitement chirurgical des déviations consécutives à la paralysie infantile appartient à M. le professeur Lanelongue (de Bordeaux). Il avait remarqué que la contracture des muscles, surtout celle des muscles antéro-internes et spécialement des adducteurs, était la cause unique des déviations, et que cette rétraction des muscles tendait à désorbiter les articulations, en particulier l'article coxo-fémoral. Autrement dit, les déviations consécutives à la paralysie infantile n'étaient que l'un des degrés de la luxation paralytique de M. le professeur Verneuil.

M. Lanelongue (de Bordeaux) eut l'idée de diviser toutes les parties rétractées, pour corriger la déviation. Dans un cas, par une incision postérieure, on divisa toutes les parties molles résistantes; la capsule articulaire fut ouverte et la tête luxée en dehors, abandonnée, pour ainsi dire, à sa propre inspiration, pour lui laisser prendre la meilleure position au point de vue de la correction de la déviation.

Dans le deuxième cas de M. Lanelongue (de Bordeaux), l'inci-

sion fut commencée en avant, puis prolongée en arrière; la capsule ne fut pas ouverte.

Dans les deux cas, les suites furent très simples et la déviation fut complètement corrigée. M. Piéchaud montre une planche représentant l'attitude du membre avant et après l'intervention.

M. Piéchaud a opéré un malade dans les mêmes conditions. Après section des parties molles, on appliqua un appareil à extension continue, pour corriger la flexion du genou. Les suites opératoires furent simples. Le malade marchait six semaines après; mais on fit usage des courants électriques pour rétablir les fonctions musculaires.

Quelques formes cliniques de la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire. — M. BOURSIER (de Bordeaux) désire attirer l'attention sur la pathogénie des accidents qui surviennent à la suite de la torsion du pédicule. Tous les auteurs, et surtout M. Terrillon (de Paris), attribuent les symptômes à l'étranglement des vaisseaux qui parcourent le pédicule pour se rendre à la tumeur. Mais M. Boursier n'admet pas l'opinion qui veut que la torsion soit toujours brusque. D'après les faits qu'il a observés, M. Boursier propose de distinguer deux genres de torsions : les torsions avec ou sans étranglement des vaisseaux.

La première observation est celle d'une femme ayant présenté déjà quatre crises d'accidents au moment où elle fut adressée à M. Boursier, par le médecin qui constata l'existence d'un petit kyste de l'ovaire. L'ovariotomie fut pratiquée le 23 novembre 1891, dans le service de M. le professeur Demons; le kyste contenait un liquide hémorrhagique et le pédicule était tordu.

La seconde observation est celle d'une jeune fille de dix-neuf ans, dont le kyste prit brusquement, mais sans douleur, un volume énorme. On retira par la ponction un liquide hémorrhagique, et l'on trouva, dans la fosse iliaque droite, une masse solide faisant partie de la tumeur. Le lendemain, cette masse s'était rapprochée de l'ombilic; elle passa ensuite à gauche de la ligne médiane et finalement se plaça dans la fosse iliaque gauche. L'ovariotomie fut pratiquée le 21 mars 1892. Le pédicule n'avait subi qu'une torsion d'un demi-tour de spire ou plutôt s'était détordu.

M. Boursier dit qu'il y a lieu de distinguer deux sortes de cas. Dans les premiers, les accidents sont brusques et graves d'emblée; dans d'autres, il y a des accès successifs, avec aggravation croissante et progressive des symptômes. Généralement, les crises se répètent à intervalles plus ou moins longs; ces récidives se produisent, soit par torsions successives s'ajoutant les unes aux autres, soit par torsion et détorsion alternatives. Ce dernier cas est celui de la jeune fille. Ce qui semble confirmer ce mécanisme, c'est le phénomène constaté, dans les deux cas, de translation d'un kyste de l'ovaire gauche, vers le côté droit, d'où crise par torsion, et dans le second cas, le fait du déplacement d'un kyste à pédicule tordu, du côté droit au côté gauche, d'où cessation des phénomènes.

Traitement des tumeurs malignes par la pyoctanine. — M. NANU (de Bucharest). Toutes les tumeurs traitées ont été examinées par M. le professeur Babès et reconnues épithéliales; elles siégeaient pour la plupart sur la face et les lèvres; on traita aussi un cancer de l'utérus. Les injections étaient faites avec la solution de pyoctanine au 100e; la quantité injectée a varié entre 2 et 5 grammes. La méthode fut employée dans dix cas : dans tous on obtint une amélioration. Le volume, les sécrétions et la douleur diminuèrent, il y eut des éliminations de parcelles néoplasiques colorées. Le mécanisme de la nécrobiose des tissus pathologiques n'est pas due à la pression qu'exercerait le liquide injecté sur les jeunes éléments voisins. M. Nanu a fait des expériences en injectant dans les néoplasmes de l'eau distillée pure et simple : jamais il n'a obtenu la moindre nécrobiose des éléments. La mortification est due à la thrombose : l'œdème de la région est, en effet, considérable à la suite de l'injection, l'oblitération des vaisseaux prive les éléments néoplasiques de leurs matériaux de nutrition et amène leur mort. Cette action nécrobiotique est élective, c'est-à-dire qu'elle ne s'exerce que sur les tissus pathologiques. Des expériences faites sur les lapins ont montré que les injections provoquaient un œdème considérable, s'étendant plus ou moins loin autour de la région injectée, mais que jamais elles ne provoquaient de nécrobiose des tissus sains.

Craniectomie exploratrice. — M. GIRARD (de Grenoble) donne d'abord des nouvelles d'une malade dont l'observation fut communiquée au dernier Congrès français de chirurgie, et qu'il avait trépanée pour des crises d'épilepsie. Depuis l'opération, il ne s'est produit aucune crise et la malade se trouve très heureuse. La cicatrice est déprimée, non douloureuse.

Le fait principal de la communication est la relation d'un cas de craniectomie exploratrice, que M. Girard a pratiquée en s'inspirant des faits semblables publiés par MM. Reynier et Broca.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans, qui entra à l'hôpital de Grenoble à la fin de l'année 1890. Il s'était tiré, deux ans auparavant, deux balles dans la tête et avait guéri sans aucun trouble. Pendant un an, il jouit de l'usage complet de ses membres et n'eut jamais de crises épileptiques. Au bout d'un an, il commença à perdre la force de son bras gauche et de la jambe du même côté. Il entra une première fois à l'hôpital, où on ne fit aucun traitement; il entra pour la seconde fois avec une paralysie complète du côté gauche.

M. Girard constate les symptômes suivants : ptosis et dilatation permanente de la pupille, à droite; le bras gauche est pendant le long du corps; il y a un léger degré d'anesthésie; les mouvements sont accompagnés d'un tremblement choréique très accentué. Mêmes phénomènes du côté du membre inférieur gauche. Les réflexes plantaire et rotulien sont très exagérés et le malade se plaint de violentes céphalalgies à droite.

Pendant l'anesthésie chloroformique, incision profonde jusqu'à l'os, et en forme d'U, dont la convexité répondait à la suture sagittale et dont les deux têtes, distantes de 5 centimètres, se trouvaient sur une ligne horizontale, rasant la partie supérieure du pavillon de l'oreille. Cette incision circonscrivait la zone rolandique, préalablement déterminée par le procédé de M. Lucas-Championnière.

Le long de l'incision, et sans décollement notable des parties molles, on appliqua cinq couronnes de trépan enlevées avec l'instrument de M. le professeur Farabeuf.

Les ponts osseux intermédiaires furent sectionnés avec le ciseau et le maillet. La dure-mère fut décollée, et le lambeau, sectionné au niveau de sa base, avec le ciseau et le maillet, fut rejeté en dehors. Sous la dure-mère existait une saillie assez considérable; l'incision cruciale donna lieu à l'écoulement d'un liquide louche, contenant des grumeaux. Les circonvolutions rolandiques étaient déprimées, non élastiques; elles gardaient leur forme déprimée. On ne trouva pas de balles, ni d'orifice quelconque; le rocher était intact. Grand lavage avec la solution de sublimé à 1/2000, réapplication du lambeau, mais pas des rondelles enlevées, drainage et suture. Le tout fut recouvert d'un pansement iodoformé ordinaire. Les suites furent extrêmement simples : le drain fut enlevé le douzième jour, et le quinzième jour, la cicatrisation était complète.

Dès le lendemain, tous les symptômes s'étaient améliorés; mais au bout du premier mois, les phénomènes se reproduisirent et le malade quitta l'hôpital. Il s'est noyé depuis.

M. Girard termine en disant que la craniectomie exploratrice, telle qu'il l'a pratiquée, ouvre un champ considérable. L'innocuité du sublimé a été absolue; le kyste rencontré devait être un hématome transformé.

De la cocaïne dans les injections utérines. — M. LEDIBERDER (de Lorient) emploie souvent les injections intra-utérines de teinture d'iode, et pour éviter la douleur produite par ces injections, il fait usage de la cocaïne, non pas en injections interstitielles, mais de la façon qu'il décrit.

La canule de la seringue de Braun est introduite jusqu'au fond de l'utérus; on la retire lentement en poussant la solution de

cocaïne à 1, 2 ou 3 p. 100, de manière à remplir la cavité utérine. La canule reste à l'orifice, qu'elle tient bouché pendant deux ou trois minutes; le contact de la solution de cocaïne avec la muqueuse suffit pour amener l'anesthésie. M. Lediberder cite plusieurs observations dans lesquelles cette injection préalable de cocaïne a rendu complètement indolentes les injections intra-utérines de teinture d'iode.

Craniectomie à lambeau chez un enfant arriéré. — M. LARGEAU (de Niort). Il s'agit d'un enfant de trois ans, ne pouvant ni marcher, ni parler, ni saisir les objets. La mère a une fille atteinte de luxation congénitale.

Le petit malade ne parle pas; il pousse de temps à autre des cris ou des sons inarticulés; il se tient généralement courbé, la tête fléchie. Le crâne présente une forme ovalaire; la circonférence est de 45 centimètres, au lieu de 49 qu'elle doit avoir à cet âge. Les fontanelles et les sutures ont disparu, la voûte du crâne est parfaitement lisse. Avec le consentement de la famille, M. Largeau pratique une craniectomie, le 2 juillet 1891, dans le but de créer une fontanelle artificielle, pour permettre le développement du cerveau.

Sur le côté gauche, on tailla un lambeau de 8 centimètres de long sur 7 de large, comprenant les parties molles qui recouvraient le pariétal, avec un pédicule situé au niveau de l'angle antérieur et inférieur de l'os. Ablation d'une large plaque osseuse, réapplication et suture du lambeau sans drainage.

Le 4 juillet, le malade se lève et mange; le 6 juillet, on enlève les crins de Florence. Les contractures des membres sont moins fortes, le regard est plus intelligent. L'amélioration alla en augmentant peu à peu; sept mois après l'opération, l'enfant a grandi et engraissé, il dit « papa » et « maman », a appris le nom de son frère, mais ne marche pas. Cependant, il tient les objets qu'on lui donne et ne les laisse pas tomber comme auparavant.

Deux cas de craniectomie. — M. CHÉNIEUX (de Limoges) résume deux observations. Dans la première, il s'agit d'une petite fille dont l'ossification prématurée des fontanelles et des sutures avait amené l'arrêt de développement du cerveau. Il fit la craniectomie, en plusieurs temps, opération proposée pour la première fois par M. le professeur Lannelongue.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un garçon déjà opéré par M. Lannelongue, qui lui fit la craniectomie le long de la suture fronto-pariétale droite. L'opération fut suivie d'amélioration. Quelques mois après, la famille, satisfaite du premier résultat et désirant obtenir mieux, réclama une seconde opération que pratiqua M. Chénieux.

Il continua, sur la suture fronto-pariétale gauche, la craniectomie commencée à droite par M. Lannelongue. Il y eut, cette fois encore, une amélioration notable.

Se basant sur cette dernière observation, M. Chénieux propose de pratiquer la craniectomie transversale totale dès la première séance.

Pied-bot talus valgus; ostéotomie. — M. DE LARABRIE (de Nantes) présente les moulages avant et après l'opération.

Le malade avait un pied-bot congénital héréditaire (le père avait un pied-bot) avec un spina-bifida dorsal, guéri spontanément.

Par une incision pratiquée sur le point saillant, M. de Larabrie enleva avec le ciseau et le maillet un coin du tarse et put redresser le pied dont il présente le moulage, pris après la guérison.

Retard de consolidation d'une fracture de jambe, traité par les injections de chlorure de zinc. — M. MÉNARD (de Berck-sur-Mer). Un homme de quarante ans, ankylosé du genou à la suite d'une tumeur, se fait à la jambe une fracture en V, siégeant à 7 centimètres au-dessous du genou. On appliqua un premier appareil plâtré; au bout de quarante-sept jours, la mobilité était aussi grande qu'au moment de l'accident. Second appareil plâtré restant un mois en place; au bout de ce temps, même mobilité. Troisième appareil gardé deux mois; toujours pas de consolidation. Quatrième appareil aussi inutile que les premiers : au cinquième mois, il n'y avait pas trace de consolidation. M. Ménard fit alors, au niveau du foyer, huit piqûres de chlorure de zinc. Quinze jours après, la mobilité avait disparu et la consolidation était parfaite au bout d'un mois.

Hydronéphrose et pseudo-hydronéphrose d'origine traumatique. — M. CH. MONOD (de Paris) a eu l'occasion d'observer, chez un malade présentant, à la suite d'une chute, tous les signes d'une contusion rénale, un phénomène rare et d'interprétation difficile. Quelques jours après le traumatisme, se formait dans le flanc, du côté blessé, une tuméfaction notable, manifestement fluctuante, accompagnée d'une grave réaction abdominale. Le liquide extrait par ponction a l'aspect de l'urine, mais est loin d'en avoir tous les caractères. La collection se reforme rapidement; elle est de nouveau évacuée, et de nouveau elle se reproduit. Ce n'est qu'après une troisième ponction qu'elle disparaît définitivement. Quelques semaines plus tard, le blessé sort de l'hôpital, guéri, mais après avoir eu, au cours de son séjour, des phénomènes graves de réaction abdominale.

Les cas de ce genre sont rares et peu connus. M. Monod a pu cependant en réunir une vingtaine dans les publications médicales. Dans tous, le fait clinique se résume essentiellement en ceci : traumatisme violent de la région lombo-abdominale; hématurie non constante, et, quand elle existe, passagère; guérison apparente; puis, formation d'une tumeur ordinairement volumineuse, contenant un liquide qui diffère de l'urine normale par la très petite quantité d'urée qu'il renferme; il ne provoque par sa présence aucune réaction, ni locale, ni générale, et finit, le plus souvent, par disparaître de lui-même après une ou plusieurs ponctions.

Quelle interprétation faut-il donner à ces faits?

Stanley — qui, le premier, paraît s'être occupé de la question — et la plupart des auteurs anglais pensent que la collection liquide provient d'une rupture de l'uretère. C'est aussi l'opinion de M. Tuffier, le seul qui, en France, ait abordé ce sujet.

D'autres observateurs, admettant avec peine que l'urine puisse se répandre dans les tissus sans occasionner de plus graves désordres que ceux constatés; frappés, d'autre part, de la facilité avec laquelle la guérison survient à la suite d'une intervention minime, croient plutôt qu'il s'agirait d'une véritable hydronéphrose d'origine traumatique. C'est, en effet, sous le titre d'*hydronéphrose traumatique*, que la plupart des observations ont été publiées.

Sur un point, du moins, tout le monde semble d'accord, à savoir que le liquide contenu dans ces grosses collections, bien que différant de l'urine normale par la faible proportion d'urée qu'il renferme, provient bien cependant du rein ou de son canal excréteur. On sait, en effet, que le chiffre de l'urée s'abaisse dans l'urine toutes les fois que la tension intra-rénale augmente d'une façon anormale, et cela sans que le rein perde sa faculté de filtration.

Mais comment se produit cette augmentation de tension? Elle s'expliquerait aisément si, avec Moser, on pouvait ne voir dans le phénomène que nous étudions qu'une simple rétention d'urine dans l'uretère et le bassinet. L'abaissement du chiffre de l'urée est, en effet, constant dans l'hydronéphrose, l'obstacle à l'écoulement de l'urine augmentant nécessairement la tension intra-rénale. Mais cet obstacle existe-t-il vraiment et par quoi serait-il constitué?

On a admis qu'un caillot sanguin arrêté dans l'uretère a pu en amener l'obstruction. Mais il est des cas où l'hématurie fait absolument défaut, ou bien elle est peu prononcée et essentiellement passagère. Ne sait-on pas, au reste, qu'un arrêt subit et complet de l'urine dans l'uretère s'accompagne toujours de vives souffrances, à tel point que la douleur est un des signes les plus constants de cette forme de la rétention? Or, dans toutes les observations, la tumeur se développe absolument à froid, et

c'est par hasard, et à une longue distance de l'accident, qu'elle est découverte.

La difficulté qu'on éprouve à se rendre compte de l'obstacle créé par le traumatisme au cours de l'urine dans l'uretère n'est pas la seule à laquelle se heurte l'hypothèse de l'hydronéphrose traumatique. Comment, en effet, admettre une rétention aussi considérable, se produisant dans un espace de temps relativement court, de cinq à six semaines au plus, parfois beaucoup plus vite encore? Et puis ne sait-on pas que Cohnhein a établi depuis longtemps que l'obstruction complète de l'uretère ne doit pas être considérée comme une condition favorable à la production de l'hydronéphrose; celle-ci s'observe bien plutôt lorsque l'obstacle, au cours de l'urine, n'est pas absolu. D'ailleurs, l'intégrité de l'uretère et du bassinet, ou, du moins, leur non-dilatation dans les cas qui nous occupent, a pu être constatée *de visu* soit après la mort, soit à la suite d'une intervention chirurgicale. Trois faits de Hawkins, de Barker et de Vincent sont absolument démonstratifs dans ce sens. Ils suffisent à établir que les collections, dont je cherche à préciser la nature, ne doivent pas être considérées comme des hydronéphroses traumatiques, ce qui ne veut pas dire que l'hydronéphrose d'origine traumatique n'existe pas.

Ceci posé, et le liquide épanché n'étant autre que de l'urine, force est donc d'admettre que celle-ci a dû s'échapper du rein ou de son canal excréteur à la faveur d'une solution de continuité créée par le traumatisme.

Une rupture du rein n'est guère admissible. Toujours, en effet, on observe dans ce cas, en même temps que l'issue de l'urine, celle d'une quantité ordinairement considérable de sang. Or, le liquide, dans presque toutes les observations rapportées, est remarquablement limpide; s'il est coloré, il l'est faiblement. Tout au plus pourrait-on admettre une petite déchirure très limitée et superficielle du rein, une sorte de fissure suffisante pour laisser filtrer l'urine, sans donner lieu à un saignement notable.

La rupture de l'uretère, admise par Stanley, Poland, Tuffier, etc., paraît plus probable. Elle n'est, sans doute, jamais totale, car si elle l'était, l'urine serait versée à flots dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal, et le malade ne tarderait pas à succomber. Elle ne serait donc que partielle, et probablement très petite, ne laissant à l'urine qu'un étroit passage, par où elle s'écoule, pour ainsi dire goutte à goutte. On s'expliquerait ainsi la lenteur avec laquelle la collection se forme, et en même temps la possibilité d'une guérison spontanée, quelque étrange que la chose paraisse au premier abord. La collection évacuée, elle ne se reproduit pas, parce que l'ouverture uretérale se serait d'elle-même oblitérée.

Et pourtant, si l'on accepte cette hypothèse, non moins étonnante, semble-t-il, est la tolérance remarquable des tissus pour l'urine ainsi épanchée. Le fait, cependant, n'a rien d'inadmissible, si l'on veut bien se souvenir qu'il s'agit d'une urine aseptique, maintenue à l'abri du contact de l'air, et, d'autre part, que l'accident se produit habituellement chez des sujets jeunes chez lesquels les voies urinaires sont indemnes.

Mais comment, dans cette même hypothèse, rendre compte de la diminution du taux de l'urée dans l'urine épanchée? On peut admettre que la collection, se développant au voisinage immédiat de l'uretère, doit fatalement, à mesure qu'elle grandit, exercer une compression sur ce conduit, en effacer plus ou moins le calibre, gêner par conséquent la circulation de l'urine et par là augmenter la pression intra-rénale, d'où la diminution de l'urée.

De cet ensemble de faits et de considérations, il est permis de conclure que les collections urineuses du flanc qui succèdent à un traumatisme de l'abdomen, faussement décrites sous le nom d'hydro-néphrose traumatique, ne sont autres que des épanchements urineux siégeant dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal et résultant, dans la grande majorité des cas, d'une rupture partielle de l'uretère.

Les occasions de vérifier anatomiquement la justesse de cette manière de voir sont rares, la lésion n'entraînant ordinairement pas la mort du blessé. Cependant, dans deux cas (Hawkins et Stanley), la déchirure a pu être constatée; elle portait sur le bassinet. Une observation toute récente d'Allingham semble établir que la rupture peut siéger plus bas, sur l'uretère lui-même. Il en était de même dans une observation de M. Chaput, communiquée à la *Société de chirurgie*, en 1889.

Y a-t-il une conclusion pratique à tirer de cette longue discussion?

Un chirurgien anglais, Goodhart, après avoir rapporté un fait où une de ces collections urineuses traumatiques, qu'il considère comme des hydronéphroses, disparut d'elle-même, ajoute que mieux vaut, en pareil cas, s'abstenir de toute intervention; il montre qu'en agissant on réveille la puissance sécrétoire du rein et que, nécessairement, la poche doit se remplir à nouveau; qu'en n'agissant pas, au contraire, on peut espérer que le rein comprimé s'atrophiera peu à peu et cessera, par conséquent, de fournir le liquide qui vient s'accumuler au-dessous de l'obstacle urétéral. Il explique, de la sorte, par destruction de la substance sécrétante du rein, la guérison spontanée qu'il a observée.

Le raisonnement ne manque pas de justesse. M. Monod ne croit pas, en effet, que la ponction d'une hydronéphrose ait jamais été suivie de la disparition définitive de la collection, à moins qu'elle ne coïncide avec la suppression de l'obstacle qui s'opposait au cours de l'urine. Si, au contraire, on a affaire, dans les cas qui sont en discussion, à un épanchement urineux traumatique, on comprend que, la lésion qui lui a donné naissance guérissant, la collection évacuée puisse ne pas se reformer. Et de fait, dans beaucoup de cas, cette très simple intervention, renouvelée ou non, a été suivie du plus heureux résultat. Que si, à la suite de ponctions répétées, la collection s'enflamme et suppure, on sera évidemment conduit à en pratiquer l'incision large et le drainage. L'ouverture ainsi faite pourra rester fistuleuse, mais alors encore il n'est pas impossible que la plaie urétérale s'oblitère.

On ne se hâtera donc pas, à l'exemple de certains chirurgiens, de procéder à l'ablation du rein pour tarir la fistule. Ce moyen serait cependant le seul auquel on puisse avoir recours, si, la guérison tardant, la fistule menaçait de devenir permanente.

M. ROUX (de Lausanne) a eu l'occasion d'observer un cas analogue. Plusieurs incisions durent être pratiquées. Or le liquide, très abondant, rappelait la composition de l'urine, mais il renfermait, en plus, une masse gélatineuse que l'examen microscopique montra composée de canalicules urinifères extrêmement nombreux, formant comme une sorte de feutrage. Le rein avait donc été broyé. D'où on peut conclure qu'il y a place pour l'écrasement de cet organe dans l'étiologie des cas visés par la communication de M. Monod.

M. MONOD accepte d'autant plus volontiers l'intervention de cette cause que l'écrasement du rein explique beaucoup mieux les faits que la déchirure de l'uretère, assez difficile à comprendre, et qu'il a admise seulement faute de mieux.

La séance est levée.

Séance du 20 avril (soir). — Présidence de M. Alph. Guérin.

DEUXIÈME QUESTION

PATHOGÉNIE DES ACCIDENTS INFECTIEUX CHEZ LES URINAIRES (1)

(Rapport par M. le professeur Guyon.)

L'infection de l'appareil urinaire détermine des accidents locaux et des accidents généraux. Bien distincts cliniquement et d'inégale fréquence, ces deux ordres d'accidents sont absolument connexes au point de vue pathogénique. Qu'il s'agisse de la suppuration des organes et du tissu cellulaire qui les environne; qu'il s'agisse des accidents généraux, si importants, qui compli-

(1) Rapport au nom d'une commission composée de MM. Albarran, Clado, Hallé, Pousson, et le professeur Guyon, rapporteur.

quent ces lésions locales et retentissent sur l'organisme tout entier, le problème est le même : c'est toujours la connaissance de l'agent pathogène et son mode d'action que nous devons poursuivre.

Ce problème se présente néanmoins sous deux aspects qu'il nous faudra successivement envisager.

Ouvert à la surface du tégument externe par son canal excréteur; exposé par les connexions génitales de ce canal à des contaminations spéciales; subissant, dans maintes occasions, l'introduction d'instruments, l'appareil urinaire semble un champ tout préparé à l'action des germes extérieurs. Quand ces germes l'envahissent, ils y déterminent des lésions dont la marche générale est toujours la même. Des voies d'excrétions par lesquelles elle débute, l'inflammation se propage, en effet, de proche en proche, jusqu'à l'organe sécréteur, jusqu'au rein. De même dans l'appareil génital de la femme, les lésions infectieuses débutent par le vagin ou l'utérus pour envahir secondairement les trompes ou l'ovaire : de même encore, dans l'appareil biliaire, elles remontent du canal cholédoque jusqu'au parenchyme hépatique. Cette origine externe, cette marche ascendante, font de l'inflammation de l'appareil urinaire le type des lésions infectieuses des appareils glandulaires. C'est là où elles ont été étudiées en premier lieu.

Savoir pourquoi l'appareil urinaire est envahi, comment il se défend et, lorsque la contamination est accomplie, déterminer les conditions qui favorisent le développement des lésions, celles qui en limitent l'étendue ou en modèrent l'évolution, doit être notre premier objectif. Si, d'autre part, nous abordons l'étude pathogénique des accidents généraux, de la fièvre entre autres, nous entrons de plain-pied dans la théorie générale de l'infection.

Un foyer septique s'est créé, en effet, en un point de l'économie. De ce foyer va partir, pour se répandre dans tout l'organisme, l'agent infectieux, cause des troubles de la santé générale. Quel est cet agent? Dans quelles conditions et sous quelles influences va-t-il franchir les limites du foyer primitif pour infecter l'organisme? Quelles sont les lésions qu'il y cause, et par quel processus produit-il les divers symptômes de l'infection? Quel est dans la maladie infectieuse le mécanisme de la guérison, quel est celui de la mort? autant de questions qui se posent à propos de l'infection des urinaires.

Cette étude nous conduit nécessairement sur le terrain de la pathologie générale : c'est une page de l' « infection chirurgicale ».

Ces quelques considérations préalables, fixant les limites et le sens général du sujet, suffisent à montrer son étendue. Il sera impossible de l'embrasser tout entier, encore moins de l'épuiser dans ce rapport. Si les points principaux de la doctrine sont dès maintenant établis, bien des questions secondaires sont encore incomplètement élucidées. Nous nous attacherons donc tout autant à exposer les faits certains qu'à signaler ceux, moins connus ou encore ignorés, qui appellent de nouvelles recherches.

C'est seulement ainsi qu'il nous sera possible de présenter la question dans son ensemble et sous son vrai jour. On ne saurait, pour y parvenir, puiser à une seule source. Le concours constant de l'observation et de la science est nécessaire. Les faits cliniques bien observés en sont la base; ils servent de points de départ et marquent le but à atteindre. Les recherches anatomo-pathologiques, histo-bactériologiques, complètent les connaissances acquises par l'observation simple du malade. L'expérimentation sur l'animal, éclairée par les notions de la physiologie normale et pathologique, permet d'interpréter les faits observés chez l'homme et d'en déduire la théorie générale.

Il est aussi nécessaire de connaître le mécanisme de l'infection que d'en indiquer les causes et d'en dévoiler la nature.

Ces divers moyens d'étude ont tous été mis en œuvre pour élucider la question qui nous occupe.

J'aborde, dès maintenant, l'étude de l'infection locale de l'appareil urinaire.

L'urine normale, contenue dans la vessie et les reins de l'homme en état de parfaite santé, est un liquide aseptique : M. Pasteur a depuis longtemps établi ce fait, maintes fois vérifié depuis et dont nous avons pu nous-même, à plusieurs reprises, constater l'exactitude. L'urine, prise aseptiquement par ponction capillaire dans la vessie pendant la vie, ou aussitôt après la mort; l'urine, recueillie dans les bassinets à l'autopsie immédiate, se montre, par la culture, habituellement privée de germes, chez l'homme indemne de toute infection urinaire ou générale. Si l'urine humaine, normale en apparence, peut parfois contenir des germes (Enriquez), il faut en accuser une infection générale latente et passagère, dont la sécrétion rénale élimine silencieusement les agents.

La seule partie de l'appareil urinaire normalement habitée par les germes est le canal de l'urèthre. Il en contient presque toujours, aussi bien chez l'enfant que chez l'homme ou la femme, sains et exempts antérieurement de toute uréthrite. Ce fait a été bien établi par les recherches successives de Lustgarten et Mannaberg, de Giovannini, de Rowsing, de Legrain, de Wasserman et Petit. Aussi l'urine saine, recueillie directement d'une miction normale, n'est-elle pas toujours absolument stérile. Elle peut, dans un certain nombre de cas, être contaminée par les microbes uréthraux qu'elle entraîne à son passage.

Les espèces microbiennes rencontrées dans l'urèthre normal sont nombreuses et diverses.

Bactéries et micrococques, simples saprophytes inoffensifs pour les uns, espèces pathogènes bien connues pour les autres (*staphylococcus pyogenes aureus*), ces microbes uréthraux méritent, dès maintenant, d'attirer notre attention. Nous aurons à nous demander s'ils peuvent jouer un rôle dans la production de l'infection vésicale.

Au contraire, l'urine purulente, provenant d'un appareil urinaire enflammé, contient des micro-organismes, d'une façon constante. Le fait est facile à vérifier : il a été constaté depuis longtemps déjà. Il est aujourd'hui de notion vulgaire : le simple examen d'une urine purulente suffit à y déceler la présence, parmi les globules de pus, de microbes divers, bactéries ou micrococques, habituellement très abondants.

Le nombre des espèces microbiennes déjà rencontrées, isolées et décrites dans les urines pathologiques, est considérable. Théoriquement, en effet, il suffit qu'un organisme soit capable de cultiver dans l'urine à l'abri de l'air, pour qu'on puisse le trouver dans l'appareil urinaire infecté. Or, ces aptitudes biologiques sont fréquentes parmi les microbes saprophytes et pathogènes.

Depuis le *micrococcus ureæ* de M. Pasteur et Van Tieghem, jusqu'au *bacterium coli* des recherches récentes, les auteurs qui ont cultivé les urines pathologiques ont signalé près de 30 espèces microbiennes (Bouchard, Bumm, Mikallis, Clado, Hallé, Albarran et Hallé, Doyen, Rowsing, Krögius, Schnitzler, Morelle, Achard et Renaut, Reblaud). Les énumérer toutes serait sans profit. Je mentionnerai les principales seulement, celles qui ont été rencontrées par plusieurs auteurs; celles dont la fréquence, les propriétés pathogènes bien établies, font préjuger l'importance.

Ce sont d'abord les micrococques habituels de la suppuration : *staphylococcus pyogenes aureus*, *albus*, *citreus*, et le streptocoque pyogène : leur action pyogène est générale; nous devions donc nous attendre à les rencontrer dans l'appareil urinaire enflammé. Parmi eux l'*aureus* (Bumm, Mikallis, Albarran, Doyen, Rowsing, Morelle), le streptocoque (Albarran) tiennent les premiers rangs.

Après les micrococques viennent deux espèces bactériennes : l'*urobacillus liquefaciens septicus* (Krögius, Schnitzler, Reblaud) et une *bactérie non liquéfiante*, dont le rôle est vraiment prépondérant dans l'infection urinaire.

Découverte par M. Bouchard (1879), cette bactérie bacillaire a été de nouveau vue et très soigneusement étudiée par M. Clado, sous le nom de bactérie septique de la vessie (1887), puis par M. Hallé (1887), par MM. Albarran et Hallé (1888), par M. Albarran (1889) sous le nom de bactérie pyogène, par Rowsing (1889) sous le nom de *cocco bacillus ureæ pyogenes*, par M. Chabrié dans une note inspirée par M. Bouchard (1892) sous le nom d'*urobacillus non liquefaciens septicus*. Cet organisme est sur le point peut-être

de perdre cette trop riche synonymie. D'après des recherches toutes récentes, il serait identique au *bacterium coli commune* d'Escherich (1891. Morelle, Krögius, Achard et Renaut, Reblaud). Les chiffres suivants donnent une idée de l'importance de cette bactérie. Elle a été rencontrée dans les urines pathologiques 47 fois sur 50 par MM. Albarran et Hallé, 15 fois à l'état de pureté sur 30 cas étudiés par cultures, 23 fois sur 25 dont 16 fois à l'état de pureté par M. Albarran, 13 fois sur 15 par M. Morelle dont 6 fois pure, 12 fois sur 17 par Krögius dont 11 à l'état de pureté, 17 fois sur 23 cas, dont 15 fois pure par M. Denys.

La composition microbienne des urines infectées est d'ailleurs extrêmement variable suivant les cas et suivant les milieux : la répartition des différentes espèces microbiennes paraît être assez inégale. Ces divers microbes, microcoques et bactéries, peuvent se rencontrer, soit isolés, à l'état de pureté, une seule espèce cultivant dans une urine, soit associés très diversement, 2 ou 3 espèces infectant la même vessie.

C'est à dessein que j'écarte, de l'énumération des microbes urinaires, deux organismes fréquemment rencontrés dans le pus des urines : le gonocoque et le bacille tuberculeux. Les complications diverses de la blennorrhagie uréthrale à gonocoques ne paraissent pas causées par ce microbe, mais semblent relever d'infections secondaires. La cystite et la pyélonéphrite, dites blennorrhagiques, rentreraient donc dans le cadre ordinaire de l'infection.

Quant au bacille tuberculeux, les lésions qu'il cause et leur pathogénie sont trop spéciales pour que la tuberculose urinaire puisse être étudiée avec les infections urinaires banales.

Avant d'aller plus loin, nous devons poser et résoudre une question : les micro-organismes constatés dans les urines purulentes doivent-ils être regardés comme les agents de la suppuration qu'ils accompagnent ?

L'expérimentation répond d'une manière absolument affirmative.

Tous sont doués de la propriété de produire le pus dans le tissu cellulaire sous-cutané ; tous sont capables de causer la cystite : l'injection de leurs cultures pures dans la vessie de l'animal, accompagnée de rétention passagère ou de traumatisme de la muqueuse (conditions adjuvantes dont nous établirons la légitimité), provoque la cystite suppurative (Clado, Albarran et Hallé, Guyon, Rowsing, Krögius, Schmitz, Morelle).

Comment ces micro-organismes, absents de la vessie normale, constamment présents dans la vessie suppurante, causes de sa suppuration, pénètrent-ils dans l'appareil urinaire ? Dans quelles conditions y produisent-ils leurs effets pathogènes ? En un mot, quelle est l'origine, quels sont les modes de l'infection ?

A priori les micro-organismes peuvent envahir l'appareil urinaire de deux manières différentes. Venus directement de l'air extérieur où leur présence a été constatée, ils pénètrent par le canal excréteur, par l'urèthre, et infectent primitivement l'appareil. C'est l'infection primitive directe et d'origine externe.

Dans d'autres cas, l'organisme est infecté primitivement par quelque autre voie : c'est secondairement par la voie sanguine que les microbes atteignent le rein et l'appareil urinaire inférieur. C'est une infection secondaire, ou indirecte.

L'observation simple montre bien l'importance très différente de ces deux processus : l'infection primitive et directe est la règle ; elle peut, d'ailleurs, se produire dans des conditions différentes : être spontanée ou provoquée. L'infection spontanée de la vessie chez l'homme, en l'absence de tout état pathologique actuel ou ancien de l'urèthre, de toute perturbation dans le cours normal de l'urine, n'existe pas. Cette infection spontanée s'observe au contraire chez la femme : la brièveté de l'urèthre, son occlusion faible, les connexions génitales de son orifice sont les causes qui la favorisent. Les germes du milieu vulvaire septique peuvent remonter par l'urèthre jusqu'à la vessie.

A l'état pathologique, l'infection spontanée est fréquente dans les deux sexes. On voit souvent l'inflamation septique de l'urèthre se propager à la vessie. Plus souvent encore l'infection est provoquée. C'est une injection uréthrale, l'introduction d'un instrument à travers l'urèthre, qui contamine la vessie. Le mécanisme de l'inoculation est facile à saisir, s'il s'agit d'un instrument malpropre souillé de produits septiques et de poussières de l'air, d'un courant de liquide, ou d'un instrument apportant jusque dans la vessie le pus virulent qui remplit l'urèthre infecté.

Il est plus discutable dans d'autres circonstances. La cathétérisme, pratiqué avec un instrument aseptique à travers un urèthre normal, peut-il infecter la vessie ? Si l'on répond en ne tenant compte que du raisonnement, il est difficile de ne pas être affirmatif. L'urèthre en effet est constamment habité à l'état normal par des microbes, dont quelques-uns sont pathogènes : l'instrument doit les entraîner à son passage et les conduire jusque dans la vessie. Mais si l'on s'en réfère à l'observation clinique, on est amené à douter de la fréquence, de l'existence même de ce mode d'infection. Les accidents du cathétérisme, en effet, ont pour ainsi dire disparu, depuis que nous nous servons d'instruments stériles. Même dans les cas où les sécrétions uréthrales étudiées par la culture se montrent riches en organismes, on peut voir les urines de la vessie rester pures, après des cathétérismes répétés. Ces faits d'observations permettent de penser que le rôle des organismes normaux de l'urèthre dans l'infection ne doit être que contingent et très accessoire. L'expérimentation ne donne d'ailleurs aucun renseignement à cet égard.

Quant à l'infection secondaire de l'appareil urinaire, qu'on observe au cours des maladies infectieuses générales, elle sort du cadre habituel de l'infection urinaire chirurgicale. Elle débute au niveau du rein, par une de ces néphrites infectieuses décrites par M. Bouchard, et reste le plus habituellement limitée à cet organe. Rarement ou lui voit prendre une marche descendante et causer secondairement la cystite.

La pénétration du microbe dans la vessie est la condition secondaire, mais non suffisante de son infection. Cette rencontre ne devient féconde que lorsqu'il s'y joint l'aptitude à la réceptivité. La réceptivité est créée par diverses causes adjuvantes. Les plus actives sont la distension de la vessie, la congestion, la stagnation d'urine, les traumatismes de la muqueuse, les néoplasmes. La clinique m'a depuis longtemps montré toute l'importance de ces conditions. Souvent, très souvent même, les microbes sont introduits par le cathétérisme dans une vessie normale, sans que l'infection s'ensuive. Le cours régulier de l'urine les a expulsés avant qu'ils aient pu commencer leur action pathogène. Au contraire, la stagnation suffit pour que la contamination vésicale s'accomplisse. C'est surtout la distension qui crée les conditions les plus favorables à l'infection : qu'il s'agisse d'une rétention aiguë, d'un de ces cas où l'état douloureux, joint à un obstacle, détermine dans la vessie un excès de tension continuel ; qu'il s'agisse d'une rétention chronique incomplète avec distension ; toujours l'état congestif de l'appareil existe et favorise l'action des micro-organismes sur les parois. Enfin un cathétérisme traumatique, blessant la muqueuse, sera plus facilement infectant que celui qui laisse intacte la paroi urinaire.

L'expérimentation m'a permis de vérifier tous ces faits d'observation.

L'injection de microbes dans la vessie de l'animal sain n'est habituellement suivie d'aucun effet : ajoutez une rétention ou traumatisez ou congestionnez la muqueuse, la cystite infectieuse se déclare (Guyon et Albarran).

Je laisse pour un instant de côté la virulence du microbe, facteur cependant capital de l'infection. J'aurai, en terminant cette étude, à l'envisager d'une manière générale.

Comment les microbes produisent-ils la suppuration de la muqueuse vésicale ? L'attaquent-ils directement, en vertu de leurs propriétés pathogènes, ou par l'intermédiaire d'une altération préalable de l'urine ? Cette seconde hypothèse a été la première émise. Elle a été soutenue tout récemment encore par Rowsing. Le microbe introduit dans la vessie cultivant dans l'urine produirait la fermentation de l'urée ; l'urine, devenue ammoniacale, causerait par irritation chimique l'inflammation de la paroi.

Cette théorie ne s'applique certainement pas à la généralité des cas. L'ammoniurie n'accompagne pas nécessairement la cystite microbienne et n'est pas la condition de l'infection (Guyon). S'il est vrai que la plupart des microbes urinaires soient capables de produire lentement, *in vitro*, la transformation ammoniacale de l'urine, il est certain que le plus habituellement les urines purulentes, même les plus septiques, sont acides au moment de l'émission.

C'est donc bien à l'action directe du microbe qu'il faut rapporter la formation du pus. D'ailleurs le *micrococcus ureæ*, seul organisme incriminé à l'époque où l'ammoniurie semblait jouer le rôle principal dans la théorie de l'infection, a disparu de la liste des microbes urinaires pathogènes : rien ne prouve mieux le peu d'importance pathologique de la transformation ammoniacale de l'urine. J'ai depuis longtemps insisté sur ce fait et montré ses conséquences.

La suppuration est établie dans la vessie ; elle peut rester longtemps localisée à cet organe ; c'est le fait le plus ordinaire. Souvent, pourtant, l'agent pathogène franchit les limites du réservoir vésical, remonte jusqu'au bassinet par l'uretère et vient infecter le rein en y produisant la néphrite rayonnante, la suppuration, toutes les lésions du rein chirurgical.

La présence des microbes dans ces néphrites infectieuses a été signalée depuis longtemps (Klebs, Lancereaux). D'après les recherches les plus récentes, les organismes qu'on rencontre le plus habituellement dans les suppurations rénales sont les microcoques ordinaires de la suppuration (Doyen, Clado, Hartmann et de Gennes, Albarran), la bactérie pyogène ou coli-bacille (Hallé, Albarran et Hallé, Albarran, Morelle, Krögius), un bacille liquéfiant (Albarran) et le streptocoque pyogène (Albarran). Tantôt le pus ne contient qu'une seule espèce microbienne : tantôt l'infection rénale est due à l'action combinée de plusieurs microbes associés (Albarran). Le microbe qui joue le principal rôle est la bactérie pyogène qui, à elle seule, cause 16 infections sur 25 ; les 9 autres ont été produites : 7 fois par la même bactérie associée à un bacille liquéfiant, à des microcoques ou au streptocoque pyogène; 2 fois par le seul streptocoque (Albarran).

La démonstration expérimentale de l'action pathogène des microbes de l'urine sur le rein est aujourd'hui donnée. L'injection d'une culture pure de ces organismes dans l'uretère, suivie de ligature de ce conduit, produit constamment, chez l'animal, toutes les lésions de la néphrite ascendante suppurée (Albarran).

A côté de la pyélo-néphrite suppurée, il faut signaler certaines néphrites scléreuses, sans suppurations, dont l'origine microbienne a été démontrée par l'étude histo-bactériologique du rein de l'homme (Albarran).

En clinique, c'est la stagnation de l'urine septique dans la vessie, la mise en tension de ce réservoir, qui favorise l'ascension microbienne jusqu'au rein. Expérimentalement, c'est dans les mêmes conditions qu'on l'observe. Les uretères et les reins sont envahis au cours de la cystite infectieuse, quand on produit une rétention prolongée d'urine (Guyon et Albarran).

J'ai donc pu démontrer que, de l'évacuation régulière et répétée de la vessie, dépend, avant tout, le sort du rein, que cette évacuation s'accomplisse physiologiquement ou qu'elle soit artificielle. J'ai beaucoup insisté sur ces faits et cherché à caractériser le rôle défensif de la vessie, en disant qu'elle est la « gardienne des uretères ».

J'insiste d'avance sur l'importance et sur la gravité de cet envahissement du rein. Si la suppuration vésicale peut être longtemps tolérée sans retentissement, la néphrite infectieuse s'accompagne toujours de troubles sérieux de la santé générale.

Enfin, si les microbes pathogènes traversent la paroi des voies urinaires pour se répandre seuls ou mélangés à l'urine dans le tissu cellulaire voisin, ils y causent la suppuration, l'abcès urineux. Dans le pus de ces abcès péri-uréthraux, péri-vésicaux, péri-néphrétiques, on retrouve les microbes de l'urine : bactérie pyogène pure (Albarran et Hallé, Albarran, Tuffier et Albarran), associée à des microcoques (Tuffier et Albarran) ou, seuls, les microcoques pyogènes ordinaires (Clado, Horteloup-Bordas).

J'arrive à la seconde partie de cette étude, la pathogénie des accidents infectieux généraux, de la fièvre urineuse, en particulier.

L'appareil urinaire infecté est un danger pour l'économie tout entière : il est souvent le point de départ d'accidents plus ou moins graves, parfois mortels. La clinique a depuis longtemps établi dans quelles circonstances ces accidents éclatent, quelles formes diverses ils revêtent, et quelle est leur issue.

Nous pouvons dire aujourd'hui que la condition nécessaire de leur apparition, c'est l'infection de l'urine jointe à l'existence d'une solution de continuité pathologique ou traumatique.

Ces accidents peuvent parfois apparaître spontanément, sans aucune provocation (Civiale). Le plus souvent, c'est à la suite d'une intervention chirurgicale, cathétérisme simple ou traumatique, exploration vésicale, uréthrotomie, etc., qu'ils éclatent. Il faut les redouter surtout dans les cas où se trouvent réunies une solution de continuité de la paroi de l'appareil urinaire et sa mise en tension par l'accumulation d'une urine pathologique. L'urèthre, la vessie, le rein et probablement l'uretère, peuvent donc en être le point de départ.

J'ai décrit ailleurs toutes les variétés cliniques de ces accidents infectieux généraux dont on peut distinguer deux formes : forme aiguë et forme chronique. Dans la première, les accidents fébriles peuvent présenter deux types : accès aigu franc, unique; accès aigus répétés, caractérisant la forme aiguë prolongée. La forme chronique, où l'élévation thermique est moins constante et moins prononcée, est caractérisée surtout par les troubles généraux des grandes fonctions, aboutissant à une véritable cachexie.

Des diverses théories qui ont été successivement proposées pour expliquer la pathogénie de ces accidents, la plupart n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique; une seule persiste, rajeunie, éclairée, développée par les recherches récentes, elle s'applique à la généralité des cas.

Ni la théorie du shock nerveux (Perreve Reybard), ni celle de la phlébite (Chassaignac, Icard), ni même la théorie des lésions rénales (Verneuil, Mauvais, Marx, Malherbe), malgré la part de vérité qu'elle renferme, ne peuvent subsister comme théories générales et suffisantes dans l'état actuel de nos connaissances. Seule, la théorie de l'empoisonnement urineux, formulée par Velpeau, est d'accord avec les notions de la pathologie générale actuelle : elle a été à la fois complétée et confirmée par les découvertes modernes.

C'est à l'absorption de l'urine altérée et à son passage dans le sang, que nous devons rapporter la production des accidents généraux des urinaires. Si la solution de continuité de la muqueuse urinaire est large, si elle ouvre des vaisseaux importants, si l'urine est chassée sous pression, le malade pisse dans ses veines, suivant l'expression de Maisonneuve. Ces conditions se réalisent surtout dans l'urèthre.

Mais, naguère encore, nous ignorions la nature du principe pathogène contenu dans les urines altérées, et dont l'absorption provoquait les accidents : le terme vague d'empoisonnement urineux ou d'intoxication urineuse (Reliquet) était le seul qui pût exprimer notre pensée. Aujourd'hui, éclairés par les recherches bactériologiques, nous pouvons nommer cet agent : nous avons le droit de dire que les accidents urineux sont causés par le passage dans le sang des microbes de l'urine septique et des produits toxiques qu'ils y élaborent.

La fièvre urineuse est donc bien un accident infectieux.

Voyons sur quelles preuves s'appuie cette affirmation. La présence des microbes urinaires dans le sang ou les divers organes a été directement constatée dans un certain nombre de cas de fièvre urineuse après la mort (Hallé, Albarran et Hallé, Albarran) et même pendant la vie (Clado), au début d'un frisson (Hartmann), quelques heures avant la mort (Albarran). Ce que nous savons de l'infection sanguine, en général, explique suffisamment la rareté de cette dernière constatation.

Les microbes rencontrés dans le sang ont été le plus souvent

la bactérie pyogène (Hallé, Albarran et Hallé, Hartmann), trois fois un bacille liquéfiant (Clado). Dans tous ces cas, il s'agit d'infection urinaire franche.

Dans d'autres cas, on peut trouver dans le sang les mêmes bactéries associées aux microcoques de la suppuration ou les streptocoques (Albarran); le tableau clinique diffère alors par quelques traits de l'infection urinaire légitime.

Enfin, dans les cas où les microcoques pyogènes ordinaires (*aureus*, streptocoques) ont été seuls constatés, la maladie présentait dans un cas les allures de la pyohémie, avec abcès multiples, tandis que, dans les autres cas, il s'agissait d'une forme grave d'infection urinaire hyperthermique sans infarctus (Albarran). Il y a donc, à côté de la fièvre urineuse franche qui semble être surtout déterminée par la bactérie pyogène, d'autres formes exceptionnelles qui sont sous la dépendance des microcoques et du streptocoque pyogène ou d'infections combinées, dues à ces différents microbes. Il est, enfin, des cas fort distincts qui sont nettement de l'infection purulente. Son point de départ est habituellement alors une phlébite péri-uréthrale ou péri-prostatique, ainsi que je l'ai démontré.

L'expérimentation, mieux encore que les recherches anatomo-pathologiques, établit la nature infectieuse des accidents urineux.

L'injection d'une culture pure des microbes urinaires habituels (*bactérie pyogène, urobacillus liquefaciens*), dans les cavités séreuses, plèvre et péritoine, détermine le plus souvent la mort rapide de l'animal. A l'autopsie, on constate la diffusion du micro-organisme dans le sang et tous les organes (Clado, Hallé, Albarran et Hallé, Albarran, Krögius, Schnitzler, Rowsing, Morelle, etc.). L'injection dans le sang produit la même infection générale et souvent aussi la néphrite infectieuse (Berlioz, Clado, Albarran et Hallé, Krögius, Rowsing, Schnitzler).

Cette localisation secondaire sur le rein de l'agent infectieux répandu dans le sang, prouvée par l'expérimentation et par l'étude bactériologique du rein des urinaires (Albarran), joue à coup sûr un rôle important en pathologie humaine.

Chez l'urinaire aussi, l'effet secondaire de l'infection sanguine, et le plus redoutable peut-être, est la néphrite infectieuse, descendante, avec ses abcès miliaires corticaux (Albarran). Quand elle vient compliquer les lésions déjà profondes de la néphrite infectieuse ascendante, le fonctionnement rénal est gravement troublé, son pouvoir éliminateur compromis, et la vie est directement menacée. Incapables d'expliquer à elles seules la fièvre urineuse, les lésions rénales, on le voit, la favorisent, la compliquent et l'aggravent.

L'infection vraie du sang et de l'économie entière par les microbes des urines est donc la cause générale des accidents urineux. Existe-t-elle toujours, dans toutes les formes de ces accidents ?

Il faut admettre aujourd'hui, à côté de l'action directe du microbe, celle des produits toxiques qu'il élabore dans l'urine vésicale où il cultive. Ces produits solubles, passant par absorption dans la circulation générale, sont vraisemblablement capables de donner naissance à la fièvre et aux accidents généraux, sans que la diffusion et la pullulation du microbe, qui caractérisent la vraie infection, soient nécessaires. La part qu'il faut faire à cette intoxication dans la pathogénie des accidents urineux n'est pas encore suffisamment établie.

Nous ne pouvons encore faire entrer en ligne de compte les recherches expérimentales que nous poursuivons sur l'action des poisons solubles élaborés par les microbes de l'urine, mais l'observation nous permet de penser que leur rôle est réel et important. Voici, à l'heure présente, comment on peut interpréter, à l'aide de la théorie de l'infection que nous venons d'exposer, les formes cliniques diverses que présentent les accidents urineux.

La forme aiguë grave de la fièvre urineuse est celle qui relève, le plus certainement, de l'infection sanguine vraie. C'est dans les cas aigus foudroyants, rapidement mortels, que la présence du micro-organisme a été le plus fréquemment constatée dans le sang. Cette constatation a été également faite (Albarran, Hartmann) dans des accès aigus, francs, suivis de guérison. Cependant l'apparition si rapide, presque instantanée dans quelques cas, des accidents fébriles à la suite de mictions opérées à travers un urèthre lésé, leur très courte durée, leur disparition complète, peuvent permettre de penser qu'une part d'action revient alors aux produits solubles. Dans ces cas, la victoire de l'organisme, lorsqu'elle est complète, est, entre autres conditions, due à l'intégrité et au bon fonctionnement de l'appareil rénal. Dans les cas rares où la mort survient d'une façon foudroyante, c'est à la dose massive des microbes absorbés et à leur grande virulence qu'il faut attribuer la terminaison funeste.

La fièvre urineuse aiguë, prolongée, avec ses accès répétés, indique que l'infection sanguine a été suivie de lésions rénales secondaires. C'est la théorie que j'ai soutenue avant la démonstration de la nature microbienne de l'empoisonnement urineux et qui m'a toujours paru résulter de l'interprétation des faits. Les lésions rénales peuvent guérir dans un bon nombre de cas. C'est cependant la persistance et la profondeur de ces lésions qui causent la mort, quand elle survient à la suite de cette forme grave de la fièvre urineuse.

Enfin, la forme chronique, avec ses troubles fonctionnels généraux, multiples, reconnaîtrait plus particulièrement pour cause l'intoxication lente par l'absorption réitérée des produits microbiens toxiques, l'altération progressive des éléments du rein et l'affaiblissement de son pouvoir éliminateur. C'est alors à la cachexie urinaire et à sa forme septique que succombent les malades.

Une dernière question doit être abordée. L'apparition des accidents urineux n'est pas constante dans des cas en apparence identiques. Certains malades, dont les urines sont à peine troublées par de rares micro-organismes, sont atteints de fièvre à la moindre intervention ; d'autres, dont la vessie suppure abondamment et contient un grand nombre de microbes, supportent sans fièvre les manœuvres chirurgicales les plus offensives.

Ces contradictions apparentes trouvent leur explication naturelle dans la théorie que nous venons d'exposer. Les deux termes de l'infection, le microbe et le terrain, peuvent varier dans des limites fort étendues. Rien n'est moins constant que la virulence du microbe et l'état de réceptivité du malade. Dans des conditions différentes d'origine, d'âge, de milieu, de culture, un même microbe, sous une forme identique, pourra être doué de propriétés pathogènes très inégales. Ici, il sera capable de produire à peine une cystite passagère superficielle ; là, il pourra provoquer une inflammation suppurative intense de l'appareil urinaire et même déterminer la gangrène (Guyon, Albarran), il peut envahir rapidement les reins : dans un autre cas, il aura la propriété de faire naître, à la moindre inoculation, l'infection générale la plus grave ; en un mot, il présentera des variations de virulence remarquables.

De même, l'état de santé antérieur du malade fait peut-être varier ses aptitudes à l'infection : l'un se montre terrain propice, l'autre terrain réfractaire à l'invasion microbienne. La clinique établit bien ces aptitudes différentes, en particulier pour la suppuration ; j'ai souvent insisté sur ces faits, et cherché à établir leur importance. Enfin, pour toute une nombreuse catégorie de vieux urinaires, vieux par la date de l'infection plutôt que par l'âge, qui tolèrent sans la moindre réaction des lésions complexes, supportent des réinoculations traumatiques qu'ils ne se font pas faute de renouveler en se sondant sans précautions, qui devant l'opération restent toujours indemnes, j'ai, depuis longtemps, pensé à une sorte d'auto-vaccination due à l'absorption minime et répétée des produits toxiques de l'urine microbienne.

C'est par ce mécanisme qu'on peut s'expliquer l'immunité de ces malades pour les accidents fébriles.

Ces deux points importants de la pathogénie des accidents infectieux généraux, virulence et réceptivité, réclament encore des recherches. Leur étude expérimentale se poursuit ; les résultats que nous avons jusqu'à présent enregistrés ne permettent pas encore de conclure. Nous ignorons, en effet, la plupart des con-

ditions qui gouvernent la virulence et nous ne connaissons pas toutes celles d'où dépendent les variations de la réceptivité.

C'est de ce côté que doit être dirigé tout l'effort des recherches ultérieures : dans la solution de ce double problème, est l'avenir de la prophylaxie et d'une thérapeutique vraiment rationnelles.

DISCUSSION

M. RELIQUET. Velpeau, en 1840, dans sa leçon citée sur les *Accidents suite du cathétérisme* (1), dit : « L'urine, ainsi que vous le savez, est un des liquides les plus dangereux, les plus perfides de l'économie et qui produit les ravages les plus affreux quand il est sorti de ses canaux naturels, etc. Serait-il donc étonnant que quelques-uns de ses principes, forcés, on ne sait comment, de rentrer dans le torrent de la circulation, par suite de l'opération du cathétérisme pratiquée dans certaines conditions peu ou mal connues, ne devinssent la cause de tous ces phénomènes. Je n'insisterai pas plus longtemps sur ce point, car il serait facile de s'égarer dans le champ des hypothèses. Le plus important à connaître actuellement serait le traitement. Malheureusement je ne puis rien vous dire à son sujet. Comme traitement préservatif, il est impossible de rien déterminer, puisque les accidents arrivent dans les circonstances les plus opposées quand le canal est libre ou à peu près, quand le cathétérisme est facile ou pénible. Comme traitement curatif je ne vous éclairerai guère plus, etc. »

C'est une façon bien dubitative de se prononcer, et le doute était si bien dans l'esprit de Velpeau, qu'il ne chercha jamais plus loin, et jamais il n'a vu un traitement possible des accidents formidables qu'il décrivait. C'est plus de vingt ans après que la pathogénie de l'intoxication urineuse, établie par les travaux de mon maître M. Maisonneuve, 1860, et les miens en 1865 et 1868 (2), que fut définitivement établie la thérapeutique préventive et curative de l'intoxication urineuse.

Le jour où mon maître M. Maisonneuve fit son uréthrotome, qui permet de couper tous les rétrécissements, et seulement les rétrécissements, qui assure de pouvoir toujours mettre une sonde à demeure dans l'urèthre, immédiatement après la section faite : ce jour-là, la pathogénie des accidents de l'intoxication urineuse avait fait un pas énorme. En effet, mon maître reconnut bientôt qu'en laissant la sonde à demeure après l'opération pendant quarante-huit heures, il n'y avait plus d'accidents généraux à craindre, et comme il le disait : « Les malades ne pissent plus dans leurs veines. »

C'est là l'origine de la thérapeutique préventive de l'intoxication urineuse. C'est là ce qui m'a permis de dire, en 1865, en tête de ma thèse, dans ma dédicace à mon maître, que cette opération de l'uréthrotomie était devenue innocente.

Ainsi les plaies de l'urèthre devaient se cicatriser à l'abri du contact de l'urine.

Mais nous savions qu'il y a des intoxications à la suite du cathétérisme sans qu'il y ait de sang. Nous en trouvâmes l'explication dans l'étude de la physiologie des épithéliums, étude faite par notre maître M. Charles Robin, et expérimentalement par Kuss et Susini.

Ces auteurs démontrèrent que, lorsque l'épithélium de la vessie est intact, les liquides contenus dans la vessie ne sont pas absorbés.

Ainsi, l'urine, dans ces conditions, quelle que soit sa nature, ne peut provoquer d'accidents. Mais dès que l'épithélium vésical est lacéré, en un ou plusieurs points, par un traumatisme léger, immédiatement l'urine qui baigne ces points dénudés est absorbée. A plus forte raison dans les cas où l'épithélium de la vessie est détruit par l'urine altérée ou par l'inflammation de la muqueuse, l'absorption de l'urine est possible, et se fait réellement.

Tout ce que je viens de dire pour l'épithélium de la vessie, s'applique à celui de l'urèthre, qui est, du reste, bien plus facilement attaquable, et bien moins résistant au traumatisme et à l'action de l'urine retenue dans le canal par un obstacle. Aussi l'urèthre est-il bien plus souvent le point d'origine de l'absorption cause des accidents.

Cette fonction isolante, de ce qui est contenu, des épithéliums de la vessie et de l'urèthre, domine non seulement toutes les maladies des voies urinaires, mais les moyens thérapeutiques, chirurgicaux ou médicaux, préventifs ou curatifs. Il faut donc toujours, si on ne respecte pas l'épithélium, remédier immédiatement à sa chute.

Ainsi, tous les accidents de l'intoxication urineuse aiguë ou chronique sont dus à la pénétration de l'urine plus ou moins altérée dans le sang, soit par une plaie, soit par l'absorption au travers du chorion dénudé de l'épithélium des muqueuses des voies urinaires.

Voilà la pathogénie des accidents généraux urineux qui a été notre critérium absolu dans notre pratique chirurgicale. Elle ne nous a jamais trompé. Elle nous a permis d'instituer une thérapeutique chirurgicale et médicale acceptée maintenant par tous et qui nous a donné toujours les meilleurs résultats.

La thérapeutique préventive dans les opérations consiste à mettre les plaies ou les dénudations épithéliales de la muqueuse urinaire à l'abri du contact de l'urine.

Quand il s'agit de lésions dans l'urèthre, la sonde à demeure, pendant le temps nécessaire à la cicatrisation ou au renouvellement de l'épithélium, suffit.

Quand il s'agit d'une érosion de la muqueuse vésicale ou d'une dénudation d'épithélium, les injections légèrement caustiques, pouvant coaguler les surfaces dénudées, suffisent pour empêcher l'absorption de l'urine et les accidents consécutifs. Depuis 1865, je n'ai jamais terminé une manœuvre chirurgicale intra-vésicale (lithotritie, etc.), sans faire, dans la vessie et l'urèthre, des injections avec une solution d'acide phénique au millième, lesquelles ont suffi pour modifier les surfaces dénudées et les rendre impropres à l'absorption. C'est certainement grâce à cette pratique, que, dès le début de ma carrière, je n'ai pas eu les accidents urineux qui étaient si fréquents et si craints dans la pratique des maladies des voies urinaires.

Il va sans dire que, quand on se trouve vis-à-vis d'une intoxication urineuse, la première indication est d'arrêter les phénomènes d'absorption. Pour cela, il faut évacuer les liquides infectants, et modifier les surfaces absorbantes, comme nous venons de le dire, et, de suite, remplir l'indication curative. Celle-ci consiste à évacuer de l'économie, par tous les moyens possibles, les principes toxiques absorbés.

Civiale a très bien remarqué que la sueur abondante terminant l'accès fébrile est d'un pronostic favorable, mais il n'insiste pas sur une thérapeutique *ad hoc*. Dès mes débuts, j'ai prescrit l'alcool et les boissons chaudes pendant l'accès. J'ai une prédilection pour la bourrache. Lorsque nous ne donnions pas encore le chloroforme pour la lithotritie, je faisais prendre préventivement, aussitôt l'opération, de la bourrache très chaude avec du rhum ; je maintenais ainsi le malade dans un état de sueur légère.

Dès que les accidents fébriles diminuant le permettent, il faut évacuer par l'intestin. Ici le purgatif salin provoque des garde-robes infectes dont l'odeur diminue avec les évacuations successives. Quand la purgation ne fait pas cesser cet état d'infection, ne suffit pas à évacuer le poison de l'économie, je n'hésite pas à provoquer l'évacuation par les voies supérieures au moyen de l'ipéca.

Pour faciliter l'évacuation par les reins, le meilleur de tous les moyens est le régime lacté. C'est surtout lorsque l'intoxication urineuse est chronique, qu'on en retirera un bon résultat.

Les conditions d'intoxication urineuse chronique sont très souvent celles des malades que nous avons à opérer. En même temps, chez eux, il y a fréquemment l'insuffisance rénale, telle que je l'ai décrite en 1885. Aussi ai-je maintenant l'habitude de soumettre mes malades au régime lacté avant l'opération.

Ainsi la pathogénie de l'intoxication urineuse que nous venons

(1) VELPEAU. *Leçons orales de cliniques chirurgicales*, 1841, p. 330.
(2) RELIQUET. *Traité des opérations des voies urinaires.*

de donner, établit sur des bases scientifiques indiscutables une thérapeutique nette, précise, thérapeutique qui domine toute la pathologie des voies urinaires. Il ne faut pas oublier que cette pathogénie de l'intoxication urinaire a été l'origine des progrès réalisés dans la chirurgie et les maladies des voies urinaires dans ces dernières années.

Maintenant, il faut aller plus loin; il faut arriver à ce que l'urine ne soit jamais infectieuse; il faut que par des moyens nouveaux, ce résultat soit obtenu. C'est à la bactériologie dans les voies urinaires que nous devons demander cela ; jusqu'à présent, il y a un peu de confusion; mais l'esprit vraiment scientifique des hommes de laboratoire qui se livrent à ces travaux doit, non seulement nous faire espérer, mais nous faire affirmer, à nous, praticiens, qu'ils nous donneront bientôt des résultats positifs et indiscutables.

De l'emploi de la sonde à demeure après l'uréthrotomie interne. — M. HORTELOUP (de Paris). Aujourd'hui, la pratique la plus répandue est, après toute uréthrotomie interne, de placer une sonde à demeure, dans le but de mettre la plaie uréthrale à l'abri des tiraillements et du contact de l'urine et d'éviter ainsi les accidents fébriles.

M. Horteloup croit que l'emploi de la sonde à demeure n'est pas nécessaire après toutes les opérations, et il pense qu'en se basant sur les recherches microbiologiques de l'urine, il est possible de reconnaître les cas dans lesquels on doit ou on ne doit pas mettre la sonde.

Chez quinze malades auxquels il devait pratiquer l'uréthrotomie interne, il a fait analyser leurs urines et a constaté que sept de ces urines ne contenaient pas de micro-organismes, tandis que huit contenaient des micro-organismes de différentes espèces, mais toujours à l'état de culture pure. C'est-à-dire que les unes étaient aseptiques, les autres septiques.

Partant de cette distinction, M. Horteloup pensa que, dans les cas d'urine septique, il était indispensable de mettre une sonde à demeure, tandis que, dans les cas d'urine aseptique, on pouvait s'en dispenser.

Chez les sept individus où l'examen avait fait reconnaître des urines aseptiques, il ne fut pas mis de sonde à demeure et aucun ne présenta des frissons ou de l'élévation de température.

Si la sonde à demeure préserve des accidents fébriles immédiats après l'opération, elle n'empêche pas les accès de fièvre survenant pendant le troisième jour, lorsqu'on enlève la sonde à demeure après quarante-huit heures.

En s'appuyant sur ses recherches, M. le docteur Horteloup propose les trois conclusions suivantes :

1° Avant toute uréthrotomie, on doit faire la recherche de la septicité des urines;

2° Si on trouve des urines septiques, on doit placer une sonde à demeure, qu'on laissera de quatre à cinq jours;

3° Lorsqu'on trouve des urines aseptiques, on peut se dispenser de mettre une sonde à demeure.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris vient d'émettre les vœux suivants :

1° Que la limite d'âge — vingt-six ans — proposée pour le concours de l'internat, et qui est imposée par le régime actuel de la loi, soit remplacée par une mesure établissant l'égalité du nombre de concours et du temps d'études entre les concurrents;

2° Que les concurrents à l'internat ne puissent prendre part à ce concours que pendant les six années qui suivront la prise de leur première inscription, et que les externes soient dorénavant nommés pour quatre années, non renouvelables;

3° Que le nouveau règlement ne soit applicable qu'au concours de 1896.

— M. le docteur Léon Labbé, chirurgien de l'hôpital Beaujon, a été élu dimanche sénateur de l'Orne.

— M. le docteur Batigne est nommé médecin-adjoint du lycée Charlemagne (emploi nouveau).

— *Société de biologie.* — Le prix Ernest Godard (500 francs) sera décerné à la fin de l'année 1892. Les mémoires doivent être envoyés, avant le 15 octobre 1892, au secrétaire général, 15, rue de l'École-de-Médecine.

Suivant la volonté du testateur, le prix sera décerné au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie.

— M. le docteur Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, commencera à sa clinique, 52 rue Jacob, le mardi 26 avril, à quatre heures, un cours pratique sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, et les continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure. — Examen des malades les mêmes jours, à partir de deux heures et demie. — On s'inscrit, 52 rue Jacob, les mardis, jeudis, samedis de deux heures et demie à quatre heures et demie.

— M. Dujardin-Beaumetz vient d'organiser, dans son service, à l'hôpital Cochin, une série de conférences. Il a trouvé moyen de créer là un véritable institut dont il mobilise en quelque sorte, chaque année, les services au printemps. On remarquera qu'il demande à des médecins étrangers à l'hôpital de venir faire des leçons sur des sujets qu'ils ont étudiés avec prédilection. Chose semblable existe déjà, pour le plus grand bien des élèves, dans certains services de cliniques, et, à Saint-Louis, pour l'enseignement de la dermatologie. C'est, croyons-nous, chose nouvelle pour l'enseignement libre dans un hôpital général.

Voici l'ordre de ces conférences qui auront lieu du 27 avril au 1er juillet 1892 :

Enseignement clinique. — Mercredi : M. Dujardin-Beaumetz. L'art de formuler.

Jeudi : M. Le Gendre, médecin des hôpitaux. Thérapeutique infantile.

Vendredi : M. Ehrardt, interne du service. Les Ictères. — M. Sottas, interne du service. Maladies du système nerveux.

Samedi : M. A. Mathieu, médecin des hôpitaux. De la dyspepsie.

Lundi : M. Bardet, chef du laboratoire de thérapeutique. Des alcaloïdes.

Mardi : M. Dubief, chef du laboratoire de bactériologie. Anatomie pathologique de la tuberculose.

Exercices pratiques. — Clinique thérapeutique, au lit du malade : M. Dujardin-Beaumetz, tous les matins de neuf heures à neuf heures et demie.

Thérapeutique expérimentale : M. le docteur Bardet.

Bactériologie et anatomie pathologique : M. le docteur Dubief.

Matière médicale et pharmacologie : M. Egasse.

Massage : M. le docteur Hirschberg (lundi, mardi, vendredi).

Maladies de la gorge, des oreilles et du nez : M. le docteur Hirschfeld (mardi, jeudi, vendredi).

Electrothérapie : M. le docteur Jordanis (mardi, jeudi, samedi).

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 50. — JEUDI 28 AVRIL 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 28 AVRIL 1892. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(SIXIÈME SESSION)

Séance du 20 avril (soir). — Présidence de M. Alphonse GUÉRIN.

DISCUSSION SUR LA PATHOGÉNIE DES ACCIDENTS INFECTIEUX CHEZ LES URINAIRES

M. REGINALD HARRISON (de Londres). Depuis que Civiale a publié son important traité, des progrès sérieux ont été faits dans les recherches sur le sujet qui nous occupe. Nous avons actuellement à traiter la pathologie de la fièvre urineuse, sous le rapport de la bactériologie, aussi bien que d'après les données cliniques. Pour le moment, je m'attacherai principalement à la considération du côté clinique.

Afin d'être bref autant que possible, je vais tracer en quelques mots les caractères saillants des cas sur lesquels mon attention s'est portée.

1° Un malade affecté d'un rétrécissement de l'urèthre, mais d'ailleurs en bonne santé, et sans indications d'une affection rénale quelconque, subit l'opération, assez bénigne du reste, de l'uréthrotomie interne. Peu de temps après, il est pris d'un frisson plus ou moins prononcé; la température s'élève et des transpirations abondantes se déclarent. Ces symptômes, qui présentent quelques points de ressemblance avec la fièvre paludéenne, peuvent se répéter plusieurs fois, mais le malade finit par se rétablir.

2° Je choisis un autre exemple parmi les cas rapportés par Mitchell Banks, chez un homme âgé de trente ans. On parvient à faire passer une bougie de petite taille à travers un rétrécissement long et très étroit, commençant environ à 5 centimètres du méat. Il a déjà subi l'opération plusieurs fois précédemment, mais en cette occasion elle fut suivie, au bout d'une heure, de vomissements et d'un frisson très prononcé. Plus tard, le frisson le reprend et s'accompagne d'un pouls rapide et d'un tremblement convulsif. Il meurt enfin six heures et demie après l'introduction de la bougie. A l'autopsie, on constate qu'à part un rétrécissement assez long et une congestion peu prononcée des reins, tous les organes sont sains.

3° J'ai déjà publié l'observation suivante : En 1886, je fus appelé à donner mes soins à un garçon âgé de onze ans, en bonne santé, qui était atteint d'une rupture partielle de la partie membraneuse de l'urèthre, par suite d'une chute à califourchon sur le périnée. Sans trop de difficulté, je parvins à introduire une sonde dans la vessie et retirai environ un quart de litre d'urine sanguinolente. La sonde fut laissée à demeure. Quarante-huit heures après l'accident, il fut saisi de convulsions, qui le reprirent à des intervalles rapprochés avec une très grande violence et s'accompagnèrent d'opisthotonos. La déglutition devint impossible, quoique les mâchoires ne fussent nullement immobilisées. Enfin, il tomba dans le coma et succomba huit heures après que les convulsions s'étaient déclarées, c'est-à-dire cinquante heures après la chute. Une heure avant la mort, sa température était de 40 degrés centigrades. On refusa l'autorisation de pratiquer l'autopsie.

D'après moi, tous ces cas appartiennent à la même catégorie, et, quoique une issue funeste soit relativement rare, la plupart des chirurgiens ont dû en rencontrer quelques exemples.

Il ne me paraît pas permis de douter que les phénomènes que je viens de signaler ne dépendent primitivement de l'infection microbienne de la partie lésée, et, en second lieu, de l'infection générale. Cet aspect de la question a été étudié à fond par M. Noël Hallé, et les conclusions auxquelles il est arrivé, par suite des recherches faites par lui dans le laboratoire de M. Guyon, à l'hôpital Necker, méritent une attention toute particulière. C'est donc à l'étude des conditions d'ordre clinique qui peuvent, ou faciliter, ou entraver ces altérations microbiennes, que je m'adresse.

J'ai été amené à vous offrir ces quelques observations après avoir remarqué des différences de susceptibilité, par rapport à la fièvre spéciale, selon le genre de lésion infligée à l'appareil urinaire.

Or, on constate rarement ces effets après l'opération de la taille pour calcul de la vessie ou après la section du périnée pour rétrécissement de l'urèthre. Il survient fréquemment, au contraire, après l'uréthrotomie interne pour ce même rétrécissement. Dans un travail sur l'uréthrotomie interne, Teevan estime la fréquence de cette complication dans sa pratique à deux tiers des cas.

Dans les traumatismes profonds de l'urèthre, n'entraînant pas une solution de la continuité cutanée, tels, par exemple, que les chutes sur le périnée, les frissons et l'élévation de la température surviennent très souvent lorsqu'on a recours à la sonde à demeure, l'urine s'infiltrant entre celle-ci et les parois de l'urèthre. Si, par contre, on pourvoit à l'écoulement continuel des urines en pratiquant la section du périnée, ces symptômes font défaut.

En outre, l'intensité de l'état fébrile ne paraît dépendre aucunement de la gravité de la lésion. Il m'est arrivé de constater les phénomènes les plus redoutables après l'introduction d'une bougie ou d'une sonde pour une lésion très restreinte, voire même quand celle-ci ne dépasse pas une abrasion de la couche épithéliale de la muqueuse.

Ces observations m'ont amené à conclure que ces effets relèvent beaucoup plus de circonstances d'ordre mécanique, dans

l'infliction des blessures, que du fait de la lésion de tissus particuliers.

En vue de l'inégalité de la distribution des symptômes morbides et de la fréquence extrême avec laquelle l'uréthrotomie interne entraîne une pyrexie plus ou moins prononcée, se terminant dans une certaine proportion de cas par la mort par suppression de la sécrétion urinaire; ayant en vue aussi l'amélioration permanente du rétrécissement, j'ai dû modifier en plusieurs points essentiels la manière de procéder employée par moi dans le traitement de ces lésions.

Dans nombre de cas de rétrécissement de l'urèthre à une période avancée, qui ne permettaient pas le traitement par dilatation, j'ai commencé par sectionner l'anneau cicatriciel de l'intérieur de l'urèthre au moyen de l'uréthrotome de M. Maisonneuve. Cela fait, j'ai pu, sans difficulté, introduire un cathéter cannelé de gros calibre, tel qu'on en emploie pour la lithotomie médiane, jusque dans la vessie. On place alors le malade dans la position usitée pour la lithotomie et l'on fait la boutonnière périnéale dans la ligne médiane, uniquement dans le but d'introduire un tube de drainage en gomme, de gros calibre, dans la vessie. On maintient le tube en position au moyen de liens, de façon à pourvoir à l'écoulement de l'urine au fur et à mesure de sa sécrétion. Le drainage se fait pendant sept jours et au bout de cette période on retire le tube. En attendant la cicatrisation de l'incision périnéale, qui s'accomplit ordinairement en quelques jours, on a soin de temps en temps de faire passer une bougie dans toute la longueur de l'urèthre afin de conserver les dimensions normales du canal. On trouvera des explications plus détaillées sur la technique de l'opération dans une brochure que j'ai publiée, il y a quelques années. Depuis lors, j'ai continué à avoir recours à cette manière de faire, dans les cas particuliers de rétrécissement de l'urèthre, de préférence à la taille périnéale ordinaire, à laquelle elle ne ressemble que de loin.

Je réclame enfin, pour ce procédé, le privilège de prévenir d'une façon certaine, par l'association de l'uréthrotomie interne avec le drainage de la vessie, les symptômes fébriles et autres qui sont la conséquence fréquente de l'uréthrotomie interne comme mesure isolée. En effet, quand ces symptômes se déclarent, c'est parce que le drainage de l'urine n'est pas parfait.

Chez vingt-trois malades consécutifs, soumis à ce double procédé, il ne s'est pas produit une seule fois de frisson ni d'élévation de température dépassant celle qui s'observe après les interventions chirurgicales les plus simples. Ces observations, qui ont été faites sur une assez grande échelle, confirment en tous points celles qui se rapportent au traitement des lésions accidentelles de l'urèthre chez l'homme, par suite de chutes et coups sur le périnée. D'après mon expérience personnelle de l'élévation de température qui suit les lésions de l'appareil urinaire, il n'y a qu'une variété qui soit difficile à expliquer par l'hypothèse d'un empoisonnement septique — à savoir : les frissons qui s'observent assez fréquemment, lorsque l'opéré, sur qui on a pratiqué la taille ou telle autre opération semblable, évacue les urines, pour la première fois, par l'urèthre.

Depuis plusieurs années, j'ai pratiqué la taille périnéale de la prostate hypertrophiée, lorsque celle-ci offre un obstacle à la miction que ne surmonte pas le cathétérisme. Après section de l'obstacle, on introduit une sonde en gomme élastique dans la vessie, et on la maintient en place pendant un nombre de jours qui varie selon les conditions particulières, de manière à rendre permanente l'incision prostatique. Cela fait, on retire le tube et on permet à l'ouverture de se cicatriser. J'ai opéré ainsi un nombre considérable de cas et jai souvent observé que la première miction par voie de l'urèthre, après l'opération, est suivie presque aussitôt de frissons prononcés. Ceci précède le plus souvent une élévation de température qui cède au bout d'un jour ou deux. Voici deux observations de ce genre.

1° Le 17 février 1890, en faisant la lithotritie chez un homme âgé de quarante-neuf ans, porteur d'un calcul d'acide urique, un gros morceau triangulaire s'engagea dans l'urèthre au-devant de la prostate, de sorte que, pour achever l'opération, je fus obligé d'avoir recours à la cystotomie médiane, qui servit à l'enlèvement des débris. Je laissai un gros tube à drainage dans la vessie. La température resta normale jusqu'au douzième jour, époque à laquelle le malade urina, pour la première fois, par l'urèthre. Il éprouva aussitôt des frissons et la température monta à 38°2. Ce fait ne se renouvela pas et la convalescence suivit ensuite son cours normal.

2° Le 27 février 1892, je sectionnai la prostate d'un homme âgé de cinquante-trois ans, qui, depuis cinq ans, éprouvait des difficultés dans la miction, par suite de l'hypertrophie du plancher prostatique. Depuis un an, il n'avait pu se passer de la sonde. J'introduisis un tube à drainage et l'opération ne fut suivie d'aucune élévation inquiétante de la température. Le vingtième jour, on retira le tube et peu de temps après le malade urina naturellement, pour la première fois depuis une année. Il accusa aussitôt une sensation de froid et la température monta à 38°4, accompagnée d'une sécheresse générale de la peau et d'une sensation de soif. Ces symptômes diminuèrent graduellement et firent place à une diaphorèse abondante. La température retomba au niveau normal et l'opéré entra en convalescence.

Que signifient donc ces manifestations? Je leur attribue une origine tout à fait distincte de celles que j'ai signalées précédemment. On observe, du reste, les différences suivantes : La sensation de froid s'annonce à la fin de la première miction, donc il n'y a pas de période d'incubation. En outre, je ne connais pas d'exemple d'une issue fatale, soit immédiate, soit éloignée ; les frissons ne récidivent pas, et ils ne sont jamais suivis des symptômes constitutionnels d'infection, tels que suppression de la sécrétion urinaire, etc.

Les frissons et la réaction fébrile qui suivent ne doivent être considérés, en somme, que comme l'expression d'un trouble passager du système nerveux. C'est par l'étude des circonstances dans lesquelles ces diverses manifestations se produisent que nous serons à même d'apprécier en quelle mesure leurs causes sont similaires. Pour les raisons que je viens de décrire j'estime qu'il n'existe pas de rapport entre elles. Des observations cliniques embrassant le sujet tout entier me paraissent autoriser les conclusions suivantes :

I. Une réaction fébrile spéciale comme suite de plaies intéressant l'appareil urinaire, dépend surtout du drainage plus ou moins parfait de la vessie.

II. L'état fébrile faisant suite à ces lésions est de nature toxique et non d'origine nerveuse.

Tout en concluant que la fièvre urineuse est d'origine septique, je n'ai pas voulu hasarder une opinion sur la nature même du poison. Les effets du poison sont-ils dus à des microbes ou à un alcaloïde analogue à celui qui a été décrit par M. Bouchard, c'est ce qui reste à déterminer. A ce propos, permettez-moi de citer un passage tiré d'un discours de feu Austin Flint (de New-York) : « Le plus haut objet d'étude en pathologie, à notre époque, est la découverte de micro-organismes et la connaissance de leur rôle. Mais ces agents, suivant toute probabilité, ne sont qu'indirectement pathogènes par l'intermédiaire des produits toxiques de leur activité. Que sont ces produits et comment entraînent-ils des phénomènes morbides? On peut poser les mêmes questions à propos de certains poisons, de provenance extérieure, qui s'introduisent dans l'organisme. Comment se fait-il que des quantités minimes de morphine, de hyoscyamine, de strychnine, d'aconitine et d'atropine produisent des effets mortels? Nous dire que ces substances agissent en vertu de leurs effets sur le système nerveux ne nous apporte pas de renseignements utiles. C'est la constatation d'un fait et non pas son explication. Pour celle-ci il faut nous en remettre à la chimie organique de l'avenir. »

M. BROCA a fait une taille hypogastrique, pour calcul vésical, sur un enfant de dix-sept ans. Les urines, examinées auparavant, contenaient un peu de pus, mais on n'y trouva pas les microbes ordinaires de la suppuration. Dans ces conditions, M. Broca crut pouvoir suturer complètement la vessie et ne pas mettre de sonde

à demeure; mal lui en prit, car cet enfant succomba, quelques jours après l'opération, à une pyélonéphrite suppurée, bilatérale. On trouva que le pus contenait le bacterium coli commune à l'état de pureté.

M. VERNEUIL, aux conditions essentielles de l'infection urineuse signalées dans le rapport de M. Guyon, aurait voulu voir ajouter la latence des états pathologiques. Tel individu, par exemple, qui se fera une fracture du péroné, ayant une affection urinaire légère, verra éclater brusquement, sous l'influence de ce traumatisme, tous les phénomènes de l'infection urineuse la plus grave.

M. GUYON fait observer que la nécessité de condenser le plus possible ce rapport ne lui a pas permis d'insister, autant qu'il l'aurait voulu, sur certains points, en particulier sur celui que vient de signaler M. Verneuil.

M. PONCET (de Lyon) a fait trente-cinq fois la cystotomie sus-pubienne chez les prostatiques. Elle lui paraît indiquée toutes les fois que le cathétérisme est impossible. Il considère le ballon de Petersen comme inutile et dangereux. Il attache une grande importance à la position déclive à donner au malade.

M. VERNEUIL, comme M. Poncet, ne croit pas utile de recourir au ballon de Petersen.

M. GILLES DE LA TOURETTE fait une communication qui a pour but de démontrer l'utilité d'examiner les urines avant de recourir à la trépanation du crâne, dans les cas d'épilepsie partielle. Après avoir rappelé les déboires éprouvés par quelques chirurgiens ayant enlevé une ou plusieurs rondelles osseuses du crâne, sans rien trouver au cerveau, M. Gilles de la Tourette déclare que l'examen des urines aurait éclairé ces chirurgiens en leur démontrant d'avance l'inutilité, dans ces cas, de la trépanation.

En effet, MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau ont entrepris une série de recherches, dans le service de M. Charcot, qui les ont conduits à pouvoir donner une formule chimique particulière à l'épilepsie partielle. Il n'y a pas aujourd'hui de services de médecine ou de chirurgie où l'on ne voie des hommes hystériques, susceptibles, conséquemment, de présenter de l'épilepsie partielle. Or, cliniquement, il est à peu près impossible de différencier cette épilepsie partielle hystérique de l'épilepsie partielle vraie, due à la présence d'un néoplasme. L'analyse des urines, ainsi que l'ont démontré MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau, permet de faire ce diagnostic différentiel de la façon la plus nette. En effet, dans les cas d'épilepsie partielle, d'origine néoplasique, il y a une notable augmentation, au moment de la crise, du résidu fixe, de l'urée et des phosphates; dans l'épilepsie partielle, d'origine hystérique, au contraire, il y a une sensible diminution de ces mêmes éléments. Ainsi, tel individu qui émettra 1 500 grammes d'urine et chez lequel on trouvera 40 grammes de résidu fixe, 25 grammes d'urée et 3 grammes de phosphates; s'il est atteint d'épilepsie partielle hystérique, ces chiffres tomberont de 40 à 30, de 25 à 15, de 3 à 1,50. Si, au contraire, il est atteint d'épilepsie d'origine néoplasique, ces chiffres monteront de 40 à 50, de 25 à 45, de 3 à 4,50. Rien que pour l'urée, il y aura donc une différence de 20 grammes, selon qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre de ces épilepsies partielles.

Avant donc de trépaner dans les cas d'épilepsie partielle, il importe d'examiner les urines du malade; s'il y a une augmentation considérable de l'urée, des éléments fixes et des phosphates, c'est qu'il s'agit d'une épilepsie partielle, d'origine néoplasique; il faut alors opérer. Si, au contraire, il y a une diminution très sensible des mêmes éléments, c'est qu'il s'agit d'une épilepsie d'origine hystérique et il faut s'abstenir.

M. REBLAUD (de Paris) a observé, dans le service de son maître, M. le professeur Guyon, plusieurs femmes qui, arrivées au delà du cinquième mois de leur grossesse — la première dans la plupart des cas — ont été prises subitement de phénomènes nerveux, tels qu'envies fréquentes d'uriner, de douleurs en urinant, suivies d'état purulent des urines. On pense à l'existence d'une cystite gravidique et, à l'exploration physique, on est fort étonné de trouver la vessie parfaitement saine. Tous les phénomènes proviennent du rein, du rein droit dans nos cas, au nombre de cinq : ce rein est douloureux et augmenté de volume. Dans deux de nos cas, les affections sont terminées par une pyonéphrose opérée après l'accouchement; dans un troisième, l'affection a guéri spontanément; chez la quatrième malade, la grossesse évolue encore et les phénomènes persistent; la cinquième malade a été perdue de vue. Une des néphrotomisées est morte, et, à l'autopsie, on a trouvé, à droite, une pyonéphrose opérée, à gauche, une hydronéphrose méconnue pendant la vie; les deux uretères étaient très dilatés. L'examen bactériologique des urines, pratiqué dans quatre cas, a donné du coli bacillus à l'état de pureté.

M. Reblaud pense qu'il s'agit d'hydronéphroses dues à la compression de l'uretère par l'utérus gravide et infectées secondairement. La possibilité de ces infections est démontrée par l'expérimentation. Quant à leur source, elle doit être recherchée, dans la plupart des cas, dans une septicémie silencieuse, d'origine intestinale.

Séance du 22 avril (soir). — Présid. de M. Bloch (de Copenhague).

TROISIÈME QUESTION

DES OPÉRATIONS CHIRURGICALES SUR LES VOIES BILIAIRES RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS

(Rapport par M. F. Terrier.)

Comme vous allez pouvoir en juger, les opérations pratiquées sur les voies biliaires sont fort diverses et datent de peu d'années, au moins pour la plupart d'entre elles.

Toutefois, je vous ferai remarquer, dès à présent, que les principales de ces interventions avaient été en quelque sorte pressenties par les anciens chirurgiens, parmi lesquels je citerai, en première ligne, notre célèbre Jean-Louis Petit.

Sous le nom de *voies biliaires*, nous comprendrons : les canaux hépatiques intra-glandulaires, le canal hépatique et le canal cholédoque (voies directes), puis le canal cystique et la vésicule (voies indirectes ou accessoires).

Etant donné la fréquence des lésions des voies biliaires accessoires, on conçoit facilement aussi la fréquence des interventions portant sur ces voies accessoires, si on les compare aux opérations pratiquées soit sur les canaux et le canal hépatique, soit sur le canal cholédoque.

Notons toutefois, dès à présent, une grande analogie entre les interventions faites sur les voies directes et celles qui sont pratiquées sur les voies indirectes (vésicule et canal cystique).

Nous nous sommes efforcé de classer ces diverses interventions et, cela, d'une façon comparative dans le tableau suivant :

1° Cholécystolithotripsie.	1° Cholédocholithotripsie.
2° Cholécystotomie proprement dite et cholécystostomie.	2° Cholédochotomie proprement dite et cholédochostomie.
3° Extraction des calculs du canal cystique après cholécystotomie avec ou sans lithotritie.	3° Extraction des calculs du canal cholédoque après cholécystotomie, etc.
4° Cholécystectomie.	. . . .
5° Cholécystentérostomie.	4° Cholédochoentérostomie.

A ces diverses opérations, il faut encore ajouter l'*hépaticostomie*, l'*hépatostomie* et le *cathétérisme des voies biliaires*.

Si, d'une part, étant donné les travaux publiés sur ces opérations, il est possible de vous exposer, aussi brièvement que faire se peut, leur classification et de vous dire en quoi consistent ces interventions; si, d'autre part, on peut donner un aperçu des résultats immédiats qu'elles fournissent, il n'en est plus ainsi pour les résultats éloignés, et, pour moi, ce doit être là un des points à élucider dans cette session du Congrès.

INTERVENTIONS SUR LES VOIES BILIAIRES ACCESSOIRES

1° Cholécystolithotripsie. — Nous avons choisi cette dénomination pour désigner la lithotripsie faite dans la vésicule biliaire et dans le canal cystique. On l'a aussi nommée *cholélithotripsie* proprement dite, *cholelithotrity* (Lawson Tait).

Cette opération paraît n'avoir été pratiquée que par Lawson Tait, Courvoisier et Mayo Robson; elle consiste en une laparotomie exploratrice terminée par l'écrasement sur place, à l'intérieur du canal cystique ou de la vésicule du fiel non ouverte, et à travers les parois de ces diverticules des calculs qui s'y trouvent enclavés ou collectés.

Cette manœuvre, que nous désignons sous le nom de *lithotripsie*, ne doit pas être confondue avec l'écrasement des calculs pratiqué dans la vésicule ou dans le canal cystique, après cholécystotomie préalable.

Dans les trois faits de Lawson Tait, les calculs broyés furent repoussés non dans l'intestin, mais dans la vésicule déjà ouverte. Courvoisier refoula le calcul dans le duodénum, mais après une cholécystectomie. Ces cas sont donc complexes et c'est Mayo Robson qui, deux fois, pratiqua avec succès la cholécystolithotripsie typique; c'est-à-dire, après la laparotomie, l'écrasement des calculs de la vésicule et du canal cystique, avec refoulement des fragments dans l'intestin. Généralement, l'écrasement des calculs se fait avec les doigts, mais si ceux-ci sont insuffisants, on peut recourir à des pinces dont les mors sont recouverts de petits tubes de caoutchouc (Lawson Tait).

Dans un cas — mais la vésicule avait été ouverte — Thornton eut recours à une fine aiguille enfoncée à travers les parois de la vésicule.

Il est bien certain que, de toutes ces manœuvres, ce sont celles qu'on peut faire avec les doigts qui nous semblent préférables. Est-ce à dire que cette manière de faire doive être toujours préférée à la cholécystotomie, comme le pense Mayo Robson? Trop peu de faits ont été relatés pour formuler une conclusion aujourd'hui. Théoriquement l'écrasement des calculs, peut-être le massage des voies biliaires proposé comme moyen adjuvant de la cholécystotomie, dès 1885, par M. Maunoury, et pratiqué par G. Harley, sont rationnels, mais on ne peut encore juger leur valeur.

2° Cholécystotomie. — Dès 1743, Jean-Louis Petit émit l'opinion que les opérations pratiquées sur la vessie pouvaient être faites sur la vésicule du fiel, surtout lorsque les tumeurs de celle-ci étaient adhérentes à la paroi abdominale. Morand (1756) incisa la vésicule pour enlever des calculs biliaires. Bloch (1774), Richter (1778), cherchèrent à déterminer des adhérences entre la paroi abdominale et la vésicule, pour l'ouvrir ultérieurement.

Citons encore le travail de Campaignac (1826) et la thèse de Carré (1833). Pour Courvoisier, ce serait ce dernier auteur qui, le premier, aurait émis l'idée d'attaquer chirurgicalement les tumeurs non adhérentes formées par la vésicule et qui aurait conseillé de les inciser.

Ultérieurement, vinrent les travaux de Thudichum, toutefois, ce chirurgien ne fit pas la cholécystotomie. L'honneur de la première intervention de ce genre appartient à Bobbs; encore cette intervention ne fut-elle que le résultat d'une erreur de diagnostic. Et malgré les tentatives de Brown et de Blodgett, il faut arriver à Marion Sims, qui, le 18 avril 1878, c'est-à-dire il y a quatorze ans seulement, pratiqua, de propos délibéré, l'incision de la vésicule biliaire; il en retira soixante-six calculs, malheureusement sa malade mourut. Deux mois plus tard, Kocher (de Berne) fit, avec succès, la même opération.

Depuis, les observations se sont multipliées et l'on compte certainement plus de trois cents opérations publiées aujourd'hui. Ces opérations, dont il m'est absolument impossible de vous donner même un aperçu analytique, ont été faites par des procédés différents, que je vais essayer de classer aussi simplement que possible.

L'incision de la vésicule biliaire a reçu déjà nombre d'appellations diverses : *cystofelleotomia* (Rossi), *cholélithotomie* (Bardenheuer), *cholélithectomie* (Ransohoff), *taille biliaire* (Duriau), *cholécystotomie* (Marion Sims).

C'est cette dernière dénomination que nous accepterons.

L'incision de la vésicule doit comprendre, selon nous, deux modes opératoires bien différents, suivant le but qu'on se propose d'atteindre.

Dans certains cas, on cherche à créer une ouverture persistante de la vésicule, de façon que la bile puisse s'écouler au dehors; on établit une fistule à la vésicule biliaire, une véritable bouche. Or cette intervention mérite, croyons-nous, une dénomination spéciale; celle de *cholécystostomie* (στομα, bouche), proposée par Courvoisier, nous paraît tout à fait acceptable et justifiée; on pourrait aussi l'appeler *fistule biliaire artificielle.*

Dans tous les autres cas, on n'ouvre la vésicule que pour y manœuvrer à l'aise pendant un instant relativement court et dans l'intention de la refermer aussitôt l'action chirurgicale terminée. C'est là la véritable cholécystotomie, la *cholécystotomie proprement dite.*

Si l'on voulait opposer à l'expression de fistule biliaire artificielle, considérée comme synonyme de cholécystostomie, un autre terme, on pourrait proposer ici celui de *taille biliaire.*

A l'exemple de Courvoisier, dans cet essai de classification, j'ai soin de bien séparer les opérations typiques d'avec toutes celles qu'on peut appeler atypiques, pratiquées sur des vésicules adhérentes ou fistuleuses, pour des phlegmons péricholécystiques, etc.

A. — *Cholécystostomies.*

La cholécystostomie a été faite en *un seul temps*, ou en *deux temps*, suivant qu'on a cru nécessaire ou non d'attendre la formation d'adhérences entre la paroi abdominale et la vésicule, avant d'inciser cette dernière.

1° *Cholécystostomie en deux temps.* — Proposée par Bloch, Richter et Carré, tentée sans succès par Blogdett, elle fut exécutée par Kocher pour la première fois, puis par Bardenheuer et Riedel en Allemagne. Elle paraît aujourd'hui délaissée, et aux trente-deux cas rassemblés par Courvoisier, on n'en pourrait ajouter que quelques autres; en fait, comme toutes les opérations en deux temps, elle répugne quelque peu aux chirurgiens actuels.

Le *modus faciendi* est fort simple : incision de la paroi abdominale au niveau de la tumeur; incision du péritoine; la vésicule généralement distendue apparaît alors au fond de la plaie. Ceci fait, on peut procéder de deux façons différentes :

A. Ou on laisse les choses en l'état et on se borne à appliquer un pansement antiseptique en tamponnant la plaie et abandonnant à la nature le soin de déterminer la formation d'adhérences entre le vésicule et le péritoine pariétal. Cette manière de faire a été exceptionnellement pratiquée.

B. Ou mieux, on suture la paroi de la tumeur biliaire aux bords de la plaie abdominale, puis on applique le pansement antiseptique. Cette conduite est celle qui a été suivie le plus souvent par les opérateurs (29 fois sur 32, Courvoisier).

Après quelques jours (de trois à huit jours) qu'on ait pratiqué ou non la suture, on enlève le pansement.

Le deuxième temps de l'opération consiste à ouvrir plus ou moins largement la vésicule, unie par des adhérences aux bords de la plaie pariétale de l'abdomen. Tantôt cette ouverture est faite au bistouri, tantôt on a recours au thermocautère.

Ce procédé, comme d'ailleurs bien d'autres, a donné lieu à des insuccès; mais ceux-ci ne plaident ni pour ni contre cette manière d'opérer, où une trop grande prudence paraît s'allier à une trop vive confiance dans les efforts de la nature.

Signalons, à cette méthode en deux temps, une modification de Landerer :

Dans quelques circonstances, et cela n'est pas très rare, croyons-nous, le bord du foie passe en avant et cache la vésicule malade peu distendue; on ne peut donc l'amener au contact de

la paroi abdominale. Or, dans un de ces cas, Landerer, au lieu de libérer le fond de la vésicule, tourna la difficulté en déterminant dans un premier temps opératoire la formation d'adhérences entre le foie et la paroi de l'abdomen. Dans un deuxième temps, il transperça, avec un trocart dirigé vers la vésicule, le tissu hépatique, et ce trocart servit de guide pour inciser la vésicule à l'aide du thermocautère.

Il n'est pas besoin de vous dire que ce procédé étrange, pour ne pas dire plus, me paraît absolument mauvais.

2° *Cholécystostomie en un temps.* — Pratiquée pour la première fois en 1867 par Bobbs, mais pour une erreur de diagnostic, cette opération appartient réellement à Marion Sims; depuis lors, Lawson Tait l'a en quelque sorte vulgarisée, vu le grand nombre d'opérations qu'il a faites.

Cette opération peut être conduite de deux façons :

A. Dans un premier procédé, le péritoine ouvert, on incise d'abord la vésicule et on ne suture les bords de cette incision aux bords de la plaie abdominale qu'à la fin de l'intervention. C'est là la *cholécystostomie classique*, *naturelle*, de Lawson Tait, celle qui fut faite par Bobbs, M. Sims, Keen, etc.; on peut la désigner sous le nom de *cholécystostomie à incision première, avec suture ou fixation dernière*.

Cette opération a été pratiquée plus de cent cinquante fois déjà, et la statistique la plus complète que nous ayons est celle de Courvoisier; bien qu'il y laisse de côté la plupart des opérations faites en France et nombre d'autres faits étrangers, que je ne puis que signaler.

B. Il est une autre mode d'intervenir : au lieu d'ouvrir la vésicule mise à découvert, on commence par la suturer aux bords de l'incision pariétale, comme si l'on voulait faire une cholécystostomie en deux temps. La fixation terminée par l'application de ces points de suture, on ouvre alors la vésicule de sorte qu'aucune goutte de son contenu ne peut pénétrer dans la cavité péritonéale.

Cette *cholécystostomie à suture première et à incision dernière*, pratiquée pour la première fois par Ransohoff, en 1882, n'aurait été utilisée qu'une quinzaine de fois (Courvoisier en cite quatorze cas).

Il nous faut revenir, avec quelques détails, sur ces deux modes opératoires :

A. Cholécystostomie ordinaire à incision première et fixation dernière. — Tantôt l'incision des téguments est latérale, tantôt elle est médiane. Cette dernière, conseillée déjà en 1884 par Witzel, donne moins de sang, peut être agrandie et facilite l'exploration de la cavité abdominale au niveau et autour de la vésicule. Toutefois, je ne crois pas devoir la conseiller quand le foie est hypertrophié et malade, car alors la vésicule tend à être rejetée en dehors dans l'hypochondre droit, et, dans un fait récent de cholécystostomie, mon incision, quoique latérale au niveau du bord externe du muscle droit, était encore trop en dedans par rapport au fond de la vésicule, d'ailleurs peu distendue par la bile.

En tout cas, médiane ou latérale, l'incision doit être verticale, et nous ne comprenons pas bien l'utilité et la valeur des incisions obliques ou horizontales qui parfois ont été pratiquées. Elles donnent peu de jour à l'opérateur et intéressent de nombreux vaisseaux, ce qui est un inconvénient assez sérieux, le champ opératoire étant fatalement encombré de pinces hémostatiques dès le début de l'intervention.

L'incision de la paroi terminée, le péritoine ouvert, la vésicule est explorée avec le doigt, afin de constater ses adhérences possibles et de déterminer la nature de son contenu, autant que faire se peut.

On peut alors la ponctionner et aspirer le liquide qu'elle renferme, de façon à ce que le contenu ne s'écoule pas dans la séreuse abdominale, quand on ouvrira la vésicule. Cette ouverture est pratiquée au bistouri, d'ordinaire au niveau du fond ou de la paroi inférieure de l'organe; cependant, on a fait des ouvertures transversales, mais dans des circonstances particulières.

Toujours est-il que, lorsqu'on pratique cette ouverture, le contenu de la vésicule pouvant s'écouler dans le péritoine, cette séreuse doit être protégée à l'aide d'éponges ou de compresses aseptiques ou antiseptiques. Les parois de la vésicule peuvent être épaissies, recouvertes de pseudo-membranes, tapissées intérieurement de concrétions calcaires, ce qui modifie légèrement la conduite de l'opérateur.

Après avoir saisi les bords de l'incision avec des pinces à pression, on examine avec soin la vésicule, et on y exécute toutes les manœuvres nécessaires, comme l'extraction des calculs, le nettoyage de la muqueuse, l'exploration du canal cystique. Généralement, on ne résèque aucune partie du réservoir de la bile, sauf dans les cas de dilatation considérable, ou de suppuration de ces parois. La vésicule est alors attirée vers la plaie abdominale, ce qui est d'ordinaire facile, sauf dans les cas d'extrême friabilité de ses parois.

La suture peut être faite de façons diverses; toutefois, celle qui consiste à adosser d'abord la séreuse au péritoine, puis la muqueuse aux téguments, me paraît de beaucoup préférable, surtout lorsqu'il s'agit de pratiquer une ouverture ou fistule biliaire persistante. Ces détails techniques ne peuvent qu'être signalés ici; aussi je ne crois pas devoir y insister plus longtemps.

Je rappellerai enfin que, dans quelques cas, cette cholécystostomie a été pratiquée par la région lombaire — il est vrai à la suite d'erreurs de diagnostic — et que Mears a préconisé cette voie, ce qui me semble un peu étrange.

B. Cholécystostomie à fixation première et incision dernière. — Ce procédé, utilisé par Ransohoff, Trendelenburg, et en France par MM. Felizet et Chaput, a été recommandé par M. Denucé dès 1886.

L'incision abdominale conduite jusqu'au péritoine inclusivement — et cette incision est d'ordinaire latérale — on fixe la vésicule non ouverte aux bords de la plaie, parfois en la mobilisant un peu, en détruisant quelques adhérences et en l'attirant en avant. Dans quelques cas, et j'en ai publié un exemple, une ponction a été préalablement faite dans la vésicule trop distendue par la bile.

On a reproché à cette méthode de créer, par le passage de l'aiguille, des orifices pouvant donner issue à du liquide biliaire infecté, d'où la possibilité d'accidents péritonéaux. Mais il est un moyen d'éviter ce danger, c'est de ponctionner la vésicule lorsqu'elle est trop distendue, et de ne passer l'aiguille que dans l'épaisseur des parois de la vésicule, parois plus épaisses qu'on serait tenté de le croire.

La fixation de la vésicule terminée et la plaie abdominale obturée, on ouvre la vésicule soit avec des ciseaux, soit mieux avec le bistouri. Cette ouverture peut être large, ou, au contraire, très étroite, selon le but qu'on veut atteindre et, en particulier, selon qu'on veut explorer la vésicule ou simplement lui faire une ouverture. Enfin, quand on se propose de créer une fistule persistante, il est indiqué de suturer la muqueuse de la vésicule à la peau, ce que j'ai fait avec succès dans le cas cité plus haut.

J'ajouterai que cette manœuvre n'est pas toujours possible, et dans un cas récent encore inédit, où je fis une fistule biliaire, la brièveté de la vésicule et la situation de mon incision trop en avant, ne me permirent pas de faire cette suture cutanéo-muqueuse; je dus me contenter d'une simple ouverture qui tend à se rétrécir par suite de la cicatrisation de la plaie des téguments.

B. — *Cholécystotomies proprement dites.*

Nous devons encore ici distinguer deux procédés opératoires : 1° la *cholécystotomie à sutures perdues intra-pariétales*, et 2° la *cholécystotomie à sutures perdues intra-péritonéales*.

1° *Cholécystotomie à sutures perdues intra-pariétales.* — Cette opération est en quelque sorte intermédiaire entre la cholécystostomie classique et la cholécystotomie dite idéale ou à sutures perdues; elle consiste en une simple ouverture de la vésicule, ouverture qu'on referme à la fin de l'opération.

Après incision de la paroi abdominale, la vésicule est fixée aux bords de la plaie, puis incisée, comme dans la cholécysto-

stomie à incision dernière (procédé de Ransohoff). Mais, en général, l'ouverture pratiquée à la vésicule est large, permet d'en évacuer le contenu et d'explorer sa cavité.

Puis on referme la vésicule en pratiquant une *suture extra-péritonéale* des bords de la plaie vésiculaire, c'est-à-dire hors de la cavité abdominale, au fond de la plaie pariétale. Cette suture est ainsi faite par prudence, de façon que si l'une des sutures de la vésicule cède, la bile s'écoule au dehors et non dans l'abdomen; cet écoulement serait surtout assuré, si, entre la suture de la vésicule et celle des téguments, on plaçait un drain.

Ce procédé essentiellement américain est dû à Parkes et à Carmalt et date de 1886; il ne me paraît pas avoir été fait en France.

Courvoisier n'en cite que cinq cas, mais, mon ami et ancien interne, M. le docteur Marcel Baudouin, a assisté, en août 1890, à une opération de ce genre, faite par Kummell à Hambourg.

Préconisée par Langenbuch, cette manière de faire nous paraît devoir être prise en sérieuse considération.

2° *Cholécystotomie à sutures perdues intra-péritonéales. — Cholécystendyse.* — Ce procédé, plus ancien que le précédent, consiste à arriver à la vésicule, à l'inciser, puis à suturer cette incision et à réduire le tout dans la cavité abdominale qu'on referme.

Telle est la *cholécystotomie idéale* des Américains (Bernays), la *cholécystotomie à sutures perdues* des chirurgiens français, la *cholécystendyse* de Courvoisier (ἐνδύω, enfoncer, remettre en place); nous avons cru devoir, pour plus de clarté et pour l'opposer au précédent procédé, l'appeler *cholécystotomie à sutures perdues intra-péritonéales.*

Cette opération fut faite pour la première fois le 30 janvier 1883 par Meredith, en présence de Spencer Wells; après lui vinrent Gross et Courvoisier, enfin Köster en Allemagne. Nous ne croyons pas qu'elle ait été pratiquée en France.

L'incision de la paroi abdominale a été faite, soit médiane, soit latérale, le plus souvent verticale, parfois oblique et voire même transversale, ce qui semble étrange. Mais le point le plus important est le mode de suture des parois vésiculaires. D'ordinaire, on a eu recours au procédé de Lembert, ou à celui de Czerny; une fois même, on fit une suture séreuse à trois étages. L'importance de cette suture est capitale, c'est d'elle que dépend le succès définitif de l'opération.

La cholécystendyse a été quelque peu modifiée, et nous pouvons citer deux variantes du procédé type, décrit rapidement ci-dessus.

a. Loreta a proposé une suture qu'il nomme *cholécystorrhaphie.* En fait, il pratique une suture à deux étages : l'incision est obturée à l'aide d'un surjet, puis il déprime la face libre de la vésicule à l'endroit de la suture et fait ainsi deux plis longitudinaux parallèles qui sont suturés l'un à l'autre au-dessus du premier surjet.

b. La seconde variante est une cholécystendyse à trois temps; elle a été imaginée par Wölfler et Senger. Dans un premier temps, la vésicule est attirée au dehors de la plaie abdominale et fixée à la paroi; dans le deuxième temps on incise la vésicule, on la vide et on la ferme dans la paroi; enfin, dans un troisième temps, on libère les adhérences de la vésicule à la paroi et on la rentre dans le ventre. Tous les malades ainsi opérés auraient guéri.

Comme l'opération se pratique en deux périodes plus ou moins éloignées l'une de l'autre, Wölfler et Courvoisier dénomment ce procédé sous le nom de *cholécystotomie idéale en deux temps.*

La cholécystendyse a été critiquée de toutes parts; toutefois sur 33 cas rassemblés par Courvoisier, il y a eu 25 guérisons définitives et une seule fois la mort a été le résultat d'une mauvaise suture; de plus, des 8 insuccès, 6 fois la mort ne résultait pas du fait de l'opération.

En terminant ce qui a trait à la cholécystotomie, signalons une tentative de Zielewicz, qui, pour éviter la cholécystectomie, a proposé et tenté la *cholécystostomie avec ligature préalable du canal cystique.*

Nous croyons cette opération inutile, étant donné, comme nous allons le voir, les bons résultats obtenus par la cholécystectomie.

Les deux procédés principaux de cholécystotomie, soit la cholécystostomie, et la cholécystotomie proprement dite (à laquelle appartient la cholécystendyse), répondent, je le répète, à deux buts différents.

Dans la cholécystostomie, on cherche à créer une fistule biliaire persistante, soit qu'on désire faire écouler la bile au dehors, soit qu'on veuille, par cette fistule, pratiquer le cathétérisme des voies biliaires, comme cela a été fait un certain nombre de fois.

Dans la cholécystotomie, au contraire, on ouvre la vésicule pour l'explorer, en enlever les calculs, voire même atteindre ceux qui sont dans le col ou dans le canal cystique, parfois réséquer la paroi de la vésicule malade ou altérée; le cathétérisme, dans ces cas, ne sera jamais qu'explorateur. Puis tout ceci fait, on cherche à remettre les choses en l'état antérieur, et l'on ferme la vésicule. Ceci explique les noms de cholécystendyse et de cholécystotomie idéale.

Nous devons ajouter que, dans quelques cas, la cholécystotomie est impossible à pratiquer d'après les méthodes précédentes, et cela en raison des adhérences de la vésicule aux parties voisines et de sa situation profonde. Le fait nous est arrivé dans un cas, et il ne faut pas se dissimuler l'embarras du chirurgien. Tantôt il pourra pratiquer une cholécystectomie, ce qui me semble rationnel, tantôt il devra se borner à placer un tamponnement de gaze iodoformée ou un drain entre la vésicule et la paroi abdominale, ce qui est fort risqué, étant donné la fréquente septicité de la bile dans ces cas.

3° Extraction des calculs du canal cystique après cholécystotomie. — Il s'agit, ici, plutôt d'une manœuvre opératoire complémentaire que d'une véritable opération; toutefois, il faut dire que cette manœuvre est parfois très difficile à bien conduire, aussi cela nous explique pourquoi Courvoisier l'a décrite à part dans son mémoire.

Après la cholécystotomie, l'extraction des calculs du col de la vésicule et du canal cystique peut être assez simple et se pratiquer avec des spatules, des curettes, des pinces, etc.

D'autres fois, les calculs sont brisés sur place (*cholélithotritie*) avec des pinces spéciales; souvent on excave les calculs à l'aide de petites curettes, puis avec des pinces on pratique leur broiement, qui est alors plus facile. Ce procédé nous a rendu de réels services dans quelques cas, mais il a le grave inconvénient d'être un peu long.

4° Cholécystectomie. — Tentée et pratiquée chez les animaux dès 1670 par Ettmuller, puis par Herlin, cent ans plus tard, la cholécystectomie fut préconisée par Campaignac en 1826 au moins théoriquement, mais elle ne fut exécutée qu'en 1882, c'est-à-dire il n'y a pas encore dix années.

C'est Langenbuch qui la fit pour la première fois, le 15 juillet 1882, à Berlin, et qui guérit son malade; ce fut le même chirurgien qui défendit cette opération contre les attaques de divers opérateurs, et en particulier de Lawson Tait, voué à la cholécystotomie.

Son exemple fut suivi en Allemagne par Crédé, Israël, etc., etc., en Suisse par Courvoisier, en Belgique par Thiriar, en France par moi-même, car, dès 1886, j'enlevai la vésicule biliaire au cours d'une laparotomie pour kyste hydatique du foie. En 1887, M. Péan publia la relation de deux cholécystectomies; depuis, MM. Bouilly, A. Broca, Michaux, Perier et moi, avons pratiqué, même plusieurs fois, cette opération.

M. le docteur Calot (de Berck-sur-Mer), mon ancien interne, a rassemblé dans sa thèse inaugurale 78 cas de cholécystectomies; en y ajoutant 5 observations publiées depuis, on arriverait facilement aux chiffres de 85 à 90 interventions, avec une mortalité au-dessous de 20 p. 100. Notez que je parle d'une statistique générale et non de statistiques particulières bien plus favorables.

Le manuel opératoire de la cholécystectomie est facile à com-

prendre et à exposer, mais il est souvent difficile à pratiquer.

a. Il y a presque autant d'incisions de la paroi abdominale que d'opérations faites; nombre de chirurgiens, et je suis de ceux-ci, ouvrent la paroi abdominale sur une verticale parallèle à la ligne blanche et passant au niveau de la vésicule biliaire. Dans quelques cas, cependant, l'incision médiane est indiquée, surtout si l'on constate une dilatation considérable de la vésicule et qu'on suppose l'existence de calculs jusque dans le canal cystique. Langenbuch incise la paroi en T ou a recours à une incision coudée. M. Deroubaix préconise, je ne sais trop pourquoi, l'incision transversale, d'ailleurs d'une façon toute théorique.

b. Dans le deuxième temps, on s'assure de la position de la vésicule et on l'explore, ainsi que les canaux biliaires. C'est le temps de l'exploration, avant de prendre une détermination opératoire ultérieure.

c. Avec le troisième temps commence véritablement l'opération; il faut libérer la vésicule des organes auxquels elle adhère. Tout d'abord, de la face inférieure du foie à laquelle elle est d'ordinaire unie, puis de l'angle du côlon, parfois de l'estomac, de l'intestin grêle et même du rein droit.

En général, les adhérences sont limitées au foie en haut et au côlon en bas. Ces adhérences sont dissociées avec les doigts, avec les ciseaux mousses, exceptionnellement avec le bistouri ou le thermocautère. L'hémostase est assez facile du côté de l'intestin; vers le foie, il faut souvent user du thermocautère. Notons que, très souvent, nous avons trouvé une ou deux artérioles sur lesquelles il faut appliquer des ligatures ou des pinces à demeure.

d. Il faut alors, la vésicule étant libre, isoler le canal cystique dans la plus grande partie de son étendue. Cette manœuvre est pénible, vu la profondeur à laquelle on agit le plus souvent, et le danger qu'il y aurait à rompre la vésicule ou le canal. Du reste, dans le cas où la vésicule est trop distendue, il m'a semblé toujours indiqué de la vider par une ponction aspiratrice dont on oblitère l'orifice à l'aide d'une pince à pression américaine. Cette précaution facilite beaucoup les mouvements ultérieurs d'isolement de la vésicule et du canal cystique.

e. Cet isolement terminé, il faut placer autour de ce canal, à une distance d'ailleurs variable du cholédoque, qu'on ne distingue pas toujours bien, une ligature en soie. On peut même placer une double ligature, et sectionner le canal entre les deux, procédé que je n'ai jamais utilisé, mais qui est très rationnel pour éviter toute contamination par la bile septique. Le pédicule du canal cystique doit être désinfecté soit avec une solution antiseptique (eau phéniquée forte de Lister, solution de Van Swieten), soit mieux avec la pointe du thermocautère.

Cette opération, dont la technique est facile à exécuter lorsque les parties sont encore à peu près normales, peut devenir fort laborieuse quand la vésicule est très distendue, quand ses parois sont friables, lorsqu'il existe des trajets fistuleux entre la vésicule et la paroi abdominale, le tube digestif ou même la plèvre.

Souvent le canal cystique renferme des calculs dont l'extraction est fort pénible, et, comme les parois enflammées de ce canal deviennent friables, on peut le déchirer facilement et être obligé de reporter la ligature très profondément.

Cette friabilité du canal cystique nous a semblé avoir un autre inconvénient, c'est qu'il se sectionne facilement sous le fil à ligature et qu'il s'établit une fistule biliaire dont le danger est indéniable, surtout dans les cas où la bile est septique. Dans ces circonstances, la ligature pourrait être remplacée par une pince hémostatique, placée à demeure, comme le conseille Kœberlé; mais ce moyen serait-il suffisant?

On a aussi conseillé et fait quelques points de suture sur le moignon cystique; si l'on peut fixer ce pédicule à la paroi, la chose est tout indiquée et très rationnelle.

Mais on peut aussi l'abandonner dans l'abdomen, comme le font Langenbuch et Thiriar, comme je l'ai fait moi-même un certain nombre de fois. Cependant, dans ces cas, je conseille d'isoler de la grande cavité abdominale le moignon et le drain qui pénètre jusqu'à lui, par des sutures faites sur l'épiploon et sur les replis péritonéaux voisins. Si, dans ces cas, la ligature cède, et cela m'est arrivé plusieurs fois, la bile trouve un trajet tout préparé pour s'écouler au dehors, et ne détermine pas d'accidents péritonitiques.

L'incision de la paroi est refermée, comme dans toutes les laparotomies, en faisant deux ou trois plans de sutures; elle laisse ou non passer un drain, selon que le chirurgien a ou n'a pas jugé prudent de drainer la cavité occupée antérieurement par la vésicule.

Cette cholécystectomie répond à un certain nombre de desiderata, qu'il est encore difficile de bien préciser selon nous. Toutefois, elle est indiquée lors d'hydropisie de la vésicule avec oblitération du canal cystique, quand la vésicule est enflammée et remplie de calculs, et surtout lorsque les manœuvres pour enlever les calculs du canal cystique ont entraîné la destruction partielle des parois de la vésicule biliaire. On conçoit que des tumeurs de la vésicule soient aussi justiciables de la cholécystectomie. Les fistules biliaires, et surtout celles qui résultent de l'obstruction du canal cystique, doivent aussi être traitées par la cholécystectomie (Michaux, 2 observations; C. Langenbuch).

Elle est tout à fait contre-indiquée dans les cas d'oblitération du canal cholédoque, ce qui se comprend de reste; mais ce diagnostic peut-il être toujours fait avec exactitude?

Deux fois nous avons pratiqué la cholécystectomie en opérant des kystes hydatiques du foie; c'était alors, en quelque sorte, une opération de nécessité.

5° Cholécystentérostomie. — L'idée de la *cholécystentérostomie*, ou abouchement de la vésicule biliaire dans l'intestin, revient à Nussbaum; mais cette opération a été pratiquée, pour la première fois, par von Winiwarter (de Liège). Il est inutile de rappeler que l'intervention complexe du chirurgien de Liège, qui réussit pourtant, malgré les conditions véritablement extraordinaires dans lesquelles elle fut exécutée, ne ressemble en rien à la cholécystentérostomie moderne. Cette dernière ne date, en réalité, que des opérations que firent sur l'homme Monatyrski et Kappeler. Leur exemple fut suivi par Socin (de Bâle), par Bardenheuer, par Mayo Robson et par moi-même en France.

Depuis la thèse de mon ancien interne, M. le docteur H. Delagenière (du Mans), qui, en 1890, a fait l'histoire de la cholécystentérostomie, quelques nouvelles observations ont été publiées à l'étranger (Courvoisier, von Winiwarter, Fritzche, Körte, Helferich), et en France notamment par M. le professeur Tillaux. Je mentionne simplement pour mémoire les recherches de G. Harley, les expériences de Gaston (d'Atlanta), et de François Colzi; car si les résultats obtenus par ce dernier en 1886 démontrèrent la possibilité de la cholécystentérostomie, ils n'eurent en somme qu'une influence restreinte sur les progrès réalisés en chirurgie humaine. J'en dirai autant des expériences plus récentes de M. le professeur Dastre.

Cette opération comprend trois temps principaux, dont le premier et le troisième n'offrent rien de bien particulier. Ce sont :

1° L'*incision* de la paroi abdominale;

2° L'*anastomose* de la vésicule avec une anse intestinale;

3° La *fermeture* de l'abdomen.

A. Pour arriver sur la vésicule dans cette opération, on a fait, comme dans les autres interventions hépatiques, plusieurs sortes d'*incisions*. Certains préfèrent inciser sur le bord externe du muscle grand droit, d'autres au niveau de la tumeur biliaire; d'autres enfin font une ouverture abdominale oblique, parallèle au rebord des fausses côtes, ce qui donne un jour assez grand. Mais l'incision par excellence, vraiment pratique, est l'incision médiane, la laparotomie sus-ombilicale. D'ailleurs, l'établissement d'une fistule duodéno-cystique n'est guère possible que quand on sectionne la paroi abdominale sur la ligne blanche. On n'hésitera pas à faire l'incision aussi étendue qu'il le faut, pour manœuvrer à l'aise dans l'intérieur du ventre, car toute l'opération réside dans la pose des sutures cholécysto-intestinales.

B. Le choix du point où doit être établie la fistule s'impose à ce moment. On rejettera le côlon et on prendra de préférence le duodénum; ce n'est que dans les cas d'impossibilité absolue qu'on choisira l'anse d'intestin grêle la plus rapprochée de la vésicule.

L'anastomose doit être établie en un seul temps. Il faut rejeter aujourd'hui les autres méthodes et surtout toute manière de faire plus ou moins analogue au procédé auquel von Winiwarter eut recours dans sa première intervention; la meilleure preuve à donner, c'est que, l'année dernière, ce chirurgien, ayant à faire une cholécystentérostomie, l'a exécutée en une seule séance. M. le professeur Tillaux a bien opéré en deux temps, mais nous pensons qu'en agissant ainsi on ne simplifie pas le manuel opératoire, et que l'opération, ainsi conduite, ne fait pas courir moins de risques au patient.

Pour anastomoser en un seul temps la vésicule avec l'intestin, deux méthodes restent aujourd'hui en présence :

1° Le *procédé des deux boutonnières*, préconisé par Colzi, employé par plusieurs chirurgiens (Monatyrski, Kappeler, Socin, etc.), que M. H. Delagenière a décrit avec soin dans sa thèse;

2° Celui auquel j'ai eu recours dans la cholécystentérostomie que j'ai faite.

1° Le *procédé des deux boutonnières* consiste à pratiquer, au fond de la vésicule et sur le bord libre de l'anse intestinale choisie (autant que possible le duodénum), deux boutonnières de mêmes dimensions pouvant admettre l'extrémité du doigt. Les lèvres de ces boutonnières sont rapprochées, puis réunies à l'aide de deux sutures superposées; la première unit les muqueuses et peut être faite soit à points séparés, soit à l'aide d'un surjet; la seconde accole les séreuses comme dans les sutures intestinales par le procédé de Lembert-Czerny.

2° Le procédé que j'ai employé dans la cholécystentérostomie est différent; il n'expose pas à la souillure du péritoine, mais il est un peu plus complexe, car l'intestin et la vésicule ne sont ouverts qu'au moment même de serrer le dernier fil à sutures. M. H. Delagenière l'a appelé : *Procédé à un seul rang de sutures séreuses.*

Je circonscris, en somme, un petit espace au moyen d'une rangée de points de Lembert, que je dispose d'une façon circulaire ou plutôt elliptique et que je place à la fois sur l'intestin et la vésicule, pour qu'ils unissent le péritoine qui tapisse ces deux organes; puis je n'ouvre, avec un bistouri pointu, dans l'intervalle des sutures, qu'après avoir serré tous les fils, sauf un. J'introduis dans les deux ouvertures un bout de drain de caoutchouc qui se trouve d'abord enfermé entre les sutures, quand l'opération est terminée, et qui tombe ensuite dans le canal intestinal.

C. Le dernier temps de la cholécystentérostomie ne présente rien de particulier, sauf dans les cas où l'on intervient, comme Mayo Robson, pour une fistule biliaire persistante. Il faut alors oblitérer cette fistule avant de refermer l'abdomen et, pour plus de sécurité, si l'on ne veut pas se contenter des chances que donne une suture analogue à celle de la cholécystendyse, il faut fixer la vésicule à la paroi. La sécurité sera presque absolue dans ces cas, si on intercale un drain entre la suture faite sur la vésicule et la paroi de l'abdomen.

Les résultats anatomiques de cette opération, que l'on connaît grâce à deux autopsies publiées, outre les renseignements qu'ont fournis les tentatives expérimentales proprement dites, sont les suivants : la communication cystico-intestinale établie, la vésicule revient sur elle-même, comme dans les cas de cholécystostomie persistante, et se transforme en une sorte de canal qui prolonge le conduit cystique et l'orifice intestinal se rétrécit notablement, jusqu'à ce qu'il n'ait pas un calibre supérieur à celui du canal de nouvelle formation. La pression dans les voies biliaires étant supérieure à celle du contenu intestinal, la bile s'écoule constamment dans le duodénum.

La muqueuse de l'intestin grêle se plisse même au niveau de l'ouverture artificielle et il se forme là des replis plus ou moins comparables à ceux qui avoisinent l'ampoule de Vater.

INTERVENTIONS PRATIQUÉES SUR LES VOIES BILIAIRES PRINCIPALES

A. — *Opérations sur le canal cholédoque.*

1° Cholédocholithotripsie. — Cette opération, en tout comparable à la cholécystolithotripsie proprement dite, consiste à écraser sur place les calculs obstruant le cholédoque et cela à travers les parois intactes de ce canal. On cherche ensuite à refouler les fragments vers le duodénum.

Pratiquée pour la première fois en 1886, par Langenbuch, cette opération fut ensuite faite la même année par Courvoisier; c'est même ce dernier qui peut être regardé comme l'ayant conduite avec succès, sans autre manœuvre chirurgicale, car Langenbuch refoula les calculs brisés dans la vésicule et extirpa ensuite celle-ci; son opération était fort complexe en fait. L'exemple de Courvoisier, qui a fait depuis deux autres opérations, a été suivi par Crédé, Kocher, Mayo Robson, etc. Or, sur les sept observations que nous avons pu rassembler, nous n'avons qu'un insuccès et encore la terminaison fatale est-elle due à toute autre cause que l'opération.

Ici, comme pour la cholécystolithotripsie, on se sert soit de pinces à mors garnis de tubes de caoutchouc (Langenbuch, Robson), soit des doigts (Courvoisier), soit enfin d'une aiguille introduite à travers les parois du canal (Thornton).

Parfois ces manœuvres échouent (Courvoisier, 1 cas, Koerte, 2 cas); de plus, elles exposent à la rupture du cholédoque, surtout si les parois du conduit sont enflammées et rendues plus friables; enfin, il se peut que les débris de calcul ne soient pas aussi facilement conduits jusque dans le duodénum qu'on veut bien l'affirmer.

2° Cholédochotomie. — La cholédochotomie ou ouverture du canal cholédoque peut être pratiquée dans deux buts différents :

1° Pour la simple extraction d'un corps étranger, le plus souvent d'un calcul, arrêté dans ce conduit, c'est la *cholédochotomie proprement dite* ou taille du cholédoque;

2° Pour créer une fistule biliaire, c'est la *cholédochostomie* ou fistulisation cutanée du cholédoque.

Il n'est pas besoin d'insister sur l'analogie qui existe entre ces opérations et celles qui se pratiquent sur la vésicule biliaire; d'où, croyons-nous, une nécessité de dénominations analogues.

1° *De la cholédochotomie proprement dite.* — Conçue par Langenbuch, dès 1884, défendue théoriquement par Parkes et Kocher, cette opération fut pratiquée pour la première fois, croyons-nous, par Kummell; ajoutons de suite que Courvoisier l'exécuta le premier avec succès.

Les autres cholédochotomies, dues à Heusner, Küster, Rehn, Braun, Franck, Billroth, Hochenegg, B. Sutton, ont été toutes suivies de guérison; si bien que sur treize opérations publiées, il n'y a qu'un insuccès, celui de Kummell, et encore ne serait-il pas imputable à l'intervention?

L'opération consiste à ouvrir le cholédoque à l'aide du bistouri guidé par l'index, dont la pulpe repose sur le calcul; cette ouverture faite et le ou les calculs enlevés, on s'assure par le cathétérisme de la perméabilité du canal, puis on pratique la suture des lèvres de l'incision.

Dans le but d'éviter l'épanchement possible de bile dans l'abdomen, si la suture vient à manquer, quelques chirurgiens ne ferment pas totalement la plaie de la paroi abdominale et tamponnent avec de la gaze iodoformée jusqu'au point où le cholédoque a été incisé. Ce tamponnement jouerait le rôle d'un drain au cas où la bile ferait irruption au dehors.

Ici donc, comme dans la cholécystendyse, c'est la suture des parois incisées du cholédoque qui est le temps principal de l'intervention. Küster, pour mieux assurer la fermeture de la plaie du cholédoque, fait deux plans de suture : l'un profond, au catgut, l'autre plus superficiel, à la soie; nous croyons qu'on peut faire les deux plans avec de la soie fine stérilisée.

Remarquons, avec Hahn et Körte, que la cholédochotomie n'est pas toujours praticable; pour y arriver, en effet, il faut avoir un

accès facile et assez direct jusqu'au cholédoque, car l'opération ne peut être faite à l'aveugle, sans faire courir de grands dangers aux malades. Toutefois, quand l'accès du cholédoque est libre, qu'il n'existe pas d'adhérences multiples sur la face inférieure du foie, on conçoit la valeur de cette manière de procéder, qui est très rationnelle et en même temps très conservatrice.

2° *De la cholédochostomie.* — Nous ne connaissons que trois observations de cette opération conçue par Parkes d'après Courvoisier; Parkes la proposait à la place de la cholédochotomie à sutures perdues, et conseillait alors de placer un drain dans l'incision du cholédoque, afin de conduire la bile au dehors.

Helferich et Ahsfeld auraient pratiqué les premiers la cholédochostomie; toutefois, dans les deux cas, non seulement on ne fit pas de diagnostic, mais au cours de l'opération, on ne se rendit pas compte de la nature de la poche suturée à la paroi abdominale. L'autopsie seule montra ce qu'on avait fait.

Von Winiwarter est le premier qui, de parti pris, aurait pratiqué cette opération.

Après avoir reconnu le canal cholédoque, d'ordinaire dilaté au-dessus de l'obstacle au cours de la bile, on l'ouvre et on fixe à la paroi abdominale les lèvres de l'incision : on fait aussi une cholédochostomie en un temps, la suture dernière. On comprend qu'il ne soit pas toujours possible de suturer à la paroi les bords de l'ouverture faite au canal cholédoque. Dans ces cas, on pourrait, selon le conseil, théorique d'ailleurs, de Parkes, placer un drain dans le cholédoque, drain qu'on pourrait entourer de gaze iodoformée, de façon à conduire la bile au dehors et en même temps à permettre aux adhérences de s'établir autour du trajet cholédocho-cutané. Ce serait certes là un procédé de nécessité, mais qui, théoriquement au moins, nous paraît fort acceptable et devoir être utilisé dans certains cas d'obstruction du cholédoque avec impossibilité matérielle de détruire cette obstruction et de suturer l'ouverture du cholédoque à la plaie abdominale.

3° Extrait des calculs du cholédoque après cholécystotomie avec ou sans lithotritie. — Cette extraction, d'ailleurs assez exceptionnelle, peut se faire de plusieurs manières :

1° Tantôt par extraction simple, la pince pénétrant par le canal cystique dilaté, jusque dans le cholédoque dilaté également;

2° Tantôt par broiement préalable dans l'intérieur du cholédoque; cette manœuvre est difficile, vu la friabilité possible des canaux cystique et cholédoque, aussi cette lithotritie n'est-elle guère indiquée que dans les cas où les calculs sont peu volumineux, facilement accessibles et surtout non enclavés. Lors d'enclavement des calculs, il faut avoir recours d'emblée à la *cholédochotomie.*

4° Cholédochoentérostomie. — Cette opération consiste à anastomoser le cholédoque avec une anse d'intestin grêle, et en particulier avec le duodénum.

Köcher eut l'idée de cette opération, qu'il prépara en quelque sorte, chez un malade, en suturant le duodénum aux parois du cholédoque dilaté, derrière un obstacle constitué par deux calculs; si la cholédocholithotripsie, qu'il fit après, n'avait heureusement réussi, il aurait établi la fistule cholédocho-intestinale.

C'est Sprengel qui fit la première opération de cholédochoentérostomie; le cholédoque était très dilaté, un volumineux calcul y avait été poussé par erreur, lors d'une cholécystectomie antérieure.

L'opération est analogue à la cholécystentérostomie, à la condition que le cholédoque soit très dilaté; d'ailleurs, on n'agit, ou plutôt on ne peut guère intervenir que dans ces circonstances toutes spéciales, et des considérations d'anatomie normale ne sont pas de mise pour juger des difficultés ou de la possibilité même de cette opération, dont, du reste, nous ne connaissons qu'un exemple.

B. *Opérations sur le canal hépatique et les canalicules intra-hépatiques.*

1° Hépaticostomie. — Cette opération, comparable à la cholédochostomie en un temps, a été faite par Köcher le 8 novembre 1889; le canal hépatique était tellement dilaté, qu'il fut pris pour la vésicule et on sutura les bords de l'incision de ce qu'on pensait être la vésicule à la paroi. L'opéré mourut; le cholédoque était coudé par suite de la fixation du canal hépatique à la plaie, d'où stase biliaire et rupture d'un rameau d'origine des voies biliaires avec épanchement de bile dans le ventre! En fait, il s'agit d'une opération pratiquée par erreur.

2° Hépatostomie. — Thornton incisa le foie pour enlever des calculs situés dans les branches intra-glandulaires des voies biliaires et sutura à la paroi les bords de l'incision faite à l'organe hépatique. Cette opération peut être nommée *hépatostomie* ou encore *fistule biliaire intra-hépatique.*

L'opéré de Thornton, auquel on a extrait 412 calculs, guérit de l'intervention; notons que, pour arriver au tissu hépatique, le chirurgien anglais avait débuté par inciser la vésicule, ce qui n'est pas absolument nécessaire, tant s'en faut.

Remarquons encore que cette opération ne doit pas être confondue avec l'ouverture d'abcès contenant des calculs, comme Lawson Tait en a opéré plusieurs cas.

En fait, les opérations pratiquées, soit sur le canal hépatique soit sur les canalicules biliaires intra-hépatiques sont exceptionnelles et ne peuvent être appréciées dans leurs résultats immédiats, ni dans leurs résultats ultérieurs, au moins actuellement.

CATHÉTÉRISME DES VOIES BILIAIRES

Nous terminerons ce rapide exposé des opérations chirurgicales qui se pratiquent sur les voies biliaires par quelques considérations sur le cathétérisme des voies biliaires, sujet que nous avons traité avec un de nos élèves, dans un mémoire spécial.

Nous considérons comme cathétérisme des voies biliaires, l'introduction d'une sonde, de nature d'ailleurs variable, dans les canaux cystique et cholédoque, jusqu'à l'ampoule de Vater et même jusque dans l'intestin grêle.

L'exploration de la vésicule à l'aide d'une sonde ou d'une bougie, introduite par l'ouverture d'un trocart, ne nous semble pas devoir mériter le nom de cathétérisme; c'est là une exploration assez simple, préconisée par Jean-Louis Petit, dès 1743. Du reste, comme nous l'avons fait remarquer ailleurs, Jean-Louis Petit, dans un autre cas, où il existait une fistule biliaire, l'incisa jusqu'à la vésicule et y introduisit une sonde courbe qu'il fit pénétrer très profondément, en d'autres termes pratiqua pour nous le cathétérisme des voies biliaires.

Ce n'est que dans ces dernières années que fut reprise la question du cathétérisme des voies biliaires, et, parmi les auteurs qui s'en sont occupés, je citerai :

Ch. T. Parkes (1885), Willet (1886), Kappeler (1887), Zagorski (1887), Krönlein (1888), von Winiwarter (1888), Bettetheim (1890) et Rose (1890).

En France, le premier chirurgien qui ait tenté ce cathétérisme et qui ait publié une note sur ce point est M. Fontan (de Toulon); citons encore Courvoisier et enfin mes anciens internes, MM. les docteurs Calot (de Berck-sur-Mer) et H. Delagenière (du Mans); ce dernier a publié récemment un fait clinique très intéressant de cathétérisme des voies biliaires après cholécystotomie, fait qui a été l'objet d'un rapport lu par nous à la Société de chirurgie, le 16 décembre 1891.

Il résulte de l'analyse des observations publiées que le cathétérisme des voies biliaires peut être utilisé, soit comme moyen de *diagnostic*, soit comme moyen *thérapeutique*. Or, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, ce cathétérisme rendra probablement plus de services dans le premier cas que dans le second. Toujours est-il qu'il nous semble le complément obligé de toute opération pratiquée sur les voies biliaires.

C'est qu'en effet, une des conditions de ce cathétérisme est l'ouverture de la vésicule, la cholécystotomie; parfois, il est vrai, cette ouverture résulte d'une fistule biliaire; mais la condition *sine qua non* n'en persiste pas moins, à savoir l'ouverture préalable des voies biliaires.

Nous n'avons pas à insister ici sur les indications précieuses que peut fournir le cathétérisme explorateur après cholécystotomie ou lors de fistule biliaire, pour déterminer l'existence d'un obstacle au cours de la bile dans le canal cholédocho-cystique. Cet obstacle peut être *extérieur* aux voies biliaires, par exemple, lors de cancer de la tête du pancréas, et nous en avons observé deux cas. Il peut siéger à l'*intérieur* du canal et il s'agit, le plus souvent, d'un calcul. Enfin, l'obstacle peut tenir à une altération de la *paroi* amenant un rétrécissement inflammatoire (J. Cruveilhier, Winiwarter). Des rétrécissements spasmodiques des voies biliaires existent-ils? Nous sommes tenté de le croire d'après ce que nous avons observé à la suite de cholécystotomies, mais c'est là un fait à éclaircir.

Un point important à discuter, c'est la possibilité ou l'impossibilité du cathétérisme des voies biliaires, selon que celles-ci sont normales ou dilatées pathologiquement. Je donnerai ici les conclusions auxquelles nous sommes arrivés, moi et mon élève M. Dally, en étudiant cette question.

Pour nous, comme pour M. le docteur Ed. Rose, le cathétérisme des voies biliaires *normales* n'est pas toujours possible à cause des valvules du canal cystique, j'ajouterai même que cette impossibilité est très fréquente, c'est dire qu'on ne peut formuler les règles de ce cathétérisme, quoi qu'en aient dit M. Fontan (de Toulon) et M. F. Calot (de Berck-sur-Mer).

Le cathétérisme des voies biliaires *anormales* est-il plus facile? Leur dilatation entraîne-t-elle fatalement une plus facile pénétration des instruments explorateurs? Je répondrai par les conclusions suivantes déjà publiées :

1° En général, le cathétérisme des voies biliaires paraît plus facile dans les cas pathologiques, surtout lorsque ces voies sont dilatées par suite de la rétention de la bile au niveau du cholédoque ou vers la fin du canal cystique;

2° Dans bien des cas cependant, soit par suite des inflexions du canal cystique, soit à cause de la persistance des valvules, soit enfin parce que le canal cystique s'ouvre sur la paroi latérale de la vésicule, le cathétérisme sera difficile à pratiquer;

3° Tantôt on se heurtera à des difficultés insurmontables, tantôt, au contraire, l'exploration se fera assez facilement;

4° Formuler les règles de ce cathétérisme est impossible, quoi qu'on ait pu dire. S'appuyer sur les notions anatomiques pour diriger tant bien que mal son cathéter, c'est tout ce qu'on peut faire;

5° Le cathétérisme forcé, même conduit par le doigt placé dans l'abdomen et sous le foie, nous paraît difficile à accepter et en tous cas dangereux;

6° Le cathétérisme à demeure, utilisé, en particulier, par M. Fontan (de Toulon), est trop peu connu pour apprécier sa valeur.

Pour pratiquer le cathétérisme des voies biliaires, les instruments utilisables et utilisés sont : des bougies à bout olivaire, des cathéters Béniqué armés ou non armés de bougies écourtées; enfin des sondes d'argent.

De beaucoup nous préconisons les cathéters flexibles comme des bougies olivaires, puis les cathéters Béniqué armés d'une bougie réséquée, ainsi que l'a conseillé et employé mon ancien élève et ami, M. H. Delagenière (du Mans).

Enfin, nous insisterons, en terminant, sur la nécessité d'utiliser pour ces recherches des cathéters stérilisés, ce qui est facile pour les cathéters métalliques et même pour les bougies et les sondes en caoutchouc.

Messieurs, je suis arrivé à la fin de la tâche que vous m'avez indiquée, j'espère l'avoir remplie de telle façon, que les opérations si multiples, pratiquées sur les voies biliaires, pourront être classées et discutées plus méthodiquement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, au moins en France.

Si, je le répète, j'ai pu vous exposer aussi brièvement que possible, en quoi consistent ces opérations et si j'ai pu vous donner un aperçu des résultats immédiats qu'elles fournissent, *je me suis absolument récusé sur la question des résultats éloignés*, d'abord parce que ces opérations sont de date trop récente pour la plupart d'entre elles, puis parce que les données manquent pour résoudre cette question fort intéressante d'ailleurs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Quinquaud, agrégé, est chargé d'un cours de pathologie et de thérapeutique générales, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Bouchard.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le professeur de Lapersonne est nommé assesseur du doyen.

— M. le docteur Lermoyez, médecin des hôpitaux de Paris, est chargé d'une mission scientifique en Allemagne et en Autriche, à l'effet d'y étudier les questions relatives à la laryngologie et à l'otologie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Billioux (de Cepoy), Bricquebec (de Valognes), Cyr et Mérijot (de Paris), Ruat (de Vidauban), Sordet (de Lyon) et Testevuide (de Marseille).

— L'enseignement de M. le professeur Le Dentu sera complété par un cours pratique de gynécologie fait par M. le docteur Pichevin, chef des travaux gynécologiques. La première série commencera dans la première semaine du mois de mai.

Lundi et mardi, à neuf heures : Examen des malades à la salle Lenoir. Diagnostic et traitement des affections gynécologiques. Opérations sur l'appareil génital de la femme. Endoscopie utérine. Électricité, etc.

Mardi et samedi, de neuf heures à midi, à la consultation externe : Diagnostic des maladies de l'appareil génital.

Jeudi, à neuf heures : Laparotomie.

Deux fois par semaine, dans l'après-midi, manœuvres opératoires et examen des pièces anatomiques au laboratoire de la clinique chirurgicale.

Si le nombre des élèves l'exige, des cours spéciaux pour le diagnostic et le traitement des affections gynécologiques auront lieu le soir, à quatre heures et demie, à la clinique chirurgicale, salle Lenoir.

S'inscrire d'avance à la salle Lenoir.

— Bonne clientèle médicale, surtout de quartier, au centre de Paris, à céder de suite après décès. — S'adresser à M. Coutanceau, rue des Pyramides, 15.

— La commune de Dampierre-sur-Salon, chef-lieu de canton de la Haute-Saône, demande un docteur en médecine.

Trois observations d'hydrorrhée déciduale, par le docteur E. Bonnaire, accoucheur des hôpitaux. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Alex. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 51. — SAMEDI 30 AVRIL 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 30 AVRIL 1892. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(SIXIÈME SESSION)

DISCUSSION SUR LES OPÉRATIONS CHIRURGICALES SUR LES VOIES BILIAIRES. RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS

M. TERRIER (de Paris). Je désire faire part au Congrès des résultats, immédiats et éloignés, des opérations que j'ai pratiquées sur les voies biliaires. Mes opérations sont au nombre de 13, dont 8 cholécystectomies, 1 cholécystotomie, 3 cholécystostomies et 1 cholécystentérostomie. J'ai suivi et revu tous mes opérés et je peux donner des renseignements exacts sur les suites éloignées de ces interventions.

Sur les 8 cholécystectomies, 2 ont été faites accessoirement dans le cours d'une opération entreprise pour une affection indépendante des lésions biliaires.

La première a été faite en 1886. Il s'agissait de kystes hydatiques multiples du foie, traités par la laparotomie. Entre la paroi abdominale et la paroi kystique se trouvait la vésicule saine dont l'ablation fut pratiquée pour permettre de terminer l'opération principale. Le résultat était mauvais; quinze jours après, une deuxième opération, faite dans des conditions identiques, fut suivie d'un bon résultat. Je n'ai pas trouvé dans la science d'autres cas analogues aux miens.

La seconde cholécystectomie a été rapportée dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, en 1890. Il s'agissait d'une cholécystite calculeuse sur une femme, envoyée par M. le docteur Rendu. La malade sortit de l'hôpital trois semaines après l'intervention; elle a été revue, il y a un mois. Sa santé est parfaite; sa cicatrice a 13 centimètres de long.

La troisième opération a été faite pour cholécystite calculeuse avec ictère chronique, sur une institutrice envoyée par M. le docteur Rigal. Le canal cystique fut enlevé; l'opération dura une heure et demie. Malgré une fistule dont la durée fut assez longue, la malade présente, vingt mois après, un état général parfait, il y a un peu d'éventration.

La quatrième cholécystectomie fut incomplète. Il s'agissait d'une femme portant dans l'abdomen une énorme tumeur, prise d'abord pour un kyste de l'ovaire. Une ponction donna issue à 24 litres de liquide coloré en jaune gomme-gutte. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'une vésicule biliaire monstrueusement dilatée. La poche fut en partie réséquée et fixée à la paroi abdominale. Un calcul se trouvait au niveau du col, il fut laissé en place. La malade sortit au bout d'un mois. J'ai appris depuis, qu'à partir de juin 1891, la malade avait présenté des symptômes d'hypertrophie du foie, avec adynamie et mort, un an jour pour jour après l'opération. Le médecin traitant prétendit qu'il y avait eu cirrhose, parce que la malade était alcoolique. Peut-être le calcul était-il descendu dans le cholédoque; il en résulte que, dans un cas analogue, il faudrait déboucher le canal cystique.

La cinquième observation est celle d'un soldat réformé par M. Dieu, pour ictère chronique. Il y avait un calcul dans la vésicule qui se déchira pendant l'ablation; je fis une ligature à la soie sur le cholédoque et laissai un drain en place. Les accidents s'aggravèrent au bout de quelques jours, la ligature tomba et il se forma une fistule. Actuellement le malade se porte très bien, quatorze mois après l'opération.

La sixième cholécystectomie fut faite, en 1891, sur une femme de quarante-cinq ans, atteinte de cholécystite calculeuse sans ictère. La malade sortit de l'hôpital au bout de vingt-deux jours. Elle n'éprouve, depuis l'opération, que quelques légers tiraillements douloureux.

La septième observation est celle d'une dame de trente-sept ans, opérée, le 20 juin 1891, pour un kyste hydatique. La vésicule fut réséquée et la paroi kystique suturée à la paroi abdominale. Il y eut des accidents divers : urticaire, embolie, phlegmatia alba dolens; mais la malade guérit et, actuellement, elle est en bonne santé.

La huitième opération a été faite pour cholécystite calculeuse sans ictère. L'opération fut faite, le 24 novembre 1891, et la malade sortit, le 18 décembre, avec un état général excellent, qui s'est maintenu depuis.

En résumé, il y eut 7 succès et 1 mort par kystes hydatiques multiples.

L'unique cholécystotomie a été faite sur un homme. La vésicule, petite, très profondément située, adhérente à l'épiploon et au côlon, contenait un gros calcul qui fut enlevé. La vésicule ne put être suturée à la paroi abdominale, un drain fut placé profondément. La mort survint par péritonite septique et l'autopsie montra l'existence d'un second calcul, passé inaperçu lors de la laparotomie.

J'ai pratiqué trois cholécystostomies pour des cas différents, les trois opérés sont guéris.

La première a été faite, en mai 1888. Il s'agissait d'une femme chez laquelle on fit le diagnostic de rein mobile. La laparotomie conduisit sur un lobe flottant du foie; la vésicule contenait un gros calcul qui fut enlevé. La vésicule fut suturée à la paroi abdominale et la guérison se fit en trente-sept jours, après deux cautérisations de la fistule au thermocautère. J'ai revu cette femme, le 5 avril dernier, quatre ans après l'opération : elle se porte très bien, ne souffre pas du tout et n'a pas d'éventration. Quant à la fistule elle est définitivement fermée.

Le second cas, communiqué à l'Académie de médecine, en

novembre 1890, concerne un homme atteint d'hypertrophie du foie avec ictère, selles décolorées et accès fébriles, pendant lesquels le thermomètre montait à 40 degrés. Il me fut adressé avec le diagnostic de kyste hydatique du foie. La vésicule fut ouverte et fixée méthodiquement à la paroi. Les accidents disparurent, mais il persista une fistule. La bile de ce malade contenait, d'après M. Gilbert, le staphylococcus albus; mais l'examen fut tardif et le microbe est peut-être d'origine extérieure.

Une observation inédite est celle d'une enfant de douze ans, atteinte, depuis trois ans, de cirrhose hypertrophique avec ictère et hypertrophie de la rate, sans ascite. La cholécystostomie fut pratiquée le 22 décembre 1891. La vésicule, profondément située, ne put être régulièrement suturée à la paroi et il persiste un trajet fistuleux : guérison opératoire. La malade quitta l'hôpital le 28 février 1892. Les douleurs avaient beaucoup diminué.

La bile contenait des microbes spéciaux, que M. Gilbert n'a pu encore déterminer.

Je n'ai fait qu'une seule cholécystentérostomie, la malade a succombé aux progrès d'un cancer du pancréas.

On a reproché à la chirurgie française d'être trop souvent sous-ombilicale. Les faits, dont j'ai eu l'honneur de vous entretenir, prouvent qu'elle sait aussi, quand il le faut, être sus-ombilicale.

M. TERRILLON possède onze observations d'opérations sur les voies biliaires, pratiquées depuis 1888.

Dans la première, il s'agissait d'une jeune fille de dix-sept ans, portant une tumeur fluctuante dans la région de la vésicule. La cavité contenait un liquide légèrement teinté et un calcul du volume du pouce enchatonné sous la muqueuse. Fistule pendant quatre mois, puis guérison.

Dans la deuxième, il s'agissait d'une jeune femme étrangère, ayant de très fortes douleurs et une tumeur épigastrique. On fit la cholécystostomie et les accidents disparurent. La guérison s'est effectuée en huit mois et la malade est enceinte depuis.

Dans la troisième, une femme de cinquante-sept ans, ayant des crises hépatiques violentes, portait une tumeur devenue douloureuse et dure.

Il y avait de nombreux calculs et une infiltration calcaire de la muqueuse, cholécystostomie suivie d'élimination de plaques calcaires.

La quatrième observation se rapporte à une religieuse, ayant eu de l'ictère pendant onze mois; sa vésicule contenait 1 300 grammes de bile, on fit le cathétérisme du canal cystique.

Enfin, dans le cinquième cas, il s'agissait d'une femme de cinquante ans, dont la vésicule descendait jusque dans la fosse iliaque et contenait 5 litres de liquide.

A ces cinq cas, il faut joindre la première cholécystotomie faite en France par M. Terrillon, en un seul temps et en une seule séance, le 20 février 1888. M. Terrillon rapporte ensuite cinq observations inédites.

Dans la première, il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans, ponctionné à Amiens, pour un kyste hydatique du foie. Il avait le foie gros et une tumeur fluctuante, allongée verticalement, dans la région de la vésicule. La laparotomie montra que c'était la vésicule biliaire contenant 500 grammes de liquide. Au bout de quinze jours, par deux fois, il y eut brusquement écoulement d'un flot de bile avec élévation de température consécutive. Après le pansement et pendant huit jours, il sortit des hydatides par la fistule. Puis tous les phénomènes cessèrent et le malade fut guéri en un mois.

Deuxième observation : homme de trente-sept ans, ayant eu des crises hépatiques en 1889 et 1890. Opéré le 3 août 1890. La vésicule contenait quarante-sept calculs et fut enlevée après ligature du canal cystique à la soie.

Troisième observation : jeune fille de dix-huit ans, dont la vésicule contenait 250 grammes de liquide et trois calculs, guérison après fistule.

Quatrième observation : femme, vue avec MM. les professeurs Potain et Duplay, éprouvant, depuis neuf ans, des douleurs épigastriques.

Le diagnostic porté fut angiocholite. Il n'y avait pas de calcul dans la vésicule, mais le cathétérisme n'était possible que jusqu'à 5 centimètres de profondeur. Cholécystostomie. Dans la nuit, écoulement de bile. On essaie de fermer la fistule : pendant quatre jours douleurs épouvantables, puis ouverture de l'orifice suivie de soulagement immédiat. Depuis, fistule permanente.

Cinquième observation : jeune fille de vingt-cinq ans, présentant des crises hépatiques très fréquentes. La vésicule était très petite, ratatinée, de couleur blanc nacré, très adhérente; fermeture du ventre, insuccès.

En résumé, sur huit cholécystotomies, il y a eu six guérisons, une mort et une fistule permanente.

M. LÉONTÉ (de Bucharest) a pratiqué deux cholécystectomies pour calculs. Dans la première observation, après ouverture de la vésicule et exploration de la cavité, on allait refermer, lorsque l'on sentit, en explorant une dernière fois, un gros calcul. L'opération est, d'après l'orateur, presque toujours simple et inoffensive. Il propose de pratiquer la cholécystentérostomie pour obstruction permanente, sans chercher à pratiquer le cathétérisme qui est difficile et dangereux.

M. P. MICHAUX (de Paris). En réponse au desideratum formulé par M. Terrier sur les résultats éloignés des opérations multiples pratiquées dans ces dernières années sur les voies biliaires, je viens apporter au Congrès les résultats de deux des plus anciennes cholécystectomies pratiquées dans notre pays, puisque l'une date de trois ans et deux mois, et l'autre de deux ans et deux mois et demi :

Ces deux opérations ont été pratiquées dans deux cas de fistules biliaires rebelles, avec des accidents datant de sept ou huit ans : la première chez une jeune femme de trente-deux ans; la seconde chez un fort et vigoureux garçon de vingt-six ans. J'ai des nouvelles toutes récentes de ces deux malades : la première m'écrit qu'elle est bien heureuse, qu'elle n'a jamais été si bien portante, qu'elle ne souffre plus et mange de tout. Le second a engraissé de 30 livres et se marie dans quatre jours.

Les résultats éloignés sont donc excellents, au point de vue de la santé générale; excellents, au point de vue du fonctionnement régulier de la digestion; excellents surtout, et c'est le point capital, au point de vue de la cure radicale des accidents de lithiase biliaire.

Ces faits sont d'accord avec ceux qui ont été observés par Courvoisier, par Langenbuch, qui a pu suivre ses malades pendant cinq, six et huit ans. Sur 51 cas de cholécystectomie, relevés par M. le docteur Calot dans sa thèse inaugurale, quinze fois les résultats éloignés sont indiqués pendant une période d'une année; chez tous les malades, les résultats sont excellents, une seule est notée comme ayant eu quelques douleurs au niveau de la cicatrice deux ans après. La fixation du pédicule ou de ses adhérences n'y est peut-être pas étrangère; j'ai observé ces douleurs chez ma première opérée, elles ont disparu au bout de deux ou trois mois.

En résumé, la cholécystectomie est une excellente opération, qui amène la disparition complète des accidents calculeux et produit les meilleurs effets sur la santé générale. Dans tous les cas où elle est indiquée et possible, la cholécystectomie est incontestablement supérieure à toutes les lithotrities dans la vésicule et les voies biliaires et aussi à la cholécystotomie.

M. RICHELOT relate une observation d'abouchement de la vésicule dans le duodénum.

Il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, qui vint à l'hôpital Tenon en mai 1891. Elle avait eu, depuis vingt ans, plusieurs attaques de rhumatisme articulaire, et, depuis huit ou dix ans, des accès de coliques hépatiques, qui se reproduisaient plusieurs fois chaque année et la faisaient beaucoup souffrir. Elle n'avait pas eu de jaunisse pendant cette longue période; mais l'ictère, depuis cinq mois, était survenu. A son entrée dans le service, elle était absolument jaune et avait de violentes et incessantes démangeaisons; les accès douloureux, modérés, se répé-

taient plusieurs fois par semaine; la nutrition se faisait mal, la santé et les forces déclinaient visiblement.

L'ictère intense et permanent, les selles décolorées démontraient les oblitérations du canal cholédoque, et dictaient le choix de l'intervention : c'était l'abouchement de la vésicule dans l'intestin.

L'opération fut faite le 15 mai 1891. M. Richelot adopta la laparotomie médiane sus-ombilicale, parce qu'elle mène à la fois sur la vésicule et sur le duodénum. Il la fit assez longue pour se donner du jour, environ 10 centimètres; puis il se débarrassa de quelques adhérences qui voilaient les organes, et arriva, non sans peine, à reconnaître le pylore, le duodénum, la vésicule. Il aurait bien voulu percevoir, à l'aide du toucher, l'état des canaux vecteurs de la bile; mais il ne sentit pas nettement le cholédoque, et passa outre.

La vésicule et le duodénum étaient loin l'un de l'autre; le foie ne descendait pas, l'intestin était fixé dans la profondeur. Il tenait absolument à faire une communication cystico-duodénale, sachant qu'il faut éviter l'abouchement avec le côlon, parce qu'il laisse tout l'intestin grêle en dehors du cours de la bile, et ne prendre que faute de mieux, une anse voisine du jéjunum. Au bout de quelques minutes, le duodénum était mobilisé, la vésicule s'approchait de la ligne médiane et on pouvait les mettre en contact.

Il s'agissait maintenant de protéger le péritoine avant de rien ouvrir. M. Richelot disposa des éponges montées autour de la vésicule, puis il l'incisa d'emblée au bistouri, car elle paraissait contenir surtout des calculs et trop peu de liquide pour que l'aspiration fût nécessaire. En effet, il retira des calculs en grand nombre, et ne s'arrêta qu'après l'avoir vidée aussi entièrement que possible. Pour traiter le duodénum, il saisit la région pylorique, protégée par de la gaze iodoformée, dans une pince à mors flexibles, avec laquelle il attira un peu plus l'intestin pour l'avoir sous la main. C'est alors qu'il fit une ouverture à la paroi duodénale, pour la mettre en regard de l'ouverture déjà faite à la vésicule.

Il ne restait plus qu'à suturer ensemble ces deux boutonnières. Le « procédé à un seul rang de sutures séreuses », employé par M. Terrier, n'est pas très simple d'exécution; il oblige à mettre dans les deux ouvertures, pour les maintenir béantes, un tube de caoutchouc qui tombe ensuite dans l'intestin. Le procédé de Colzi est plus parfait; il est d'une délicatesse et d'une précision rares. Avec une petite aiguille de Reverdin et de la soie fine, M. Richelot rapprocha d'abord les deux boutonnières par une de leurs lèvres, à l'aide d'un surjet qui prenait les séreuses dans toute la longueur de cette lèvre, puis revenait sur ses pas et prenait les muqueuses. La réunion était ainsi faite, par une suture à deux étages, sur la moitié de l'orifice de communication. Le même fil, passant à l'autre moitié, prit d'abord la muqueuse d'un bout à l'autre, et termina son trajet en revenant sur la séreuse, ce qui faisait encore deux étages et complétait le cercle. L'adhésion paraissait très solide et le ventre put être refermé en toute sécurité.

Le résultat opératoire fut parfait; il n'y eut ni fièvre ni accident d'aucune sorte. Mais le résultat thérapeutique fut loin d'être satisfaisant.

Les démangeaisons firent place à des « picotements », l'urine devint un peu moins foncée, les téguments commencèrent à pâlir, et le 18 mai les selles étaient un tant soit peu colorées. Il passait donc un peu de bile, et M. Richelot crut d'abord au succès; mais au bout de quelques jours, la situation ne changeait pas, il y avait des alternatives de coloration et de décoloration des matières intestinales, comme si de petits calculs venaient boucher l'orifice de communication, pour tomber ensuite dans l'intestin. Bref, l'ictère persista avec toutes ses conséquences, et le découragement s'empara de la malade, qui réclamait une nouvelle opération. Pensant que l'abouchement dans l'intestin n'avait pas réussi, M. Richelot crut devoir ouvrir la vésicule au dehors, et le 26 août entreprit une seconde laparotomie, avec l'espoir de faire une cholécystotomie, d'empêcher au moins la rétention biliaire, peut-être même de faire sortir de nouveaux calculs et de désobstruer les conduits.

Il se trouva en présence de difficultés extrêmes, au milieu d'un magma épiploïque, dont il eut beaucoup de peine à se débarrasser, pour arriver peu à peu à distinguer l'origine de l'intestin, l'adhérence cystico-duodénale, et une vésicule méconnaissable, absolument rétractée, oblitérée, soudée par ses deux faces à l'intestin et au foie. Il l'incisa, sépara ses parois accolées l'une à l'autre, et constata par le toucher et la vue qu'il n'y avait plus trace de communication avec l'intestin. Une pince étant introduite avec douceur, il croit sentir un calcul, le saisit, mais la pince glisse : à ce moment, le champ opératoire est envahi par le sang. L'hémorrhagie est assez sérieuse pour faire renoncer à toute nouvelle tentative; impossible d'aller à la recherche d'un vaisseau dans la fente étroite qui représente le champ opératoire; M. Richelot fait un tamponnement rapide avec la gaze iodoformée, referme le ventre au plus vite et l'enveloppe d'un pansement bien serré.

La malade mourut au bout d'une heure. A l'autopsie, l'abdomen était rempli de sang; la pince avait saisi la branche droite de l'artère hépatique au niveau d'une plaque d'athérome, et déchiré sa paroi. Il y avait une oblitération fibreuse complète du canal cholédoque et du canal cystique; le foie était volumineux, gorgé de bile et profondément altéré. La mort n'eût pas tardé à venir.

M. Richelot insiste sur ce processus fibreux ayant d'abord envahi le cholédoque, et s'étant, pour ainsi dire, complété après l'opération, au point d'annihiler le canal cystique et la vésicule, qui, d'ordinaire, se transforme en un canal après son abouchement dans le duodénum. Cette observation est une nouvelle preuve de la possibilité de faire communiquer la vésicule biliaire avec le duodénum par un procédé sûr et donnant les suites immédiates les plus simples.

M. J. BŒCKEL (de Strasbourg) a communiqué, au premier Congrès de chirurgie, trois cas de cholécystotomie, avec deux guérisons qui se maintiennent sans fistules. Depuis, il a été moins heureux, et c'est de trois insuccès, dont deux morts, qu'il vient parler.

Dans la première observation, il s'agit d'une femme de soixante-six ans, présentant de l'ictère depuis deux ans, un foie gros, dépassant le bord costal de 10 centimètres et portant une tumeur oblongue dans la région de la vésicule biliaire. La cholécystotomie permit d'enlever 18 calculs; la bile s'écoula par la plaie, mais la malade mourait le neuvième jour. L'autopsie montra qu'il n'y avait pas de péritonite, que le cholédoque était obstrué, et que cette oblitération était causée par une tumeur de la tête du pancréas.

La seconde observation se rapporte à une femme de cinquante-trois ans, n'ayant jamais eu de crises hépatiques notables et hystérique depuis deux ans. Elle eut une poussée de péritonite et ne put être examinée qu'après la cessation des accidents. Le foie était volumineux, il y avait une tumeur dure au niveau de la vésicule. La cholécystotomie permit d'enlever 247 calculs et de constater qu'il y avait une communication spontanée avec le duodénum. La malade mourut le cinquième jour.

Dans la troisième observation, il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans, ayant de l'ictère depuis trois ans, sans coliques et avec un état général satisfaisant. On ne put, par la laparotomie, trouver ni la vésicule ni le canal cholédoque; la malade guérit, mais ne fut pas améliorée.

M. J. Bœckel rappelle que sa première cholécystotomie fut pratiquée en 1882, et que le malade reste encore guéri, dix ans après. Un second malade s'est suicidé depuis; l'agrandissement du trajet fistuleux avait permis d'extraire 8 calculs.

Dans le troisième cas, communiqué au premier Congrès, il s'agissait d'une femme de quarante et un ans, chez laquelle on ne put découvrir de calcul au cours de la laparotomie. L'opérée

mourut et l'autopsie montra qu'il y avait dans le cholédoque un calcul ramifié.

M. Bœckel conclut que la cholécystectomie pour fistules ne doit pas être pratiquée dans tous les cas; l'incision simple peut faire cesser tous les accidents. D'ailleurs, les difficultés sont parfois très grandes; le diagnostic est incertain et l'on peut rencontrer l'absence de la vésicule.

M. DURET (de Lille) a pratiqué la laparotomie exploratrice sur une femme de trente-six ans, ayant, depuis six ans, des douleurs hépatiques violentes. La vésicule, adhérente à l'angle du côlon, était épaissie, ratatinée, et le toucher fit reconnaître un calcul enclavé dans le col. On fit la cholécystostomie, puis la lithotritie. Au bout de vingt-cinq jours, la fistule se ferma et la malade guérit.

M. DELAGENIÈRE (du Mans) a fait, il y a huit mois, une cholécystotomie avec un succès complet.

Séance du 20 avril (soir). — Présidence de M. Alphonse Guérin.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Opération du bec-de-lièvre. — M. PIÉCHAUD (de Bordeaux) communique une observation de bec-de-lièvre complexe double, avec saillie de l'os incisif, dans lequel il a eu recours à une résection sous-périostée qui lui a donné un bon résultat.

Arthrodèse tibio-tarsienne. — M. PHOCAS (de Lille) a opéré aussi deux enfants âgés de cinq ans, atteints de pied bot paralytique, en faisant l'arthrodèse.

Voici le procédé opératoire qu'il a suivi : bande d'Esmarch, incision transversale passant au niveau du bord supérieur du calcanéum et se dirigeant transversalement sous la pointe de la malléole externe. Une autre incision verticale est menée derrière le péroné. Les tendons péroniens sont découverts, écartés et donnés à un aide. Par l'incision, on peut alors luxer l'astragale et avec le bistouri aviver le cartilage. L'avivement de la mortaise tibio-péronière est plus difficile, la curette de Volkmann peut y aider. Réunion, pansement et appareil. On enlève ensuite la bande d'Esmarch, après avoir posé l'appareil.

Dans les deux cas, il a fait deux pansements en tout. Il a eu une consolidation assez bonne; dans l'autre, la consolidation n'est pas aussi parfaite. Les deux enfants marchent sans appareils. Les opérations datent du 20 novembre 1891 et du 3 juin 1891.

Il croit que les indications de l'arthrodèse ne sont pas encore parfaitement établies. On peut diviser les pieds bots paralytiques en pieds bots fixes et pieds bots ballants. Ces derniers sont justiciables de l'arthrodèse. Mais entre ces deux grandes variétés, il existe des cas intermédiaires et c'est justement dans ces cas que l'indication opératoire est difficile et le choix entre la ténotomie et l'arthrodèse devient parfois malaisé.

Ostéoclasie manuelle dans le genu valgum et varum des enfants. — M. G. PHOCAS, ayant eu à soigner un certain nombre de déviations latérales du genou chez les enfants, il s'est souvent adressé à l'ostéoclasie manuelle, et sur 18 enfants dont il rapporte les observations en détail, il a pratiqué 33 ostéoclasies manuelles. Il a suivi presque toujours le procédé de M. Tillaux qui, avec quelques petites modifications apportées par les Italiens, lui paraît être le procédé de choix. Pour arriver à redresser à coup sûr le genou, il faut s'assurer d'un point d'appui fixe pour le condyle interne et d'une fixité absolue de la jambe qui, pour cela, doit être très étendue sur la cuisse. On obtient ces résultats en faisant appuyer la cuisse sur un billot placé au bout d'une table et en étendant la jambe sur la cuisse, avant de redresser le membre. L'opération comprend quatre temps : 1° l'installation du condyle interne sur le bord du billot; 2° la fixation de la cuisse par les mains d'un aide ; 3° l'extension de la jambe sur la cuisse; 4° le redressement pratiqué par l'intermédiaire de la jambe qui sera abaissée par pesées successives et vigoureuses dirigées autour de l'axe transversal du genou. Un appareil plâtré solide maintiendra la réduction pendant deux mois environ.

Trente-trois ostéoclasies ont été pratiquées pour 25 genua valga et 8 genua vara. La correction primitive a toujours été obtenue et, en suivant la technique indiquée, il est à peu près impossible d'échouer, malgré l'éburnation des os.

L'âge de ses opérés a varié de trois à six ans. Le genu valgum était quelquefois très considérable, puisque l'écartement entre les malléoles internes a atteint 15 centimètres. La correction définitive a été excellente 29 fois et elle laissait à désirer 4 fois.

Il n'a jamais eu à déplorer d'accidents (arrachement du ligament externe, paralysie, hydarthrose, troubles du cartilage de conjugaison). La récidive a été constatée une fois.

L'ostéoclasie manuelle est une méthode qui, selon nous, doit occuper une place intermédiaire entre le traitement par les appareils et l'ostéotomie. Elle permet de corriger les genua valga des enfants âgés de trois à six ans et elle doit alors être préférée.

Le genu varum est justiciable de la même méthode dans une mesure encore plus large. Il faut ici chercher à produire la fracture diaphysaire qui permet seule de corriger le genu varum. Les résultats sont excellents.

M. LEVRAT (de Lyon) regrette que M. Phocas, en se rendant en Italie, ne se soit pas arrêté à Lyon, cette terre classique du rachitisme. Il y aurait vu qu'on y emploie journellement, et avec le plus grand succès, l'ostéoclasie par l'appareil de Robin pour le traitement du genu valgum.

Séance du 22 avril (matin). — Présid. de M. Reverdin (de Genève).

COMMUNICATIONS DIVERSES

Suture de la rotule; procédé opératoire. — M. CECCI (de Gênes) a opéré treize cas de fracture de la rotule par un procédé de suture, qui consiste à traverser en diagonale, par ses grands diamètres, toute la rotule.

Ce procédé a, d'après M. Cecci, les avantages suivants : universalité de son application, action combinée sur le bord supérieur et le bord inférieur de l'os; il rétablit la rotule dans toute sa longueur et détermine l'union permanente et très forte des fragments.

Suture secondaire du nerf radial dans l'aisselle et à distance. — M. EHRMANN (de Mulhouse) a pratiqué une fois la suture du radial dans l'aisselle : un coup de couteau l'avait divisé. La paralysie motrice était totale et la sensibilité conservée en partie. La suture fut faite, une semaine après l'accident, à l'aide d'une incision pratiquée le long du bord postérieur de l'aisselle. Par cette voie, le nerf fut mis à nu; un noyau cicatriciel terminait les deux bouts et les accolait à la veine. Les moignons furent dégagés. L'espace à combler était de 5 centimètres et l'affrontement impossible. M. Ehrmann fit la suture à distance au catgut. Suites fort simples.

A la dixième semaine, la sensibilité reparaît. Jusqu'à la fin du huitième mois, la paralysie musculaire persista; au neuvième mois, les mouvements étaient revenus presque au complet. Il persiste encore un peu d'atrophie.

Absence totale du vagin et de l'hymen; hernies inguinales contenant les canaux de Müller aberrants; création d'un vagin artificiel; cure radicale des hernies. — M. SCHWARTZ (de Paris) communique un fait qui lui paraît intéressant à cause de sa rareté. Il n'a pu trouver, en effet, comme observation à peu près analogue, que celle qui lui a été communiquée l'année dernière par M. le professeur Roux (de Lausanne).

Il s'agit d'une fille de vingt-cinq ans, affectée d'un vice de conformation des organes génitaux externes et profonds. Il y avait absence totale du vagin et de l'hymen. L'examen combiné

par le rectum et le cathétérisme uréthral permit d'affirmer que vagin et utérus n'existaient pas. Présence d'un ovaire et d'une trompe à droite constatée par le palper bimanuel sous l'anesthésie par le chloroforme.

La malade porte, en outre, deux hernies inguinales, l'une à droite plus volumineuse, l'autre à gauche. Toutes deux contiennent de l'intestin et de l'épiploon réductibles et une masse irréductible plus grosse à droite qu'à gauche. Ces hernies ne sont pas douloureuses.

Comme troubles fonctionnels, la malade accuse tous les mois, pendant quatre ou cinq jours, une céphalalgie vive avec poussées congestives vers la face, sans qu'il y ait d'ailleurs jamais eu d'écoulement sanguin supplémentaire quelconque.

Elle demande, notamment, la création d'un vagin artificiel et la cure de ses deux hernies qui, si elles ne la font pas souffrir, la gênent considérablement.

Le 5 août 1891, création d'un vagin artificiel par décollement de la cloison recto-vaginale, et doublure par quatre lambeaux pris sur le vestibule, les petites et les grandes lèvres et suturés au fond du décollement. Le vagin artificiel a 6 centimètres de longueur environ; la guérison est rapide.

Au bout de trois semaines, cure radicale de la hernie droite. Celle-ci est constituée par de l'intestin et de l'épiploon, qu'on rentre facilement dans l'abdomen, et par une partie irréductible ayant absolument la physionomie d'un petit utérus en miniature muni, à l'un de ses angles seulement, d'une trompe et d'un gros ovaire qu'on attire au dehors, car ils sont restés dans l'abdomen. Le corps rougeâtre utérin est appliqué par un repli péritonéal contre le sac herniaire et relié à la grande lèvre par un cordon qui paraît être le ligament rond. Ablation après ligature du pédicule et détachement des adhérences des parties herniées. Reconstitution du canal vaginal. Guérison par première intention.

La hernie gauche, opérée un peu plus tard, contient, elle aussi, un gros cordon rougeâtre formé, comme le précédent, de fibres musculaires lisses et d'un grand nombre de vaisseaux. Ce cordon se prolonge dans le ventre jusqu'au niveau de la région lombaire. sans qu'il soit possible de trouver la moindre trace d'ovaire ou de trompe. Ablation du sac avec les parties qui y sont adhérentes. Guérison.

Il semble qu'il s'agisse là, outre le fait très net d'absence totale d'hymen et de vagin, d'un cas d'aberration des canaux de Müller, qui ne se sont pas soudés pour constituer l'utérus, mais qui, restés séparés, ont constitué les portions irréductibles des deux hernies inguinales. Tandis que celui du côté droit portait un ovaire et une trompe, à gauche, il se prolongeait vers la région lombaire, sans qu'il ait été possible de trouver la moindre trace de trompe ou d'ovaire. Dans le cas rapporté par M. le professeur Roux, les lésions étaient symétriques; il y avait, outre le vice de conformation du vagin, deux hernies contenant de chaque côté un demi-utérus muni d'une trompe et d'un ovaire.

Tarsectomie pour pied bot. — M. REVERDIN (de Genève) a décrit, au premier Congrès, un nouveau procédé d'ablation de l'astragale à l'aide d'une incision externe. Depuis, il a eu l'occasion de l'employer dix-sept fois sur le vivant, et a pu s'assurer que son incision permet d'explorer les surfaces et de parer à toutes les éventualités. Il sectionne toujours les péroniers, dont il fait ensuite la suture; mais le tendon d'Achille est toujours respecté.

M. Reverdin indique aujourd'hui les résultats obtenus : quinze malades étaient atteints de lésions tuberculeuses. Chez eux, l'ablation de l'astragale n'a jamais suffi; il a toujours fallu plus, et l'incision externe permet très bien l'ablation des os du tarse et même du calcanéum, grâce à quelques incisions libératrices. Pour le cuboïde, il n'y a qu'à prolonger et recourber en bas l'incision primitive.

M. Reverdin a eu, sur dix-sept cas, un seul décès par grippe. Au point de vue opératoire, il n'y a jamais eu de réunion : il a continué à drainer et à cautériser. Sept opérés ont guéri sans accident; trois autres ont guéri plus tard (abcès, fistules), et chez ces dix malades il n'y a pas eu de récidive, bien que le temps de l'opération soit déjà assez éloigné. Mais deux ont de la tuberculose sur d'autres jointures; trois autres opérés ont eu des fistules fongueuses nécessitant de nouvelles opérations.

Au point de vue fonctionnel, onze malades seulement ont été suivis. Tous ces malades marchent, sauf un, sans canne, et peuvent fournir de longues marches. La forme du pied a été, dans quelques cas, très peu altérée; la voûte du pied est un peu affaissée, qnoique conservée. Il n'a jamais vu survenir le talus, que l'on considère comme une conséquence de la section des péroniers.

Sur une variété peu étudiée de corps étrangers articulaires relevant de la synovite tuberculeuse. — M. COUDRAY (de Paris). J'ai eu l'occasion d'observer, depuis six mois, sept arthropathies du genou, présentant comme particularité insolite des épaississements localisés à la synoviale, formant de véritables tumeurs ou corps étrangers. A ces épaississements multiples le plus souvent, s'ajoutaient d'autres phénomènes qui m'ont semblé de nature à faire rentrer cette catégorie de corps étrangers dans le domaine de la synovite tuberculeuse. Voici ces observations en quelques mots :

Observation I. — Femme de soixante-neuf ans. Genou droit. Le corps étranger était mou et se présentait comme une simple tuméfaction du cul-de-sac sous-tricipital à la partie interne. L'arthrotomie faite à la suite de l'application de la méthode sclérogène — il y avait en même temps des lésions osseuses, profondes et graves — montra un corps long de 6 centimètres environ, ayant une adhérence large à la synoviale; on trouva dans ce corps des tubercules en voie de ramollissement.

Obs. II. — Jeune homme de vingt et un ans. Au genou droit, la synoviale est épaissie; on trouve deux corps étrangers, l'un sur le condyle interne, ayant à peu près 2 centimètres de hauteur; l'autre externe, un peu plus petit, mobiles et durs.

Obs. III. — Homme de cinquante-trois ans. Tuberculeux ancien. Au genou droit, la synoviale est épaissie et molle : elle présente, à la partie externe et supérieure du cul-de-sac sous-tricipital, trois gros épaississements, dont l'un mesure 3 centimètres de longueur, véritables corps étrangers durs, assez mobiles.

Obs. IV. — Homme de trente-six ans. Synovite chronique des deux genoux, du coude droit et du cou-de-pied gauche. Au genou gauche, sur le condyle externe, existe un corps étranger dur, assez mobile, de 1 centimètre et demi de hauteur. Au genou droit, à la partie externe du cul-de-sac sous-tricipital, gros épaississement de 4 centimètres de hauteur, dur, assez mobile.

Obs. V. — Homme de cinquante-six ans. Tuberculeux ancien. Au genou droit, épaississement à la limite supérieure du cul-de-sac sous-tricipital, analogue au précédent; peu d'altération du reste de la synoviale.

Obs. VI. — Femme de cinquante-cinq à soixante ans. Genou gauche, épaississement général de la synoviale; corps étranger à la partie externe du cul-de-sac sous-tricipital, ayant 3 ou 4 centimètres de hauteur; dur, assez mobile.

Obs. VII. — Femme de cinquante-deux ans. Synovite du genou gauche; fongosités probables et sans doute lésion du tibia. Sur le condyle externe, épaississement dur, peu mobile, de 2 centimètres dans le sens vertical.

Les faits de ce genre ont été peu étudiés, mais on a certainement extirpé un certain nombre de corps étrangers sous l'étiquette pathogénique, qui me semblent rentrer dans le groupe de ceux que j'étudie. Barwell en 1876 et Bœckel en 1877, entre autres, ont eu, je crois, affaire à des cas de ce genre. Ils ont été décrits par Kœnig, qui en a rapporté deux observations probantes.

On ne saurait confondre ces épaississements synoviaux tuberculeux avec d'autres épaississements signalés dès longtemps dans les vieilles hydarthroses et dans certaines arthropathies syphilitiques, et paraissant siéger surtout dans le tissu péri-

synovial. Dans les cas que j'ai visés, il n'y avait pas lieu de songer à la syphilis, et, d'autre part, ou bien l'hydarthrose n'avait pas existé, ou bien n'avait que peu duré. Au reste, le chapitre des hydarthroses est lui-même à l'état de revision, et on sait aujourd'hui que certaines d'entre elles relèvent de la synovite tuberculeuse.

On peut résumer les notions qui découlent de l'analyse des faits que j'ai cités, dans les quelques propositions suivantes :

1° La synovite tuberculeuse donne lieu parfois, surtout chez l'adulte, à des épaississements localisés, qui constituent de véritables tumeurs formant des corps étrangers.

2° Les épaississements ont été observés, soit dans la forme végétante, soit dans la forme infiltrée de la synovite tuberculeuse, exceptionnellement dans la fongueuse.

3° Cette variété a été souvent méconnue, et l'on a cru à de simples corps étrangers; le fait est d'autant plus facile à comprendre que parfois, au dehors des épaississements, la synoviale est peu altérée.

4° Dans les cas douteux, la présence de ces tumeurs, dures le plus souvent, me paraît de nature à avoir une certaine importance au point de vue du diagnostic.

5° L'extirpation n'est pas du tout le traitement de choix de ces corps étrangers. Il faut modifier la synoviale qui est toujours plus ou moins altérée. J'ai vu, dans plusieurs cas, que sous l'influence des injections de chlorure de zinc, suivant la méthode de M. Lannelongue, ces tumeurs synoviales diminuaient considérablement de volume en même temps que la synoviale subissait la transformation scléreuse et, dans deux cas même, disparaissait complètement.

De la voie ischio-rectale pour aborder les fistules vésico-vaginales difficilement accessibles. — M. P. MICHAUX (de Paris). Il y a peu d'infirmités plus pénibles pour les malades que les fistules vésico-vaginales; il en est peu qui nécessitent plus de persévérance, plus d'ingéniosité de la part du chirurgien; souvent cinq ou six opérations sont nécessaires pour arriver à les fermer.

Ces considérations s'appliquent surtout aux fistules cervicales ou juxta-cervicales, environnées de tissus cicatriciels et difficilement accessibles. Dans ces conditions, l'opération vaginale directe est souvent impossible et il a fallu tourner la difficulté en pratiquant l'occlusion de la vulve et du vagin.

Cette méthode palliative n'est pas sans inconvénients et sans dangers; ce n'est qu'avec la plus grande répugnance, dit M. Pozzi, que les femmes consentent à se laisser priver de vagin; il est arrivé fréquemment qu'après y avoir consenti, elles ont demandé à revenir à leur état d'infirmité première.

Nous pouvons, je crois, faire mieux en utilisant la voie ischio-rectale, opération absolument neuve dans son application à la cure des fistules vésico-vaginales. Voici comment j'ai été conduit à recourir à ce procédé : une femme, atteinte de fistule vésico-vaginale juxta-cervicale entourée de tissu cicatriciel, entre dans le service de mon maître, M. le docteur Léon Labbé, à l'hôpital Beaujon. J'essaie de l'opérer par les voies naturelles; après une heure de tentatives infructueuses, je suis obligé d'y renoncer. En l'explorant avec plus de soin dans le décubitus latéral gauche, je suis frappé de la proximité du doigt vaginal et du doigt déprimant les parties molles ischio-rectales. J'expérimente sur le cadavre, je suis surpris, étonné du jour ainsi obtenu pour éclairer et aborder la fistule.

Je pratique l'opération, je ferme la fistule, mais le résultat n'est pas complet; je viens de faire une nouvelle opération et j'ai tout lieu de croire que j'aurai un bon résultat.

Voici, en quelques lignes, les principaux temps de l'opération : la superbe planche que je présente au Congrès, et que je dois à l'obligeance de M. le professeur Farabeuf, rend bien compte de la position de la malade et du jour ainsi obtenu sur la région vésico-vaginale supérieure.

Situation. — Femme couchée sur le côté, le tronc et la tête inclinés en avant, la cuisse correspondante plus fléchie que celle du côté opposé.

Premier temps. Incision périnéale. — Parallèlement au sillon inter-fessier et à un gros travers de pouce au-dessus de ce sillon, conduisez une incision de 10 centimètres, commençant en arrière à peu près au niveau de l'anus et finissant en avant à peu près au croisement de la grande lèvre correspondante et de l'arcade osseuse ischio-pubienne. Cette incision vous conduit dans la graisse ischio-rectale facile à décoller et vous ne rencontrez aucun organe important, sinon en arrière le nerf hémorrhoïdal et les vaisseaux hémorrhoïdaux inférieurs faciles à respecter. Sur la face inférieure de votre ouverture, vous touchez facilement le doigt introduit dans le vagin que recouvrent supérieurement les fibres antéro-postérieures du releveur de l'anus.

Telle est la voie ischio-rectale, conseillée autrefois par Héger, pour aller à la recherche des abcès pelviens, et recommandée aussi par Sænger, périnéotomie verticale de Pozzi.

Jamais, à ma connaissance, elle n'a été appliquée à la cure des fistules vésico-vaginales, peut-être même pourrait-on étendre ses indications.

Deuxième temps. Incision du vagin à sa partie supérieure. — Dans une étendue de 6 à 8 centimètres, sur le milieu de la face latérale, incisez le vagin que vous indiquent les doigts ou des tampons iodoformés introduits dans sa cavité. Deux pinces à forcipressure saisissent les deux lèvres de la boutonnière et maintiennent la fenêtre ouverte.

Vous avez alors sous les yeux, et peu éloignés, le col de l'utérus que vous pouvez attirer à vous, la région juxta-cervicale et toute la paroi antérieure du vagin.

Au besoin, si cela était utile, rien ne s'opposerait à ce que l'on fendît d'un coup de ciseaux, prolongeant l'incision supérieure, toute la grande lèvre correspondante, on aurait alors sous les yeux toute la paroi vésico-vaginale. Cette variante de l'opération mériterait d'être étudiée plus longuement.

La simple boutonnière supérieure, telle que je l'ai pratiquée, donne déjà, je puis le certifier, un jour vraiment surprenant et remarquable.

Ces temps exécutés, on avive et on suture la fistule vésico-vaginale, comme dans les procédés classiques; la manœuvre des instruments est facile.

Puis on ferme par une suture en surjet la boutonnière vaginale, on met, dans la fosse ischio-rectale, une petite mèche de gaze iodoformée et on suture, au crin de Florence ou à la soie, la plaie périnéale.

Cette opération offre certainement au chirurgien des moyens de réparation directe qui lui faisaient jusqu'ici défaut; elle restreindra, à un minimum insignifiant, le nombre des cas justiciables de l'occlusion, et, à ce titre, elle méritait d'être communiquée au Congrès.

Du traitement des cicatrices d'origine strumeuse de la région cervicale. — M. CALOT (de Berck-sur-Mer). A la suite des adénites strumeuses ou des scrofulides ulcérées, se produisent des cicatrices spéciales bien connues, dont l'aspect parfois si disgracieux tient, soit à leur pigmentation, soit à l'irrégularité de leur surface.

Et lorsque la maladie qui leur a donné naissance est éteinte, elles restent là comme un sceau ineffaçable, la marque indélébile de la scrofule.

De combien d'ennuis ne sont-elles pas la source, surtout lorsque le sujet qui en est porteur est une jeune fille!

Des parents, désolés de voir leur enfant amoindrie au point de vue esthétique par cette tare ineffaçable, m'ont demandé de « tout essayer pour l'en débarrasser ».

J'ai enlevé au bistouri la totalité de la peau altérée, qui mesurait 4 centimètres de long sur 3 centimètres et demi de large, en empiétant de 1 à 2 millimètres sur les téguments normaux. J'ai libéré les lèvres de la plaie et, avec une aiguille très fine, fait une suture très soignée, sans drainage évidemment. Le résultat

a dépassé nos espérances, et la petite ligne qui a remplacé la cicatrice en surface n'est même plus visible actuellement.

J'ai répété cette opération une dizaine de fois, avec le même succès. Dans deux cas cependant, la cicatrice — toujours linéaire — s'est pigmentée légèrement; mais, même dans ces deux cas, le bénéfice de l'intervention a été très grand.

J'ai opposé le même traitement aux scrofulides ulcérées en voie d'évolution de la région cervicale, même lorsqu'elles étaient entretenues par la présence du ganglion suppuré. La totalité du ganglion et des téguments altérés était enlevée, les deux lèvres de la peau saine libérées et réunies ensuite par des fils très minces. Le résultat a été complet.

La réunion immédiate et l'absence de drainage sont les conditions du succès.

Cette méthode peut s'appliquer évidemment au traitement des cicatrices ou scrofulides ulcérées de la face.

Elle est applicable encore dans le cas de cicatrices multiples et assez étendues, comme en témoignent plusieurs de nos observations.

Résections du genou. — M. OLLIER (de Lyon) veut spécialement appeler l'attention sur les indications et le manuel opératoire de la résection du genou. La tuberculose est si variable dans sa marche, qu'il reste toujours un certain temps avant de porter le pronostic : avec des lésions semblables, il y a de grandes différences dans la marche et l'évolution de l'affection. Il faut tenir compte, dans la thérapeutique, de ces différences dans l'évolution, qui expliquent les différences dans les résultats opératoires.

Au point de vue de la technique, M. Ollier est partisan de la suture osseuse : il ne lui voit aucun inconvénient et lui reconnaît beaucoup d'avantages. Depuis quelques années, il fait une suture particulière, la suture tubulée : au lieu de lier les deux fils, on passe les deux bouts dans un long tube de Galli, et on arrête avec un grain de plomb. Il n'y a pas, de cette façon, les inconvénients de la torsion. M. Ollier n'est pas, cependant, opposé à la suture perdue, mais il préfère la suture mobile.

La réalité de la réunion osseuse n'est plus à démontrer; mais il y a des degrés : il conserve le périoste, et il en résulte une ossification périphérique après l'opération, qui contribue beaucoup à assurer la fixité du membre.

On reproche à la résection d'arrêter la croissance du membre, et de laisser un membre raccourci. Mais les malades arrivent à compenser par leurs autres articulations celle du genou, et à avoir un fonctionnement excellent du membre, sans mobilité du genou.

La résection est supérieure à toutes les opérations atypiques, synovectomie ou autres.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE déclare qu'il a traité des cas très compliqués et a obtenu de très bons résultats : sur 56 cas de résection, il n'y a pas eu un seul cas de mort directe. Une mort est survenue après récidive et amputation, cinq mois après la résection; une seconde mort s'est produite par angioleucite septique, ayant pour point de départ une escharre ancienne, mais la guérison était complète quant à la résection. Enfin, il y a eu un cas d'amputation, six semaines après la résection.

Quant à la solidité du membre, c'est une question de cal. La méthode sous-périostée n'est pas aussi nécessaire qu'on veut bien le dire.

Dans la thèse de Mâcon, sont rapportées 48 opérations subies par 47 malades, l'un d'eux ayant été opéré deux fois. Sur 30 malades revus, les résultats sont parfaits; 3 autres malades revus depuis par M. Lucas-Championnière marchent très bien.

Il rappelle qu'il a défendu l'opinion de M. Ollier touchant la facilité de la marche chez les ankylosés; on marche mieux avec un membre ankylosé et raccourci, qu'avec un membre ankylosé mais ayant conservé sa longueur normale.

M. Lucas-Championnière a adopté la technique de Bœckel; il supprime les ligatures, mais conserve le drainage et la suture osseuse, qui rend les suites faciles. Il n'a jamais vu l'élimination des points de suture osseuse; il en met généralement deux. Un seul pansement est fait du quinzième au vingtième jour; un appareil plâtré est laissé en place pendant soixante jours.

Traitement chirurgical de la sciatique des variqueux. — M. QUÉNU. Dans une communication récente à la Société anatomique, l'auteur a montré qu'il existe, chez certains variqueux, des varices du nerf sciatique, dans sa portion fessière. Il a indiqué également que, chez certains variqueux, il existait des douleurs sur le trajet du nerf sciatique; chez ces malades, il faut, avant tout autre traitement, essayer de la compression par le bas élastique. Ainsi, un malade de cinquante-sept ans, envoyé à M. Quénu par le docteur Weil, avait commencé à souffrir en 1886; on le traita sans résultat par les révulsifs, vésicatoires, pointes de feu; puis, par les injections de morphine et l'iodure de potassium.

En mars 1890, M. le professeur Charcot, consulté, conseilla la suspension, qui était alors à la mode. Le résultat fut absolument nul. Avant de faire l'élongation, M. Quénu voulut essayer l'emploi du bas élastique; le soulagement fut complet et durable. Comment expliquer ces douleurs? Les varices nerveuses sont constantes; la sciatique n'est pas constante. Il faut qu'il vienne s'ajouter aux varices un élément infectieux et la douleur se produit par phlébite, cette phlébite névralgique qu'a décrite Trélat. M. Quénu a disséqué nombre de membres variqueux et a souvent trouvé des lésions manifestes de phlébite, telles que adhérences plus ou moins intimes au nerf et aux tissus voisins. Il en a eu la preuve sur le vivant en janvier 1892.

Il s'agissait d'un malade présentant des douleurs, dont le foyer principal siégeait dans le creux poplité. Il existait à ce niveau une tumeur réductible, douloureuse; M. Quénu en fit l'ablation entre deux ligatures et constata qu'il avait enlevé la veine poplitée thrombosée. Le malade guérit. La tumeur adhérait au nerf saphène externe et au sciatique poplité interne.

Il faut donc explorer les veines dans les cas de sciatique rebelle.

Dans les cas francs, il ne faut pas faire de révulsion, mais découvrir le nerf sciatique et exciser les veines variqueuses.

Un homme de cinquante-six ans, entré à Cochin le 11 décembre 1891, avec une sciatique rebelle et une arthrite sèche de la hanche du même côté, avait des varices du membre. Une incision divisant le grand fessier permit d'extirper les veines variqueuses du nerf sciatique. Au bout de neuf jours, le malade marchait et sortait douze jours après l'opération.

Un second malade, opéré depuis quatorze mois, fut envoyé par M. le docteur Oulmont. M. Quénu pratiqua la même opération que dans le premier cas. Le malade a été revu il y a quinze jours; il n'y avait pas de récidive.

M. Quénu termine en disant que la résection des veines variqueuses du nerf est supérieure à l'élongation, opération brutale et empirique. La résection est facile, inoffensive et efficace.

Uréthrostomie. — M. PONCET (de Lyon). Il s'agit d'une opération nouvelle, consistant à créer un méat urinaire au périnée, dans les cas de rétrécissements impossibles à traiter; 5 cas ont été ainsi opérés.

Le manuel opératoire consiste à faire l'uréthrostomie externe et à rechercher le canal, que l'on divise transversalement et complètement. Le bout postérieur disséqué dans une certaine étendue est divisé longitudinalement sur sa face inférieure, puis attiré vers la peau, à laquelle la muqueuse est suturée. Le bout antérieur est suturé au catgut et abandonné dans la plaie; le pansement consiste en un tampon iodoformé. Il faut pratiquer le cathétérisme pendant les premiers jours. L'opération est très simple : les cinq malades ont guéri.

L'opération est indiquée chez les vieillards dont le canal est très rétréci, dans les cas de rétrécissements déjà uréthrotomisés, avec périnée induré, cicatriciel et fistuleux. Les malades sont transformés en hypospades, ils urinent dans la position accrou-

pie; les érections reviennent et l'éjaculation peut se faire.

Les deux premières opérations ont été faites sur des hommes de soixante-douze et soixante-quatorze ans, rétrécis et prostatiques, présentant des accidents d'empoisonnement urineux. Les accidents ont disparu et les malades se sondent régulièrement.

Prothèse immédiate du maxillaire inférieur. — M. GANGOLPHE (de Lyon). Un garçon de dix-sept ans, atteint d'ostéosarcome, à marche rapide, de la moitié gauche du maxillaire inférieur, est opéré le 2 janvier 1891. Le maxillaire très fragile se fractura et le condyle dut être extrait à part. A la fin de l'opération, il se produisit, au fond de la plaie, une hémorrhagie considérable, accompagnée d'un bruit particulier ressemblant à celui de l'entrée de l'air dans les veines. Le doigt d'abord, une pince à demeure ensuite, furent posés sur l'endroit d'où provenait le bruit. L'os enlevé fut immédiatement remplacé par un maxillaire en caoutchouc durci. Cette pièce, creusée de trous et de canaux, et pourvue d'un tube de caoutchouc destiné aux lavages, était munie, à son extrémité interne, d'une pièce en platine, dans laquelle la moitié droite restante de l'os venait s'emboîter. La plaie fut réunie, sauf au niveau de l'angle où était la pince.

L'angle du maxillaire artificiel dut être écorné deux fois. Les suites furent des plus simples : aucune douleur, alimentation possible.

Ce fait démontre la possibilité d'enfermer dans une plaie, impunément, un corps étranger volumineux, à la condition d'observer la plus rigoureuse asepsie et de faire tous les jours des lavages antiseptiques, d'abord toutes les heures, puis toutes les deux ou trois heures.

L'emploi de la sonde œsophagienne n'est pas nécessaire.

M. Gangolphe conclut que la prothèse immédiate pour tumeurs malignes est possible, lorsque tout le mal a pu être enlevé. Il présente au Congrès la photographie du malade.

M. PONCET, malgré le succès de M. Gangolphe, est disposé à sacrifier la question de fonction à celle de vie. Plusieurs prothèses immédiates furent faites, dans son service, par M. Martin. Il y a quelques mois, chez un malade opéré par le chef de clinique, M. Jaboulay, il y eut de l'infection suivie de mort.

M. GANGOLPHE répond qu'il a fait la prothèse immédiate sur un homme de soixante-cinq ans opéré pour un épithélioma du maxillaire. Il y a un an de l'opération et il n'y a pas encore de récidive. Il est probable que, chez le malade de M. Poncet, les lavages n'ont pas été bien faits.

Statistique. — M. SABOIA (de Rio-de-Janeiro) donne la statistique des grandes opérations pratiquées par lui, depuis l'avènement de la méthode antiseptique. Les résultats ont été excellents et la mortalité est très faible.

Névralgie du dentaire inférieur. — Hydrocéphalie aiguë. — M. POLOSSON (de Lyon) fait deux communications :

La première a trait à un homme de cinquante-quatre ans, atteint de névralgie du dentaire inférieur depuis quatorze ans et opéré, il y a six ans, par D. Mollière, qui fit la résection du nerf par la bouche. M. Polosson l'opéra une première fois et eut une récidive. La seconde fois, il réséqua le bout périphérique du nerf dentaire inférieur et sectionna le lingual. Guérison depuis quatre mois.

La seconde communication porte sur l'hydrocéphalie aiguë consécutive à certaines opérations sur le cerveau.

En 1884, un jeune garçon subit la ponction des ventricules, il meurt avec hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une jeune fille qui, à la suite de l'ablation d'une tumeur congénitale du crâne, eut des accès d'épilepsie. La cicatrice était très douloureuse. Trépanation. Le soir, élévation de température, dyspnée considérable, pouls incomptable, mort. L'autopsie, faite par M. Jaboulay, a montré qu'il s'agissait d'une hydrocéphalie aiguë.

Taille hypogastrique pour cystite. — Lithotritie. — M. POUSSON (de Bordeaux) rapporte l'observation d'un prostatique de soixante-quatorze ans, atteint de cystite et opéré par la taille hypogastrique. Malgré le port d'un petit appareil spécial, l'amélioration n'est pas considérable.

Il rapporte ensuite deux observations de lithotritie :

Le premier malade, âgé de soixante-cinq ans, avait une vessie irritable, ne recevant pas de liquide et contenant une pierre phosphatique récidivée. Le broiement se fit à sec et le malade guérit.

Le second malade présentait une pierre volumineuse et dure. M. Pousson adapta au lithotriteur une poignée spéciale qu'il présente et dont l'emploi permit le broiement.

Ostéomyélite aiguë du pubis. — M. GIRARD (de Grenoble) rapporte une observation d'ostéomyélite aiguë du pubis simulant une coxalgie aiguë. La résection de la branche ischio-pubienne amena la guérison. Il expose ensuite sa manière de traiter le pédicule dans l'hystérectomie abdominale. Il fait des ligatures multiples à la soie, sans placer de pinces, ni de ligature provisoire ; il ne fait pas de capuchon péritonéal et ne cautérise pas. En outre, il n'enlève les ovaires que s'ils sont très altérés, afin de diminuer le traumatisme le plus possible.

Trépanation rachidienne. — M. BOIFFIN (de Nantes) dépose deux observations de trépanation rachidienne, l'une pour une fracture de la colonne vertébrale, l'autre pour lésions tuberculeuses.

Otite moyenne suppurée, symptômes de phlébite du sinus ; trépanation ; guérison. — M. MOURE (de Bordeaux) rapporte l'histoire d'une malade présentant, dans le cours d'une otorrhée, tous les symptômes de la phlébite des sinus, à laquelle il pratiqua simplement la trépanation de l'épiphyse mastoïde. Bien que cet os fût absolument éburné et par conséquent ne contînt pas de pus, la malade guérit après cette intervention. L'auteur fait remarquer, à ce propos, que si dans le cas actuel on eût ouvert et cureté le sinus latéral, on eût été tenté d'attribuer la guérison à cette intervention, dont la gravité est cependant bien différente. La trépanation simple est donc une opération préliminaire, indispensable avant d'aller plus loin.

Séance du 22 avril (soir). — Présid. de M. BLOCH (de Copenhague).

COMMUNICATIONS DIVERSES

Uréthrotomie externe. — M. DELORME (du Val-de-Grâce) communique l'observation d'un soldat, tombé à califourchon sur le garde-crotte de sa bicyclette. On fit l'uréthrotomie externe.

Il n'y avait aucune lésion des corps caverneux ; l'urèthre était dénudé et présentait deux incisures longitudinales, une médiane et l'autre latérale. On sutura ces deux plaies et la plaie périnéale. Au bout de quelques jours, la plaie était totalement désunie. On aviva à la curette et fit une suture secondaire, en laissant une sonde à demeure pendant dix jours. Il persista une fistulette pendant un mois ; au bout de ce temps, on put extraire des fils de suture et la plaie se referma ; sept mois après, le canal admet facilement le n° 40 des bougies Béniqué.

De la colopexie. — M. JEANNEL (de Toulouse) dit qu'il existe quatre observations de colopexie, celles de MM. Jeannel, Verneuil, Berger et Desfontaines (du Creusot).

Dans le cas de M. Verneuil, le rectum a été fixé par un seul appendice épiploïque ; ce fut un insuccès.

M. Desfontaines (du Creusot) a fait une colopexie simple. Il s'agissait d'une femme présentant un prolapsus de l'utérus et du rectum. On fit l'hystéropexie abdominale et l'on sutura le côlon à la corne utérine.

M. Berger établit un anus artificiel, qu'il ferma plus tard. Ici encore il y eut insuccès.

M. Jeannel n'a fermé l'anus artificiel qu'au bout de dix mois. Actuellement, il fermerait l'anus au bout d'un mois, mais

emploierait la méthode autoplastique, pour ne pas détruire les adhérences de l'intestin à la paroi. Il donne le résultat de l'autopsie de la malade qu'il a opérée et conclut que la colopexie avec anus artificiel est une bonne opération.

Laparotomie. — M. ROUX (de Lausanne) présente sa collection d'appendices enlevés par laparotomie. Il montre les incertitudes du diagnostic et des indications thérapeutiques, par exemple dans les cas de colique appendiculaire, si souvent confondue avec l'appendicite suppurée. L'abstention est la règle lorsqu'on ne sent pas de masse très limitée.

Dans les cas de péritonite septique consécutive à une appendicite, la laparotomie est le seul moyen de salut. Parmi les symptômes, la rétraction des parois abdominales, indiquée par M. Talamon, est un bon signe. M. Roux résume sa communication en disant que, dans les cas où il existe une masse très limitée, tout médecin devra faire une incision de la paroi abdominale.

Hydronéphrose. — M. ALBARRAN (de Paris) communique les résultats de ses expériences relatives à la production de l'hydronéphrose par ligature de l'uretère.

L'hydronéphrose consécutive à la ligature complète de l'uretère est moins volumineuse que celle qui succède à une ligature incomplète. Cette dernière hydronéphrose augmente progressivement de volume, tandis que la première reste stationnaire. Les différences tiennent à ce fait que le rein s'atrophie à la suite de l'oblitération complète de son canal excréteur, tandis qu'il fonctionne encore après une oblitération incomplète.

M. Albarran a remarqué que, dans les hydronéphroses, il y avait toujours coudure de l'uretère et formation de valvules au niveau de la courbure. L'abaissement du rein ou l'injection de liquide par l'uretère produisent également la coudure du conduit.

Du traitement des luxations spontanées du fémur survenues dans le cours d'une coxalgie. — M. CALOT (de Berck-sur-Mer). Les coxalgiques arrivés à la troisième période ne guérissent presque jamais qu'au prix d'une luxation spontanée du fémur ou d'une pseudo-luxation.

Cette difformité condamne les sujets qui en sont atteints à l'état le plus misérable et en fait souvent pour la vie de véritables infirmes.

Dès lors, l'utilité de la correction de ce déplacement n'est pas à démontrer.

Et, cependant, elle n'est jamais faite, ni même essayée, pour les deux raisons suivantes : 1° cette réduction ne peut pas être raisonnablement espérée, lorsqu'il s'agit d'un déplacement datant de quelques mois; 2° les manœuvres qu'elle nécessiterait présentent les plus grands dangers.

A ces deux objections, un peu théoriques, nous répondons par des faits.

1° *Cette réduction est possible.* Il n'y a, dit Malgaigne, qu'un seul fait bien authentique de réduction de luxation pathologique de la hanche, celui de M. Bonnet (qui fut suivi de récidive trois jours après et terminé par la mort trois semaines plus tard). Nous apportons plusieurs observations personnelles de réduction non douteuse de luxation spontanée du fémur où la correction s'est maintenue. Dans un de ces cas, la luxation datait de plus d'une année.

La réduction a été obtenue, sous le chloroforme, par des tractions très vigoureuses précédées de manœuvres d'assouplissement d'une durée moyenne d'une demi-heure à une heure.

Dans un cas, la ténotomie a été nécessaire pour arriver à un résultat complet.

2° *Ces manœuvres ne s'accompagnent pas des dangers formidables dont parlait Malgaigne.*

A la condition toutefois que l'on procédera avec méthode et avec lenteur, que la ténotomie sera faite antiseptiquement, et, enfin, surtout que le sujet sera immobilisé immédiatement après la réduction dans un appareil plâtré très solide embrassant la poitrine, la région lombaire et la jambe malade dans toute sa longueur, de manière à rendre impossible le plus léger mouvement des tissus contusionnés.

Nous sommes intervenu parfois avant la guérison complète de la coxalgie.

Il n'existe, suivant nous, d'autre contre-indication que la cachexie du sujet. L'existence d'un abcès n'en est pas une. Nous avons vu, chez ceux de nos malades qui présentaient un abcès, celui-ci diminuer beaucoup ou même disparaître complètement à la suite de la réduction. Ce résultat doit être attribué à l'immobilisation parfaite et à la compression énergique assurées par l'appareil plâtré.

Dans nos observations, la réduction s'est maintenue. Le raccourcissement et les troubles fonctionnels ont disparu à peu près complètement. Nous disons « à peu près » ; car il faut toujours compter avec l'atrophie irrémédiable des divers segments du membre atteint.

Traitement des articulations flottantes. — M. MONTAZ (de Grenoble) rappelle que ce traitement consiste dans l'emploi des appareils et dans l'arthrodèse, lorsqu'il s'agit de cas rebelles. Il rapporte l'observation d'un malade atteint de mobilité très prononcée, anormale, de l'articulation du coude. Les appareils n'avaient amené aucune amélioration et M. Montaz se proposa de constituer à l'article un ligament artificiel. A cet effet, les surfaces étant mises à nu, M. Montaz tailla l'extrémité inférieure de l'humérus en coin; l'extrémité supérieure du cubitus fut excavée ; les deux extrémités ainsi préparées furent ajustées l'une dans l'autre. Alors, un trou fut percé, dans chacun des os, à une certaine distance des extrémités, un fil de fer aseptique, passant par ces trous, fut solidement tordu, de façon à former à l'articulation un ligament artificiel. La plaie fut réunie par première intention et le malade possède actuellement une solide articulation.

Pneumectomie. — M. DELAGENIÈRE rapporte une observation de pneumectomie partielle faite pour gangrène pulmonaire.

Séance du 23 avril (matin). — Présidence de M. DEMONS.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse. — M. ABADIE expose les résultats obtenus sur un nombre considérable de malades, environ 130, qui, depuis un an, ont été opérés à sa clinique par M. Darier ou par lui. Dans l'ensemble, cette méthode, dont la technique opératoire a été exposée au dernier Congrès, a donné des résultats bien supérieurs à tous ceux qu'on obtenait auparavant. Lorsqu'il s'agit de cas légers et simples, elle a l'avantage d'abréger beaucoup la durée du traitement; dans les cas graves elle réussit à sauver des malades qui étaient irrémédiablement voués à la cécité.

Ce mode de traitement donnerait, a-t-on dit, des guérisons incomplètes, il n'en est pas ainsi quand il est appliqué dans toute sa rigueur. L'usage du chloroforme est indispensable et c'est faute de se conformer à ces règles strictes que certains ophthalmologistes n'ont pas obtenu les résultats qu'ils espéraient.

La formation de symblépharons, signalée aussi, n'est possible que si l'on néglige les jours suivants de retourner les paupières et de les laver avec une solution de sublimé à 1 p. 500.

Quoi qu'on en ait dit, ce traitement réussit aussi bien chez les granuleux d'Algérie et d'Egypte que chez les autres, j'ai guéri plusieurs malades venus d'Orient qui avaient été traités en vain par tous les autres procédés.

Je n'ai jamais encore observé de complication sérieuse provenant de l'opération elle-même.

Quand on emploie une brosse neuve, il faut avoir grand soin de la bien désinfecter. Pour cela, il faut d'abord la débarrasser de la matière grasse qu'elle contient par l'alcool ou l'éther, puis

la plonger ensuite pendant une heure dans une solution de sublimé à 1 p. 500.

Dans deux cas où ces précautions n'avaient pas été prises, une infection conjonctivale d'origine animale a failli compromettre le succès de l'opération.

Contractures congénitales. — M. P. REDARD fait une communication sur les contractures congénitales, articulaires et musculaires, généralisées à plusieurs segments des membres. Il décrit en détail deux cas de cette rare variété de déformation.

Dans la première observation, il s'agissait d'un jeune enfant né avec une présentation du siège, les membres inférieurs pliés et appliqués sur le tronc, les membres supérieurs collés contre les parties latérales de la poitrine et du bassin. Il existait une contracture généralisée aux membres supérieurs et inférieurs. Toutes les articulations étaient raides. Les pieds étaient en varus équin; les genoux ankylosés en extension, les hanches contracturées en flexion. Les mains étaient déformées en griffe; les articulations du poignet, du coude, de l'épaule étaient contracturées des deux côtés en extension.

Plusieurs groupes musculaires étaient atrophiés; la sensibilité, les réflexes étaient conservés; la contracture persistait dans le sommeil chloroformique, etc.

Le traitement consistant dans des manipulations, des massages, de l'électrisation, des ténotomies, des redressements forcés, a permis la mobilisation de toutes les articulations primitivement contracturées. Le sujet se sert utilement, aujourd'hui, de ses membres supérieurs et inférieurs.

Dans la seconde observation, la contracture n'existait qu'au niveau des membres inférieurs. Les déformations observées présentaient de nombreuses analogies avec celles du cas précédent.

Discutant la nature et la pathogénie de ces contractures M. P. Redard pense qu'il ne s'agit pas de lésions d'origine nerveuse. Il admet la théorie des ponctions vicieuses du fœtus dans l'utérus et des compressions anormales amniotiques.

Il insiste sur la valeur du traitement orthopédique dans des cas semblables.

Du débridement vulvo-vaginal comme opération préliminaire; nouvelle observation. — M. CHAPUT rapporte d'abord une observation dans laquelle il s'agissait d'une femme atteinte d'un fibrome volumineux, remontant à trois travers de doigt du pubis, compliqué d'accidents de compression vésicale, de cystocèle et d'abaissement du col. L'auteur, après avoir essayé en vain l'énucléation de la tumeur, fit l'extirpation totale de l'utérus et du fibrome. L'opération, d'abord très difficile, devint extrêmement simple après qu'on eut fait le débridement vulvo-vaginal, dont M. Chaput a fixé ainsi la technique :

Sur une ligne dirigée du centre de la vulve à l'ischion, à 5 centimètres au-dessous de la vulve, on ponctionne la peau avec un couteau à longue lame; on fait ressortir la pointe dans le vagin à 1 ou 2 centimètres du col utérin, et, le tranchant étant tourné en haut, on sectionne rapidement les parties molles de bas en haut.

Les deux lèvres de la plaie sont comprimées par les doigts de l'opérateur et de son aide; on place ensuite une pince sur les quatre angles du losange cruenté, on étale la plaie et on en fait l'hémostase temporaire avec les pinces à forcipressure. On laisse tomber les pinces par leur propre poids et on place par-dessus un écarteur; on exécute alors, dans de bonnes conditions, l'opération principale. Celle-ci finie, on suture le débridement avec l'aiguille d'Emmet. On commence par placer un crin de Florence au niveau des angles latéraux du losange pour servir de repère. On suture ensuite la région vaginale au catgut et la région cutanée au crin de Florence. Comme pansement, il suffit d'insuffler de l'iodoforme sur la plaie cutanée.

Ce qu'il y a de particulier, dans la technique de M. Chaput, c'est l'étendue considérable du débridement, la manière de l'exécuter (par transfixion), l'hémostase et aussi la description méthodique des temps opératoires.

L'auteur a fait le débridement seize fois, le plus souvent unilatéral, quelquefois des deux côtés.

Le débridement est indiqué toutes les fois que les opérations sur l'utérus sont difficiles en raison de la disproportion entre le volume de l'organe et le diamètre de la vulve.

Dans les extirpations de l'utérus pour salpingite, cette manœuvre rend facile l'enlèvement secondaire des annexes; l'auteur l'a encore employée dans les extirpations pour cancer, pour fibrome, pour prolapsus, dans un cas de polype chez une vierge, pour réparer une fistule vésico-vaginale inaccessible. Enfin, le débridement présente encore de nombreuses applications à l'obstétrique qui ont été développées par Dührssen dans un remarquable mémoire.

M. PICQUÉ ne partage pas l'avis de M. Chaput sur l'utilité du débridement, celui-ci n'est jamais nécessaire pour les opérations pratiquées sur l'utérus. Avec de bons aides et de bons écarteurs, et le morcellement, il n'est pas de ces opérations que l'on ne puisse achever sans recourir au débridement. Celui-ci n'est utile que pour opérer certaines fistules vésico-vaginales dans du tissu cicatriciel.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 26 avril 1892, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Boiron, pour le 39e d'infanterie; Namin, pour le 161e d'infanterie; Beaudier, pour le 12e cuirassiers; Marix, pour le 9e bataillon de chasseurs à pied; Guérard, pour le 156e d'infanterie; Rostan, pour le 103e d'infanterie; Landouzy, pour le 8e d'infanterie.

M. le médecin aide-major de première classe Notin, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie.

— M. le médecin principal de la marine Brémaud est nommé professeur de pathologie exotique et d'hygiène navale à l'École annexe de Brest.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cotty (de Verberie), Dubreuil (de Thonon).

— MM. les docteurs Albarran, Hallé, Chabrié et Janet reprendront leurs cours pratiques complémentaires de clinique des maladies des voies urinaires, à l'hôpital Necker (service de M. le professeur Guyon).

M. Albarran : Clinique et médecine opératoire en dix-huit leçons; mardi, jeudi et samedi, à cinq heures et demie, à partir du mardi 10 mai.

M. Hallé : Anatomie pathologique (histologie, bactériologie), en douze leçons; mardi, jeudi et samedi, à trois heures, à partir du mardi 10 mai.

M. Chabrié : Chimie urinaire, en huit leçons; lundi, mercredi et vendredi, à quatre heures et demie, à partir du lundi 9 mai.

M. Janet : Endoscopie uréthro-vésicale en huit leçons; lundi, mercredi et vendredi, à cinq heures et demie, à partir du lundi 9 mai.

Prière de se faire inscrire au laboratoire de la terrasse, à l'hôpital Necker.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

41

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. *(Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.) Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

36

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, dont la base est le bon lait, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il **supplée** à l'insuffisance du lait maternel, facilite **le** sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

60

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

90

MAGNÉSIE ROY

Sel purgatif alcalin soluble.

Dépuratif chimique. *A. Roy*

75

PILULES, SOLUTION, SIROP, VIN DE ROBIQUET

Au Pyrophosphate de Fer

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Prescrit contre l'*Anémie, Chlorose, Rachitisme, Scrofule,* etc.; il restitue à la *constitution des Os, des Nerfs et du Sang* le Fer et le Phosphore trop rapidement éliminés par les sécrétions.

Exiger s[r] l'étiquette la SIGNATURE **E. ROBIQUET.**

A Paris, Dethan, ph[ien], et t[tes] les pharmacies.

93

ANALYSE D'AVRIL DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois d'avril, a été faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1032.200
	gr.	
Beurre par litre	46.000	
Albumine	4.000	
Caséine	34.700	
Sucre de lait	55.050	
Sels	7.000	
Total des matières fixes	146.750	146.750
Eau		885.450

L'analyse des sels a donné par titre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.340
Acide sulfurique	0.170
Potasse	1.187
Soude	0.941
Chaux	1.682
Magnésie	0.187
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.493
Total	7.000

Prix :
- Dans les dépôts — 65 c. le litre.
- — 40 c. le 1/2 litre.
- Rendu à domicile — 70 c. le litre.
- — 45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. Nicolas, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

23

(VOSGES) PLOMBIÈRES (VOSGES)

SAISON DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

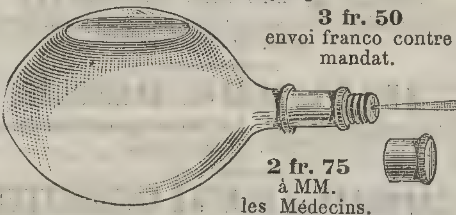
Maladies du tube digestif.
Affections nerveuses et rhumatismales.
Maladies des femmes, Hydrothérapie.

Étuves romaines, Bains, Douches, Massage.

42

CHLORÉTHYLE DU D[r] BENGUÉ

anesthésique local et analgésique instantané.



3 fr. 50 envoi franco contre mandat.

2 fr. 75 à MM. les Médecins.

D[r] Bengué, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

62

QUINA-LAROCHE

Extrait complet des trois quinquinas. *Laroche*

72

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0 fr. 50** le mètre; 2° le catgut n[os] 1, 2, 3, 4, **1 fr. 25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1 fr. 25** le mètre; 4° le macintosh, 5 fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du **SIROP DE HENRY MURE** contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

46

BULLES GLUTINEUSES

de Ch. CORNU

Ces bulles sont inaltérables et n'irritent pas le tube digestif.

PROCÉDÉ BREVETÉ S. G. D. G.

BULLES IODURÉES

à 0[gr]25 d'iodure de potassium pur **en solution**

Prix : **4** *fr. le flacon.*

BULLES A L'IODURE DE FER

à 0[gr]05 d'iodure de fer pur **en solution,** correspondant à une demi-cuillerée à bouche de sirop d'iodure de fer du Codex.—*Prix :* **3** *fr. le flacon.*

BULLES CRÉOSOTÉES

à 0[gr]15 de créosote pure de hêtre, parfaitement assimilable, sans irritation du tube digestif.

Prix : **4** *fr. le flacon.*

BULLINES AU BICHLORURE D'HYDRARGYRE

à 0[gr]01 de bichlorure d'hydrargyre **en solution.**

Prix : **3** *fr. le flacon.*

BULLES IODURÉES COMPOSÉES

contenant 0[gr]005 de bi-iodure d'hydrargyre et 0[gr]25 d'iodure de potassium **en solution,** correspondant ainsi à une demi-cuillerée de sirop de Gibert. — *Prix :* **4** *fr.* **50** *le flacon.*

Usine : 41, rue de Vanves, Paris.

Dépôts : 35, rue Bourg-Tibourg; P. Meuley, 133, rue S[t]-Antoine, et Warin, pharm., 6, rue Guilleminot, à Paris, et toutes pharmacies.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant,* sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

54

ANTIPYRINE DU D[r] KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'ANTIPYRINE en boîtes fer blanc de 50 et 100[g].

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.

Paris, Collin et C[ie], 49, r. de Maubeuge, et ph[ies].

N° 52. — MARDI 3 MAI 1892. 65e ANNÉE. MARDI 3 MAI 1892. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 2 mai 1892.

Le Congrès de chirurgie, qui vient de se terminer, avait mis à l'ordre du jour trois questions chirurgicales des plus importantes. Une commission, composée des maîtres les plus compétents, avait été chargée de faire un rapport sur chacune de ces questions. Ce rapport devait être distribué aux membres du Congrès, lu et discuté en séance publique.

Le programme a été rempli, mais bien imparfaitement, à notre avis. Les rapports ont été faits, et, disons-le, ont été des plus remarquables. Nous avons tenu à les reproduire *in extenso*. Mais, combien est pauvre la discussion qui a suivi ! A vrai dire, y a-t-il même eu discussion véritable ? Nos lecteurs ont pu en juger. Quelques orateurs sont venus, l'un après l'autre, faire connaître quelques cas particuliers qu'ils avaient observés et qui se rapportaient, de près ou de loin, à la question. Mais on n'a pas discuté. La science chirurgicale s'est enrichie de trois rapports, mais elle n'a point, pour cela, fait un pas de plus en avant.

Pour que les questions mises à l'ordre du jour fussent mûrement étudiées et sérieusement débattues, pour que la discussion pût s'élever et devenir fructueuse, il faudrait que le rapport à discuter fût publié longtemps à l'avance et non pas seulement dans les quelques jours qui précèdent l'ouverture du Congrès. Il conviendrait même, non pas de donner à ces rapports une publicité restreinte, mais de demander à la presse médicale une hospitalité qu'elle serait heureuse d'accorder. De la sorte, on ne verrait plus, devant ces grandes assises chirurgicales, ces simulacres de discussions que déplorent ceux qu'intéressent vraiment les choses de la chirurgie.

Nous avons précédemment mentionné une remarquable observation présentée par M. Raymond, à la Société médicale des hôpitaux, le 8 avril dernier; il y avait pour lui simultanément, chez le même malade, paralysie générale et ataxie locomotrice, coexistence très naturelle si l'on admet, comme il le fait, qu'il ne s'agit que d'une seule et même maladie, d'un seul et même processus anatomique qui, portant sur le cerveau, donne lieu à la paralysie générale, portant sur la moelle, au tabes.

M. Ballet n'admet pas cette façon de voir (22 avril). Il apprécie comme il convient l'importance d'une semblable observation, dont la partie clinique et la partie anatomo-pathologique ont été étudiées avec le plus grand soin ; c'est un document de haute valeur, mais il en interprète les données autrement que M. Raymond.

Avec lui, il s'accorde à conclure de ce fait, qui lui paraît très probant à cet égard, que la lésion mère de la paralysie générale est non pas une encéphalite parenchymateuse, comme l'ont dit MM. Pierret et Joffroy, au Congrès de médecine mentale de Lyon, mais une encéphalite interstitielle diffuse. Ce ne sont pas les cellules nerveuses qui sont primitivement atteintes — elles étaient, en effet, fort peu intéressées dans le cas de M. Raymond — mais les vaisseaux et la névroglie. C'est une inflammation chronique, d'origine péri-vasculaire et conjonctive.

M. Ballet pense que la paralysie générale et le tabes ne coïncident pas ou ne se succèdent pas aussi souvent qu'on l'a dit.

S'il est fréquent de constater des phénomènes *ataxiformes* chez les paralytiques généraux, il est rare d'y voir le tabes vrai ; il est rare de voir la paralysie générale s'ajouter à l'ataxie locomotrice classique. Pour sa part, bien qu'il ait vu et étudié un grand nombre de cas d'ataxie locomotrice, il n'a vu qu'une fois ou deux cette succession se faire.

Du reste, à l'autopsie, M. Raymond n'a pas trouvé les vraies lésions du tabes, mais une sorte de sclérose combinée, à lésions mal systématisées, à début incertain. Or la lésion du vrai tabes est une lésion qui suit comme conducteur le tube nerveux. Elle se systématise suivant la direction et la distribution des faisceaux médullaires qui présentent une véritable autonomie physiologique et anatomique. Le fait de M. Raymond ne rentrerait donc pas dans le véritable tabes.

La discussion ne manque d'intérêt ni au point de vue de la clinique, ni à celui de la pathologie générale, elle n'en restera pas là et M. Raymond tiendra sans doute à répondre aux arguments dirigés contre l interprétation qn'il a donnée du fait qu'il a si bien étudié.

Que les paralytiques généraux aient souvent des manifestations ataxiques, les deux camps opposés le reconnaissent : pour les uns, c'est, le plus souvent, un pseudo-tabes ; pour les autres, du tabes vrai. et il y a identité de nature

entre les lésions encéphaliques et les lésions médullaires. Nous marquerons les points !

M. Galliard a vu une ovaro-salpingite suivie de péritonite localisée, puis généralisée, survenir à la suite d'une rougeole, chez une jeune fille vierge, exempte, semble-t-il, de toute vulvo-vaginite antérieure.

Il admet que l'ovarite avait ici précédé la salpingite, et que, par conséquent, l'infection morbilleuse avait, par un intermédiaire indéterminé, porté son action sur l'ovaire, sans qu'il y ait eu successivement inflammation du vagin, de l'utérus et de la trompe, comme dans les infections à porte d'entrée vulvo-vaginale.

Quoi qu'il en soit, ce fait est tout à fait exceptionnel; très rarement, chose semblable s'observe dans la rougeole. Pour notre part, il nous semble indiquer que dans cette fièvre éruptive, comme dans d'autres états infectieux, il faut avoir soin de faire un nettoyage antiseptique de la vulve et, si possible, du vagin.

Signalons, envoyée par M. le docteur Derignac (de Limoges), une observation de cirrhose alcoolique guérie : elle est à ajouter à celles que l'on a déjà relevées de divers côtés.

M. Frémont (de Vichy), dans une communication lue à la Société médicale des hôpitaux (29 avril) par M. Le Gendre, propose une méthode nouvelle, et qui semble d'un maniement assez simple, d'analyse du suc gastrique. En trente minutes, il pourrait évaluer l'acidité totale, l'acide chlorhydrique libre, et les acides organiques. Pour y arriver, il se sert d'une façon particulière du réactif de Günzburg à la phloroglucine-vaniline, et d'un procédé de dosage de la totalité des acides organiques dû à M. le professeur Gauthier. Parmi ses conclusions, relevons celle-ci, qui ne manque pas d'intérêt : l'exercice et le bicarbonate de soude à faible dose exagèrent la production de l'acide chlorhydrique dans l'estomac ; le repos et le bicarbonate de soude à haute dose la diminuent. Si ce procédé, qu'on ne peut juger qu'à l'essai, tient ce qu'en promet son auteur, il permettra de faire un examen clinique rapide des principales qualités chimiques du suc gastrique, de celles qui fournissent au diagnostic et au traitement les données les plus importantes.

M. Laveran a étudié, au Val-de-Grâce, un soldat de vingt et un ans atteint d'incontinence nocturne d'urine. Ce malade aurait eu, de l'âge de dix-huit mois à quatorze ans, des attaques convulsives d'aspect épileptiforme. A l'hôpital même, il a eu, en présence du médecin de garde, une véritable attaque épileptique. Pour le guérir de son incontinence d'urine, M. Laveran lui fit l'électrisation du col vésical, à l'aide d'une sonde. Il put ainsi constater l'anesthésie du conduit uréthral. Il y avait de plus, chose qui avait jusque-là passé inaperçue, anesthésie de la peau dans toute la partie que couvrirait un caleçon de bain. Est-ce là de l'hystérie? Mais il n'y avait aucun stigmate hystérique. Est-ce de l'épilepsie? M. Laveran penche vers la seconde hypothèse. On a quelquefois constaté l'anesthésie chez les épileptiques.

M. A. Mathieu déclare, à ce propos, qu'il pense que les attaques d'aspect épileptique ne sont pas rares chez les hystériques ; elles peuvent simuler absolument les attaques de ce qu'on considère comme l'épilepsie véritable, bien que l'épilepsie ne soit pas une unité morbide. Si de semblables attaques se rencontrent chez des individus exempts de tout stigmate hystérique, on peut manquer de point de repère certain et le diagnostic peut être complètement impossible. Il est à se demander si les épileptiques qui présentent de l'anesthésie ne sont pas simplement des hystériques à crises épileptiformes. Ne peut-on se demander même s'il existe une frontière entre ces deux névroses, puisque jusqu'à présent on n'a pas pu donner comme jalons à cette frontière des signes différentiels d'une valeur certaine?

M. Ballet proteste contre cette pensée qu'il considère comme anarchiste, il est persuadé qu'on peut à peu près toujours parvenir à faire ce diagnostic différentiel. Pourquoi, dit-il, ne pas admettre, dans le cas de M. Laveran, l'existence d'un phénomène d'ordre hystérique chez un épileptique?

A la même séance, communication de M. Huchard, sur l'emploi de la digitale dans les affections rénales. M. Huchard pense que l'albuminurie chez les cardiaques n'est nullement un obstacle à l'usage de la digitale; il l'emploie même sans hésiter chez les albuminuriques qui ont tendance à l'asystolie. La crainte chimérique d'accidents d'intoxication, dans ces conditions, empêche beaucoup de médecins d'user du médicament cardiaque par excellence. C'est le résultat d'un véritable préjugé. Pour sa part, il donne la digitale, ou plutôt la digitaline cristallisée, en solution à 1/1000 à dose élevée; jamais il n'a eu d'accidents. Le tout est de procéder méthodiquement; il faut d'abord préparer le malade à la digitale par le repos, le régime lacté, une purgation. La digitale et la digitaline sont alors beaucoup plus actives, beaucoup moins dangereuses, et l'on peut, d'emblée, frapper un grand coup.

M. Huchard communique également deux observations de pleurésie métapneumonique, guérie après une simple ponction évacuatrice. On sait que des diverses pleurésies purulentes, celle qui succède à la pneumonie, et qui paraît, comme elle, due au pneumocoque, est de beaucoup la plus bénigne.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(SIXIÈME SESSION)

Séance du 23 avril (matin). — Présidence de M. Demons.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Néphrectomie. — M. DESNOS. Il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans, qui était atteint, depuis l'âge de trente ans, de coliques néphrétiques à retours plus ou moins irréguliers. Depuis les dernières années, les urines étaient devenues purulentes de temps en temps et des accès de fièvre étaient assez fréquents. Le 10 novembre dernier survient une colique néphrétique qui commence comme habituellement, mais qui ne se termine pas par l'expulsion d'un calcul et amène la cessation brusque de la sécrétion urineuse. L'anurie fut complète dès ce moment; l'essai de tous les moyens médicaux resta infructueux et les phénomènes d'urémie s'accentuèrent dès le troisième jour; céphalalgies, nausées, somnolence, torpeur et accès de délire. La néphrectomie lombaire fut pratiquée le huitième jour, sept jours et six heures exactement après la dernière miction. Le rein apparaît augmenté de volume et, l'acupuncture n'ayant pas révélé la position du calcul, M. Desnos pratique sur le bord convexe une incision qui livre passage à un flot de pus. Au fond de la plaie, à l'orifice de l'uretère, on trouve trois calculs dont le plus gros mesurait 3 centimètres de longueur. La plaie fut largement drai-

née. Dès les premières heures, la sécrétion de l'urine se rétablit, mais les phénomènes d'urémie, au lieu de diminuer, s'accentuent. La torpeur augmente progressivement, et le deuxième et le troisième jour, le malade est dans un état des plus graves. Au cinquième jour, une légère amélioration survient contre toute espérance et se prononce les jours suivants. Cependant, la miction vésicale restait toujours absente. Ce n'est que le vingtième jour que survient un besoin brusque et violent d'uriner ; 200 gr. d'urine sont rendus et avec elle un calcul de 1 centimètre environ de diamètre. Dès ce jour, le malade urina à la fois par la vessie et par la plaie rénale. Des lavages abondants pratiqués par les drains ressortaient par la vessie et, très rapidement, la plaie lombaire se rétrécit et se ferma. La cicatrisation était complète le 14 janvier, moins de deux mois après l'opération.

M. Desnos insiste surtout sur la lenteur de l'amélioration de l'état général après la néphrectomie. Bien que les manœuvres opératoires aient été des plus simples et le retour de la sécrétion urinaire immédiat, cependant le malade resta entre la vie et la mort pendant cinq jours, les phénomènes d'urémie s'accentuant et la faiblesse augmentant. Ce fait n'est pas exceptionnel et se retrouve dans d'autres observations. On pourrait donc en conclure que, dans le cas d'anurie calculeuse, il est imprudent de temporiser. Les risques opératoires auxquels expose la néphrectomie, bien connue et réglée aujourd'hui, ne peuvent être comparés aux dangers auxquels on expose le malade, en attendant que les phénomènes d'urémie apparaissent. Le délai de cinq jours, qu'on prend généralement comme règle aujourd'hui, est donc peut-être exagéré.

Jambes en ciseaux avec ankylose de la hanche. — M. L.-H. PETIT (de Paris). Cette affection, consécutive le plus souvent à des coxalgies mal soignées, consiste dans une adduction exagérée de l'un ou des deux membres inférieurs telle que les deux membres sont croisés au-dessous du genou, à la façon des branches d'une paire de ciseaux. Il y a en même temps ankylose de la hanche et genu valgum.

Sur 22 cas, la déviation était consécutive aux affections suivantes : coxalgie simple, 11 fois ; coxalgie double, 6 fois ; ostéomyélite, 1 fois ; arthrite puerpérale, luxation congénitale, luxation ancienne non réduite, rétraction musculaire des adducteurs après atrophie des muscles fessiers consécutive à des escharres étendues. L'ankylose de la hanche était simple dans 14 cas, et double dans 8 cas.

Outre les troubles de la marche, on observe une gêne considérable des fonctions génito-urinaires, due à ce que la cuisse de ce malade recouvre le pubis. On a cherché à remettre les membres dans le parallélisme dans 15 cas, à l'aide des moyens suivants : appareils à extension, 3 fois ; redressement forcé, 2 fois ; ostéoclasie manuelle, 2 fois ; ostéotomie sous-trochantérienne, 6 fois, dont 3 simples et 3 doubles ; résection de la tête du fémur, 2 fois. Les résultats ont été favorables dans 14 cas ; il y eut récidive dans un cas de redressement forcé, un érysipèle après une ostéotomie, mais aucun cas de mort.

Sur l'opportunité de la lithotritie pour certains calculs volumineux. — M. DUCHASTELET (de Paris). Je désire soumettre au Congrès trois cas de calculs volumineux opérés par la lithotritie. Deux sont tirés de la pratique de mon maître, M. le professeur Guyon, le troisième m'est personnel. Dans les cas de M. le professeur Guyon, les calculs pesaient, desséchés à l'étuve, 75 et 100 grammes et mesuraient 5 à 6 centimètres ; le mien pesait 96 grammes. Ces cas démontrent que le volume du calcul, par lui seul, n'est pas une contre-indication à la lithotritie et qu'il ne faut recourir à la taille que lorsque d'autres raisons viennent s'y ajouter. La lithotritie, faite, avec toutes les précautions antiseptiques, telle que l'a indiquée M. Guyon, débarrasse le malade non seulement de sa fièvre, mais encore des accidents infectieux, fussent-ils, comme dans un des cas, accompagnés de pseudo-membranes. La pratique de mon maître établit que la mort ne survient que dans les cas exceptionnellement graves, par le fait de l'état antérieur du malade. Sur une série de 160 cas, où je l'ai assisté à la maison de Saint-Jean-de-Dieu, 1 seul malade a succombé ; il fut opéré, sur ses instances pressantes, malgré un état pulmonaire menaçant.

En somme, la lithotritie reste l'opération de choix pour les calculs volumineux, s'ils ne sont pas trop durs, si la vessie n'est pas irrévocablement rebelle à la distension. Si la lithotritie est impossible, on peut entreprendre la taille immédiatement. On a reproché à la lithotritie d'être difficile et de n'être une opération de choix qu'entre les mains de chirurgiens en situation spéciale. Celle qui m'est personnelle, bien qu'elle ne soit pas ma première, et que j'aie le bonheur de pouvoir assister journellement comme aide M. Guyon, montre qu'elle peut être faite par tout opérateur qui prend la peine d'apprendre et d'apprendre en voyant.

Polyarthrite infectieuse ; arthrotomies ; guérison. — M. POTHERAT (de Paris). Il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans, vigoureux, d'une excellente santé habituelle, quoique éthylique, qui avait été pris, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, de gonflement articulaire de trois articulations : tibio-tarsienne gauche, genou gauche, poignet droit. Ce gonflement s'accompagnait de douleurs vives, d'élévation de la température locale, de fièvre intense, avec état général grave. On avait vainement essayé le traitement médical du rhumatisme. Malgré l'absence d'antécédents pathologiques infectieux, je portai le diagnostic de polyarthrite infectieuse, et j'intervins chirurgicalement. L'articulation du genou et celle du poignet furent ouvertes ; il s'écoula une abondante sérosité jaunâtre, louche. L'articulation tibio-tarsienne, qui paraissait en voie d'amélioration, fut respectée. Les articulations ouvertes furent abondamment lavées avec une solution de sublimé à 1 p. 1000, étendue d'eau bouillie. Suture complète sans drainage. Pansement ouaté compressif. Suites des plus satisfaisantes. Cessation de la fièvre, rapide amélioration de l'état général ; au bout de huit jours, la santé générale est rétablie ; les sutures sont enlevées, la réunion est complète. Les articulations ne sont plus gonflées, sauf la tibio-tarsienne. Au bout d'un mois, les articulations ouvertes avaient recouvré leur aptitude et leur complète amplitude fonctionnelle.

L'articulation tibio-tarsienne non ouverte était restée un peu gonflée et raide. Il existait encore quelques raideurs de cette jointure quand le malade quitta l'hôpital.

Pyo-salpinx double ; laparotomie ; guérison ; occlusion intestinale consécutive ; laparotomie ; guérison. — M. POTHERAT (de Paris). Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, entrée dans le service de M. Bouilly pour un pyo-salpinx double, consécutif à une métrite ancienne d'origine puerpérale. Je fis la laparotomie et enlevai deux tumeurs de pyo-salpingite ; les tumeurs se rompirent et versèrent dans le ventre un pus jaunâtre, un pus grumeleux, sans odeur. Lavage abondant avec une solution de sublimé à 1 p. 1000, étendue d'eau bouillie ; drainage de Mickulicz et fermeture de l'abdomen. Suites simples ; suppression du drainage au bout de quarante-huit heures, des fils au bout de huit jours. La malade était guérie, se levait, allait sortir, quand éclatèrent des accidents d'occlusion intestinale à marche rapide et de la plus extrême gravité.

Je fis *in extremis* une nouvelle laparotomie, trouvai une anse intestinale adhérente à la paroi, la détachai et déroulai l'intestin grêle, que je trouvai tordu sur lui-même ; je le détordis et je fermai complètement l'abdomen. Cinq heures plus tard, la malade rendait des garde-robes. Elle se releva peu à peu et finit par guérir. Elle est restée aujourd'hui encore complètement guérie.

Chirurgie du cerveau. — M. P. POIRIER (de Paris) a pratiqué un assez grand nombre d'opérations sur le crâne et le cerveau, pour des affections diverses et présente quelques remarques générales à ce propos. Il cite d'abord deux observations inédites :

1° Extirpation d'une tumeur vasculaire du cerveau chez un homme de trente-quatre ans, ayant des accès épileptiques. Gué-

rison rapide. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une tumeur formée de vaisseaux agglomérés à paroi épaisse, c'est-à-dire d'un angiome ;

2° Balle extraite de la corne d'Ammon; le sujet étant dans un coma profond, on trouva un épanchement sanguin considérable.

M. Poirier a tout à fait abandonné la couronne de trépan pour la remplacer par un ciseau fort et bien coupant, qu'actionne un maillet en plomb. Les lambeaux osseux, taillés au ciseau, offrent un biseau qui rend leur réapplication facile, sans risques d'enfoncement : l'opération est rapide et ne présente ni difficultés, ni dangers, pour qui s'est habitué à la répéter sur le cadavre. On a accusé, à tort, le martelage de provoquer une commotion cérébrale; je n'ai rien observé de semblable; mais il faut et il suffit que le ciseau coupe. M. Poirier a décrit, ailleurs (topographie cranio-encéphalique), le procédé opératoire. Son avantage principal est qu'il permet de faire rapidement des plaies osseuses très grandes, par lesquelles on peut examiner et reconnaître la lésion et opérer. On sait que, lorsqu'il existe un épanchement ou une tumeur, la dure-mère résiste sous le doigt et la masse cérébrale tend à faire hernie par l'orifice osseux. Ce signe est bon, mais il n'est pas infaillible. Si l'épanchement ou la tumeur sont dans l'autre hémisphère ou dans la loge cérébelleuse, les cloisonnements aponévrotiques du crâne (faux, tente) sont assez tendus pour empêcher un retentissement notable de l'autre côté. Pour ce qui concerne la hernie du cerveau, la tendance générale est de la rapporter à l'inflammation. Il a paru à M. Poirier que cette hernie était beaucoup plus souvent de cause mécanique et attribuable aux modifications de pression qui suivent l'ouverture de la boîte cranienne. Il a vu cette hernie se faire pendant l'opération, dans les cas de tumeur ou d'épanchement; il a aussi remarqué, dans les cas où la pression intra-cranienne est très forte, l'apparition d'un piqueté sanguin qui lui paraît dû aux modifications de pression. Il croit à la nécessité du drainage dans tous les cas où les méninges et la substance cérébrale ont été touchées.

Dans deux cas de plaies par balle de revolver au niveau de la tempe, il a observé un écoulement abondant de liquide céphalo-rachidien par l'oreille. Il croit que l'on peut expliquer ce symptôme de la manière suivante : l'ébranlement du cadre tympanique a enfoncé les osselets et déchiré la membrane ; désormais, l'oreille interne est ouverte, l'étrier ayant été ou enfoncé ou retiré de la fenêtre ovale. Or, comme, à l'état normal, les espaces péri-lymphatiques communiquent librement avec la grande séreuse arachoïdienne par l'aqueduc du limaçon, la voie est ouverte au liquide épanché dans cette séreuse. Peut-être aussi la paroi supérieure de la caisse a-t-elle été ouverte par l'ébranlement des os au niveau de la suture squamo-rocheuse.

Tumeurs de la vessie chez l'enfant. — M. PHOCAS (de Lille). Dans le courant de l'année 1891, j'ai observé une tumeur de la vessie chez un enfant de six ans et demi. Le diagnostic fut difficile et ce n'est qu'après la taille hypogastrique que j'ai pu l'établir. Par cette opération, j'ai pu extirper une portion du néoplasme. La récidive est survenue au bout d'un mois et, depuis, plusieurs interventions ont été faites pour diminuer les bourgeons charnus qui faisaient saillie à travers l'orifice fistuleux de la cystotomie. L'enfant a fini par succomber à la pyélo-néphrite.

A propos de ce fait, j'ai recueilli, avec l'aide d'un de mes élèves, M. Chivorré, 25 observations de tumeurs de la vessie chez l'enfant. En y ajoutant 5 observations qui se trouvent dans les statistiques de M. Albarran, j'arrive au chiffre de 30 observations plus ou moins détaillées de tumeurs de la vessie.

Le dépouillement de ces observations me conduit à quelques conclusions assez intéressantes :

Les tumeurs bénignes sont assez fréquentes et cependant elles sont moins fréquentes que les tumeurs malignes.

Pour les symptômes fonctionnels, l'hématurie ne paraît pas avoir été étudiée chez les enfants ou plutôt elle ne paraît pas avoir attirer la même attention que dans les néoplasmes vésicaux des adultes. Les troubles de la miction sont, par contre, très fréquents.

D'une manière générale, on peut classer l'aspect clinique des tumeurs de la vessie, chez l'enfant, en deux catégories, selon qu'il s'agit de filles ou de garçons :

1° Chez les filles, la physionomie de l'affection est toute spéciale. La tumeur vésicale dilate rapidement l'urèthre et fait saillie à la vulve. Le diagnostic est facile ;

2° Chez les garçons, la vessie se dilate, paraît contenir beaucoup d'urine et, quand on vient à pratiquer le cathétérisme, on trouve que la quantité d'urine qui est contenue dans la vessie est peu considérable.

Le toucher rectal, et surtout bi-manuel, achève de faire le diagnostic.

En revanche, le cathétérisme est de peu d'utilité et souvent il donne lieu à des phénomènes de cystite et à l'apparition de l'hématurie.

On est intervenu 12 fois sur des petites filles et, la plupart du temps, on a pénétré dans la vessie par les voies naturelles. Il y eut 10 morts et 2 guérisons. Ces guérisons se rapportent à des tumeurs bénignes.

Sur 7 opérations (tailles) faites pour des tumeurs vésicales chez des petits garçons, il y eut 5 morts et 2 guérisons. Ici encore les guérisons appartiennent à des tumeurs bénignes.

En somme, on n'a pas encore publié un cas de guérison de tumeur maligne de la vessie chez l'enfant.

La mort est du reste, en général, très rapide.

Devant de pareils résultats, on se demande si, en face d'une tumeur maligne de la vessie chez l'enfant, l'abstention ne serait pas le moyen le plus raisonnable.

Du diagnostic rapide de la syphilis dans la détermination des indications opératoires. — M. JULLIEN (de Paris). L'urgence de certaines opérations est bien souvent entravée par les incertitudes du diagnostic. Une ulcération, une tumeur de détermination équivoque font penser au cancer, sans enlever toute arrière-pensée du côté de la syphilis, et le chirurgien doit instituer le traitement qui fasse la lumière dans les délais les plus rapides.

Dans ces conditions, je ne saurais trop proclamer la supériorité du calomel employé en injections par la méthode Scarenzio-Smirinoff (10 centigrammes de sel suspendus en 1 gramme de pétrovaseline liquide et injectés dans les muscles fessiers, le tout aseptique bien entendu).

Comment agit ce médicament? Nous ne le savons pas, mais ce que nul ne conteste, c'est la modification profonde qu'il provoque, d'une façon élective, sur le néoplasme syphilitique, quelle que soit la période de la maladie. Je me bornerai à citer, ici, des faits ayant rapport à la chirurgie.

I. Homme de quarante et un ans, ayant la vérole depuis vingt-deux ans. Tumeur comme une demi-noisette sur le côté gauche de la langue; traité antérieurement déjà pour la syphilis, vient me prier de l'opérer. J'injecte 10 centigrammes de calomel, en dix-sept jours, la question est jugée par la guérison presque complète.

II. Femme de trente-huit ans, auprès de laquelle je suis appelé, par un médecin, pour l'opérer ; même lésion que dans le cas précédent, même traitement, même succès.

III. Homme de cinquante-quatre ans, antécédents très nets, ulcération profonde du côté gauche de la langue. Injections de calomel, aucun résultat, amputation de l'organe, suites excellentes.

IV. Même cas que le précédent; diagnostic établi en huit jours; amputation de l'organe au douzième jour, guérison.

V. Tumeur de l'amygdale chez un homme à antécédents indéniables. Injection, pas de résultat; syphilis éliminée, indication formelle d'opérer.

L'injection de calomel présente donc, au plus haut degré, les qualités requises pour un médicament d'épreuve. Aucun argu-

ment ne peut, valablement, lui être opposé. Si le chirurgien n'a pas recours à cette admirable méthode, ce n'est pas, ce ne peut être qu'il la condamne, c'est qu'il l'ignore. On peut la discuter comme thérapeutique de choix, dans l'attaque méthodique de la syphilis traitée à loisir, mais tous ses inconvénients éventuels disparaissent en face du danger d'une intervention retardée, quand s'agite le doute d'une dégénérescence maligne. Toutes les objections tombent devant cette double donnée parfaitement établie : 1° le diagnostic thérapeutique de la syphilis est clairement décidé en huit jours, par l'injection de calomel; 2° en cas d'insuccès, ce mode de traitement n'apporte aucun obstacle à l'opération nécessaire, et ne complique en rien ses suites.

Séance du 23 avril (soir). — Présidence de M. Demons.

COMMUNICATIONS DIVERSES

De la résection incomplète de l'urèthre, suivie de réunion immédiate totale. — M. GUYON. La résection de l'urèthre peut être complète ou incomplète. M. Noguès a relevé 60 cas de résection : 49 fois la résection fut complète; 15 fois elle fut incomplète et, sur ces cas, 9 ont été observés dans le service de M. Guyon.

La résection partielle est le procédé de choix, pour deux raisons principales. La raison anatomo-pathologique est que la paroi inférieure seule est le siège des lésions, soit qu'il s'agisse de traumatisme, soit qu'il s'agisse d'altérations inflammatoires, consécutives à la blennorrhagie.

La raison physiologique est, qu'après une section complète, les deux bouts du canal se rétractent considérablement en rétrécissant leur lumière. Lorsque, au contraire, la continuité de la paroi supérieure n'est pas interrompue, la rétraction se fait au bénéfice de l'opération, car cette rétraction incomplète augmente l'ouverture.

La réunion est toujours possible; mais il n'est pas nécessaire qu'elle ait lieu entre les deux bouts du canal. On peut, avec les parties molles du périnée, refaire un urèthre excellent. Dans un cas, récemment opéré, par exemple, on passe facilement une bougie Béniqué n° 60.

Les expériences ont montré, au moyen d'injections, que l'infiltration est impossible. M. Guyon avait une fois pratiqué le drainage avec de la gaze iodoformée; depuis, il n'a jamais fait de drainage, mais exécute une suture hermétique. Le contact de l'urine ne nuit pas à la réunion. D'ailleurs, la plupart des auteurs conseillent la suture. Dans huit observations, il y eut suture des parties molles, sans suture de l'urèthre; dans cinq cas, on fit une suture complète de l'urèthre et des parties molles.

Dans le cas de M. Parona, la guérison se maintient depuis cinq ans. On avait mis un drain dans l'angle inférieur de la plaie.

En 1885, M. Lucas-Championnière fit, sur un blessé, la suture du périnée sans suture de l'urèthre. Le résultat était excellent en 1887.

M. Guyon reste disposé à suturer l'urèthre, si cela est possible. La ligne cicatricielle doit être réduite au minimum, ce que l'on obtiendra par une réunion exacte, rapide et aseptique.

Il indique ensuite la meilleure technique opératoire.

La résection peut se faire avec ou sans conducteur, au moyen de deux incisions circonscrivant les tissus malades. Peut-être vaut-il mieux faire une incision cruciale du canal.

La suture doit être transversale et à un seul plan sur l'urèthre; la suture du périnée doit être longitudinale et à trois étages. Il est bon de saisir, dans ces fils extrêmes, les bouts du canal. Le premier plan de la suture périnéale est fait au catgut, les deux autres, profond et cutané, au crin de Florence. On laisse à demeure une sonde n° 21, de deux à quatre jours; le cathétérisme est, d'ailleurs, facile.

Dans le service de M. Guyon, trois malades furent opérés par M. Albarran, chef de clinique.

La première opération eut lieu le 13 mai 1891. Il s'agissait d'un rétrécissement traumatique indilatable. Lorsque le malade sortit, on pouvait facilement passer une bougie Béniqué n° 56. Le 1er octobre 1891 et le 19 janvier 1892, l'urèthre admettait une bougie en gomme n° 24; on recommanda au malade de se passer toutes les trois semaines une bougie n° 19.

Le 5 août 1891 fut opéré un enfant de douze ans, présentant un traumatisme du périnée avec état général mauvais : le canal fut restauré à l'aide des parties molles. Le malade sortit avec un canal admettant aisément une bougie Béniqué n° 38, qu'on lui passa ensuite tous les quinze jours.

Le 6 novembre 1891 fut opéré un malade qui présentait un rétrécissement traumatique. On fit la suture et le malade sortit guéri le 26 novembre 1891, admettant dans son canal une bougie Béniqué n° 50. Il a été revu, il y a quelques jours, on passe facilement le n° 52.

Le 30 novembre 1891, fut opéré un jeune homme de vingt-six ans, atteint de rétrécissement traumatique indilatable. A la sortie, le 17 décembre, on pouvait passer le n° 50; quelques semaines après, le même numéro passait facilement.

Le 2 décembre 1891, fut opéré un malade atteint de rétrécissement traumatique et blennorrhagique à la fois. On fit l'uréthrotomie interne, puis la résection; le malade sortit le 17 décembre, admettant le n° 40 Béniqué. Il a été perdu de vue depuis le mois de décembre.

Enfin, le 17 février 1892, fut opéré un homme de cinquante-six ans, atteint de rétrécissement, ayant eu de l'infiltration d'urine et des fistules, comme en témoignaient les cicatrices du périnée. Le malade guérit et, le 4 avril dernier, on passait le n° 48 Béniqué.

En résumé, il y a eu une guérison, pour ainsi dire, radicale dans les troisième et quatrième cas; il y a des doutes pour le cinquième et le sixième. Dans tous les cas, la réunion a été extrêmement rapide, la guérison presque immédiate.

La résection de l'urèthre et sa reconstitution au moyen des parties molles du périnée est donc une bonne opération, surtout dans les cas de rétrécissements traumatiques.

M. ALBARRAN a fait 6 fois la résection de l'urèthre pour rétrécissement, 3 fois dans le service de M. Guyon, 3 fois en ville. L'intervention fut nécessitée quatre fois par l'existence d'un rétrécissement blennorrhagique avec fistules. On fit une résection partielle et l'urèthre fut restauré au moyen des parties molles.

Dans un cas, il y eut résection totale et suture des deux bouts, chez un tuberculeux qui subit, en outre, un grattage de la prostate et guérit.

La longueur de l'urèthre réséqué a varié entre 2 et 5 centimètres.

On obtient, très souvent, la réunion complète par première intention, surtout lorsqu'on opère pour un rétrécissement traumatique. Très souvent aussi, dans les cas de rétrécissement blennorrhagique, il y a désunion superficielle de la peau.

On peut presque se rendre compte déjà des résultats éloignés que donne cette opération. La plus ancienne date de dix mois, la plus récente de six mois : on a constaté que, suivant les cas, les Béniqué 56 à 60 passaient facilement et que le périnée était souple.

Dans un cas particulier, il fallut avoir recours à l'autoplastie. Un homme avait reçu, en 1870, dans la fesse gauche, une balle qui était sortie par le périnée. Il avait eu de l'infiltration d'urine et des fistules consécutives qui nécessitèrent des opérations successives multiples; il subit l'uréthrotomie interne.

M. Albarran fit une incision médiane et tomba dans une première cavité, tapissée de muqueuse, indépendante de l'urèthre et formant comme un second canal qui, d'ailleurs, débouchait dans l'urèthre normal. On fit la section de la cloison intermédiaire; on réséqua la moitié inférieure du canal normal supérieur, puis la moitié supérieure du canal inférieur, et l'on sutura de façon à obtenir un conduit unique. La guérison s'effectua très rapidement et l'on put passer le Béniqué n° 60.

Traitement des varices et des ulcères variqueux. — M. RÉMY indique les résultats de sa pratique. Il extirpe les veines malades sur une étendue plus ou moins considérable. Les veines,

découvertes et disséquées, sont coupées entre deux ligatures aussi éloignées que possible l'une de l'autre. M. Rémy fait des incisions multiples autant qu'il est nécessaire pour découvrir toutes les veines malades. Il a fait cinquante-cinq opérations sur quarante-quatre malades, plusieurs de ces derniers ayant subi deux ou trois interventions. Sur ce nombre d'opérations, aucune ne fut suivie de phlébite; il y eut une mort par angioleucite.

La résection des veines variqueuses a été pratiquée, en France, par MM. Schwartz, Lucas-Championnière, Cerné (de Rouen). Un des opérés de M. Lucas-Championnière est resté guéri quatorze ans. Le plus ancien des réséqués de M. Rémy a subi l'opération il y a quatre ans. Treize opérés furent revus et suivis; ils étaient en très bon état.

Tuberculose. — M. CONDRAY (de Paris) a traité, par la méthode de M. Lannelongue, soixante cas de tuberculose, sur lesquels de grandes articulations étaient atteintes trente et une fois. Les résultats ont été très satisfaisants. Il propose d'appliquer la méthode à la cure de la cavité articulaire, aux luxations congénitales, peut-être à quelques tumeurs malignes. Mais sur ce dernier point M. Condray fait de fortes réserves.

Un cas de gynatrésie. — M. PAUL PETIT (de Paris). Il s'agit d'une femme, mariée à vingt-trois ans et qui accoucha en juin 1878. Le travail ne marchant pas, un médecin fut appelé. Il reconnut l'existence d'un obstacle dans le vagin, le divisa avec le bistouri et termina par une application de forceps.

Quelques mois après, la malade fut examinée par M. P. Petit, et voici ce qu'il put constater par le toucher. Il existait, à 6 centimètres de la vulve, un rétrécissement cicatriciel sous forme de cylindre avec un trajet central. Un stylet pénétrait par l'orifice et, au bout de 2 centimètres de parcours, tombait dans une cavité assez spacieuse. La malade avait perdu fort peu au moment de ses règles, et chaque fois elle sentait une pesanteur dans le ventre; une gêne qui devint très forte et pour laquelle M. P. Petit fut consulté. On trouva, outre le rétrécissement du vagin, une tumeur abdominale, volumineuse, fixe, mate. On pensa à un hématomètre et l'on fit la dilatation du trajet vaginal, pour permettre l'écoulement du liquide et le nettoyage de la cavité postérieure. Il se développa rapidement des accidents de péritonite et l'on pratiqua la laparotomie. On trouva une poche volumineuse de laquelle on retira un litre de pus. La poche fut réséquée le plus possible et marsupialisée. La malade guérit. Plus tard, on fit l'incision du rétrécissement et la dilatation avec des bougies. La malade est actuellement en bon état.

Autoplastie de la main. — M. GUERMONPREZ (de Lille) rapporte des observations d'autoplastie de la main par désossement de deux doigts. C'est une extension de la méthode qu'il a indiquée à la Société de chirurgie sous le nom d'autoplastie par désossement d'un doigt. Dans un des cas, il s'agissait d'une brûlure de la face dorsale de la main; dans un autre d'une cicatrice vicieuse, sur un homme de quarante-deux ans, atteint autrefois d'un « coup de courroie ».

Dans le comité secret qui a eu lieu, avant la dernière séance, M. Lannelongue a été proclamé président, et M. Tillaux a été élu vice-président de la prochaine session qui aura lieu à Paris, pendant la semaine de Pâques de 1893.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

I

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 15 avril 1892.

Monsieur le Président,

Jusqu'à ce jour, les médailles d'honneur, attribuées pour actes de dévouement à l'occasion des épidémies intéressant l'armée, ont été décernées au titre des ministères du Commerce et de l'Intérieur.

Il m'a paru rationnel d'attribuer au ministre de la Guerre la faculté de récompenser directement les services rendus dans des circonstances épidémiques intéressant l'armée.

J'ai, en conséquence, l'honneur de soumettre à votre haute approbation le décret ci-joint.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

C. DE FREYCINET.

II

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de la Guerre,

Vu le décret du 31 décembre 1885, relatif à la concession de médailles d'honneur aux personnes qui se sont particulièrement signalées par leur dévouement pendant les maladies épidémiques,

Décrète :

ARTICLE 1er. — Des médailles d'honneur peuvent être décernées par le ministre de la Guerre, aux militaires de tous grades, fonctionnaires et agents du département de la Guerre, qui se sont particulièrement signalés par leur dévouement à l'occasion des maladies épidémiques concernant l'armée.

ART. 2. — Un arrêté ministériel déterminera les mesures de détail relatives à cette distinction.

ART. 3. — Le ministre de la Guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au « Journal officiel » et inséré au « Bulletin des lois ».

Fait à Paris, le 15 avril 1892.

CARNOT.

Par le Président de la République :
Le ministre de la Guerre,
C. DE FREYCINET.

III

Le ministre de la Guerre,

Vu le décret du 15 avril 1892, autorisant le ministre de la Guerre à décerner les médailles d'honneur aux militaires ou aux différents personnels ressortissant au ministère de la Guerre, qui se sont particulièrement signalés par leur dévouement à l'occasion des maladies épidémiques concernant l'armée,

Arrête :

ARTICLE 1er. — Le ministre de la Guerre peut accorder, sur la proposition des chefs de corps ou de service et l'avis favorable des gouverneurs militaires ou des commandants de corps d'armée, des médailles d'honneur en or, en vermeil, en argent ou en bronze, aux personnes qui se sont particulièrement signalées par leur dévouement et leur courage à l'occasion des épidémies dans l'armée.

ART. 2. — La médaille est du module de 27 millimètres; elle porte sur l'une de ses faces l'effigie de la République, entourée des mots : « République française », et, sur l'autre, les mots : « Ministère de la Guerre », avec la devise « Dévouement. Épidémies », ainsi que le nom et le prénom du titulaire, le lieu de sa résidence et le millésime.

ART. 3. — Les titulaires sont autorisés à porter la médaille suspendue à un ruban tricolore, conforme au type officiel.

ART. 4. — Le titulaire d'une médaille reçoit un diplôme

rappelant les causes qui ont motivé la distinction dont il a été l'objet.

ART. 5. — Les propositions seront motivées dans un rapport établi par les chefs de corps ou de service, annoté et transmis au ministre par les diverses autorités militaires à tous les degrés de la hiérarchie.

Elles parviendront au ministre sous les timbres du service de santé et du cabinet du ministre.

La décision ministérielle qui la concédera sera insérée au « Journal officiel » de la République française et au « Bulletin officiel » du ministère de la Guerre.

Notification en sera faite au Grand chancelier de la Légion d'honneur.

Paris, le 27 avril 1892.

C. DE FREYCINET.

— M. le docteur Landouzy, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Laënnec, commencera, le jeudi 5 mai, à dix heures, à l'amphithéâtre de l'hôpital, un cours de clinique médicale.

Lundi et vendredi, à dix heures, à l'amphithéâtre, cours de séméiotique. — Mercredi, à neuf heures, dans la salle, examen par les élèves des malades nouveaux. — Jeudi, à dix heures, à l'amphithéâtre, clinique générale.

— M. le docteur Horteloup commencera, à l'hôpital Necker, des conférences cliniques sur les maladies des voies urinaires, le dimanche 8 mai, à neuf heures du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Quelque peu absorbés par le Congrès de chirurgie, nous avons dû ajourner nos comptes rendus hebdomadaires de l'Académie de médecine, qui n'en a pas moins continué le cours de ses travaux.

Ces trois dernières séances ont été presque entièrement consacrées à la discussion sur la pleurésie. Tandis que, dans celle du 19 avril, M. le professeur Germain Sée, parlant du traitement de la pleurésie, s'est livré à un réquisitoire des plus sévères contre la révulsion et, en particulier, contre le vésicatoire; dans la séance suivante, M. le professeur Peter a prononcé en sa faveur le plaidoyer le plus éloquent. Il faut avouer que le jeune praticien a lieu de se trouver quelque peu embarrassé en présence d'opinions aussi contradictoires émanant de pareils maîtres. Pour M. Sée, l'expectation est la seule méthode rationnelle, jusqu'au moment où la thoracentèse s'impose. Au point de vue de la pathogénie, la pleurésie ne serait presque jamais une maladie *a frigore*; elle serait presque toujours microbique et, le plus souvent, tuberculeuse. Pour M. Peter, que la pleurésie soit causée par le froid ou qu'elle soit d'origine infectieuse, nous ne pouvons rien contre sa cause elle-même et nous devons nous attaquer à ses conséquences immédiates, qui sont la fièvre et la fluxion, c'est-à-dire intervenir dès le début de l'affection. C'est ce qu'avaient fort bien compris nos devanciers en pratiquant la saignée et la révulsion sous toutes ses formes, vésicatoires, ventouses scarifiées, etc. Ce sont là des armes parfaitement efficaces pour prévenir l'épanchement ou en diminuer l'abondance.

A l'appui de cette opinion, M. Peter cite des observations tirées des travaux de Laënnec, d'Andral, de Bouillaud, observations dans lesquelles on voit les pleurésies les plus graves enrayées, dès leur début, par une médication antiphlogistique et révulsive énergique. A cette époque, la mortalité par la pleurésie était de 3 p. 100, tandis qu'elle est, aujourd'hui, de 7 p. 100. A quelle cause attribuer cette différence ? A la constitution médicale qui a changé, dira-t-on ; non pas, répond M. Peter, mais bien à la médication qui a été modifiée. En cherchant à remettre en honneur les émissions sanguines, M. Peter a fait justice du spectre de l'anémie que l'on ne manque jamais d'invoquer contre ce mode de traitement qui a rendu tant de services et pourrait encore tant en rendre s'il était opportunément appliqué.

Tel est également l'avis de M. Alph. Guérin qui, tout en admirant les résultats fournis à M. Dieulafoy par la thoracentèse, ne s'explique pas très bien les résultats tout différents obtenus par d'autres opérateurs et la nécessité, si fréquente aujourd'hui, de recourir à l'empyème.

Dans la séance d'hier, c'est encore la pleurésie qui a fait tous les frais de la séance, dont on trouvera le compte rendu plus loin. On y verra que M. Dujardin-Beaumetz, contrairement à M. Peter, trouve que l'on connaît mieux et que l'on soigne mieux la pleurésie aujourd'hui qu'autrefois, que M. Dieulafoy maintient plus que jamais ses premières conclusions sur l'urgence de la thoracentèse basée sur la quantité de liquide épanché et sur l'innocuité absolue de cette opération, qu'enfin M. Lancereaux, ne s'occupant que de la pleurésie vulgaire, *a frigore*, en fait une fièvre pleurétique, en tout comparable à la fièvre typhoïde au point de vue de l'évolution et, conséquemment, de l'inutilité de toute médication ayant pour but d'enrayer cette fièvre.

M. Proust, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Brouardel, Bucquoy, Le Roy de Méricourt et Germain Sée, a fait un rapport sur l'enquête concernant l'épidémie de grippe de 1889-1890, en France.

Dans la séance du 19 avril, l'Académie a entendu plusieurs communications d'ordre chirurgical : M. Berger a lu une note sur le traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire par une autoplastie. Pour corriger cette rétraction, il est nécessaire, dit M. Berger, de faire l'extirpation complète de toutes les parties de l'aponévrose qui sont atteintes par le processus inflammatoire chronique, dont la rétraction est la conséquence.

M. Poncet (de Lyon) a donné lecture d'un travail sur une variété d'appendicite infectieuse aiguë, avec péritonite suppurée généralisée. Enfin, M. Bœckel (de Strasbourg) a communiqué un cas curieux d'hermaphrodisme masculin. Il s'agit d'un jeune homme qu'il a traité d'une hernie inguinale par la cure radicale. L'examen anatomique de la pièce a montré que la partie réséquée se composait d'un utérus bicorne, d'une trompe, d'un testicule avec épididyme et canal déférent, et d'un ligament large reliant et renfermant ces deux organes : c'est, croyons-nous, le premier exemple d'organes génitaux femelles inclus dans les

bourses d'un homme, d'ailleurs bien conformé, et jouissant de tous les attributs de son sexe.

Dans la séance du 26 avril, nous avons entendu une intéressante communication de M. Fochier sur le traitement des affections pyogènes, par la provocation d'abcès artificiels ou abcès de fixation. Pour obtenir ces abcès, M. Fochier a recours aux injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. Il en a obtenu de très bons résultats dans plusieurs cas graves d'infection puerpérale, de pneumonies menaçantes; il est convaincu qu'elles pourraient être efficaces dans toutes les maladies infectieuses pouvant produire des suppurations multiples.

Signalons, enfin, un rapport de M. Panas sur une communication de M. Landolt relative à l'abus du mercure dans le traitement des maladies des yeux, et un travail de M. Saint-Philippe (de Bordeaux) sur les portes d'entrée de l'infection chez l'enfant et principalement des infections cutanées. Ces portes d'entrée sont, d'après M. Saint-Philippe, la plaie ombilicale chez le nouveau-né, les ulcérations des malléoles ou du talon, les érosions consécutives à l'érythème, les plaies vaccinales et enfin l'impetigo.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE.

Quelques remarques sur la typhlo-appendicite tuberculeuse (1).

Par M. le docteur Delorme,
Médecin principal, professeur au Val-de-Grâce.

II

Obs. V. — M..., soldat du 46e de ligne, entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 19 décembre 1891, dans le service de M. le professeur agrégé Antony, avec le diagnostic d'embarras gastrique fébrile.

Déjà, quelques jours avant son entrée, sans cause connue, il avait été pris de frissons violents, de céphalée. A son arrivée, la température était montée à 40 degrés.

Il éprouve de vives douleurs dans l'abdomen, se plaint de céphalée intense, de bourdonnements d'oreille. L'observation médicale porte : un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Le blessé nous dit qu'alors il n'avait ni diarrhée, ni constipation, ni nausées, ni vomissements. Céphalée, douleurs abdominales s'accusent les jours suivants, pendant que la température reste aussi élevée. Cinq jours plus tard, on constatait des râles fins dans les fosses su3 et sous-épineuses, râles qui disparurent pour laisser de la rudesse respiratoire aux sommets.

Ainsi les accidents présentés par notre blessé, qui avaient fait croire au début à une fièvre typhoïde, faisaient penser à la fin de décembre, quinze jours plus tard, à une tuberculose aiguë thoraco-abdominale. En tous cas, à part la douleur vive du ventre, dans la fosse iliaque droite, rien ne pouvait alors faire soupçonner une lésion cæcale ou appendiculaire.

Il n'y avait alors ni empâtement marqué, ni nausée, ni vomissement, ni constipation, ni diarrhée.

Un mois environ après son entrée à l'hôpital (le 20 janvier 1892) à la suite d'un effort de toux, cet homme accuse une douleur de ventre, sans nausée, ni constipation, ni fièvre. La douleur est surtout vive au-dessus de l'arcade de Fallope. On examine alors cette région, on n'y trouve point d'empâtement net. Ce nouvel orage se calme au bout de trois jours.

Le 13 février, les lésions du sommet sont assez nettes pour que ce soldat soit réformé pour tuberculose pulmonaire.

Ce même jour, alors qu'il était ramené de la rue Saint-Dominique au Val-de-Grâce, il est pris de nouveaux accidents du côté de l'abdomen, d'une troisième poussée.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 429.

Pendant la nuit, les douleurs augmentent du côté droit. Le lendemain je suis appelé à voir le blessé, dans le service de mon collègue.

M... est apyrétique, a le facies légèrement grippé, a vomi quelques cuillerées de bile. La palpation du ventre dans la région où, d'ordinaire, on recherche l'empâtement et les points douloureux dans les cas d'appendicite, ne révèle rien d'anormal; par contre, le blessé éprouve une douleur vive à la pression, au-dessus de l'arcade de Fallope, à plusieurs travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Dans cette région, commençant à deux travers de doigt, en dedans de cette épine, se prolongeant en dedans jusqu'au bord externe du muscle droit, s'étendant en hauteur, dans l'étendue de trois travers de doigt, et limitée au bas par l'arcade, je trouve une tumeur absolument fixe, parallèle à cette arcade, complètement mate, boudinée, d'une forme très régulière. Après avoir fait fléchir les cuisses et déprimé fortement du bord cubital de la main gauche la paroi du ventre, je cherche de la main droite à y percevoir de la fluctuation. Cette tumeur est dure et à peine résistante. Tous les diagnostics différentiels supposables sont passés en revue et rejetés; tels l'adénite iliaque dont la tumeur n'a ni la forme, ni la direction, ni l'origine infectieuse rectale, prostatique, etc... et l'hypothèse de l'abcès par congestion iliaque, et celle d'une péritonite circonscrite, etc... et je m'arrête à cette dernière hypothèse ou à celle d'une appendicite avec déplacement de l'appendice et du cæcum en avant et en bas.

En raison des accidents pulmonaires présentés par le blessé, presque en même temps que les accidents abdominaux, de ses antécédents de famille (son père a récemment craché le sang), de l'absence de toute collection liquide septique et de toute réaction péritonéale intense, je penche en faveur d'une typhlo-appendicite tuberculeuse.

L'opération me donna raison. De plus, elle me fit reconnaître des lésions fort intéressantes.

Une incision de 12 centimètres, parallèle à l'arcade, s'étendant du bord externe du muscle droit, à un travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure, me fit tomber sur le cæcum dont la paroi épaissie était intimement soudée à la paroi abdominale.

Après l'avoir laborieusement, du doigt et de la sonde cannelée, libéré de ses adhérences, je trouvai près de la terminaison, entre lui et la paroi abdominale, une cavité à plusieurs diverticules, de capacité totale d'un œuf de pigeon, remplie de fongosités violacées, vasculaires, mêlées à quelques gouttes d'un liquide séreux, sans grumeaux et sans odeur. Je ramenai l'appendice qui était libre dans la poche. Dans l'étendue de 2 à 3 centimètres à partir de son implantation cæcale, il était régulier, turgescent, des dimensions d'un gros crayon. Dans le reste, c'est-à-dire dans la plus grande partie de la longueur, il avait un calibre de moitié moindre, était flasque, non friable, creusé d'ulcérations profondes, irrégulières. Le cæcum était très épaissi, mais sa surface, si ce n'est dans les points où il formait la poche fongueuse, paraissait d'aspect normal.

J'entourai l'appendice de deux fils circulaires placés à peu de distance l'un de l'autre, j'en fis l'excision, le touchai ainsi que la poche au chlorure de zinc, pansai à l'iodoforme et j'obtins la guérison de mon blessé par première intention. Je noterai que, lors de mon opération, le cordon recliné paraissait entouré d'une gangrène celluleuse infiltrée. La compression que ses éléments nerveux subissaient, expliquait les douleurs ressenties par le blessé dans les bourses.

L'observation suivante offre bien des points de ressemblance avec celle qui précède, on y retrouve les mêmes caractères de la tumeur, le même aspect des lésions de l'appendice.

Obs. VI. — Th..., jeune soldat du 46e d'infanterie, entre dans mon service le 31 décembre 1891.

Cet homme, qui n'accuse aucun antécédent héréditaire ou acquis, fut subitement (en juillet 1891) pris de douleurs abdomi-

nales assez vives, sans siège précis. Ces coliques, accompagnées de vomissements alimentaires, cessèrent au bout d'un jour, et jusqu'en décembre le blessé put faire son service et même prendre part aux grandes manœuvres sans incident.

Le 28 décembre, dans la soirée, il est à nouveau pris de nausées, de vomissements alimentaires, puis bilieux, et de douleurs abdominales d'abord diffuses, puis bientôt localisées à l'hypochondre droit. Cette nuit du 28, il est atteint d'une diarrhée séreuse qui le force à se relever quatre ou cinq fois et qui dure quatre jours. Vomissements après le repas, élévation de la température, qui atteint 49 degrés le soir; douleurs en urinant. Léger empâtement dans la fosse iliaque droite.

Quand il entre dans mon service, je relève les mêmes symptômes. Le facies est altéré, l'état général mauvais, le ventre légèrement ballonné. Un empâtement se constate immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope. La palpation profonde du ventre, au niveau de cet empâtement, est douloureuse. L'auscultation de la poitrine révèle une submatité légère à gauche de la clavicule, et au sommet droit un léger souffle opératoire. Ce malade expectore des crachats muco-purulents. Il n'a jamais eu d'hémoptysies. Il n'a pas d'antécédents héréditaires. J'avais préparé et malade et matériel, pour une intervention, d'autant qu'après mon examen, pratiqué cependant avec prudence, les douleurs avaient considérablement augmenté et la température était montée à 40 degrés; mais, le lendemain, les accidents abdominaux s'atténuent, la température s'abaisse à 38 degrés. J'attends quelques jours plus tard, diarrhée, puis nouvelle élévation de température, qui trouve son explication dans l'apparition d'un foyer infectieux au niveau du mollet droit, d'un empâtement profond avec léger œdème et rougeur de la peau. Incision profonde sans issue de pus, suture de la peau et des muscles.

Le 11 mars 1892, trois mois après l'entrée du malade à l'hôpital, troisième poussée, coliques, douleurs violentes dans la fosse iliaque droite, diarrhée abondante (cinq et six selles par jour), nausées, douleurs en urinant. L'empâtement iliaque, qui avait presque complètement disparu, augmente. Œdème du pied droit, développement anormal de la saphène. Je propose alors une intervention, qui est acceptée. La palpation du ventre relevait à ce moment, immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope, parallèle à cette arcade et faisant corps avec elle, la présence d'une tumeur immobile, ne subissant ni l'impulsion de la toux, ni celle de la tumeur mate, à surface régulière qui, comme dans le cas précédent, s'étendait du muscle droit à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, et se prolongeait en hauteur dans l'étendue de trois travers de doigt au-dessus de l'arcade. Comme chez le précédent malade, ses limites supéro, inféro-internes étaient plus nettes que la limite externe, qui se perdait insensiblement dans la fosse iliaque.

Une incision parallèle à l'arcade, étendue du muscle droit à l'épine iliaque, me conduisit sur le cæcum fixé très intimement à la paroi, à la fosse iliaque, aux vaisseaux, par des adhérences solides et anciennes. Je l'ai dégagé avec précaution, en m'aidant plutôt des doigts que de la sonde cannelée. En décollant sa partie terminale, je mis à découvert une petite poche de la grosseur d'une noisette, remplie d'un magma caséeux, de la consistance du mastic à vitrier. Sur la surface postéro-inférieure du cæcum, à laquelle l'épiploon adhérait solidement, se trouvait une masse de la grosseur d'un marron, fibroïde, lardacée, friable, formée probablement par le mésentère. Dans cette masse, l'appendice transformé se trouvait englobé à son origine. A la sortie de cette gangue, il se portait horizontalement en dedans, du côté de la vessie, à laquelle il adhérait et dont je le détachai, ce qui explique les douleurs ressenties par cet homme pendant les mictions. La partie libre de l'appendice, soit sur plus de 4 centimètres de longueur, était d'un calibre très réduit, flasque, creusée, comme rongée d'ulcérations profondes et irrégulières. Je détachai la plus grande partie de la gangue fibroïde, liai l'appendice, antisepsiai le foyer. Ce blessé guérit par première intention. Sa cure est trop récente pour que je puisse parler de ses résultats.

Je penserais volontiers, à en juger d'après ma courte série d'observations, que la typhlite tuberculeuse est plus fréquente qu'on ne le pense généralement, et que si la forme aiguë à symptômes péritonéaux très accusés, celle qu'on observe dans les cas où subitement une perforation se produit, peut être constatée, l'observation a montré que la lenteur habituelle du processus tuberculeux, sa marche envahissante de la muqueuse vers la séreuse, permettent le plus souvent à cette dernière de se défendre d'un envahissement général par des adhérences salutaires. En fait, trois de mes blessés sur quatre ont plutôt présenté la symptomatologie de la colique appendiculaire que celle de l'appendicite par perforation. D'après les résultats des nombreuses autopsies médicales, le petit intestin et le cæcum seraient plus fréquemment atteints que l'appendice même et très souvent ils seraient altérés avec lui. Cette considération ne saurait être méconnue du chirurgien.

On a considéré la diarrhée comme un signe important de la typhlo-appendicite tuberculeuse. Un de mes blessés, à chaque poussée, a présenté ce symptôme, mais les trois autres, au contraire, étaient atteints de constipation. Je ne relève non plus que deux fois sur quatre les nausées et les vomissements. Des signes de diagnostic localiste, les seuls importants, sont la douleur dans le flanc droit et l'empâtement. Relativement au siège de ce dernier, mes observations me forcent à faire une remarque qui n'est pas sans importance au point de vue du traitement. On conseille généralement, et suivant les cas, soit l'incision médiane, soit une incision portant sur le bord externe du muscle droit, de préférence, la section cutanéo-musculaire à cheval sur l'épine iliaque antéro-supérieure, à laquelle on a recours pour la ligature des iliaques. Enfin Nélaton a proposé d'employer, chez quelques blessés, l'incision lombaire. Chez trois des six opérés, aucune de ces incisions — peut-être la section parallèle au bord externe du grand droit et encore eût-il fallu la faire étendue et exposer la cavité séreuse principale à des chances d'infection — aucune de ces incisions n'eût pu me servir à bien découvrir la tumeur. Je dus recourir à une section parallèle à l'arcade commençant au niveau du bord externe du muscle droit et se rapprochant de l'épine iliaque antéro-supérieure ou l'atteignant.

Dans le diagnostic étiologique, les lésions concomitantes, pleuro-pulmonaires, testiculaires, etc., apportent un appoint considérable et en dehors des résultats de l'inoculation et de l'examen microscopique — dont je me garderai de méconnaître la haute valeur, mais qui compte ses erreurs, comme dans un cas de M. Bouilly, comme dans un des miens, ou qui, comme dans d'autres tuberculoses externes, se montre insuffisant — la constatation de lésions fongueuses analogues à celles qui tapissent la cavité d'abcès froids des membres, les processus ulcéreux fournissant des signes très importants au clinicien. Deux de mes blessés ont accusé des douleurs le long du cordon; un autre des douleurs vésicales; un autre, encore, a présenté une dilatation veineuse avec œdème du membre inférieur droit. Je ferai remarquer que ces blessés doivent être examinés avec une grande prudence. Chez deux de mes six opérés, les accidents se sont aggravés après un examen peu prolongé et prudent.

Relativement à l'intervention, je ferai quelques remarques. Le nettoyage attentif d'un foyer extérieur à l'intestin, son curage, son attouchement avec des solutions antisep-

tiques concentrées, l'ablation de l'appendice, s'il est perforé ou très altéré, sont des indications thérapeutiques qui s'imposent, mais l'attaque de l'intestin malade doit-elle être tentée? S'il est ulcéré ou sur le point de se rompre, il n'y a pas de doute; mais dans des conditions opposées? Cette intervention expose à des actes opératoires insuffisants; la résection qui devait porter le plus souvent sur la terminaison du petit et sur le gros intestin est éminemment dangereuse; l'étendue des lésions pourrait, comme chez un de mes blessés, comme chez un de M. Broca, imposer un sacrifice très étendu du cæcum et du petit intestin. La coïncidence habituelle de lésions pulmonaires, la difficulté qu'on éprouverait à enlever tout le mal, même après les opérations étendues, m'ont engagé à limiter mon intervention au strict nécessaire et le résultat de ces deux observations dans lesquelles, après le nettoyage attentif d'un foyer péri-cæcal étendu, et malgré des altérations considérables du cæcum, la guérison a été obtenue sans que le blessé ait présenté les troubles dont il était atteint antérieurement, m'engagerait encore à suivre cette règle de conduite, admettant, pour ces tuberculoses profondes, la règle qui me guide pour les autres tuberculoses externes; n'agir très largement, très radicalement, qu'autant que par opérations radicales, on ne compromet pas la vie du blessé.

Chez un de ces derniers, le petit intestin était tellement épais, dur et rétréci à sa terminaison, que la crainte d'accidents ultérieurs d'obstruction m'aurait engagé à l'exciser, si les lésions cæcales n'avaient été fort étendues. Après l'opération, je redoutais ces accidents et j'avais parlé à la famille de la possibilité d'une nouvelle intervention au cas où ceux-ci se seraient déclarés. Cette menace n'a pas été suivie d'effet; de sorte que, jusqu'à plus ample informé, dans un cas semblable, je ne ferais pas encore de résection préventive de l'intestin, puisque ces accidents peuvent ne pas survenir.

Je terminerai par une courte remarque. Sur aucun de mes six opérés, je n'ai observé d'affaiblissement de la paroi et chez un garçon boucher qui, chaque jour, est forcé de faire de grands efforts, la paroi du côté opéré est aussi solide que du côté opposé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mai 1892. — Présidence de M. Regnauld.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres : 1° de MM. Terrillon et Ch. Monod, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire; 2° de MM. Henri Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques; Blache, Corlieu, Galezowski, Ladreit de la Charrière et A. Riant, qui se portent candidats à la place vacante dans la section des associés libres.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un associé national.

Le nombre des votants étant 49, majorité 25, M. Nivet (de Clermont-Ferrand) est élu par 37 voix contre 12 données à M. Rollet (de Lyon).

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ rappelle que, dans la dernière séance, M. Peter a invoqué une statistique ne comprenant que des faits isolés, empruntés à la pratique d'Andral et de Bouillaud, et qu'il s'appuie sur ces faits pour montrer que le chiffre de la mortalité, à cette époque, n'était que de 3 p. 100. Puis il compare ce chiffre de 3 p. 100 avec la mortalité de la pleurésie à l'hôpital Necker, pendant les trois dernières années, et il arrive alors à une mortalité moyenne de 7 p. 100. M. Dujardin-Beaumetz croit qu'il est impossible de comparer la valeur de ces deux chiffres.

La méthode antiphlogistique, appliquée au traitement de la pleurésie, est, aujourd'hui, abandonnée par l'immense majorité des médecins des hôpitaux de Paris et des médecins de la province et de l'étranger.

Pour combattre une opinion aussi unanime, il faut s'appuyer sur des documents indiscutables. M. Peter, au lieu de prendre la statistique en bloc de l'hôpital Necker, aurait mieux fait de donner les résultats statistiques de sa propre pratique.

D'ailleurs, il ne suit pas la méthode qu'il préconise, puisqu'il n'a pas recours à la saignée, mais seulement aux ventouses scarifiées.

M. Dujardin-Beaumetz ajoute que nous connaissons mieux la pleurésie; si l'on en constate un plus grand nombre de cas aujourd'hui qu'autrefois, c'est qu'on la diagnostique mieux : on en connaît mieux l'évolution. Depuis 1882, M. Landouzy a bien mis en lumière que la pleurésie *a frigore* proprement dite, ou pleurésie franche, constituait une véritable exception et que, dans l'immense majorité des cas, elle était fonction de tuberculose.

Connaissant mieux la pleurésie, on la traite aussi mieux et, de l'avis de tous, l'introduction de la thoracentèse est un immense progrès dans le traitement de cette affection.

M. Dujardin-Beaumetz se résume en disant que, contrairement à l'opinion de M. Peter, on soigne mieux les pleurésies que ne le faisaient nos devanciers, et si M. Peter veut démontrer que c'est la médication adoptée universellement aujourd'hui qui est la cause de tout le mal, il devra apporter d'autres preuves.

M. DIEULAFOY fait observer que la discussion, primitivement engagée au sujet de la thoracentèse, a franchi ses limites. La question s'est généralisée et elle a embrassé le traitement de la pleurésie dans tout son ensemble.

Avant de discuter l'efficacité ou l'inefficacité du vésicatoire ou de la saignée, M. Dieulafoy voudrait en finir avec la question de la thoracentèse, avec les indications qui la rendent urgente et avec le manuel opératoire qui la rend inoffensive.

D'après M. G. Sée, la pleurésie étant une maladie cyclique, la thoracentèse doit suivre les oscillations et la terminaison du cycle pleural.

M. Dieulafoy ne peut admettre que la pleurésie soit une maladie cyclique, et s'il parvient à démontrer qu'elle ne l'est pas, il détruit en même temps la base sur laquelle M. G. Sée voudrait édifier les indications ou les contre-indications de la thoracentèse.

Or, par l'extrême irrégularité de ses allures, la pleurésie est tout le contraire d'une maladie cyclique. Chez le pleurétique, tout est imprévu : la succession des symptômes, la courbe de la température, l'époque de la défervescence, le moment où l'épanchement apparaît et se résorbe, etc.

Il n'est pas possible de savoir si la période fébrile sera longue ou de courte durée, si l'épanchement sera considérable ou peu abondant, à quel moment se fera la défervescence, si cette défervescence coïncidera ou non avec la résorption du liquide, si cette résorption sera nulle ou facile, et si, malgré la chute de la fièvre, le liquide ne continuera pas sa marche ascendante. Ces considérations cliniques n'autorisent-elles pas à admettre que la pleurésie procède tout autrement que les maladies cycliques? On ne peut donc pas invoquer le cycle de la pleurésie pour décider ou non l'urgence de la thoracentèse. M. Dieulafoy revient alors à sa précédente formule et maintient que, quelle que soit l'époque de la pleurésie, que la fièvre persiste ou non, que le malade soit ou ne soit pas dyspnéique, l'urgence de la thoracentèse ne peut et ne doit être basée que sur l'évaluation du liquide épanché.

Peu importe, en effet, la date de la pleurésie, peu importe que le malade ait encore la fièvre ou qu'il ne l'ait pas; peu importe qu'il soit ou non dyspnéique; ce qui importe, c'est la quantité du liquide épanché. Et si, à quelque 100 grammes près, l'épanche-

ment paraît avoisiner 2000 grammes, il n'y a pas d'hésitation possible, l'urgence de la thoracentèse est déclarée.

En résumé, dans cette discussion, M. Dieulafoy n'a pas eu l'intention d'aborder le traitement de la pleurésie ; il a laissé de côté les cas intéressants dans lesquels la thoracentèse est discutable ; il ne s'est occupé que des cas dans lesquels la thoracentèse est urgente et il termine par les conclusions suivantes :

1° L'urgence de la thoracentèse ne peut et ne doit être basée que sur l'évaluation de la quantité du liquide épanché ;

2° La thoracentèse est absolument inoffensive et exempte de tout incident, quand on a soin de ne pas retirer plus de 1 litre de liquide en une séance ;

3° La thoracentèse pratiquée avec les procédés antiseptiques connus ne transforme jamais une pleurésie séro-fibrineuse en pleurésie purulente.

M. LANCEREAUX croit que, si ses collègues n'ont pas été toujours d'accord en ce qui concerne le traitement de la pleurésie, cela tient probablement à ce que les conditions dans lesquelles ils se sont placés n'étaient pas toujours identiques. En effet, il y a non pas une pleurésie, mais des pleurésies, et il faut bien se garder de placer sur le même rang, au point de vue étiologique, les pleurésies exsudatives et les pleurésies purulentes.

Parmi les premières, les seules en question, il en existe une espèce, bien nettement déterminée, sur laquelle il tient surtout à attirer l'attention, car c'est elle qui a été particulièrement visée, dans ce débat : il veut parler de la pleurésie séreuse unilatérale, de la pleurésie *a frigore*.

Cette pleurésie, ainsi que M. Lancereaux a cherché à le démontrer depuis longtemps, constitue une maladie des mieux définies, car sa lésion est toujours identique à elle-même et son évolution aussi constante que celle de la fièvre typhoïde. En cela, elle se rapproche des maladies nettement déterminées et, comme elle est toujours accompagnée de fièvre, elle est en tout comparable aux pyrexies. Aussi, le nom qu'il conviendrait de lui donner est-il celui de fièvre pleurétique.

La fièvre est, en effet, le phénomène initial de cette maladie, qui débute comme la pneumonie par un frisson, avec la différence que ce frisson est beaucoup moins intense et qu'il est rarement unique. Sur les quatre-vingt-un malades que l'orateur a pu observer, ce frisson n'a pas fait défaut plus de trois fois.

La température, à ce moment de la maladie, oscille entre 38 et 40 degrés, et l'on note en même temps des phénomènes généraux, de la courbature, de la céphalée, etc., tout comme dans les maladies générales. C'est la première phase ou période d'invasion de la maladie, phase qui dure environ une huitaine de jours et qui se caractérise encore par l'existence d'un point de côté, et, à l'examen de la poitrine, par les signes classiques et bien connus (matité, souffle, égophonie, etc.).

Dans la seconde phase de la maladie, l'épanchement est définitif ; il n'augmente pas, mais ne diminue pas non plus ; cette seconde période, ou période d'état, dure plusieurs semaines, puis en vingt-quatre ou quarante-huit heures l'épanchement est résorbé.

Telle est l'évolution naturelle de la fièvre pleurétique, maladie qui ne suppure jamais, à moins d'intervention faite avec un instrument malpropre, et qui ne se transforme pas davantage en pleurésie tuberculeuse.

Effectivement, cette maladie est absolument indépendante, autonome, et, si l'on voit quelquefois la tuberculose lui succéder, c'est parce que les personnes qui en étaient atteintes s'y trouvaient prédisposées. Le rôle joué par la pleurésie ne diffère pas alors de celui qu'il convient d'attribuer à la fièvre typhoïde, à la rougeole et à la pneumonie survenant dans des circonstances identiques.

L'explication de la succession des phénomènes qui viennent d'être signalés, est fournie par la connaissance de la lésion, dont ils ne sont que l'expression symptomatique. La plèvre, comme on le sait aujourd'hui, est un grand sac lymphatique limité par des espaces lymphatiques auxquels viennent aboutir des vaisseaux de même nom. Sous l'influence d'un agent jusqu'ici méconnu, et dont l'action intime nous échappe encore, espaces et vaisseaux lymphatiques se trouvent irrités, ils s'injectent, se dilatent, deviennent le siège d'une élévation de pression en vertu de laquelle la sérosité lymphatique est peu à peu déversée dans le grand sac lymphatique pleural.

Ce travail pathologique met une huitaine de jours à s'accomplir, après quoi il est arrêté par la coagulation du contenu des vaisseaux et des espaces lymphatiques, ainsi qu'il arrive dans une lymphangite cutanée. A partir de ce moment, l'épanchement cesse de s'accroître. En effet, il ne peut augmenter à cause de l'obstruction des vaisseaux lymphatiques, et, pour la même raison, il ne peut diminuer. Aussi, l'emploi des vésicatoires, des diurétiques et même d'autres moyens n'est-il jamais suivi du moindre résultat, à cette période de la maladie.

C'est un mois ou six semaines après que les thrombus qui obstruent ces vaisseaux subissent la transformation granulo-graisseuse, et l'épanchement est alors rapidement résorbé.

La fièvre pleurétique évolue ainsi à la façon d'une fièvre typhoïde ; elle offre, comme cette dernière, trois périodes successives qui, en général, procèdent par septénaire. La guérison en est la règle et c'est par exception qu'elle tue.

Quand la mort survient, c'est presque toujours à une cause mécanique qu'elle est due, le cœur se trouvant déplacé et pouvant s'arrêter en syncope ; quelquefois aussi cela peut tenir à une propagation de la phlegmasie pleurale aux troncs nerveux sous-jacents.

Le refroidissement que l'on a accusé de produire la fièvre pleurétique n'en est que la cause occasionnelle. Cette maladie se rencontre en tout temps, mais particulièrement de décembre à mai.

Quant à la cause efficiente, elle nous échappe encore, et si les caractères constants de la lésion anatomique et la régularité de son évolution ne permettent pas de douter de l'unicité de cette cause, l'ignorance que nous en avons nous met dans l'impossibilité de prévenir son action.

Pour ce qui concerne le traitement, nous ne pouvons faire qu'un traitement symptomatique, qui varie nécessairement avec les indications propres à chaque période.

C'est en vain qu'on s'efforcerait, au début de la maladie, de juguler le travail phlegmasique ; on n'y réussirait pas plus que dans la pneumonie ou la fièvre typhoïde ; quant à l'élément douleur, on le combattra par l'application de ventouses scarifiées et, dans quelques cas, par l'emploi de la morphine.

A la période d'état, l'indication principale c'est de combattre la fièvre et d'éviter le seul accident vraiment redoutable, la syncope ; il faut, pour cela, exiger que le malade garde le repos au lit.

Enfin, si l'épanchement est abondant, s'il existe de la dyspnée, si les organes sont déplacés, il faudra pratiquer sans hésitation la thoracentèse. M. Lancereaux se sert habituellement d'un appareil aspirateur. Il s'est servi longtemps du trocart de Reybard, sans avoir jamais vu survenir la transformation purulente.

Quoique la mort subite, ainsi que l'a dit M. Peter, puisse survenir avec des épanchements peu abondants, par simple action réflexe, il n'en est pas moins vrai que l'abondance de l'épanchement joue un grand rôle dans la production de cet accident. M. Lancereaux n'hésite donc pas à pratiquer la thoracentèse, cette opération si bénigne, lorsque l'on peut avoir à redouter des accidents syncopaux. Quant à la période où cette opération doit être faite, il croit qu'elle trouve surtout son indication dans la période d'état de la maladie, mais il croit aussi que dans la période fébrile ; si l'épanchement était abondant, il faudrait ne pas hésiter à y avoir recours.

Il se résume en disant qu'il existe une maladie de la plèvre qui, à cause de sa lésion constante et de son évolution, mérite le nom de fièvre pleurétique.

La thoracentèse peut être pratiquée dans les diverses périodes de cette maladie, quand l'oppression est intense et que le dépla-

cement des organes peut faire craindre une syncope. Le moment le plus opportun est celui de la période d'état, lorsque la fièvre vient à tomber, ou que la résorption de l'épanchement tarde à se produire par le fait de sa grande abondance.

COMMUNICATIONS

Anatomie pathologique de la folie. — M. AUG. VOISIN communique un certain nombre d'observations et de dessins recueillis sur des aliénés atteints de folie vésanique, avec délire presque exclusivement partiel, qui, en plus de l'intérêt présenté par les lésions cérébrales, offrent cette particularité que ces altérations siègent plus spécialement dans les premières et deuxièmes circonvolutions frontales et dans le tiers interne des frontales et pariétales ascendantes.

Cécité à marche rapide. — M. F. BOÉ communique un cas de cécité à marche rapide, dans lequel le lactate de zinc aurait donné de bons résultats à la dose de 30 centigrammes par jour. On avait, antérieurement, essayé sans succès le traitement mercuriel.

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS

Par M. le docteur PASSANT.

Statistique du 1er janvier au 31 mars 1892.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	17	32	4	53
2e	12	26	9	47
3e	33	46	16	95
4e	43	96	24	163
5e	30	38	20	88
6e	14	21	10	45
7e	20	49	13	82
8e	10	19	3	32
9e	24	34	5	63
10e	36	66	19	121
11e	98	195	84	377
12e	41	59	24	124
13e	52	91	50	193
14e	51	98	53	202
15e	55	89	34	178
16e	11	22	4	37
17e	45	90	29	164
18e	85	133	64	282
19e	77	112	43	232
20e	135	202	103	440
	889	1518	611	3018

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites	200
Croup	56
Coqueluche	11
Otite	3
Corps étrangers de l'oreille	1
B. Asthme	83
Affections du cœur	141
Bronchites aiguës et chroniques	405
Pleuro-pneumonie	195
Congestion pulmonaire	83
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	165
Cholérine	45
Dysentérie	3
Athrepsie	56
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	107
Hernie étranglée	36
Rétention d'urine	22
Orchite	8
Fissure à l'anus	1
D. Métrite, métro-péritonite	60
Métrorrhagie	58
Fausse couche	67

MALADIES OBSERVÉES (suite)

Accouchement, délivrance	232
Accouchements non terminés	41
E. Affections cérébrales	124
Convulsions, éclampsies	84
Névralgie	39
Névroses	113
Epilepsie	39
Aliénation mentale	10
Alcoolisme, delirium tremens	28
Catalepsie	1
Rage	1
F. Rhumatisme	41
Affections éruptives	81
Fièvre intermittente	2
Fièvre typhoïde	19
Hémorrhagies de causes internes et externes	95
G. Plaies, contusions	102
Fractures, luxations, entorses	40
Brûlures	5
Empoisonnements	20
Asphyxie par le charbon	15
Suicide	6
H. Mort à l'arrivée du médecin	74
Total	3018

La moyenne des visites par nuit est de 33. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 29,20.

Les hommes entrent dans la proportion de 29 p. 100.
Les femmes — — 50 —
Les enfants au-dessous de trois ans 21 —

Visites du premier trimestre de 1891	2 670
Visites du premier trimestre de 1892	3 018
Différence en plus	348

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. les docteurs Gouault et Thomas, sous-bibliothécaires à la Faculté de médecine de Paris, sont nommés bibliothécaires-adjoints.

— M. Jean Hess, ancien médecin de la marine, est chargé d'une mission d'exploration scientifique dans l'Algérie équatoriale et dans la région des grands lacs.

— Le 7 novembre 1892, à huit heures du matin, s'ouvrira, à l'École du Val-de-Grâce, un concours pour l'admission aux emplois d'élève en pharmacie du service de santé militaire.

— Le 19 décembre prochain, à huit heures du matin, s'ouvrira, à l'École du Val-de-Grâce, un concours pour l'admission de docteurs en médecine et de pharmaciens diplômés de première classe civils, aux emplois de médecins et de pharmaciens stagiaires.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Berlingeri (de Bastia), Eugène Cazauvieilh (de Belin), Courtin (de Xanton), A. Dufour (d'Annonay), Garcin (de la Grand-Croix), Guillard (de Moult), Kobelt (de Strasbourg), Edm. Maréchal (de Quingey), Ach. Nicolas (de Paris).

— M. le professeur Alfred Fournier reprendra, à l'hôpital Saint-Louis, le cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le vendredi 6 mai, à neuf heures et demie, et le continuera les mardis et vendredis suivants.

Le mercredi, conférences complémentaires par MM. les docteurs Darier, Cathelineau, Hudelo, Wickham, Morel-Lavallée, Feulard, Bourges, Baudoin, Boulloche, Poyet, Trousseau et Hermet.

— *Hôpital Saint-Antoine.* — Les cours cliniques du semestre d'été auront lieu, à partir de ce jour, dans l'ordre suivant, à dix heures du matin :

Les lundis : M. Hanot, maladies générales et séméiologie. Les mercredis : M. Gingeot, principes généraux de l'art médical : diagnostic, pronostic, thérapeutique. — Les jeudis : M. Tapret, maladies du poumon. — Les vendredis : M. Galliard, fièvres éruptives. — Les samedis : M. Monod, clinique chirurgicale.

— *Bibliothèque médicale Charcot-Debove.* — Les éditeurs Rueff et Cie, boulevard Saint-Germain, 106, à Paris, viennent de mettre en vente les premiers volumes d'une remarquable collection, qu'ils publient sous le nom de « Bibliothèque médicale » et sous la direction de MM. Charcot, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, et Debove, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Andral.

Volumes in-16, reliure d'amateur, tête dorée (Prix : 3 fr. 50) : Cette collection comprendra une série de volumes ayant trait aux questions les plus importantes de la médecine pratique. La rédaction en a été confiée à des médecins qui, par leurs travaux antérieurs, ont acquis le plus de compétence sur le sujet qu'ils avaient à traiter. Chaque volume a, de ce fait, le caractère d'une véritable monographie dans laquelle l'état actuel de la science, les travaux, les notions thérapeutiques qui s'y rapportent, sont exposés avec une grande fidélité. Cette bibliothèque constituera par la suite une véritable encyclopédie de médecine scientifique et pratique, dont la lecture sera facilitée par le format portatif des volumes et la clarté que les auteurs se sont efforcés d'atteindre dans leur exposition.

Ces volumes sont édités de façon à permettre aux médecins de les lire dans l'intervalle de leurs visites, en voiture ou en chemin de fer. Leur format, leur reliure en peau, très souple et très résistante, permettent de les mettre en poche, sans qu'ils subissent la moindre détérioration.

Volumes parus dans la bibliothèque médicale Charcot-Debove : « Traitement des pleurésies purulentes », par G.-M. Debove et Courtois-Suffit. — « Le rachitisme », par J. Comby, médecin des hôpitaux de Paris, médecin des dispensaires pour enfants malades de la Société philanthropique. — « Appendicite et péri-typhlite », par Ch. Talamon, médecin de l'hôpital Tenon.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les amnésies.

Par le docteur Rouillard (de Villejuif),
Ex-chef de clinique des maladies mentales, médecin-adjoint de l'asile de Villejuif.

I

Il faut convenir que l'amnésie n'occupe pas, en pathologie générale, la place qu'elle devrait occuper. Si les philosophes ont étudié à fond la mémoire normale et même ses lésions, les médecins l'ont un peu délaissée. Et pourtant il y a là un précieux élément de diagnostic. Cet abandon relatif tient à deux causes que nous devons citer, car elles ont une grande importance dans la pratique. En premier lieu, l'amnésie n'est pas un symptôme de premier ordre. On la rencontre rarement seule, accompagnée qu'elle est d'autres troubles intellectuels et physiques, auxquels on accorde, non sans raison, une plus grande importance. Puis, le diagnostic de l'amnésie n'est pas aussi facile qu'il paraît; les malades ont rarement conscience de l'affaiblissement de leur mémoire, et leur entourage partage leur erreur, parce qu'ils se souviennent avec précision de faits anciens. On néglige alors de constater si la mémoire des faits nouveaux est abolie, ce qui est de la plus grande importance.

Nous devons ajouter, pour être complet, qu'il peut y avoir, chez le même malade, amnésie de certains faits et hypermnésie de certains autres, ce qui donne le change à l'observateur, ce qui est, cependant, un précieux élément de diagnostic dans certains états. L'hypermnésie n'est pas pour moi un phénomène pathologique; elle n'est que le fonctionnement parfait (quoique partiel) de la mémoire. La prérogative de cette faculté est la reproduction, mais non la création d'éléments nouveaux, d'idées nouvelles. On ne peut admettre, comme pathologiques, le cas de Mozart, notant, de mémoire, le Miserere de la chapelle Sixtine, celui d'Horace Vernet faisant, de souvenir, le beau portrait du frère Philippe, les facultés étonnantes de Velpeau, du berger Mondheux, de tant d'autres phénomènes comme on en voit tous les jours. En somme, un hypermnésique n'est qu'un homme doué d'une heureuse mémoire. Nous trouverons, cependant, l'hypermnésie, dans quelques circonstances pathologiques. Telle est cette hypermnésie des intoxications légères, et que provoque, à son début, l'ivresse de l'alcool, du haschich, de l'opium. Une frayeur vive produit le même effet. Enfin, l'hypermnésie est des plus curieuses dans les états somnambuliques, extatiques, hystériques, maniaques, en particulier dans la période d'exaltation de la folie circulaire, enfin, dans la période prodromique de certaines affections cérébrales. Dans ces cas, les malades sont eux-mêmes surpris de la vivacité accrue de leur mémoire, et ils étonnent les assistants par la richesse, la multiplicité et la précision de leurs souvenirs relativement à des faits qui paraissaient, depuis longtemps, effacés de leur mémoire.

Avant d'entrer dans le développement de notre sujet, nous devons au moins définir la mémoire normale, de même qu'on ne peut faire de l'anatomie pathologique sans connaître l'anatomie normale. La mémoire, d'après Littré, est la faculté de rappeler les idées et la notion des objets qui ont produit les sensations. Cette courte définition implique deux propriétés essentielles de la mémoire, la *conservation* et la *reproduction*. M. Ribot insiste, avec raison, sur un troisième élément exclusivement psychologique et comme surajouté aux deux autres, la localisation des souvenirs dans le passé. Cet élément perfectionne les deux autres, leur donne de la cohésion et de la précision, c'est « l'apport de la conscience dans le fait de la mémoire, mais rien de plus ». Le mot mémoire est donc une expression synthétique qui représente un ensemble de phénomènes physiologiques nombreux et de même nature, lesquels sont des phénomènes de mémoire. En d'autres termes, il n'y a pas une mémoire, entité métaphysique, il n'y a que des mémoires, phénomènes biologiques. M. Ribot a eu, de la mémoire, une conception vraiment moderne, vraiment scientifique, lorsqu'il a pris, comme base de son beau livre, la mémoire biologique. Le vrai type de la mémoire organique est dans ce groupe de faits que M. Ribot, après Harkey, nomme « actions automatiques secondaires », par opposition aux actes automatiques primitifs. Ces mouvements acquis constituent le fond même de notre existence. Le plus élémentaire, en apparence, la locomotion, doit être acquis et ne fonctionne que grâce à une coordination inconsciente et que l'habitude rend toute naturelle et toute simple. Il en va de même pour des mouvements plus compliqués et plus artificiels, tels que l'apprentissage d'un

métier, les jeux d'adresse, etc. La maladresse n'est que le résultat d'une mauvaise mémoire organique.

N'est-on pas en droit de supposer, par exemple (toute question d'anatomie pathologique à part), que la maladresse, si connue des paralytiques généraux au début, est en relation avec l'affaiblissement de la mémoire métaphysique qu'ils présentent tous, et qui imprime à la maladie son caractère démentiel ? C'est la conception que paraît s'en être fait M. Christian. Ce savant aliéniste avance que, si les paralytiques généraux deviennent gâteux, ce n'est pas en vertu d'une paralysie des muscles organiques, et d'une inertie des sphincters, mais parce qu'ils oublient d'uriner et d'aller à la selle en temps opportun. Il est, d'ailleurs, vraisemblable que nos souvenirs ne sont que la mémoire organique de certaines cellules de l'encéphale, comme la locomotion et l'écriture sont le résultat de la mémoire des fibres nerveuses périphériques et des fibres musculaires.

Si l'on veut, dans une revue pratique, considérer l'amnésie sous son vrai jour, il ne faut pas s'égarer dans de vaines discussions psychologiques, il faut la considérer au seul point de vue séméiologique et l'étudier comme un symptôme, dont l'appoint est précieux pour le diagnostic.

II

La plupart des auteurs qui ont écrit sur les amnésies, depuis Sauvages (qui les divisait en quinze groupes), se sont préoccupés de les classer. Trois auteurs seulement méritent d'être étudiés.

A. M. Ribot (classification philosophique), qui distingue les amnésies en *partielles* et en *générales*. Ces dernières affectent les quatre formes suivantes : 1° amnésies temporaires; 2° amnésies périodiques; 3° amnésies à forme progressive; 4° amnésie congénitale. Quant aux amnésies partielles, elles se rattachent plus ou moins directement à l'aphasie et à ses différentes formes, et ne rentrent pas dans notre cadre.

B. M. Legrand du Saulle (1) [classification anatomo-physiologique] : 1° amnésies se rattachant à des lésions anatomiques, idiotie, hydrocéphalie, paralysie générale, ramollissement; 2° amnésies dépendant d'un trouble fonctionnel des cellules, émotion, fatigue, traumatisme, grandes névroses, épilepsie, hystérie; 3° amnésies par trouble de la circulation cérébrale, anémie, congestion, amnésie des vieillards; 4° amnésies par altération du sang, par infection ou toxémie, alcoolisme, saturnisme, diabète, fièvre typhoïde.

C. M. Voisin (classification étiologique); 1° traumatisme; 2° affections du cerveau et de ses enveloppes; 3° cachexies et intoxications chroniques (plomb, syphilis, alcool, fièvre typhoïde, hémorrhagies, excès); 4° névroses (épilepsie, chorée); 5° opium, belladone, jusquiame, ciguë, datura, haschich, alcool déterminant une amnésie passagère; 6° sénilité.

Aucune de ces classifications n'a une sanction pratique; ce sont des groupements. L'un assimile l'amnésie de l'alcoolisme à celle de la fièvre typhoïde, l'autre fait figurer l'alcool dans la cinquième classe, lorsqu'il détermine des troubles passagers, et dans la troisième, lorsqu'il provoque des troubles plus graves. L'augmentation de la dose d'alcool procure donc à l'amnésie de l'avancement comme l'ancienneté aux fonctionnaires d'une administration de l'État.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1884.

III

Pour remédier à cette confusion, j'ai édifié une classification qui, basée sur l'étiologie, tient compte des formes de l'amnésie. Elle est combinée de telle sorte, que la constatation d'une cause d'amnésie fasse prévoir quelles seront sa forme et sa marche, et, réciproquement, la forme d'une amnésie étant donnée, on peut aisément trouver à quel groupe de causes elle appartient.

Premier groupe : amnésie congénitale.

Deuxième groupe : amnésie par traumatisme.

Troisième groupe : amnésie liée à des maladies de l'encéphale et de ses enveloppes.

Quatrième groupe : amnésie liée aux grandes névroses.

Cinquième groupe : amnésie succédant à des maladies aiguës et aux influences dépressives, débilitantes.

Sixième groupe : amnésie par intoxication.

Je vais rapidement décrire chacun de ces types d'amnésie.

Premier groupe. — Amnésie congénitale. Cette amnésie, qui est celle des idiots, des imbéciles, des faibles d'esprit, des crétins, crétineux, crétinoïdes, n'est pas une perte de mémoire, mais un défaut de développement. On connaît la fameuse comparaison d'Esquirol qui s'applique à la mémoire comme aux autres facultés : « L'homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois, c'est un riche devenu pauvre; l'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère. » Ce symptôme est accompagné de défaut de développement de l'intelligence et de différents signes de malformations cranio-faciales. Cependant, l'éducation peut améliorer la mémoire de l'imbécile, dont le développement contraste souvent avec l'atrophie des autres facultés.

Deuxième groupe. — Amnésie par traumatisme. Amnésie liée intimement au traumatisme qui la produit et présentant tous les caractères des lésions traumatiques. Apparition soudaine et contemporaine du choc. Le plus souvent, elle est générale (aphasie à part), porte toujours sur l'accident, et est très souvent isolée, exempte d'autres troubles intellectuels ou physiques; laisse parfois le blessé capable de vaquer à ses occupations *habituelles* (dans ce cas, la mémoire ne fonctionne que par automatisme, la mémoire métaphysique et consciente étant suspendue, seule, la mémoire biologique continue son fonctionnement). Cette amnésie est parfois rétrograde (Azam); elle est la seule à présenter ce dernier caractère. Son évolution normale est la tendance vers la guérison, son pronostic est favorable, à moins de lésions graves des centres nerveux, et, *si elle est isolée, elle guérit toujours.*

Dans son beau travail sur les traumatismes cérébraux (1), M. Azam en a cité de nombreux exemples; ils sont tous semblables au type que je viens de décrire sommairement. L'amnésie rétrograde est fréquente; elle porte sur les faits antérieurs à l'accident. Tel, le cas cité par M. Rendu, de cette dame qui, ayant fait une chute à Compiègne, est tout étonnée de se trouver dans cette ville, ne se rappelant pas

(1) Azam. *Arch. gén. de méd.*, 1882.

avoir quitté Paris. Tel, le cas cité par M. Féré, d'un officier de Saumur qui, ayant fait une chute de cheval à la fin d'une séance de manège d'une heure de durée, ne reprend conscience de lui-même que longtemps après, à l'amphithéâtre de dessin. Il n'avait pas perdu connaissance et ses camarades n'avaient remarqué que sa pâleur; il ne se souvenait pas d'être monté à cheval.

On ne saurait trop songer à ce caractère rétrograde de l'amnésie, dans les expertises médico-légales, et les affirmations d'un blessé à la tête ne doivent être acceptées qu'avec réserve. De nos jours, surtout, où de nombreux accidents de chemin de fer suscitent des procès où le médecin est appelé à donner son avis, la connaissance de ces faits est très importante. A l'inverse de l'hystéro-traumatisme qui se manifeste parfois longtemps après l'accident, l'amnésie est toujours contemporaine de celui-ci. Si elle apparaît plus tard, c'est qu'elle tient à une autre cause plus grave, et elle n'a plus la forme traumatique, mais le plus souvent la forme progressive (amnésie de la paralysie générale par traumatisme, par exemple).

Je crois que l'amnésie traumatique porte toujours sur l'accident, et je persiste à penser que si le blessé, amnésique par la suite, peut en rapporter les diverses circonstances, cela tient au récit qui en est fait devant lui, sous diverses formes, par les témoins. Peut-être bien des cas d'amnésie, catalogués comme hystérie ou épilepsie larvée chez des névropathes, ne sont-ils dus qu'à des chutes ignorées et du médecin et du sujet!

Quant à l'automatisme qui accompagne parfois cette amnésie, je ne puis mieux le décrire qu'en rapportant en deux lignes le cas suivant, que j'ai déjà communiqué, en 1885, à la Société médico-psychologique. Une sage-femme, exerçant depuis près de trente ans, fait une chute dans son escalier en se rendant auprès d'une femme qu'elle avait déjà accouchée deux fois. Elle fait un trajet de 1 kilomètre et demi, donne ses soins à cette femme pendant six heures de suite, l'accouche, coupe le cordon, emmaillote l'enfant, et ne reprend conscience d'elle-même qu'au bruit des cris de la femme et à la vue d'une hémorrhagie considérable, c'est-à-dire au moment où l'accouchement cesse d'être normal et où elle doit donner des soins qui ne sont plus habituels. Elle avait si peu souvenir de tous ces faits, qu'elle crut qu'on l'appelait pour terminer un accouchement commencé par une autre sage-femme. Ce fait si curieux n'est qu'un bel exemple de mémoire biologique. C'est le cas si fréquent de l'homme en état d'ivresse qui rentre chez lui, gravit son escalier et se couche et est tout étonné de se retrouver le lendemain dans son lit.

Si l'amnésie a été générale, si la mémoire est atteinte tout entière (on a vu des individus oublier même leur nom, à la suite d'une chute), la restauration de cette faculté se fait de la même façon qu'elle se crée. Les faits se gravent toujours dans la mémoire, selon un ordre chronologique, et du simple au composé. On voit les souvenirs revenir dans le même ordre, les plus anciens et les plus simples précédant les plus récents et les plus compliqués, et cela, couche par couche, dans un ordre presque mathématique.

Il faut assimiler au traumatisme ordinaire le *traumatisme moral*, c'est-à-dire une peur, une émotion vive, un chagrin, comme la perte subite d'une personne aimée, des revers de fortune imprévus. L'amnésie a, dans ce cas, les mêmes caractères que ci-dessus, mais elle n'est pas toujours pure, étant souvent compliquée de troubles mentaux (lypémanie par exemple). L'hérédité joue d'ailleurs ici un rôle prépondérant, le traumatisme moral ne se produisant que chez les prédisposés.

Troisième groupe. — Amnésie liée à des maladies de l'encéphale ou de ses enveloppes. Amnésie toujours progressive, générale, envahissante, d'un pronostic très grave. Elle est intimement liée à la cause qui la fait naître. Les deux maladies qui en donnent le type le plus parfait sont la sénilité et la paralysie générale des aliénés, maladies à marche lente et progressive, ainsi qu'à lésions diffuses. Ici la mémoire se détruit petit à petit, couche par couche; au début, ce n'est que très peu de chose. C'est plutôt de la *dysmnésie* (mot heureux créé par Louyer-Villermay, et qui n'a pas subsisté). C'est l'état si bien décrit par Alphonse Daudet, dans le *Nabab*. « Vous savez bien... un tel..., chose..., machin..., etc. » émaillent le discours. Puis, le malade a des absences, de fréquents oublis. L'amnésie ne porte d'abord que sur des faits récents; les événements de la veille sont effacés le lendemain, ils ne prennent pas racine, ne s'implantent pas solidement dans un terrain déjà désorganisé. La mémoire des noms, et principalement celle des noms propres, partira la première; c'est elle, en effet, qui évoque le moins d'idées sympathiques. Puis la mémoire des faits, non seulement journaliers, mais des mois, mais de l'année qui précèdent, s'effacera, et l'amnésie gagnera une, deux, plusieurs années; il ne restera bientôt plus que les souvenirs de l'enfance les plus enracinés qui, bientôt, tomberont à leur tour. C'est là l'amnésie de toutes les maladies chroniques de l'encéphale, ramollissement, sclérose en plaques, etc. La constatation de cet état de la mémoire doit faire préjuger une affection centrale grave. Elle ne peut malheureusement contribuer au diagnostic différentiel de telle ou telle de ces affections.

Il faut mentionner spécialement l'amnésie de la syphilis cérébrale. Dans un grand nombre de cas, cette amnésie est massive, énorme, et apparaît presque brusquement; la démence paraît extrême. D'autres fois, l'amnésie est partielle et, le plus souvent, c'est de l'aphasie que l'on constate, car la syphilis a, le plus souvent, des lésions circonscrites (c'est aussi le cas des tumeurs cérébrales, de quelque nature qu'elles soient). Le pronostic, ici, doit être réservé et chacun connaît le grand critérium donné par le traitement spécifique et les guérisons ou améliorations extraordinaires qu'il peut donner.

Nous retrouvons cette amnésie dans la démence simple (dont les lésions nous sont inconnues), dans ce que M. Charpentier appelle la sénilité précoce, dans l'alcoolisme chronique. Mais, dans ce dernier cas, l'amnésie n'est pas arrivée d'emblée à cette forme progressive et chronique, elle a subi des hauts et des bas, sous l'influence de l'intoxication plus ou moins rapide.

Quatrième groupe. — Amnésie liée aux grandes névroses, amnésie périodique, qui ne se rencontre pas dans d'autres états. Cette amnésie est partielle chronologiquement, en ce sens qu'elle n'affecte la mémoire que relativement à une période de la vie; elle est générale, en ce sens que la mémoire est affectée tout entière pour cette période. Telle l'amnésie épileptique du vertige ou de l'attaque. Pas de degrés dans cette amnésie; elle n'est pas plus forte dans un cas que dans un autre, elle est seulement plus ou moins longue. Elle est pathognomonique. Et si l'on constate, chez

un malade, une coupure nette dans les souvenirs, on n'hésite pas à dire : épilepsie (car le seul diagnostic différentiel à faire est celui du traumatisme). Chacun connaît l'importance de ce fait en médecine légale. Quelques auteurs (Ball, Tamburini) ont bien cité des cas d'épileptiques se souvenant des actes commis pendant l'attaque, mais ces cas me paraissent peu authentiques. Ils s'expliquent facilement, si l'on songe que l'entourage du malade lui rappelle et même lui reproche volontiers les actes commis pendant cette période d'inconscience.

La même forme périodique d'amnésie se retrouve dans le somnambulisme, naturel ou provoqué, dans l'hystérie. L'assimilation de tous ces états (outre la fréquence de l'hystéro-épilepsie) n'est pas artificielle, et serait complète, si le rappel des souvenirs n'était possible dans l'hystérie, alors qu'il est impossible dans l'épilepsie. En somme, tous les cas d'hystérie, de somnambulisme, reposent plus ou moins sur le dédoublement de la personnalité, rappel des souvenirs dans la position prime, amnésie dans la position seconde.

M. Azam a longuement décrit ces faits, et l'École de la Salpêtrière, et l'École de Nancy ont hautement perfectionné cette étude. C'est donc un précieux moyen de diagnostic que l'hypnotisme dans les cas de ce genre, et dans une observation récemment publiée dans les *Annales médico-psychologiques*, M. Boéteau a pu, par ce moyen, reconnaître la nature d'une amnésie mise d'abord au compte de l'alcoolisme.

C'est dans ce groupe que nous rangerons les cas cités et mis en lumière par M. Magnan et son école où des impulsions au crime, à l'homicide, ou simplement bizarres sont accompagnées d'amnésie. Chez les dégénérés qui présentent de ces syndromes épisodiques, y avait-il toujours de l'hystérie ou de l'épilepsie ? On serait souvent tenté de le croire, quoique ce point n'ait pas toujours été tranché. En tout cas, ces questions sont encore trop neuves pour que je veuille les trancher ici.

Il n'y aurait pas à parler du pronostic, puisque la mémoire n'est pas atteinte en tant que faculté et reprend son intégrité après l'attaque, si l'état de dépression qu'entraîne la fréquence des attaques n'amenait un affaiblissement général des facultés intellectuelles, auquel participe la mémoire, mais qui n'a rien d'incurable. C'est aussi ce qui se produit dans la chorée.

Cinquième groupe. — Amnésie succédant à des maladies aiguës et aux influences dépressives, débilitantes. Cette amnésie n'a pas de caractères bien spéciaux, si ce n'est *qu'elle n'est jamais partielle*, et qu'elle a une tendance toute naturelle vers la guérison. C'est un affaiblissement général, de la mémoire comme de tout l'organisme, qui succède à une fatigue nerveuse de quelque origine qu'elle soit, à un mauvais état général. Aussi observe-t-on ces amnésies après la fièvre typhoïde, le typhus, les fièvres éruptives, l'influenza, le choléra, les maladies du cœur, le rhumatisme, les cachexies, les maladies utérines et la puerpéralité, les grandes hémorrhagies, les excès de fatigue physique ou le surmenage intellectuel, la masturbation, etc. Elles s'expliquent suffisamment par une irrigation insuffisante du tissu nerveux. L'exercice normal de la mémoire suppose une circulation active et un sang riche en matériaux nécessaires pour l'intégration et la désintégration (Ribot). Dès que cette activité s'exagère, il y a tendance vers l'excitation morbide; dès qu'elle s'abaisse, il y a une tendance vers l'amnésie.

Sixième groupe. — Amnésie par intoxication. Ses caractères sont les trois suivants : 1° elle est généralement précédée d'une première phase; 2° elle a la forme progressive; 3° elle s'arrête dans sa marche, lorsque l'intoxication cesse, et prend alors une marche régressive, tendant naturellement à la guérison qui est complète lorsque tout le poison est éliminé.

L'attention volontaire, nécessaire au fonctionnement de la mémoire active ou consciente, est généralement suspendue dans les intoxications. La mémoire passive ou inconsciente est respectée, lorsque l'intoxication n'est pas poussée trop loin, soit comme quantité, soit comme durée. D'ailleurs, même lorsque l'amnésie est complète, comme dans les intoxications aiguës, elle porte sur un espace de temps variable, sans que la mémoire en tant que faculté soit lésée d'une façon appréciable. Les intoxications chroniques amènent d'abord un simple affaiblissement de la mémoire (dysmnésie), puis, l'intoxication progressant, l'amnésie progresse également et se rapproche du type des amnésies dépendant des affections cérébrales. On sait, du reste, combien il est difficile de distinguer la paralysie générale de l'alcoolisme chronique.

Au point de vue qui nous occupe, on peut classer les toxiques en deux groupes : ceux d'origine minérale, qui ne provoquent pas d'excitation, et les poisons d'origine végétale, qui déterminent, au début de l'ivresse, une excitation caractérisée par de l'hypermnésie et de l'hyperidéation que M. Richet a si bien décrite; la *pointe* dont les romanciers et les dramaturges ont bien su tirer parti.

Les substances qui attaquent la mémoire sont : le plomb, qui amène une amnésie grave, tenace surtout dans l'encéphalopathie saturnine à forme démente d'emblée; le mercure, qui détermine un affaiblissement progressif de la mémoire, qui n'est considérable que chez les vieux intoxiqués (mineurs d'Almaden, par exemple), et qui est peu fréquent dans l'hydrargyrisme d'origine thérapeutique; le sulfure de carbone qui produit une amnésie peu intense et rarement accompagnée d'autres troubles psychiques. Sans qu'il y ait amnésie proprement dite, sans troubles psychiques ou somatiques, on remarque que les ouvriers travaillant dans le plomb, le mercure et le sulfure de carbone, ont en général une fort mauvaise mémoire. L'oxyde de carbone produit une amnésie qui n'a pas le type franchement progressif, l'intoxication étant accidentelle et non professionnelle. On observe parfois, à la suite de l'asphyxie carbonique, une amnésie rétrograde analogue à celle du traumatisme. Cependant, les personnes qui ont l'habitude de se chauffer avec des poêles mobiles ou des fourneaux de fonte à tirage insuffisant, ont souvent de l'amnésie progressive. Beaucoup d'enfants élevés dans leur famille, où ce mode de chauffage est usité, présentent un défaut de développement mnémonique. J'ai observé plusieurs cas où des enfants présentaient plus de démémoire en été qu'en hiver.

Les narcotiques, le tabac, le haschich, l'alcool, ont toujours une phase d'excitation initiale. Le tabac, que l'on accuse si volontiers des plus grands méfaits, ne produit qu'une amnésie fort légère et toujours limité aux noms. J'ai recueilli vingt observations d'hommes du monde, pouvant analyser leur état d'une façon intelligente; tous ont présenté le même symptôme : oubli des mots, oubli des

substantifs, surtout des noms propres, jamais ou presque jamais oubli des faits ou des images. Les petites attaques d'aphasie transitoire observées sur lui-même, par M. Gilbert Ballet, à la suite d'excès de tabac et relatées dans sa thèse d'agrégation, en sont des exemples fort nets.

Quant à l'amnésie alcoolique, qui mériterait à elle seule une Revue spéciale, on y trouve tous les types selon le degré d'intoxication : amnésie périodique dans l'ivresse (surtout s'il y a des attaques d'épilepsie alcoolique, si fréquentes avec les alcools bus aujourd'hui); dysmnésie dans l'alcoolisme subaigu (souvent voilée par le délire); amnésie progressive dans l'alcoolisme chronique. Mais toutes amnésies curables, tant que les lésions de l'alcoolisme le sont.

IV

Je n'aurais rien à ajouter pour le diagnostic, si je ne devais signaler la fréquence de la simulation de l'amnésie par des prévenns ou des aliénés. Pour la démasquer, il faut se rapporter à la forme d'amnésie que le simulateur a en vue et se rendre compte si l'oubli porte sur certaines catégories de faits et non sur d'autres. Il faut surtout chercher les symptômes concomitants qui, chez le simulateur, font généralement défaut. Les formes les plus faciles à simuler et qui le sont le plus souvent, sont l'amnésie de l'alcoolisme, l'amnésie de l'épilepsie, l'amnésie de la commotion cérébrale. Casper a donné, à ce sujet, quelques préceptes. « Il y a simulation, dit-il, quand un criminel, se plaignant de « faiblesse de tête », répond à toutes les questions, excepté à celles qui se rapportent à son crime, tandis que sa faiblesse ne l'a pas empêché de retenir des dates, des nombres, etc. » Il faut toujours se défier de l'amnésie isolée. Nous avons déjà vu qu'elle était exceptionnelle.

Il découle de ce qui précède, qu'il n'y a pas de traitement, si ce n'est le traitement de la cause, qu'il faut d'abord déceler. Saignée, sangsues, drastiques, dans les cas d'hyperhémie cérébrale; toniques, reconstituants pour l'amnésie du cinquième groupe (nous avons vu un amnésique avancé guéri par la transfusion du sang), suppression des toxiques pour le sixième groupe. Nous ne ferons d'exception que pour l'épilepsie. Malgré les services si considérables qu'il rend en espaçant les attaques, le bromure de potassium paraît avoir une influence fâcheuse sur la mémoire, surtout s'il est donné à des doses massives, comme le font les Allemands. Peut-être le bromure de sodium aurait-il moins d'inconvénients à ce point de vue. En tout cas, il ne faut jamais négliger le côté psychique et il faut s'attacher, par des conversations répétées fréquemment, par des sortes de devoirs écrits, de restituer au sujet les souvenirs perdus, en faisant porter les interrogations sur ces points.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 avril 1892. — Présidence de M. Chauvel.

COMMUNICATIONS

Statistique. — M. POZZI fait connaître la statistique des opérations pratiquées dans son service pendant cette dernière année.

Bec-de-lièvre. — M. PHOCAS (de Lille) adresse une observation de bec-de-lièvre qu'il a opéré par un procédé particulier.

Grossesse extra-utérine. — M. MARCHAND communique une observation de grossesse extra-utérine, qu'il a opérée avec succès. (Sera publié.)

PRÉSENTATION DE MALADES

Fracture de l'olécrane; suture. — M. MICHAUX présente deux malades qui étaient atteints de fracture de l'olécrane, et chez lesquels il a pratiqué la suture avec des fils d'argent. Le résultat obtenu est aussi satisfaisant que possible, surtout étant donné l'âge avancé des malades.

La séance est levée.

Séance du 27 avril 1892. — Présidence de M. Chauvel.

LECTURE

Résection et suture de l'urèthre. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture, au nom de M. Jouon (de Nantes), d'une note relative à l'observation d'un homme de soixante-sept ans qui, à la suite d'une chute à califourchon sur un corps résistant, présenta les signes d'un abcès urineux et consécutivement une fistule, donnant passage à une partie de l'urine. Le cathétérisme montrait qu'il existait un obstacle au passage de la sonde, à 12 centimètres du méat, et, en outre, à 2 centimètres à droite du raphé médian et à égal trajet de l'anus et du scrotum, l'orifice du trajet urinaire était entouré d'une masse calleuse et résistante.

M. Jouon résolut de pratiquer l'uréthrotomie et la suture de l'urèthre : après avoir découvert le bulbe et isolé la masse calleuse formée autour du trajet urinaire et de l'urèthre, il a sectionné ce canal transversalement au-dessus et au-dessous et il a enlevé ce tronçon de canal, ainsi que les tissus indurés; l'ablation a ainsi compris un segment mesurant 10 millimètres en haut et 18 millimètres en bas. Cela fait, une réunion avec des fils de catgut a rétabli la continuité du canal uréthral et une suture des téguments a terminé l'opération. Une sonde a été mise à demeure, la réunion s'est effectuée par première intention et l'urèthre a été parfaitement restauré par ce procédé, que M. Jouon estime applicable dans les cas de rétrécissement non dilatable.

RAPPORT

Résection des deux premières pièces du sternum dans un cas d'ostéite tuberculeuse. — M. CHAUVEL fait un rapport sur un travail de M. Yver. Il s'agit d'un jeune homme qu'il a traité pour les manifestations tuberculeuses suivantes : tout d'abord, il a dû inciser deux collections purulentes siégeant l'une à l'éminence hypothénar du côté droit, et l'autre au pied gauche; puis, quelque temps après, un autre foyer de même nature s'étant développé au-devant de la partie supérieure du sternum, il a également ouvert cet abcès et a constaté, non seulement une perforation de la première pièce du sternum, mais encore une projection en avant des deux premières pièces de cet os, en arrière desquelles existait une cavité remplie de pus. Par suite de l'étendue des lésions, M. Yver a été amené à réséquer 4 centimètres de la partie supérieure du sternum, après quoi la cavité rétro-sternale, bien nettoyée, a été tamponnée avec de la gaze iodoformée. Des pansements réguliers en ont amené la cicatrisation qui n'a été complète qu'au bout de trois mois, durant lesquels un nouvel abcès, situé dans la région fessière, a dû être ouvert. Actuellement, le malade est resté guéri.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx. — M. QUÉNU, à l'occasion d'une malade atteinte de pyo-salpinx inopérable par la laparotomie, montre un utérus qu'il a enlevé par la voie vaginale suivant le procédé de section antéro-postérieure de l'utérus, qu'il a déjà préconisé. Il rappelle les avantages que présente ce

procédé, et, en particulier, ceux d'éviter une perte sérieuse de sang et de faciliter l'abaissement de l'utérus.

M. SEGOND, sur ce dernier point, croit, d'après sa pratique personnelle, que l'on peut diviser les cas en trois catégories : 1° l'utérus est facilement abaissable, et alors peu importe le procédé d'ablation de l'organe; 2° l'utérus a l'air d'être enclavé, mais en réalité il est possible de le faire descendre. Or, si, dans ce cas, la section médiane antéro-postérieure est un bon procédé, elle crée parfois une difficulté, c'est de rendre peu aisée, au fond d'un vagin souvent étroit, l'ablation d'un gros corps conique. Suivant lui, il existe un moyen d'agir, meilleur et plus simple, qui consiste à évider le centre de l'utérus, de telle sorte que l'organe est transformé en une poche flasque et facilement abaissable; 3° l'utérus ne veut pas descendre; en pareille circonstance le morcellement est le seul procédé réellement applicable.

Quant à l'hémorrhagie, elle ne se produit que dans le premier temps de l'opération et on doit passer outre.

M. QUÉNU pense qu'il est des cas où cette hémorrhagie ne doit pas être méprisée, et, chez son opérée, s'il ne l'avait arrêtée, elle aurait été certainement funeste. Quant à la section médiane de l'utérus, elle facilite beaucoup l'opération, que, sans elle, on aurait quelquefois bien de la peine à terminer.

La séance est levée.

Séance du 4 mai 1892. — Présidence de M. CHAUVEL.

COMMUNICATIONS

Résection de l'urèthre. — M. QUÉNU, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Jouon sur ce sujet, relate l'observation d'un jeune homme atteint de rétrécissement traumatique de l'urèthre et tombé dans un état très grave, auquel il fit la résection de la partie rétrécie et la suture des deux bouts de l'urèthre.

Trois jours après l'opération, il survint du gonflement et un peu de suppuration autour d'un fil; il se fit une inoculation de pus, et consécutivement une fistule périnéale, qui se ferma après quelques mois et nécessita l'emploi de la sonde à demeure.

Avant l'opération, ce malade, qui présentait des urines septiques, avait été soumis, sans aucun succès, aux médications internes, antiseptiques les plus énergiques. C'est ce qui décida M. Quénu à intervenir par une opération qui, si elle ne réussit pas complètement, eut pour effet de rétablir un écoulement facile des urines, et d'en modifier avantageusement la mauvaise qualité. Pour éviter l'accident qui est arrivé dans ce cas, c'est-à-dire cette inoculation de pus, M. Quénu, à l'avenir, quand il s'agira d'intervenir sur la portion pénienne de l'urèthre, créera préalablement une fistule correspondant à la portion membraneuse, pour éviter le passage de l'urine septique sur la plaie résultant de l'opération faite sur la portion pénienne.

M. BERGER proteste contre les assertions de M. Jouon voulant substituer, dans tous les cas, la résection de l'urèthre à toutes les autres méthodes, et en particulier à l'uréthrotomie interne. Cette dernière opération, dans les cas dont il s'agit, peut rendre les plus grands services, et ce n'est qu'exceptionnellement, que peut se trouver indiquée la résection.

M. DESPRÉS, dans les cas de rétrécissement traumatique de l'urèthre, a recours au procédé de Bourguet (d'Aix), c'est-à-dire à l'uréthrotomie externe et à l'ablation de la portion rétrécie, puis à l'établissement d'une sonde à demeure, sans suture ni aucune réunion. Il a ainsi guéri plusieurs malades.

Statistique de la Charité. — M. DESPRÉS fait connaître la statistique intégrale des malades opérés dans son service pendant l'année 1891. Il a eu à traiter, pendant ce temps, 619 malades sur lesquels il n'a eu que 28 décès. Sur 93 opérations graves, il n'a eu que 5 décès. Sur 380 opérations peu graves, il n'a pas eu un seul décès.

M. Després continue à recourir aux anciens pansements par les cataplasmes, et, systématiquement, repousse tous les moyens dits antiseptiques.

Cure radicale de la hernie crurale. — M. BERGER fait une communication sur ce sujet.

Ces hernies sont plus fréquentes chez la femme. On a généralement moins souvent l'occasion de les opérer que les hernies inguinales. Cependant, elles méritent d'être traitées par la cure radicale pour les raisons suivantes : elles sont difficiles à contenir; elles deviennent fréquemment irréductibles et jamais elles ne guérissent spontanément. En outre, elles sont plus graves au point de vue de l'étranglement. M. Berger croit devoir soumettre à la cure radicale toutes les hernies crurales chez les sujets jeunes, enfants ou adolescents. M. Berger émet donc les propositions suivantes :

1° Toutes les hernies crurales, chez les jeunes sujets, doivent être opérées; 2° les épiplocèles adhérentes, toutes les hernies crurales irréductibles doivent être opérées; 3° les hernies crurales difficilement contenues et qui sortent fréquemment sous le bandage, doivent être traitées par la cure radicale; 4° les accidents qui surviennent fréquemment dans les hernies crurales, sont encore une indication de recourir à la cure radicale.

Au point de vue du procédé opératoire, M. Berger agit comme pour la hernie inguinale, c'est-à-dire qu'il fait l'extirpation du sac le plus haut possible, et qu'il fait une suture très exacte et très méthodique du sac herniaire.

Il préfère l'incision parallèle à l'aine, il arrive sur le sac, se débarrasse du lipome herniaire, ouvre le sac et en réduit le contenu. Il libère complètement les adhérences, résèque et réduit l'épiploon, lie et suture au-dessus du point où cet épiploon était adhérent, dissèque et extirpe le sac. Il y a parfois quelques difficultés à vaincre les adhérences, surtout du côté de la veine.

M. Berger croit nécessaire, après avoir pédiculisé le sac, de procéder à la fixation. Pour cela, il conduit les deux chefs de la ligature du pédicule dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et les fait ressortir en traversant les piliers fibro-musculaires de la paroi abdominale, à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope; ces deux chefs sont alors liés entre eux. Cette précaution est fort utile pour prévenir la formation d'un nouveau sac.

L'occlusion de l'anneau crural se fait en unissant l'aponévrose du pectiné à l'arcade de Fallope et à l'aponévrose du grand oblique. Chez la femme, il suffit de passer les points de suture en travers du grand oblique. Chez l'homme, il faut se préoccuper du cordon spermatique, qu'il faut avoir soin de ne pas prendre dans la ligature. M. Berger fait ses sutures avec les crins de Florence.

Il a opéré ainsi douze hernies crurales non étranglées. Jusqu'ici, il n'a pas eu à constater de récidive. Son plus ancien opéré date actuellement de deux ans.

M. RICHELOT souscrit sans réserves aux règles que vient de formuler M. Berger pour la cure radicale des hernies crurales, en particulier pour ce qui est relatif aux premiers temps de l'opération, à la dissection du sac, etc. Il faut avoir soin de décoller le canal déférent et de le repousser avant de placer ses ligatures, car on l'attire toujours au dehors, lorsqu'on dissèque le sac crural jusque dans l'abdomen.

M. Richelot se sépare de M. Berger, relativement à la fixation du moignon, qu'il ne juge pas nécessaire. L'occlusion de l'anneau crural est très importante, M. Richelot préfère le gros catgut à la soie; comme M. Berger, il passe ses fils de dehors en dedans pour ne pas léser la veine.

La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Appendicite. — M. JALAGUIER présente un appendice iléo-cæcal qu'il a enlevé chez un enfant de quatorze ans et demi. Cet appendice contenait un calcul stercoral; il y avait, en outre, une ouverture cæcale et un abcès communiquant avec le cæcum;

M. Jalaguier a fermé cet orifice après avoir réséqué l'appendice. L'enfant est en voie de guérison.

M. SCHWARTZ fait observer que ce cas est analogue à celui qu'il a présenté il y a deux ans, sauf qu'il n'y avait pas d'abcès communiquant avec le cæcum.

Tumeur de la vessie. — M. GÉRARD MARCHANT présente une tumeur de la vessie, qu'il a enlevée par la taille hypogastrique. Cette tumeur était pédiculisée sur la partie latérale gauche de la vessie. L'opération fut facile. La tumeur sera examinée histologiquement.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 5 mai 1892, M. Hamy, assistant au Muséum, a été nommé professeur d'anthropologie audit établissement, en remplacement de M. de Quatrefages, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dartel (de Béthancourt) et Depoorter (de Valenciennes).

— M. le docteur Jules Simon reprendra ses conférences de thérapeutique infantile, à l'hôpital des Enfants-Malades, le mercredi 18 mai, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. — Il s'occupera plus particulièrement de l'emploi des eaux minérales chez les enfants.

Le samedi, à neuf heures, consultation clinique.

Les maladies des prisonniers, étude d'hygiène pénitentiaire, par le docteur Émile LAURENT, ancien interne à l'infirmerie centrale des prisons de Paris. 1 vol. in-8° avec deux planches hors texte. — Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

5

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

55

APIOL DE JORET & HOMOLLE

L'observation médicale a depuis longtemps démontré que l'**APIOL**, principe actif de la graine de persil, découvert par **JORET & HOMOLLE**, est le plus sûr des *emménagogues* et que son emploi est sans danger, même en cas de grossesse.

MAROTTE (*Bulletin général de thérapeutique*, octobre 1863), BOSSU (*Petit Dictionnaire de pathologie*), BOUCHUT et DESPRÉS (*Dictionnaire de thérapeutique*), VALLEIX (*Guide du médecin praticien*), DECHAMBRE (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*), JACCOUD (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*), etc., ont tous constaté les propriétés vraiment spécifiques de **l'APIOL** contre **l'aménorrhée** et la **dysménorrhée,** surtout quand elles se rattachent à un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires. Il est non moins efficace contre les **métrorrhagies** dues à l'atonie ou à une congestion passive de ces mêmes organes.

Mais il faut dire que **l'APIOL** qui a servi aux expériences de ces savants praticiens est celui de **JORET & HOMOLLE,** produit bien défini, d'une densité constante et d'une action autrement connue et certaine que celle des préparations similaires que sa vogue a fait naître.

DOSE : 1 caps. (20 centigr.) matin et soir pendant 5 à 6 jours, à l'époque présumée des règles.

MÉDAILLES AUX EXPOSITIONS UNIVERSELLES
Londres 1862, — Paris 1889

Dépôt général : Ph[ie] BRIANT, 150, rue Rivoli.

83

EAU MINÉRALE NATURELLE PURGATIVE DE RUBINAT

Source du docteur LLORACH.

L'analyse de l'Académie de médecine de Paris démontre que cette eau contient 103gr814 de substances fixes, dont :

SULFATE DE SOUDE	SULFATE DE MAGNÉSIE
96gr265	3gr268

Cette eau purge rapidement et sans irritation. Elle n'exige aucun régime.

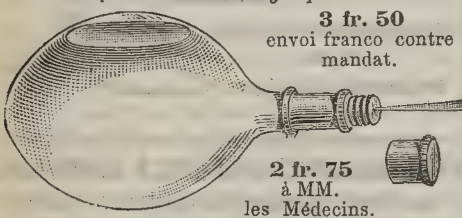
Dose normale : un verre.

Prière à MM. les Docteurs de bien spécifier sur leurs ordonnances **Rubinat,** *Source* **Llorach.**

42

CHLORÉTHYLE DU D[R] BENGUÉ

anesthésique local et analgésique instantané.



3 fr. 50 envoi franco contre mandat.

2 fr. 75 à MM. les Médecins.

D[r] BENGUÉ, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

97

EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE

OREZZA (CORSE)

ANÉMIE, CHLOROSE, DYSPEPSIE

LA PLUS RICHE EN FER & EN ACIDE CARBONIQUE

*Sans rivale dans toutes les maladies provenant de l'***Appauvrissement du sang** *ou de l'***Insuffisance de nutrition.**

23

(VOSGES) PLOMBIÈRES (VOSGES)

SAISON DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

Maladies du tube digestif.
Affections nerveuses et rhumatismales.
Maladies des femmes, Hydrothérapie.

Étuves romaines, Bains, Douches, Massage.

41

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

99

POUDRE PURGATIVE DE ROGÉ

Approbation de l'Académie de médecine de Paris

« *Ce médicament, par son goût agréable, est un puissant moyen de vaincre la répugnance d'un grand nombre de malades pour les purgatifs; il n'occasionne ni soif, ni coliques, et, par conséquent, on peut dire de lui qu'il agit sûrement et agréablement.* »

(Extrait du rapport du Prof[r] SOUBEIRAN à l'Académie de médecine.)

« *La* **Poudre de Rogé** *peut, dans presque tous les cas, remplacer les autres purgatifs salins.* » (Prof[r] BOUCHARDAT.)

Avec un flacon de **Poudre de Rogé,** facile à emporter avec soi, on peut préparer partout, au moment du besoin, une limonade agréable contenant 50 grammes de citrate (pur) de magnésie. — La **Poudre de Rogé** se conserve indéfiniment, sans altération. — Pour l'emploi, verser le contenu du flacon dans une demi-bouteille d'eau ; laisser en contact pendant quelques heures, ou mieux, du soir au matin; boucher la bouteille si l'on désire une limonade gazeuse.

Fabrication et gros : 19, rue Jacob, Paris, Maison L. FRERE, A. CHAMPIGNY et C[ie], successeurs. — *Détail :* 9, rue du Quatre-Septembre, et dans la plupart des Pharmacies.

NOTA. — La véritable **Poudre de Rogé** ne se vend qu'en flacons scellés à chaque extrémité d'un cachet imprimé en quatre couleurs.

PRIX DU FLACON : 2 FRANCS.

42

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.
TITRÉE PAR LE D[r] COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

94

DIABÈTE

PAIN
SEMOULE chocolatée
AMANDINE
de SOYA

(L'Amandine se mange comme légume)

Ces différents produits ne renferment que 3 p. 100 de matière saccharigène.

DESVILLES, ph[en] chimiste, fournisseur et externe des hôpitaux, *2, rue de Ponthieu, 2, Paris.*

23

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLET (chlorate de potasse)

Contre les maux de gorge, angines, extinction voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

DETHAN, r. Baudin, 23, à Paris, et t[tes] pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

184

VINS TITRÉS D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, etc.

Vin de quinquina titré simple : Tonique, fortifiant. — **Vin de quinquina ferrugineux :** Chlorose, anémie, longues convalescences, etc.

Ph[ie], 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

54

ANTIPYRINE DU D[r] KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50 et 100g**.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

65

IODOL

Nouvel antiseptique succédané de Iodoforme sans odeur et sans action toxique.

Dépôt à Paris chez Martin REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie et chez les drog[tes].

62

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

33

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux,** du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, ph[ien], ex-préparat[r] à l'Ecole de médecine et de pharmacie, RUE VICTOR-HUGO, 14, LYON.

42

BAIN DE PENNÈS

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,** surtout les **bains de mer,**

Exiger Timbre de l'État — Pharmacies. Bains.

N° 55. — MARDI 10 MAI 1892. 65e ANNÉE. MARDI 10 MAI 1892. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 9 mai 1892.

A la suite de l'explosion de dynamite qui détruisit le restaurant du boulevard Magenta, deux des plus graves blessés furent transportés et soignés à l'hôpital Saint-Louis : l'un d'eux est mort samedi, l'autre est, dit-on, dans un état désespéré.

La presse politique, chaque jour, s'est informée de l'état des blessés, des soins qui leur étaient donnés et, au début, ne tarissait pas d'éloges sur le dévouement et l'habileté des chirurgiens traitants. Mais, brusquement, elle prit un autre ton et elle déclara que, si la dynamite avait blessé les malheureux, c'était « la chirurgie » qui les avait tués.

Les reproches violents adressés au chirurgien traitant portent sur deux points :

1° Le chirurgien de garde n'a pas été appelé;
2° Les soins consécutifs ont été insuffisamment donnés.

Le deuxième grief nous paraît bien invraisemblable et tout porte à croire que ces deux blessés ont été traités avec plus d'attention et de dévouement, s'il est possible, que les malades habituels du service.

Quant au premier point, il peut se résoudre par la réponse à la question suivante : L'interne a-t-il bien fait d'opérer sans prévenir le chirurgien de service ?

La réponse à cette question est difficile, nous dirons même impossible, pour tous ceux qui n'ont pas vu le blessé au moment de son entrée à l'hôpital. Si la blessure permettait d'attendre, le devoir de l'interne était tout tracé, il devait appliquer un pansement et prévenir le chirurgien de garde. Mais personne ne peut désapprouver l'interne, si, en conscience, il a pensé qu'attendre et différer, c'était exposer son malade à une mort inévitable. Nous disons même plus, le règlement s'opposât-il à cette intervention chirurgicale, s'il s'agissait de sauver la vie du blessé qui lui était confié, l'interne a bien fait d'opérer d'abord, sans s'inquiéter si le règlement lui permettait ou lui défendait cette intervention. En cela nous l'approuvons complètement et sans réserve.

Mais ces indications opératoires qui se posent avec une instantanéité aussi brutale sont de bien rares exceptions. Dans le cas incriminé, il en était sans doute ainsi, car les plaies par dynamite ne sont pas encore connues.

Cependant, n'eût-il pas été préférable, même dans ce cas, en même temps que l'interne se préparait à agir, sans attendre, de faire prévenir le chirurgien de service, de s'entourer de conseils autorisés et de se dégager ainsi de toute responsabilité ? Si les choses se fussent ainsi passées, qui eût osé élever le moindre blâme ?

En réalité, dans tout ceci, il ne nous paraît pas y avoir matière aux vives critiques qui ont été formulées. Les blessés, confiés aux hôpitaux, y ont reçu les soins que comportait leur état et il est probable que pour n'être pas réguliers, au point de vue administratif, ces soins n'en ont pas été moins bons, au point de vue chirurgical.

Telle est notre opinion sur ces faits; il nous a paru bon de la publier ici pour éviter toute équivoque.

A. Ricard,
Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, M. Laveran avait cité le cas d'un épileptique atteint d'anesthésie de l'urèthre et d'incontinence d'urine; il se demandait s'il n'y avait pas un rapport entre ces deux phénomènes. M. Albert Mathieu a pu constater, au contraire, la rétention d'urine chez une jeune hystérique qui avait aussi de l'anesthésie de l'urèthre (séance du 6 mai). Dans ses attaques convulsives, cependant certainement hystériques, elle se mordait la langue. La morsure de la langue est loin d'être aussi rare qu'on le croit habituellement; pour sa part, M. Mathieu l'a constatée quatre fois en un an, dans des services de médecine générale qui n'étaient pas particulièrement riches en maladies nerveuses. La plupart des médecins attribuent à ce signe une trop grande importance dans le sens de l'épilepsie. Du reste, on trouve tous les intermédiaires entre l'attaque d'hystérie convulsive du type classique et l'attaque classique d'épilepsie. M. A. Mathieu pense que l'hystérie, la grande simulatrice, peut simuler tout aussi bien la crise comitiale que la sclérose en plaques, par exemple.

M. Catrin a vu, depuis quelque temps, huit cas de pleurésie purulente, il en a traité six par la pleurotomie, ils ont guéri. Dans deux cas, comme il s'agissait de pleurésies

consécutives à la pneumonie, il a voulu, après avoir ponctionné, attendre quarante-huit heures le résultat des cultures, pour régler sa conduite sur la nature microbienne du pus. Or, ces deux malades sont tous les deux morts subitement dans la journée. Il est donc d'avis qu'en cas semblable, même après une pneumonie, il ne faut pas temporiser; il est d'avis d'opérer toujours sans tarder une pleurésie purulente, métapneumonique ou non.

Une lutte intéressante est engagée, on le sait, entre M. Raymond et M. Ballet, sur les rapports de l'ataxie locomotrice, du tabes dorsal et de la paralysie générale. C'est le même processus anatomique avec une localisation différente, disent M. Raymond et d'autres auteurs; ce sont deux maladies différentes, déclare M. Ballet. Aux arguments que lui adresse celui-ci, M. Raymond répond : que le tabes et la paralysie générale s'associent assez fréquemment, celle-ci survenant au cours de celui-là; que les lésions qu'il a trouvées dans la moelle de son sujet sont bien des lésions du tabes; que le tabes et la péri-encéphalite diffuse sont deux affections dont la pathogénie est dominée par l'infection syphilitique et qui présentent toutes les deux une évolution progressive incurable, avec temps d'arrêt plus ou moins marqués; que l'opposition invoquée entre les lésions cérébrales et les lésions spinales n'a rien de certain, que c'est un point en cours d'étude et très controversé.

La discussion est trop hérissée de détails histologiques pour que nous puissions y insister davantage.

La parole est maintenant à M. Ballet.

M. Gilbert a étudié d'une façon très complète le benzonaphtol. Ce sel, qui n'est nullement modifié par le suc gastrique, ne peut servir à obtenir l'antisepsie de l'estomac; mais, en revanche, il n'influence pas la digestion stomacale, comme le naphtol β, qui, après avoir excité la sécrétion de la muqueuse, tend à l'enrayer.

Dans l'intestin, le benzo-naphtol se décompose en acide benzoïque et en naphtol β, qui, tous deux, ont une action antiseptique bien démontrée. On doit donc l'employer lorsqu'on veut obtenir exclusivement l'antisepsie de l'intestin en épargnant l'estomac : ainsi dans les entérites, la lithiase biliaire, où il y a danger d'infection des voies biliaires par des microbes venus de l'intestin, dans l'albuminurie avec tendance à l'urémie, et lorsqu'une lésion destructive du foie empêche cet organe de détruire au passage les substances toxiques. Il est à penser, avec M. Laveran, que la dysenterie chronique, qu'on améliore parfois par le naphtol et le lait, constituerait à l'emploi de ce médicament une indication très nette.

On le donne à la dose de 50 centigrammes, toutes les deux heures, jusqu'à concurrence de 3 à 5 grammes par jour.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Potain.

Le foie cardiaque et la cirrhose atrophique.

La malade, couchée au nº 1 de notre salle des femmes, vous a offert un exemple intéressant des difficultés que peut présenter le diagnostic étiologique de l'ascite et de l'œdème des membres inférieurs. Cette malade était entrée pour un œdème tel des membres inférieurs qu'il y avait chez elle, non seulement œdème, mais érythème et excoriations. L'épanchement ascitique était si abondant que la ponction fut immédiatement jugée nécessaire. Il s'écoula douze litres de liquide. Après un examen minutieux, je vous ai montré que trois hypothèses pouvaient être discutées pour expliquer ces accidents hydropiques : insuffisance mitrale avec foie cardiaque, cirrhose atrophique chez une cardiaque, lésion rénale. Voici, en effet, les données fournies par notre examen.

Du côté du cœur, on trouve, en avant, au premier temps et à la pointe, un souffle qui tend à se propager vers l'aisselle. Cette propagation, l'absence de pouls veineux dans les jugulaires indiquent qu'il s'agit d'une insuffisance mitrale et non d'une insuffisance tricuspide. Il n'y a pas non plus de pouls hépatique. L'hypertrophie du cœur est très peu accentuée. La lésion cardiaque est manifeste, mais plus importante en apparence qu'en réalité.

Le foie est certainement touché, une ascite aussi abondante ne pouvant survenir que du fait d'une lésion hépatique. Mais cette lésion était-elle primitive ou consécutive à la lésion cardiaque ?

Avant la ponction, il était très difficile d'apprécier l'état exact du foie. La matité hépatique se confond alors avec celle de l'ascite. Quand l'épanchement est peu abondant, on peut, en faisant coucher le malade sur le côté gauche, dégager la région hépatique. Ce procédé était inapplicable chez notre malade, tant le ventre était distendu. Souvent, d'ailleurs, l'intestin en passant à droite, soulevé qu'il est par le liquide, s'insinue entre le foie et la paroi. La percussion n'est donc point encore à l'abri de toute cause d'erreur. La palpation est elle-même difficile. Si le foie est hypertrophié, on peut arriver à le sentir après avoir déprimé la couche liquide. L'exploration reste plus douteuse dans les cas d'atrophie. Avant la ponction, nous n'avions donc pu que soupçonner la rétraction considérable du foie. Cette rétraction a été évidente une fois le liquide évacué. De plus, en examinant aussi la rate par la percussion, nous avons pu constater qu'elle était très augmentée de volume; elle n'a pas, dans le sens vertical, moins de 17 centimètres. Cette atrophie considérable du foie, coexistant avec une hypertrophie de la rate aussi marquée, est plus en faveur d'une cirrhose vraie que d'un foie cardiaque.

D'autres raisons cliniques viendront, vous le verrez, confirmer encore ce diagnostic de cirrhose.

L'hypothèse d'une lésion rénale primitive devait être aussi discutée. Mais la quantité d'albumine dans l'urine est faible; l'œdème si marqué aux membres inférieurs respecte la face, il n'y a ni hypertrophie cardiaque, ni bruit de galop, ni exagération de la lésion artérielle. Cette hypothèse peut donc être abandonnée.

Le point délicat du diagnostic est donc de savoir si la lésion hépatique non douteuse est consécutive à une affection cardiaque ou à une cirrhose vraie. Ce diagnostic a pour le pronostic une grande importance. Une affection hépatique, d'origine cardiaque, peut s'améliorer et peut même guérir si la lésion du cœur est transitoire. Une cirrhose vraie, une cirrhose alcoolique peut tout au plus être momentanément enrayée dans sa marche progressive, mais on ne peut espérer ni guérison, ni même amélioration réelle.

Chez notre malade, l'œdème des membres inférieurs paraît avoir précédé l'ascite. Si la cirrhose existait seule ce fait serait anormal; l'ascite, en pareil cas, est, en effet, la première en date et c'est par la compression qu'elle exerce

sur la veine-cave que survient l'infiltration des membres. Mais la lésion mitrale explique suffisamment que l'œdème ait pu apparaître avant l'ascite.

Par contre, une ascite aussi abondante ne peut résulter de l'affection cardiaque. Dans les insuffisances tricuspides très accentuées, la stase sanguine est parfois de bonne heure telle, que l'exsudat péritonéal est abondant. L'exsudat tardif abondant est moins rare. Mais chez notre malade, l'abondance et la précocité sont vraiment exceptionnelles et nous n'avons pas trouvé les signes de l'insuffisance tricuspide.

Vous savez combien est variable le retentissement des affections du cœur sur le foie. Chez certains malades et, en particulier, dans l'insuffisance tricuspide, le foie peut être le premier et, au début, le seul organe atteint. La stase est alors intermittente et le reflux passager qui se produit au niveau du ventricule droit, par suite de l'insuffisance, va surtout distendre les veines sus-hépatiques. C'est à ce reflux que sont dus les battements hépatiques, au moment de la systole.

Toute stase sanguine veineuse peut également retentir sur le foie. A la longue s'établit une prolifération du tissu conjonctif autour des veines distendues. A côté du foie cardiaque gros, volumineux, foncé, congestionné, on peut trouver la cirrhose cardiaque avec foie petit, rétracté, cirrhotique.

Notre malade est non seulement une cardiaque, mais, malgré l'ambiguïté de ses réponses, elle est certainement aussi une alcoolique de vieille date. Chez elle la congestion d'origine cardiaque et l'intoxication d'origine alcoolique se sont donc associées pour agir sur le foie. La résistance de l'organe à l'alcool se trouvait diminuée du fait de la stase veineuse, le poison séjournant plus longtemps dans la glande hépatique. Peut-être aussi la moindre activité des cellules a-t-elle contribué à diminuer la destruction du poison et à augmenter ses effets toxiques.

L'association d'une affection cardiaque et de l'alcoolisme présente donc toujours une gravité particulière. Ce n'est pas seulement le foie, c'est le rein, c'est l'économie tout entière qui peuvent se trouver doublement frappés. Il n'est pas très rare de voir les cardiaques devenir, par besoin de soutenir leurs forces, alcooliques sans s'en douter. Ils ne croient pas faire d'excès, ils ne se grisent jamais ; le cerveau résiste, en effet, à des quantités d'alcool prises par petites doses, mais vite suffisantes pour léser les reins et surtout le foie.

Notre malade paraît donc atteinte à la fois d'insuffisance mitrale et de cirrhose atrophique. La cause de l'affection cardiaque nous est restée inconnue. La cause de la cirrhose est certainement l'alcoolisme, agissant peut-être sur un organe mis dans de mauvaises conditions de résistance par la congestion, résultant de l'affection cardiaque. Le pronostic est donc extrêmement grave. Vous avez pu voir, d'ailleurs, que le soulagement, produit par la ponction, a été de très courte durée et que le liquide s'est rapidement reproduit. La gêne respiratoire causée par l'ascite va bientôt nous forcer à faire une nouvelle ponction, répétée elle-même à bref délai. L'épuisement produit par ces ponctions successives va augmenter encore la cachexie déjà très marquée, et nous ne pourrons éviter, à bref délai, une terminaison fatale.

ASILE DES ALIÉNÉS DE MARSEILLE

Épilepsie et folie épileptique dues à un traumatisme cranien remontant à vingt-cinq ans et guéries par trépanation.

Par le docteur BOUBILA,
Médecin en chef de l'asile public d'aliénés (Bouches-du-Rhône)
et le docteur PANTALONI,
Chirurgien-major des hôpitaux civils de Marseille.

P. L..., entrée à l'asile le 22 juin 1883, âgée de vingt-trois ans, née et domiciliée à Marseille, journalière. Le certificat, joint à la demande d'admission, constate qu'elle est atteinte de folie intermittente avec tendances au suicide.

Notre premier examen nous permet de déclarer, dans le certificat de vingt-quatre heures, qu'elle est atteinte de folie impulsive entée sur une débilité mentale. Nous y consignons en même temps, d'après les renseignements fournis par la mère et le médecin qui l'a soignée, des idées de suicide, des actes de violence, des crises nerveuses de nature inconnue, et de notre observation personnelle des hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Dans le certificat de quinzaine, nous affirmons qu'elle est atteinte d'imbécillité avec impulsions irrésistibles. Ces impulsions se traduisent à ce moment en actes de violences sur les infirmes ou les vieillards.

Cet état dure jusqu'au 18 juillet, jour où une attaque d'épilepsie se déclare avec une intensité inouïe suivie d'une agitation et d'une très sérieuse tentative de suicide par strangulation. Jusqu'à ce moment, nos recherches sur le début, les causes et l'hérédité de notre malade, bien que consignées dès l'entrée dans notre cahier d'observations, ne mériteraient qu'un intérêt très relatif. La mère, femme d'une intelligence au-dessous de la moyenne, n'avait pu nous donner aucun renseignement, même vague, sur son ascendance personnelle.

Du père (la fille est issue d'une union libre), elle ne pouvait que se souvenir de son caractère qui était sombre, entêté et très violent. Quant aux causes qui ont pu intervenir dans les manifestations que nous constatons chez notre malade, Mme P... les ignore et ne sait qu'une chose, c'est que sa fille a eu une crise de nerfs, un mois environ avant son entrée. Ce mot crise de nerfs représente pour elle un je ne sais quoi, qu'il est impossible de lui faire expliquer, quelles que soient notre patience à l'interroger et son impatience à voir que nous ne comprenons pas une chose si facile à exprimer pour elle et si difficile à définir pour nous d'après ses explications. Survient l'attaque du 18, qui, par sa netteté, vient affirmer que les crises nerveuses relèvent sans conteste de l'épilepsie. Nous nous livrons alors à un examen approfondi de la cavité buccale et du crâne, et nous constatons sur ce dernier un enfoncement d'un demi-centimètre de profondeur environ, assez régulièrement circulaire, d'à peu près 4 centimètres de diamètre, siégeant à l'angle postéro-supérieur du pariétal gauche, mais intéressant un peu les sutures occipito-pariétale et bi-pariétale. Rien du côté des téguments.

Fort de cette constatation, nous finissons par obtenir des explications satisfaisantes de la mère, mais non sans de fréquents et minutieux interrogatoires. Ce n'est qu'à la longue, quelque incroyable que paraisse l'histoire, que nous sommes parvenu à lui arracher, par tronçons, la relation d'un accident arrivé à sa fille vers l'âge de six ans. Perchée sur une balançoire, l'enfant, arrivée à une hauteur de 4 à 5 mètres (l'extrême de la courbe décrite par l'appareil), aurait tout lâché et serait venue frapper de son crâne une pierre d'assez grande dimension. Les suites? la mère et la fille n'en ont gardé aucun souvenir. Tout ce que peut affirmer Mme P..., c'est que sa fille, qui était comme les autres enfants, est devenue fantasque, indisciplinée, irritable et inapte à tout travail suivi. Elle ajoute même qu'elle a entendu dire par ses voisines que l'enfant a des crises nerveuses. Ce dernier incident, elle ne l'a jamais constaté, par suite de son absence quoti-

dienne de la maison. Ses occupations de blanchisseuse pour une des grandes compagnies de navigation la retiennent constamment loin de son domicile, la nuit exceptée. Quant à la vie de la jeune fille jusqu'à son entrée à l'asile, elle est des plus accidentées. En deux mots, congédiée de partout, elle mène une vie de querelle et de paresse, à charge à sa mère et à ses voisins.

Post hoc propter hoc. Ce proverbe, dont on a trop abusé, nous semble, dans l'espèce, d'une application facile et doit se formuler ici dans ces termes : « L'épilepsie et l'arrêt de développement intellectuels sont consécutifs à un traumatisme cranien. » Nous devons avouer que l'attaque unique dont nous avons été le témoin ne pouvait, dans ses manifestations, apporter aucun argument décisif à l'appui de cette thèse. A cette époque, nous eûmes l'heureuse chance de faire approuver notre diagnostic et l'utilité de la trépanation par un des plus éminents chirurgiens de Marseille. Il recula pourtant devant la gravité de l'opération. Ajoutons que l'antisepsie chirurgicale n'avait pas encore fait le pas décisif qu'elle a fait depuis, ce qui explique et au delà le refus de notre confrère. Revenons à notre malade. Pendant son séjour prolongé à l'asile, elle a été la terreur de ses compagnes et du personnel de surveillance. Les accès d'agitation avec idées homicides ont été très nombreux. Nombreuses ont été aussi les tentatives de suicide. Actes de violence succédant à une tentative de suicide et *vice versa*, avec la soudaineté d'un coup de pistolet et toujours, au prologue, une pâleur de la face arrivant à la lividité. Ainsi, à la visite, la jeune P... est assise au milieu de ses compagnes: nous lui disons bonjour; elle nous répond et à peine l'avons-nous dépassée, que les cris de l'infirmière qui nous suit, nous font retourner. Cette dernière venait d'arrêter à quelques centimètres de notre tête une chaise dirigée à tour de bras par notre malade. Inutile de décrire les vociférations et les injures qui nous furent adressées à l'infirmière et à nous. Même jeu à une autre visite, les actes de violence en moins, mais remplacés par une tentative de strangulation. La cyanose de la face seule nous permit d'intervenir et il n'était que temps. La situation est toujours restée stationnaire. Le personnel de surveillance ne constata plus de grandes attaques, mais des vertiges plus ou moins définis et des impulsions irrésistibles au suicide ou à l'homicide.

Les choses étaient en l'état lorsque nous fûmes témoin d'une trépanation, faite par M. le docteur Pantaloni, major de l'hôpital de la Conception. Grâce au brillant talent de l'opérateur et à sa pratique rigoureuse des règles de l'antisepsie, huit jours après l'opération, la guérison était complète. Fort de ce résultat, nous réclamâmes son bienveillant concours et l'opération eut lieu le 1er juillet 1891. La mère de notre malade, sur nos instances pressantes et réitérées, avait donné son autorisation d'opérer. Quant à la jeune fille, elle se prêta, sans trop de difficultés, à nos désirs et donna son consentement.

Opération. — La veille de l'opération, la malade fut complètement rasée, puis lavée à la mousse de savon tiède, à l'alcool à 80 degrés, brossée au sublimé, enfin pansée avec le coton phéniqué. Anesthésie par le chloroforme à des doses faibles et continues, par M. Pujol, externe des hôpitaux. Aides : MM. Aslanian, interne des hôpitaux, et Cossa, interne du service.

Incision à lambeau quadrilatère de 6 centimètres de côté, à base postérieure, comprenant à la fois les téguments et le périoste. Ce volet cutanéo-périosté est étreint à sa base par une pince à mors flexibles, qui en assure l'hémostase, et rabattu en arrière. Une couronne de trépan est appliquée à l'angle antéro-externe de la surface osseuse dénudée, et sert à amorcer le travail, qui se fait rapidement au ciseau frappé des marbriers et au maillet, avec les précautions nécessaires pour ne pas entamer le sinus longitudinal, qui se trouve correspondre au bord interne de l'incision. La dure-mère est incisée en croix et les lambeaux relevés : l'arachnoïde et la pie-mère se présentent à nous sous leur aspect normal et sans aucune trace de lésion antérieure.

Les lésions observées au cours de l'opération ont consisté simplement en un épaississement et une dureté extrême de la table interne avec disparition presque complète du diploé. A la dépression extérieure correspondait, par suite, une bosse d'égale dimension, comprimant le cerveau.

Toute la partie épaisse ayant été enlevée, la dure-mère fut recousue par un surgel au catgut, puis les téguments, périoste compris, furent suturés par un seul plan de points entrecoupés au crin de Florence. Pansement à la gaze iodoformée et au coton phéniqué, sans drainage. Ablation le septième jour : réunion parfaite.

Pendant le cours de l'opération, la malade a bien supporté le chloroforme, administré suivant la méthode décrite par M. Marcel Baudouin. Le réveil s'est fait sans difficulté. L'hémorrhagie, par instants assez forte, a été modérée par pression par des bandes de coton appliquées sur tout le pourtour de la section. Le sinus longitudinal n'a pas eu besoin d'être lié, ce que nous étions d'ailleurs préparé à faire, en passant deux fils à travers la dure-mère.

Soins consécutifs. — Diète lactée les premiers jours, puis régime ordinaire. La température s'est élevée à 37°7 le premier jour, le pouls à 104 pulsations; mais l'un et l'autre revenaient à la normale le lendemain, et ne la quittaient plus.

Résultats. — La convalescence mentale a suivi d'assez près la guérison physique.

Dès la fin du premier mois qui a suivi l'opération, nous avons été témoin d'un changement dans les gestes, l'attitude, la conduite de notre opérée. La modestie, la déférence prennent peu à peu la place du cynisme des gestes et des paroles.

Plus d'actes de violence, plus de paroles grossières. Aux insolences, aux propos orduriers qu'elle nous adressait jadis, succèdent de l'émotion, de la reconnaissance pour nos soins. Elle est heureuse de l'opération qu'elle vient de subir et elle s'empresse d'en faire constater les effets immédiats par toutes les personnes qu'elle rencontre. Son caractère se modifie en bien. Tout travail lui est bon et elle s'en acquitte dans la mesure de son intelligence, mais avec une bienveillance qui contraste avec sa mauvaise volonté d'autrefois. Elle qui frappait à tort et à travers, reçoit un soufflet d'une de ses compagnes en notre présence. Elle ne le rend pas et elle nous prend à témoin de la violence qu'elle vient de subir. « Autrefois, dit-elle, avec une physionomie gracieuse et satisfaite, j'avais des tournements de tête, comme si j'allais tomber, mais grâce à M. Pantaloni et à vous, tout cela a disparu. » Cette évolution vers le bien a été lente, mais toujours progressive. Elle s'est accentuée à ce point en janvier, après quelques permissions d'une demi-journée, que nous avons accordé un congé d'un mois le 17 janvier 1892, et il y a peu de jours, une sortie définitive.

Pendant toute cette période de congé, la mère et la fille sont venues régulièrement, une fois par semaine, nous rendre compte de tous les événements, petits ou grands, survenus dans la semaine écoulée. Des renseignements fournis et de nos informations personnelles, nous avons conclu à la guérison.

Cette observation méritait d'être relatée pour plusieurs motifs : d'abord, le résultat favorable, à une époque aussi éloignée de l'accident; en second lieu, la facilité extrême avec laquelle l'intervention a été supportée. Enfin, comme conclusion, une tentative de ce genre montre une fois de plus qu'on ne doit pas hésiter à recourir à la trépanation, dans certains cas d'épilepsie avec troubles mentaux, lorsqu'on présume trouver des lésions organiques que l'intervention chirurgicale peut faire disparaître.

THÈSES DE PARIS

Syphilis conceptionnelle, syphilis précoce, syphilis tardive, par M. Jorge Godinho. — La syphilis conceptionnelle est due à la contamination de la mère par le fœtus créé syphili-

tique par le père, sans accident primitif, sans adénopathie primitive, elle est une syphilis générale d'emblée.

Tantôt elle est précoce : les signes de la maladie (période secondaire) apparaissent durant la grossesse ou peu après l'accouchement. Tantôt elle est tardive : les signes n'apparaissent que quelques années après la contamination. Ils sont alors précédés d'une période de syphilis latente.

Précoce ou tardive, la syphilis conceptionnelle revêt souvent des allures légères qu'il est parfois difficile de dépister.

VARIÉTÉS

Les médecins et le public.

Dans un grand journal politique, comme celui où collabore notre confrère M. Horace Bianchon, par exemple, il se fait un échange continuel de vues entre le chroniqueur et son public. Un très grand nombre de lecteurs écrivent pour répondre à tel ou tel article qui les touche, pour le commenter, pour le discuter, pour le compléter, pour en complimenter l'auteur ou l'accabler de durs reproches. Et c'est un fait à remarquer que rien ne rend prolixe comme les questions médicales.

Bon nombre de ces lettres n'ont aucune importance, étant écrites par de vieilles demoiselles de province que l'oisiveté a jetées dans la manie épistolaire. D'autres sont plus instructives et fort bonnes à méditer, certaines, notamment, qu'a reçues ces temps-ci le collaborateur du *Figaro* pour la partie médicale.

« Prenez garde, lui écrit-on, les médecins sont en train de gâter leur prestige. Ils ont su conquérir une situation merveilleuse dans la société contemporaine : nous leur disons tout, comme au prêtre, nous leur obéissons, nous croyons en eux, même sans les comprendre, et je ne sais quelle auréole les entoure, malgré les honoraires qu'il faut leur payer en janvier... Eh bien ! il commence à se ternir, le nimbe. La profession médicale est en train de perdre, non pas de son éclat (elle n'a jamais été si brillante) mais de sa considération, de sa respectabilité. Certains événements récents, que vous connaissez mieux que moi, y contribuent pour une large part. Voilà un bon sujet d'article : écrivez-le. »

Elle voit un peu noir, mais elle voit malheureusement assez juste, cette lettre. Le rédacteur du *Figaro* a eu la bonne idée de n'en rien dire à ses lecteurs, que ces histoires-là ne doivent pas intéresser, et sagement il m'a passé la main, estimant que c'est ici, dans la famille médicale, qu'il est bon d'en causer un peu.

Oui, mes confrères, le public écrit des lettres comme celle que vous venez de lire, d'autres encore, qui ont pour conclusion une phrase comme celle-ci : « Chez vous, tout est pareil à votre concours d'agrégation : de la poudre aux yeux ! »

Il y a des causes à ces « états d'âmes ». Tâchons donc de les rechercher, tant qu'il n'est pas trop tard pour y porter remède.

Il y a, tout d'abord, un changement notable dans l'attitude des journalistes. Naguère encore, le reporter allait interviewer le médecin, comme on allait jadis consulter les oracles, avec respect et avec foi. A chaque ligne, dans son article, on trouvait le mot « maître » et le mot « éminent ». A présent, l'ironie s'en mêle avec je ne sais quel sentiment de révolte. Je vous le dis en vérité, on relit Molière dans les salles de rédaction. Et puis, le journaliste a trouvé plus habile, plus facile, et plus généreux en même temps de prendre, une fois pour toutes, la défense du malade contre le docteur, et comme qui dirait de l'opprimé contre l'oppresseur !

Oppresseur, l'aliéniste qui, peut-être, qui sait ? se livre chaque jour à des débauches de séquestrations arbitraires ! Oppresseur, le chirurgien, qui persuade à une faible femme qu'il est indispensable de lui ouvrir le ventre et d'en extirper un ovaire légèrement congestionné, et le public trouve cela très bon, très charitable à son égard.

Le douloureux événement par chloroforme, survenu récemment dans le service d'un des chirurgiens les plus justement estimés de Paris, a déchaîné une série d'articles hostiles à notre profession. A la première ou à la seconde page des journaux, on a vu s'étaler des titres comme celui-ci : *Méfiez-vous des médecins !* ou bien encore : *Homicide par imprudence !* Dans l'espèce, la chose est d'autant plus grave, d'autant plus regrettable, qu'il y a en ce moment-ci, dans Paris, des centaines de personnes sur le point d'être opérées, auxquelles il faudra bien tout de même donner du chloroforme, et que l'on terrorise comme à plaisir — sans compter le sérieux dommage que l'on risque de causer, en imprimant son nom, à un chirurgien qui se trouve être précisément l'un de ceux que préoccupe le plus la question du chloroforme.

Il y a donc, dans la grande presse, un commencement d'hostilité à notre égard, hostilité redoutable, parce qu'elle revêt des apparences chevaleresques, et prétend à sauvegarder les droits du faible, du malade, contre la « tyrannie sans contrôle » du médecin.

Et comment voulez-vous qu'il en soit autrement ? La lutte pour la vie est devenue si âpre, la concurrence si ardente que, non content de s'élever soi-même, on veut abaisser ses rivaux. Quand un journaliste se trouve dans un milieu médical, il interroge pour se renseigner, pour se faire une opinion sur tel ou tel homme en renom. Et savez-vous ce qu'il entend ?

— Un tel ?... c'est un charlatan : sur dix malades qu'il opère, il y en a bien cinq ou six, qu'il vaudrait mieux laisser mourir en paix !

— Un tel ?... c'est un faiseur : pour augmenter le nombre de ses consultations, il traîne en longueur ses malades !

— Un tel ?... c'est un bandit : il oblige tous ses clients à aller prendre leurs remèdes chez le même pharmacien ; on partage les bénéfices.

Et comme cela tout le temps ! Que diable voulez-vous qu'il pense, le pauvre reporter assailli par ces médisances dont l'exagération ou la fausseté lui échappent, parce qu'il n'est pas du métier ! Logiquement, il en conclut que tous les médecins sont plus ou moins des charlatans, aveugles sur leur propre charlatanisme, trop clairvoyants sur celui des autres. Et dès lors, voici le raisonnement qu'il se tient et qu'il n'a point de peine à faire adopter du public.

En cas de maladie, il y a deux personnes en jeu : d'une part le malade, très désarmé, très pitoyable et très intéressant : 1° parce qu'il souffre ; et 2° parce qu'il paie ; et, d'autre part, le médecin, dont le pouvoir est sans contrôle, qui n'est pas responsable du bien ni du mal qu'il vous fait, et qui touche des honoraires, même s'il ne vous a pas guéri !

Opinion cent fois erronée, qu'il faut combattre de tout notre pouvoir. Il faut le dire partout, parce que c'est vrai, le médecin est le meilleur ami du malade ; il ne pense jamais qu'à lui faire du bien, et s'il se trompe, sa conscience n'a rien à lui reprocher. Dans l'intérêt réel des malades, il faut toujours prendre le parti du médecin, et nous pouvons le faire en France hardiment, parce que, en France, le médecin a toujours été et demeure un honnête homme.

Mais tout de même, prenons garde. Les désaccords du dernier concours d'agrégation ont suscité, dans le public, une stupeur tout à fait dangereuse. « C'est là, a-t-on dit de toute part, c'est là cette grande barrière qui sépare le professeur du simple praticien ? C'est là ce qui consacre l'autorité des maîtres ?... » Et, dans le monde, la surprise a été si vive, que pour peu que l'on tienne à la considération de ceux qui sont la clientèle, un changement s'impose dans le mode de recrutement.

C'est ce moment que quelques-uns de nos confrères ont choisi pour s'organiser en syndicat. Le public est porté à y voir on ne sait quoi d'hostile à son égard, et là non plus l'impression n'a pas été bonne.

Notre profession est incontestablement la plus belle. Le médecin peut être aussi puissant au XXe siècle, que fut le prêtre au XIVe. Il ne tient qu'à nous de devenir les grands éducateurs, les

grands bienfaiteurs des hommes. Mais pour cela, il nous faut oublier un peu les petites rivalités, les querelles mesquines, les jalousies qui nous rendent injustes. Soyons très bons, laissons-nous même un peu voler, donnons à la rigueur des consultations gratuites à quelques gens qui pourraient payer, mais ne nous livrons pas en spectacle aux ironistes de la presse et aux railleurs du monde. Dans une profession comme la nôtre, il faut savoir être honnête jusqu'au scrupule, et généreux presque jusqu'à la bêtise. C'est à ce prix-là, seulement, que nous aurons le respect et la confiance des autres.

MAURICE DE FLEURY.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Rédacteur en chef de la Gazette des hôpitaux.

Paris, le 30 avril 1892.

Monsieur le Rédacteur en chef,

C'est pour un fait personnel, que j'ai recours à l'hospitalité de votre journal ; mais ce fait relève de la déontologie médicale et, comme tel, il pourra intéresser quelques-uns de vos lecteurs.

Voici le cas : on peut lire, à la première page d'un premier volume d'une *Petite Encyclopédie médicale*, éditée par la Société d'éditions scientifiques (dont le seul directeur connu, et partant responsable, est M. le docteur H. Labonne), une annonce ainsi conçue : « La Société d'éditions scientifiques a pour principe de partager par moitié, entre les auteurs et elle, tout bénéfice résultant de la vente des ouvrages. » L'avis ajoute qu'en 1891, ce système d'association a fonctionné et il cite, entre autres auteurs, une liste dont le quatorzième nom est : « LETULLE, Guide pratique des sciences médicales. »

A la fin du même volume, se trouvent encartés un extrait du catalogue des ouvrages de la maison Labonne, le même avis que celui de la première page, et enfin une table, par ordre alphabétique, des auteurs qui participent auxdits bénéfices. Or, à la lettre L, page 6, deuxième colonne, on lit encore LETULLE, etc., et l'on m'apprend même que j'ai sous presse un supplément de *mon* ouvrage !

Je suis donc, aux yeux de tout lecteur bénévole, l'auteur et, qui plus est, l'*unique auteur* du « Guide des sciences médicales », puisque aucun des noms des auteurs figurant cependant sur la première page de cet ouvrage n'est reproduit dans la table alphabétique du catalogue que je viens de citer.

Or, j'oppose à ces annonces et avis émanant de la rédaction par trop... audacieuse de M. H. Labonne, les démentis les plus formels :

1° *Il est faux* que je sois l'auteur du « Guide des sciences médicales ». Je me suis contenté d'en présenter les jeunes auteurs, mes amis pour la plupart, au public médical ;

2° *Il est également faux* que je participe d'une manière quelconque aux bénéfices de l'affaire ;

3° Il est *faux* enfin que j'aie jamais consenti à recevoir, par quelque procédé que ce soit, de M. H. Labonne en particulier, et de la Société d'éditions scientifiques (inconnue de moi) en général, une somme d'argent ou une rémunération quelconque.

M. Labonne possède d'ailleurs un double traité consenti, signé par lui et par les collaborateurs du « Guide » dans lequel il est dit (page 1, lignes 16 et 17) que c'est « sous la direction exclusivement scientifique et non rétribuée de M. le docteur Letulle » que l'ouvrage en question sera édité par la maison Labonne.

En quels termes peut-on dès lors apprécier de pareils procédés? Est-ce vraiment faire en faveur de sa maison de commerce une manœuvre bien habile que d'abuser ainsi d'un nom?

Aussi longtemps que M. Labonne s'est contenté de lancer un peu partout *et toujours à mon insu* des demandes d'annonces payantes avec mon nom en tête de ses feuilles et le fameux « Guide » en exergue, je ne pouvais rien faire que le poursuivre de mes protestations platoniques, la question *annonces* ne figurant pas dans le traité qui lie mes jeunes collaborateurs à la maison Labonne.

Aujourd'hui, M. Labonne récidive, malgré sa parole d'honneur et malgré ses promesses *écrites* de cesser toute réclame sur mon nom. J'ai le droit de protester publiquement et je prétends user de ce droit.

Je vous prie donc d'insérer cette lettre dans la *Gazette des hôpitaux*, et d'agréer, Monsieur le rédacteur en chef, l'assurance de ma parfaite considération.

Dr Maurice LETULLE,
Professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le recours formé près le ministre de l'Instruction publique contre le dernier concours d'agrégation en médecine a été rejeté. MM. Charrin, Gaucher, Roger, Marfan et Ménétrier sont promus agrégés.

— Par décret, en date du 7 mai 1892, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe Etourneau, Rousseau, Pervès, Defressine, Thiroux, Sarrat, Aurégan, Forgeot, Thoulon, Longchampt, Mourron, Morgue, Pernet, Mailliu, Barillet, Boury, Bailly, Préboist, Dutigny, Forterre, Lacombe, Ruban, Roudié, Audibert, Porre, Brochet, Chabanne, Vizerie, Souls, Allain, Letrosne, Aubry, Émily, Rey, Bonain, Lautour, Tréhen, Aldebert, Buisine, Fournes, Madon, Chaussade, L'Helgouac'h, Battarel, Poix, Maureau et Millet.

— Par arrêté ministériel, en date du 27 avril 1892, une médaille d'honneur en bronze et des mentions honorables ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en témoignage du dévouement dont elles ont fait preuve au cours d'une épidémie de suette miliaire qui a sévi de novembre 1891 à février 1892 à Puissalecon (Hérault).

Médaille de bronze. — M. Tréboso (Sigismond), étudiant en médecine à Montpellier, ancien interne des hôpitaux d'Oran et de Constantine, déjà signalé pour sa belle conduite, lors de précédentes épidémies.

Mentions honorables. — MM. Auber (Joseph-Pierre-Jules) et Jaussaud (Claudius-Joseph), internes à l'hôpital général de Montpellier.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Ballet, agrégé, est chargé d'un cours de clinique et des maladies de l'encéphale, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Ball.

M. Hutinel, agrégé, est chargé d'un cours de clinique des maladies des enfants, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Grancher.

— Le concours pour les places de médecins des bureaux de bienfaisance de la ville de Paris, s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Lafite (IVe arrond.); Mallet (Ve arrond.); Cabanès et Martin (VIIe arrond.); Marquézy et Amat (VIIIe arrond.); Leflaive et Piole (Xe arrond.); Andrerey et Chauveau (XIe arrond.); Regnault et Fagart (XVIe arrond.); Charles (XVIIe arrond.); Gaillard, Saintu et Soulié (XVIIIe arrond.); Morin et Boularan (XIXe arrond.); Vildermann et Sulot (XXe arrond.).

— *Muséum.* — M. Berthelot (P. A. D.) est nommé assistant de physique appliquée à l'histoire naturelle, en remplacement de M. M.-H. Becquerel, appelé à d'autres fonctions.

M. Ramond est nommé assistant de géologie, en remplacement de M. Stan. Meunier, appelé à d'autres fonctions.

M. Guignet est nommé professeur intérimaire de la chaire de physique végétale, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Ville.

— Le Congrès de laryngologie et d'otologie met à l'ordre du jour de sa réunion de 1893, les questions suivantes :

1° Traitement de la tuberculose laryngée; — 2° traitement de l'otorrhée; — 3° traitement des affections des cavités accessoires du nez.

— Le Congrès des Sociétés savantes aura lieu, à la Sorbonne, du mardi 7 juin au samedi 11 juin prochain.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Alcaloïdes, histoire, propriétés chimiques et physiques, extraction, action physiologique, effets thérapeutiques, toxicologie, observations, usages en médecine, formules, etc., par B. Dupuy, pharmacien de première classe de l'École supérieure de pharmacie de Paris. 2 vol. grand in-8°. — Prix : 32 francs. — Paris, 1889, chez l'auteur, 15, passage de la Main-d'Or, et chez les principaux libraires.

Sur la fécondation dans les cas de polyembryonie, reproduction chez le dompte-venin (vincetoxicum), par le docteur Gustave Chauveaud, agrégé de l'Université. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

La skiascopie (kératoscopie), par le docteur G. Bitzos, avec 30 figures dans le texte. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Hygiène de l'oreille, soins préventifs contre les affections auriculaires, par le docteur Meunier. 1 vol. in-18 cartonné. — Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Feuille d'observation clinique, par le docteur Edm. Dupouy. — Prix : 15 centimes. — Paris, D. Meurillon, éditeur, 10, rue Séguier, et toutes les librairies médicales.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 11 mai 1892.

Une campagne odieuse est conduite, en ce moment, avec une violence inouïe, contre M. Péan. La calomnie ne s'arrête devant aucune considération. Hier M. Ricard s'est dégagé personnellement d'un débat où il n'a jamais entendu prendre parti. Toujours étranger à cette cabale, il ne veut pas être confondu avec les ennemis qui s'acharnent contre une de nos plus grandes illustrations. Quant à nous, qui savons les services rendus par l'éminent chirurgien de Saint-Louis, nous ne prêterons jamais la main à des attaques qui ne méritent que le plus profond mépris.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le débat sur la pleurésie s'élargit de plus en plus : M. Germain Sée, en y prenant part de nouveau, a fait connaître la théorie de l'inflammation telle qu'il la conçoit d'après les travaux les plus récents, en particulier ceux d'un élève de M. Pasteur, M. Metchnikoff. En ce qui touche plus spécialement la pleurésie, M. G. Sée arrive à cette conclusion que l'inflammation séreuse est une réaction salutaire de l'organisme contre les agents microbiques ou irritants; et il en tire cette conséquence thérapeutique que, dans la période inflammatoire de la pleurésie, il faut s'en tenir à l'expectation ou, selon l'heureuse expression de M. Peter, à la contemplation seule.

Telle n'est pas tout à fait l'opinion de M. Hardy, qui reste convaincu qu'en attaquant cette inflammation par les émissions sanguines, les révulsifs et les diurétiques, et qu'en joignant à ce traitement traditionnel la thoracentèse dûment et opportunément pratiquée, on arrive encore à de meilleurs résultats.

M. Azoulay, se basant sur des expériences de M. Marey, est arrivé à déterminer exactement la position du corps dans laquelle il convient le mieux d'ausculter le cœur. On trouvera plus loin un résumé de la note de M. Azoulay. Le procédé, bien simple, qu'il indique peut rendre des services dans des cas douteux ou difficiles d'auscultation cardiaque.

HOPITAL SAINT-SAUVEUR DE LILLE. — M. G. Phocas.

Greffes d'Ollier-Thiersch.

Vous venez de voir levé et se promenant dans la salle un garçon de sept ans, qui est resté couché pendant près de six mois dans le service. Quand il nous fut adressé, il avait déjà été soigné en ville pendant six mois pour une vaste brûlure de la jambe, qui n'avait fait aucun progrès. La plaie était saignante, granuleuse et très douloureuse. Nous l'avons d'abord soignée avec des pansements propres, nous avons essayé de greffer quelques petits lambeaux à la Reverdin, mais la solution de continuité ne présenta aucune amélioration appréciable. C'est alors que nous nous sommes décidé à pratiquer des greffes selon la méthode d'Ollier-Thiersch et le résultat fut assez satisfaisant, puisque l'enfant est aujourd'hui guéri. Mais il importe de noter la vaste étendue de la perte de substance, de se rappeler que la brûlure s'étendait depuis le genou jusqu'aux malléoles, et qu'elle comprenait la presque totalité de la peau de la jambe, pour juger bien le résultat obtenu. Je trouve noté dans l'observation que la plaie de la face interne de la jambe mesurait 19 centimètres de hauteur et que sa largeur était de 6 centimètres. Cette plaie se prolongeait en dehors sur la face externe de la jambe dans l'étendue de 9 centimètres. La face postérieure de la jambe présente aussi une solution de continuité de 6 centimètres de haut sur 4 centimètres de large. Enfin, au niveau du mollet, deux autres plaies mesurent ensemble 10 centimètres de large et 9 centimètres de haut. En somme, toute la circonférence de la jambe n'était pas atteinte, mais très peu de surface cutanée avait échappé à l'action du caustique (de l'eau bouillante).

La cuisse droite, la jambe du même côté et les bras des deux côtés nous ont servi pour prendre de vastes lambeaux à la Thiersch, et à deux reprises différentes nous avons pu couvrir toute la perte de substance. Les greffes ont tenu d'abord avec une grande facilité; la cicatrice s'est déchirée ensuite et en fin de compte nous sommes parvenus, au bout de six mois de soins, à avoir une cicatrice assez solide pour permettre la marche. Ce n'est pas de la peau proprement dite, mais ce n'est pas non plus une cicatrice rétractile, car elle est mobile jusqu'à un certain point sur les parties profondes.

Le résultat, malgré la longueur du traitement, peut être considéré comme satisfaisant. Il est dû en grande partie à notre intervention ; aussi je désire vous entretenir du pro-

cédé de Thiersch qui peut vous rendre des grands services dans les cas analogues.

Je ne vous ferai pas la bibliographie de la question, bibliographie que vous trouverez exposée dans les thèses récentes et dans la thèse d'un de mes élèves, M. le docteur Ducroquet (1). Je ne chercherai pas non plus à élucider une question de priorité soulevée par M. Ollier, qui a revendiqué le procédé dit de Thiersch. Ce dernier chirurgien l'a exposé au XVe Congrès des chirurgiens allemands et depuis les travaux se sont multipliés (2).

Le procédé opératoire mérite, je crois, d'être exposé dans ses moindres détails. Je dois, cependant, vous avertir que la connaissance parfaite des règles opératoires ne dispense pas d'une certaine habileté, d'un certain tour de main que tout le monde peut acquérir en répétant l'opération sur le cadavre.

Le procédé opératoire comprend trois temps : 1° l'avivement de la perte de substance; 2° la récolte des greffes; 3° la pose des greffes.

1° *L'avivement* est indispensable quand on traite une plaie granuleuse. Il est inutile quand la perte de substance à recouvrir vient d'être créée par le chirurgien. L'avivement est fait avec la cuiller tranchante de Volkmann. En quelques coups de curette on enlève rapidement tous les bourgeons charnus de la plaie et, plus simplement, on râcle *tout ce qui est mou*. On arrive sur une surface dure et grisâtre qui crie sous la curette. Le râclage ne va pas sans une certaine hémorrhagie qu'il faut réprimer avant de procéder au second temps. Pour cela, on recouvrira la plaie de quelques gâteaux de coton hydrophile trempé dans une solution antiseptique faible (Thiersch n'employait que l'eau salée et proscrivait l'antisepsie), et on assujettira le tout à l'aide de quelques tours d'une bande fortement roulée. Quelques minutes de compression suffiront pour arrêter le sang. Ces quelques minutes seront consacrées à la préparation de la partie à laquelle on empruntera les greffes.

On choisira de préférence la face externe de la cuisse, selon les conseils de Thiersch, ou la face externe du bras; la jambe pourra aussi être utilisée. La région choisie sera lavée, savonnée, rasée et mouillée avec une solution antiseptique faible. Cette toilette achevée, on procédera au second temps de l'opération qui est :

2° *La récolte des greffes*. — Prenons la face externe de la cuisse, comment doit-on procéder pour y tailler des greffes? Un aide appuie avec la paume de la main sur l'extrémité supérieure de la cuisse et tire en même temps la peau du côté de la hanche. L'opérateur tire de son côté en appuyant sur la peau de l'extrémité inférieure de la cuisse et la tire du côté du genou. La paume de la main gauche est consacrée à ce travail.

Aide et opérateur tirent donc, l'un en haut l'autre en bas, la peau de la face externe de la cuisse et appuient fortement et largement sur le membre, de manière à corriger la convexité physiologique de ce segment du membre. De la main droite restée libre, l'opérateur saisit alors un rasoir. Ce rasoir sera choisi avec un tranchant irréprochable, sa lame sera large, une de ses faces sera plane et l'autre légèrement concave. Un microtome remplit bien le but.

Le rasoir sera appliqué sur la peau par sa face plane. Il sera animé de mouvements rapides dans le sens transversal qui le feront progresser de haut en bas, dans l'étendue de 10 centimètres environ. Son inclinaison sera toujours la même, ce n'est qu'à la fin de sa course que l'inclinaison pourra être très légèrement modifiée, afin de libérer le lambeau. De cette façon, la peau entamée au niveau du derme sera coupée, comme par un microtome, en une coupe mince presque microscopique comprenant l'épiderme et une petite portion du derme. Cette coupe, ce lambeau, au fur et à mesure que le rasoir progresse, se plisse et se dépose sur la face supérieure du rasoir; il y adhère si le rasoir est sec; il y nage si on a eu soin de mouiller le rasoir. Pendant ce temps, un aide coupe de quelques coups de ciseaux la bande qui servait à comprimer la partie avivée. Il présente la perte de substance exsangue, et on passe au troisième temps :

3° *La pose de la greffe*, qui comprend plusieurs petites manœuvres. Le lambeau déposé sur le rasoir sera déplissé, posé sur la surface à recouvrir et étalé sur cette surface. Pour accomplir ces manœuvres, le rasoir qui porte la greffe sera approché de la surface à recouvrir. Une extrémité du lambeau sera basculée sur la plaie et elle y sera retenue à l'aide d'un instrument mousse, d'une sonde cannelée, d'un stylet boutonné. La main gauche appuie sur l'extrémité du lambeau, la main droite éloigne progressivement le rasoir et le lambeau s'étale peu à peu sur la surface cruentée. S'il persiste encore quelques plis, une sonde cannelée maniée par son pavillon sera suffisante pour les égaliser, en agissant sur la face cutanée du lambeau.

Parmi ces trois temps, seul l'avivement se fait une seule fois. Les deux autres (récolte et pose des greffes) se répètent autant de fois qu'il est nécessaire pour recouvrir toute la surface cruentée et dépasser ses bords de 1 centimètre. Les lambeaux devront être déposés de façon à s'imbriquer par leurs bords. Cela a une certaine importance, car les bords des petits lambeaux sont dentelés et peu propres à fournir une bonne cicatrice.

On comprend que, pour peu que la surface à recouvrir soit étendue, il est nécessaire de tailler de vastes lambeaux sur la cuisse. Si la peau de la cuisse n'est pas suffisante, on en prend sur le bras (face externe). La récolte y est un peu plus difficile. On conseille d'embrasser, avec la main gauche, la face antéro-interne du bras et de tirer la peau, pendant que de la main droite on manie le rasoir sur la face externe. Il serait plus avantageux de poser le bras sur un coussin de sable et de répéter la manœuvre que nous avons indiquée à propos de la cuisse.

Les plaies qu'on produit au rasoir sont très superficielles. Elles saignent par une infinité de points, en pluie. Elles cicatrisent sous un pansement sec avec une grande facilité et ne laissent pas de cicatrices. C'est une faute d'intéresser la totalité de la peau. Si on découvre le tissu cellulaire, on produit des plaies beaucoup plus grandes et parfois assez longues à guérir.

L'opération est terminée. Il faut panser. Les plaies produites par le chirurgien sont facilement expédiées. Un pansement à la gaze iodoformée, un peu d'ouate. Autrement délicates seront les soins au niveau de la surface greffée. Là il s'agit d'immobiliser les greffes, de leur faire garder la disposition qu'on leur a donnée. Pour cela des bandelettes de taffetas gommé seront découpées d'avance et baigneront dans une assiette remplie de sublimé à 1 pour 2000. Ces bandelettes, longues de 20 centimètres et larges de 2, seront

(1) Ducroquet. Th. de Lille, 1891.

(2) Voyez, entre autres, une Revue générale de M. Delagenière, *Gaz. des hôpit.*, 1888, et le récent ouvrage de MM. Forgue et Reclus.

retirées de leur bain et placées sur la surface greffée. Elles y adhéreront. Au-dessus, quelques gâteaux d'ouate hydrophile mouillée dans la même solution et légèrement exprimée compléteront le pansement, qu'une bande de tarlatane assujettira. Enfin, le membre sera placé dans une gouttière en fil de fer.

Je viens de décrire, à l'antisepsie près, le procédé de Thiersch. Il va sans dire que de nombreuses modifications y ont été apportées. Mais, à mon sens, il existe dans le procédé quelques idées maîtresses, qu'il est absolument nécessaire de conserver si on veut l'expérimenter avec fruit.

Trois traits me paraissent caractériser essentiellement ce procédé : 1° l'étendue des lambeaux greffés ; 2° leur épaisseur ; 3° la disposition des lambeaux au niveau de la perte de substance.

Les lambeaux doivent être longs et larges. On leur donne 10 centimètres avec un peu d'habitude. Il faut beaucoup d'habileté pour leur en donner 15 ; 2, 3, 4 centimètres de largeur sont suffisants. L'épaisseur du lambeau lui a valu le nom de dermo-épidermique.

La perte de substance doit être tout entière recouverte de lambeaux transplantés. En résumé, il s'agit là d'une greffe *dermo-épidermique*, *étendue*, *continue et imbriquée* sur une surface qu'on a préalablement avivée. Je serais même disposé à croire que le caractère dermo-épidermique du lambeau n'est pas primordial, car enfin, Reverdin lui-même, tout en se défendant de tailler des lambeaux dermiques, entamait quelquefois par son procédé le derme, et Socin a justement la prétention de faire des greffes de Thiersch tout en prenant des lambeaux beaucoup plus minces que Thiersch, des lambeaux si minces, qu'ils furent qualifiés d'*épidermiques* par Heydenreich.

A côté de ces principes primordiaux du procédé, il en existe un certain nombre avec lesquels on peut transiger. C'est ainsi que je regarde, pour ma part, comme une modification heureuse, l'emploi de substances antiseptiques, pourvu qu'elles soient choisies parmi les moins corrosives. Le pansement modifié dans ce sens gagne en sécurité et en durée. L'anesthésie que Thiersch proscrivait me paraît très utile et chez l'enfant, en particulier, il serait, au moins, incommode de pratiquer une opération si longue et si douloureuse, sans le secours du chloroforme.

L'opération fut donc pratiquée avec ses modifications, selon le procédé décrit, avec le concours de M. le professeur Witzel, de passage en ce moment à Lille.

Je vous ai parlé du résultat. Après de nombreuses péripéties et une nouvelle séance de greffes pour recouvrir une autre perte de substance, nous avons une cicatrice assez mobile sur les parties profondes, rose mais facile encore à s'érailler.

Vous avez pu vous convaincre, d'autre part, en examinant un enfant que j'ai opéré par la greffe, selon la méthode italienne modifiée, que le résultat entre cette méthode et la greffe de Thiersch n'est pas comparable. La greffe par approche donne de *la peau*, la greffe de Thiersch donne une cicatrice.

Les travaux de M. Berger, les discussions à la Société de chirurgie ont mis le fait en évidence et la comparaison à ce point de vue est toute au détriment de la greffe de Thiersch.

Au reste, vouloir établir une comparaison entre ces deux procédés opératoires, serait quelque peu oiseux. Ils ont leurs indications propres. Quand nous sommes maîtres de choisir, nous devons toujours choisir celui qui permet d'obtenir de la peau mobile ; quand nous ne pouvons pas faire autrement, il faut nous contenter d'une cicatrice. Et dans ce cas particulier, l'étendue de la brûlure était telle qu'il ne nous était pas permis de songer à une autoplastie. Les fonctions de la jointure n'étaient pas menacées d'un autre côté pour nous faire combiner les deux procédés et avoir une cicatrice sur la jambe et de la peau mobile autour du genou.

Et de cette leçon, je voudrais vous faire retenir ceci : que, dans les vastes brûlures de la jambe, quand le creux poplité n'est pas intéressé, il existe un procédé opératoire qui permet de conserver la jambe et de la guérir assez bien et ce procédé est celui d'Ollier-Thiersch.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 mai 1892. — Présidence de M. Regnauld.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres : 1° de MM. Peyrot et Reclus, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire ; 2° de MM. Hanot et Auguste Voisin, qui se portent candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE

M. Hardy proteste contre l'assertion écrite par M. Dujardin-Beaumetz, à savoir qu'il y a quarante ans, on diagnostiquait moins bien la pleurésie qu'aujourd'hui. M. Hardy a été l'élève des Louis, Andral, Chomel, Bouillaud, et il affirme que ces maîtres savaient fort bien diagnostiquer la pleurésie.

M. Dujardin-Beaumetz fait observer que ce n'est pas à eux qu'il faisait allusion, mais à leurs élèves.

M. Hardy répond à cela que leurs élèves savaient aussi fort bien reconnaître une pleurésie. A cette époque, on auscultait et on percutait mieux qu'aujourd'hui, parce qu'on passait plus de temps au lit du malade. Aujourd'hui, les travaux de laboratoire prennent aux étudiants un temps que leurs aînés consacraient à la clinique, et rien qu'à la clinique.

Il est vrai qu'à cette époque on ne savait pas évaluer la quantité du liquide épanché avec la précision indiquée par M. Dieulafoy, c'est-à-dire à quelques grammes près.

M. Dieulafoy a dit à quelques centaines de grammes près.

M. Hardy répond que c'est encore là une précision sur laquelle il ne faudrait pas trop compter, car bien des médecins ne pourraient pas être aussi affirmatifs que M. Dieulafoy.

M. Hardy revient à la question actuellement en discussion, à savoir si on guérit plus ou moins de pleurésies aujourd'hui qu'autrefois ?

En comparant la mortalité de la pleurésie dans les hôpitaux de Paris de 1861 à 1864, c'est-à-dire avant l'application habituelle de la thoracentèse, à cette même mortalité de 1888 à 1891, on arrive à un résultat singulier, à savoir que la mortalité moyenne de ces quatre dernières années a été la même que celle des quatre premières, c'est-à-dire 10 p. 100. Il n'y a donc lieu, pour les uns comme pour les autres, ni de gémir, ni de s'enorgueillir. La pleurésie est, d'ailleurs, une maladie qui guérit habituellement, quelles que soient les médications qu'on lui oppose.

Doit-on en conclure qu'il ne faut rien faire aux malades atteints de pleurésie, ainsi que le veut M. G. Sée ? M. Hardy ne le pense pas, il croit seulement qu'il faut catégoriser les cas. S'il s'agit d'une pleurésie légère ou d'une pleurésie chez un enfant affaibli, on peut choisir l'expectation, comme le conseille M. G. Sée, ou la contemplation, comme l'appelle M. Peter ; mais s'il s'agit d'un individu jeune, vigoureux, atteint d'une pleurésie avec une dou-

leur vive, avec un appareil fébrile intense, M. Hardy n'hésiterait pas à recourir aux émissions sanguines, non pas à la saignée, mais aux sangsues ou aux ventouses scarifiées.

Le plus ordinairement, il est vrai, la maladie suit son cours, mais la dyspnée s'apaise, la douleur s'amoindrit, et ce ne sont pas là des résultats négligeables.

Plus tard, il a recours aux vésicatoires qui favorisent la résorption du liquide, résorption qui peut encore être aidée par les diurétiques.

On a prétendu, depuis quelques années, que la pleurésie franche, aiguë, dite *a frigore*, était presque constamment de nature tuberculeuse, et constituait une tuberculose locale. Pour soutenir cette opinion, M. Landouzy s'appuie : 1° sur l'observation des malades; 2° sur l'anatomie pathologique ; 3° sur l'expérimentation à l'aide d'animaux inoculés.

M. Hardy repousse d'abord l'expérimentation sur les cobayes, les résultats positifs étant en trop petit nombre, puis les cobayes, comme les lapins, sont des animaux très facilement tuberculisables.

Les motifs tirés par M. Landouzy de l'observation des malades et de l'examen nécroscopique sont plus importants, mais il s'appuie surtout sur les morts, tandis que M. Hardy a pour lui les vivants. Tous les médecins ont soigné des pleurétiques, qui ne sont jamais devenus tuberculeux.

Autrefois il n'y avait que des inflammations ; aujourd'hui, au contraire, on a de la tendance à voir partout de la tuberculose; or, on doit se garder de ces tendances à tout ramener à un même type morbide.

M. Hardy ne nie pas cependant les rapports qui unissent la pleurésie à la tuberculose, il admet que cette affection succède assez fréquemment à la pleurésie, et voici comment, selon lui, peut s'expliquer cette coïncidence.

La pleurésie s'accompagne de fausses membranes qui lui survivent : ces fausses membranes gênent l'ampliation du poumon, nuisent à sa nutrition et peuvent ainsi préparer un lieu de moindre résistance favorable à la tuberculose.

Quoi qu'il en soit, il existe des rapports entre la pleurésie et la tuberculose, mais la pleurésie franche, causée par un refroidissement, n'est pas fonction de tuberculose, comme l'a dit M. Landouzy.

En terminant, M. Hardy fait observer qu'entre M. Dieulafoy et lui il n'y a qu'une question de mesure; M. Dieulafoy pense que la thoracentèse doit être appliquée plus souvent que ne le voudrait M. Hardy; pour sa part, il croit qu'en érigeant en loi la nécessité de la thoracentèse alors que la plèvre paraît contenir de 1 600 à 1 800 grammes de liquide, M. Dieulafoy ponctionne souvent la poitrine alors que la pleurésie pourrait guérir sans opération, ainsi que cela résulte des statistiques antérieures à la thoracentèse.

M. Hardy conclut, en disant, qu'en ajoutant le traitement traditionnel de la pleurésie à la thoracentèse pratiquée dans des cas bien déterminés, on obtiendrait, pour la guérison de cette maladie, des résultats encore plus favorables que ceux qu'on constate aujourd'hui.

M. GERMAIN SEE expose la théorie de l'inflammation, telle qu'on la conçoit actuellement dans les travaux modernes, en particulier de ceux de M. Metchnikoff. Il résulte de ces recherches récentes que l'inflammation des séreuses est d'un ordre moins élevé que l'inflammation par excellence, toujours accompagnée d'une accumulation de phagocytes dans le foyer enflammé. L'inflammation séreuse est, en réalité, une réaction salutaire de l'organisme ; cette réaction phagocytaire contre les agents microbiques ou irritants, s'accomplit tantôt par les phagocytes mobiles seuls, tantôt avec le concours des phagocytes vasculaires.

Quoi qu'il en soit de ces données et de ces études de laboratoire, il n'en est pas moins vrai qu'on peut en tirer des applications cliniques d'une haute importance.

Si on veut donner au mot cyclique un sens très restreint, il est évident que la pleurésie n'est pas une maladie cyclique ; mais si, au contraire, ce terme est pris dans sa plus large acception, il s'applique, sans aucun doute, à la pleurésie autant qu'à la pneumonie, à la fièvre typhoïde; la pleurésie, en effet, dure de quinze à vingt-deux jours; c'est la marche naturelle de toutes les pleurésies et il leur faut ce temps pour évoluer.

En se plaçant au point de vue des applications thérapeutiques, M. Germain Sée croit qu'il ne faut ponctionner la pleurésie qu'au moment opportun, c'est-à-dire à la seconde période ; en un mot, il n'attend pas la résorption spontanée, mais il ne pratique pas non plus la ponction hâtive, précoce.

Il y a cependant des indications opératoires qui s'imposent avant l'accomplissement de cette étape. M. Dieulafoy opère dès qu'il constate 1 400 à 1 800 grammes de liquide épanché dans la poitrine, mais c'est sur cette mesure que M. Germain Sée n'est pas d'accord avec lui.

Pour lui, quand, après le vingtième jour, il constate un état stationnaire de 500 à 1 500 grammes, il opère, et, dans ce cas, il est bien sûr de ne pas exposer son malade aux récidives.

Quant à l'indication d'urgence, la dyspnée : si un pleurétique arrive à la dyspnée asphyxiante, à la dyspnée bleue, M. Germain Sée n'hésite pas à évacuer le liquide ; il lui importe peu de constater dans la cavité pleurale un petit ou un grand épanchement ; il opère sans hésiter.

En résumé, il attend la fin du cycle morbide pour intervenir et alors il ponctionne presque toujours, qu'il y ait peu ou beaucoup d'épanchement, et ne se base pas exclusivement, comme M. Dieulafoy, sur la quantité du liquide épanché, pour intervenir à n'importe quel moment.

COMMUNICATION

Sur un moyen de renforcer les bruits physiologiques et pathologiques du cœur. — M. AZOULAY, en se basant sur l'expérience de M. Marey, relative au ralentissement et au renforcement des bruits du cœur, quand la tension artérielle est exagérée, a imaginé une attitude des malades, dans laquelle les bruits physiologiques et pathologiques sont sensiblement accrus en intensité. Il fait coucher le malade horizontalement, la tête soutenue par le traversin seul, les membres supérieurs maintenus verticaux et sans effort; les membres inférieurs soulevés par un aide ou par une sangle, ou bien simplement repliés, le pied reposant sur le lit, et les talons le plus près possible des ischions.

Si, pour une cause quelconque, cette position ne peut être donnée au malade dans son entier, il suffit d'en effectuer la partie possible, pour que les bruits du cœur soient augmentés d'intensité.

Cette méthode a permis, à nombre de médecins, de faire des diagnostics plus précis, plus faciles, qu'en position ordinaire demi-couchée. Tous les bruits pathologiques sont exagérés, s'ils existaient nets. S'ils étaient peu distincts, ils deviennent tout à fait nets. On a pu ainsi faire absolument des diagnostics de lésions valvulaires, qu'on ne faisait que deviner ou soupçonner. Les bruits extra-cardiaques sont aussi plus forts et mieux localisés par rapport aux temps du cœur, car, en même temps que les bruits augmentent d'intensité, ils se ralentissent. Ce sont là, certainement, les deux meilleures conditions pour une bonne auscultation.

M. Azoulay tire de ces faits les conclusions suivantes : 1° il y a apport plus considérable de sang veineux au cœur droit ; 2° le cœur gauche doit faire un effort plus considérable pour vaincre la résistance due à l'élévation des membres. D'où travail plus marqué et bruits plus forts, plus nets, plus scandés qu'en position demi-couchée. Cette méthode, si simple et si clinique, qui donne des résultats bien supérieurs à l'agitation du malade, doit être employée concurremment à l'examen debout, assis et couché, et surtout toutes les fois que les bruits sont sourds ou peu nets et qu'il y a diagnostic douteux.

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Sonde se fixant d'elle-même à demeure dans la vessie.

Par M. le docteur Malécot, ancien interne des hôpitaux.

Cette sonde (fig. 1) a le double avantage d'être introduite aisément et de se fixer d'elle-même à demeure dans la vessie.

La fixation se fait par deux ailerons redressés par un mandrin pendant leur parcours dans l'urèthre et qui, parvenus dans la vessie, viennent s'appuyer contre sa paroi par le simple retrait du mandrin.

Fig. 1. — Sonde au repos.

A. Tige en baleine. Fig. 2. — Mandrin fixateur. B. Cône fixateur.

Fig. 3. — Sonde redressée pour l'introduction.

Fig. 4. Retrait du mandrin.

Ce *mandrin-redresseur* (fig. 2) doit être à la fois très souple, pour s'adapter à la forme du canal, et de très petit diamètre pour être retiré aisément de la sonde, le caoutchouc adhérant facilement lorsqu'il est mouillé par l'urine ; la simple tige de baleine, outre qu'elle est d'un prix modique, réunit ces avantages. Cette tige (A) est passée dans un cône fixateur (B), sur lequel se fixe le pavillon de la sonde pendant le redressement (1). — Quand la sonde, ainsi redressée, est arrivée dans la vessie, il faut dégager et retirer sans brusquerie son mandrin-redresseur. Elle se fixe alors d'elle-même par écartement de ses ailerons (fig. 4). — Enfin, pour l'enlever de la vessie, il n'y a qu'à exercer sur elle une traction douce et continue : elle s'allonge et ses ailerons s'effacent assez pour que sa sortie soit relativement facile. Par contre, les seuls efforts du malade ne l'expulsent point, puisqu'ils agissent par pression médiate et non plus par traction directe, et qu'au lieu d'effacer les ailerons, ils augmentent leur inflexion.

Ce système de fixation, système très simple, reposant exclusivement sur les propriétés élastiques du caoutchouc, s'applique également aux diverses espèces de drains, et plus spécialement à ceux utilisés dans le drainage des cavités, celle de la plèvre en particulier.

La fabrication, confiée à M. Eynard, se fait de la manière suivante : Une feuille de caoutchouc, dite anglaise, est roulée sur un mandrin en acier, placé dans un moule en verre, cuite à la vapeur et retirée du moule sous la forme cylindrique habituelle. On la divise alors à 1 centimètre de son extrémité et suivant sa longueur, en quatre branches, deux larges et deux étroites : celles-ci sont ensuite raccourcies de moitié par résection de leur partie médiane et soudure des deux bouts, raccourcissement d'où il résulte que, conservant le même point d'attache que les branches opposées, elles exercent dès lors sur elles une traction continue qui les écarte et les infléchit en dehors, sous forme d'ailerons.

J'ai fait fabriquer, également par M. Eynard, des sondes en *gomme élastique* à trois branches, se redressant et se fixant de la même façon, grâce à leur élasticité.

Pour empêcher que la sonde, laissée ainsi à demeure sans aucun lien, ne puisse être propulsée en arrière et tomber dans la vessie, on la traverse, au devant du gland, avec une épingle de nourrice, ou mieux on adapte à son pavillon ou au fosset qui la bouche, un disque en caoutchouc. J'en ai fait construire qui sont percés à leur centre d'un orifice relativement petit, bordé par deux croissants en acier enchâssés dans l'épaisseur de la lame de caoutchouc et formant œillet. En tirant sur les deux extrémités du disque, on agrandit son orifice, et quand la traction cesse, l'œillet vient se fixer très solidement contre la sonde ou le fosset.

(1) Ce cône-fixateur est celui du mandrin métallique coudé de mon maître, M. le professeur Guyon, pour modifier à volonté la courbure des sondes.

Sonde évacuatrice en gomme pour l'aspiration des fragments après la lithotritie.

Il arrive parfois, chez un malade dont la prostate est volumineuse, alors que les manœuvres de la lithotritie ont été difficiles et prolongées, que l'opérateur éprouve une difficulté extrême, quelquefois même une impossibilité absolue dans l'introduction de la sonde évacuatrice en métal ; la présence de fragments plus ou moins anguleux, laissés ainsi dans la vessie, ne laisse point que d'être inquiétante. J'ai fait construire, par M. Eynard, des sondes en gomme à œil très large, et dont le pavillon en celluloïde s'ajuste parfaitement à l'appareil aspirateur. Par sa forme, sa souplesse, son calibre et la largeur de ses yeux, cette sonde peut rendre de réels services dans ces cas rares de lithotritie, où l'introduction de la sonde rigide en métal présentera des difficultés exceptionnelles.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Encyclopédie scientifique des aides-mémoires, publié sous la direction de M. H. Léauté, membre de l'Institut.

La librairie G. Masson vient d'entreprendre une très intéressante collection qui doit joindre, à son caractère pratique, un cachet hautement scientifique. Embrassant le domaine entier des sciences appliquées, elle se composera de 800 volumes petit in-8°. Chacun d'eux, signé d'un nom autorisé, donnera sous une forme condensée l'état précis de la science sur la question traitée et toutes les indications pratiques qui s'y rapportent.

Cette encyclopédie se divise en deux branches : section de l'ingénieur et section du biologiste. Cette seconde section est celle qui nous intéresse particulièrement. Nous avons déjà sous les yeux quatre volumes parus : Auvard. « Gynécologie, séméiologie génitale » ; Magnan et Sérieux. « Le délire chronique à évolution systématique » ; Faisans. « Maladies des organes respiratoires ; méthodes d'exploration ; signes physiques » ; Weiss. « Technique d'électro-physiologie ». Nous ne voulons aujourd'hui que signaler l'ensemble de cette collection et nous passerons successivement en revue les divers livres au moment de leur apparition. Disons toutefois que le prix modeste (2 fr. 50 broché et 3 fr. cartonné) de ces volumes sera certainement très apprécié du lecteur.

Traité de la goutte (1), par Sir Dyce Duckworth. Traduit de l'anglais par le docteur Paul Rodet.

Le « Traité de la goutte », que vient de traduire M. Paul Rodet, ne fera pas double emploi avec ceux que nous possédons déjà. On y trouvera particulièrement développé tout ce qui concerne les rapports de la goutte avec les autres maladies et, en particulier, avec les névroses. Sir Dyce Duckworth est persuadé que la goutte est surtout la conséquence d'une sorte de nervosisme héréditaire qui se trouve en rapport avec des états névropathiques de divers ordre. On trouvera des chapitres intéressants sur les affections de la peau associées à la goutte, sur l'urologie de la goutte, sur la pyrexie dans la goutte. Enfin la question du traitement et du régime est longuement traitée. M. Lécorché, bon juge en la matière, déclare l'approuver pleinement. Pour ces deux auteurs, rien ne vaut le colchique contre la goutte aiguë.

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, F. Alcan.

Les pierres du poumon, de la plèvre et des bronches et la pseudo-phthisie pulmonaire d'origine calculeuse (1), par Marius POULALION.

Les productions réunies, depuis Galien, sous la dénomination commune de pierres du poumon, peuvent se diviser en trois groupes : 1° les productions cartilagineuses ou cartilaginiformes; 2° les productions osseuses; 3° les productions calcaires.

Les productions cartilagineuses ou cartilaginiformes sont caractérisées par du tissu cartilagineux ou du tissu fibroïde très dense, et peuvent siéger dans les parois bronchiques, dans la plèvre ou dans le tissu pulmonaire proprement dit. Il en est de même, quant à leur siège et à leur origine, des productions osseuses.

Les dépôts calcaires peuvent se faire dans les tissus sains, sans altération préalable de structure, ou bien, ce qui est plus fréquent, dans un tissu altéré, dégénéré, nécrobiosé, et secondairement pétrifié.

Dans les tissus sains, il y a simple dépôt calcaire; dans les tissus malades, après nécrobiose, il y a substitution, particule par particule, de granulations calcaires à des gouttelettes granulo-graisseuses. Il peut donc y avoir simplement mélange ou transformation calcaire complète, massive.

La transformation calcaire est fréquente dans la tuberculose, mais on peut la rencontrer, plus rarement, avec des lésions diverses : infarctus, nodules broncho-pneumoniques, abcès miliaires, actinomycose, pseudo-tuberculose due à un cladothrix, au mycosis, etc., kystes et tumeurs.

Les concrétions calcaires, habituellement assez rares, discrètes, dans la tuberculose, peuvent se montrer, au contraire, avec une extrême abondance : il semble s'agir d'une sorte de granulose calcaire du poumon. Il s'agit, en effet, de formes de tuberculose à évolution à la fois sèche et rapide. Il n'y a pas là la lenteur de marche et la tendance à la guérison, dont la crétification des lésions pulmonaires est, en quelque sorte, le cachet dans les cas d'évolution lente.

Ces productions calcaires peuvent, dans certains cas, être rejetées par l'expectoration.

L'étude de la lithiase pulmonaire est d'un intérêt particulier, en dehors de la phthisie bacillaire; elle est, du reste, beaucoup plus rare que la lithiase par calcification de produits d'origine tuberculeuse.

Les productions d'origine broncho-pleuro-pulmonaire, cartilagineuse, osseuse et calcaire, peuvent donner lieu à des accidents qui rappellent beaucoup ceux de la phthisie pulmonaire. Ils se caractérisent par l'absence des bacilles de Koch dans l'expectoration, et quelquefois par la présence de fragments lithiasiques plus ou moins considérables.

La guérison peut survenir après l'expulsion des calculs; mais il peut se produire des complications graves.

La tuberculose peut se greffer sur la lithiase; on peut observer aussi des accidents exclusivement dus à la présence des masses calcaires incluses dans le poumon et les bronches : hémoptysie, abcès pulmonaire se terminant soit par vomique, soit par pyopneumothorax.

On voit que ce travail d'ensemble ne manque pas d'intérêt; l'auteur, en l'écrivant, a comblé une lacune de la littérature médicale.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique (2), publiée sous la direction de M. J. ROCHARD.

Ce fascicule renferme la fin de l'hygiène rurale de M. Drouineau. On y trouve deux grands chapitres qui portent pour titre : hygiène du paysan et morbidité rurale.

(1) In-8°. Prix : 7 francs. — Paris, G. Steinheil.

(2) T. IV, XXIe fascicule. Prix du fascicule, 3 fr. 50; l'ouvrage complet à forfait (8 volumes), 150 francs; les 20 premiers fascicules sont en vente. — Paris, Ve Babé et Cie.

CORRESPONDANCE

Paris, le 10 mai 1892.

A Monsieur le Directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur le Directeur,

Dans votre numéro du 10 mai 1892, M. Maurice Letulle, guidé par un motif transparent, publie une lettre injurieuse pour la Société que j'ai l'honneur de diriger et pour mon honneur personnel.

Au nom du droit et de l'équité, je viens vous prier de faire savoir, par l'insertion de ma réponse, à vos nombreux lecteurs, qu'il s'est permis de prendre pour juges, que je tiens à la disposition de tout intéressé :

1° Le traité signé M. LETULLE passé avec la Société d'éditions scientifiques, le 20 novembre 1890;

2° Toute la correspondance dudit M. Letulle. Ces deux documents prouveront combien sont erronées les assertions qui nous attaquent, en même temps qu'ils montreront de quel côté se trouvent la bonne foi et la loyauté absolue.

Dans nos archives, existe un bon à tirer *signé Letulle*, ainsi libellé : Guide pratique des sciences médicales publié chaque année sous la direction de M. le docteur Letulle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. Est-il en mon pouvoir d'empêcher le public d'appeler ce livre « Guide Letulle », comme il appelle « Dictionnaire Dechambre » le « Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales » ?

A mon tour, je dis : M. Letulle fait-il vraiment une manœuvre bien habile, en cherchant à se faire une réputation de farouche puritanisme au détriment d'une jeune société qui, avec loyauté, cinquante auteurs sont disposés à le certifier, poursuit et poursuivra, malgré l'envie, une œuvre utile à tous les travailleurs de la pensée ?

Il est faux que j'aie cherché à faire croire que M. Letulle fût le seul auteur du « Guide pratique des sciences médicales » ou qu'il participât aux bénéfices; jamais sa collaboration n'a dû être rétribuée.

Il est faux que M. Letulle : « n'ait fait que présenter les jeunes auteurs, ses amis, écrit-il, pour la plupart, au public médical ». Il a rédigé plusieurs pages lui-même.

Enfin, M. Letulle, qui cite avec tant d'exactitude le traité *qu'il se garde bien de dire avoir signé*, fait preuve d'un singulier défaut de mémoire quand il écrit : « Je ne pouvais rien faire que le poursuivre de mes protestations platoniques, la question *annonces* ne figurant pas dans le traité qui lie mes jeunes collaborateurs » à ce qu'il nomme : la maison Labonne !!!

L'article 5 est ainsi conçu :

« Le bénéfice net des annonces qui peuvent être recueillies pour ladite œuvre sera intégralement partagé par moitié entre les deux parties contractantes qui accepteront ou refuseront les annonces d'un commun accord. »

Chacun sait aujourd'hui que guides, formulaires ou journaux de médecine les plus purs, comportent des annonces. Libre à M. Letulle, qui se montre si chatouilleux sur ce point, de trouver mauvais que notre système de mutualité soit fructueux pour les autres.

Usant donc de mon droit de défense, et sans me laisser arrêter par les broussailles qui encombrent toujours le chemin des innovateurs, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma parfaite considération.

Pour la Société d'éditions scientifiques,

Le directeur,

Henry LABONNE,

Docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 mai 1892, M. Lejanne, pharmacien de première classe des colonies, a été promu au grade de pharmacien principal.

— Par décision ministérielle, en date du 9 mai 1892, ont été désignés, pour les postes ci-après indiqués :

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Blanchetière, pour le 35e d'infanterie ; Faure-Lacaussade, pour le 18e chasseurs à cheval ; Riff, pour le 19e escadron du train des équipages militaires ; Rouire, pour le 141e d'infanterie ; Bouchereau, pour le 105e d'infanterie ; Chameroy, pour le 4e cuirassiers.

MM. les médecins aides-majors de première classe Lairac, pour le 115e d'infanterie ; Augry, pour l'École de Saumur ; Bassères, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

47

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

52

VICHY, SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS

GRANDE-GRILLE

HOPITAL

Avoir soin de désigner la source.

PASTILLES AUX SELS NATURELS

SAISON DES BAINS

DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

39

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 3 francs par semaine. GAZ, 2 f. 50 le ballon de 30 litres. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, **130** fr. Phie LIMOUSIN, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

12

COMPRIMÉS DE VICHY DE FÉDIT

Sursaturés à l'eau des *Célestins*, *Grande-Grille*, *Hôpital*, *Saint-Yorre*, etc., ils donnent rapidement et à peu de frais des eaux analogues à celles desdites sources.

Un flac. de *96 Comprimés*, 2f. Dose, 3 pr un verre. 23, Avenue Victoria et Pharmacies.

79

ANTISEPSIE DES VOIES DIGESTIVES ET DES VOIES URINAIRES

ANTISEPTIQUES GRANULÉS BERTHIOT

Naphtol B. Berthiot GRANULÉ

Béthol Berthiot GRANULÉ

Salol Berthiot GRANULÉ avec $NaO2Co^2$

Salicylate de bismuth Berthiot GRANULÉ

Salicylate de magnésie Berthiot GRANULÉ

Leur emploi supprime émulsions et cachets toujours acceptés avec répugnance par les malades. Pas de dégoûts, pas de nausées à craindre. Administration facile, même chez les enfants. Chaque flacon est accompagné d'une mesure contenant 2 gr. de granules antiseptiques, qui représentent 20 centigr. de l'antiseptique prescrit. — Dépôt général : Phie BERTHIOT, 57, faub. Saint-Antoine, Paris.

52

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

Quinquina, pyrophosphate de fer, écorces d'oranges amères et Malaga)

Voir : *Traité de thérapeutique*, Trousseau et Pidoux ; Commentaires du *Codex*, Gubler.

Fabrication : J.-B. BOSREDON aîné, Brive (Corrèze).

36

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** *(caféine, iodoforme et strophantus)*. Dépt Phie Cle Fg Montmartre, Paris.

93

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

39

SOLUTION DE BIPHOSPHATE DE CHAUX DES

FRÈRES MARISTES

Employée avec succès pour combattre les *scrofules*, la *débilité générale*, le *ramollissement* et la *carie des os*, les *bronchites chroniques*, les *catarrhes invétérés*, la *phtisie*, surtout aux 1er et 2e degrés. — Notice fo. — 5f le litre, 3f le 1/2 litre. *Exiger les signatures* L. ARSAC et Fre CHRYSOGONE.

DÉPOTS : Chez les Frères Maristes : à St-Paul-Trois-Châteaux (Drôme) ; à St-Genis-Laval (Rhône) ; à l'Hermitage, par St-Chamond (Loire) ; à Aubenas (Ardèche) ; à Beaucamps, près Lille (Nord) ; à Lacabane, par Terrasson (Dordogne) ; à Varennes-sur-(Allier Allier) et ds les phies. Remises par quantité.

36

CÉRÉBRINE

(COCA-THÉINE ANALGÉSIQUE PAUSODUN)

Migraines, Névralgies *cérébrales, faciales, intercostales* et *sciatiques*, *Courbature* due au refroidissement, à la fatigue ou au surmenage, *Odontalgies, Zona, Lumbago, Grippe, Coliques menstruelles.*

C. BROMÉE : **Névroses, Névralgies** *rebelles, Etats congestifs* du cerveau.

C. IODÉE : *Névralgies rhumatismales, constitutionnelles ou relevant du traitement* par les *Iodiques.*

Une cuillerée à soupe à toute période de l'accès ; une deuxième, au besoin, une demi-heure après.

EUG. FOURNIER, pharm., *Issy-Paris*, et ttes phies. — *Paris* : 31, rue de Cléry ; 5, rue de la Paix.

31

SIROP RAIFORT IODÉ (A FAIT FROID)

de J. BUCI

L'IODE, combiné aux *sucs des plantes antiscorbutiques*, rend aux **enfants malades** les plus grands services pour combattre les **Glandes du cou, — Rachitisme, — Mollesse des chairs.**

Il remplace les huiles de foie de morue ; outre que c'est un **fluidifiant**, c'est encore un **dépuratif énergique.**

PARIS, 19 ET 22, RUE DROUOT, PARIS.

Dr J. Buci

66

DRAGÉES ET CACHETS DE

PHÉNÉDINE-PELISSE

Paraacétphénétidine

fabriqués par la Soc. des mat. color. de St-Denis.

DOSAGE : 0g25 *de Phénédine pr dragée et pr cachet.*

Deux dragées ou deux cachets suffisent pour supprimer la **migraine** et calmer les **douleurs névralgiques.** — Ils n'occasionnent ni troubles gastriques ni vertiges.

Dépôt à Paris : Phie PENNÈS, 49, r. des Écoles.

DÉTAIL DANS TOUTES LES PHARMACIES

98

LIQUEUR DU Dr LAVILLE

GOUTTE ET RHUMATISMES

SPÉCIFIQUE ÉPROUVÉ DE LA **goutte.**

Action prompte et certaine à toutes les périodes de l'accès.

DANS TOUTES LES PHARMACIES

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPOT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

33

SOLUTIONS HENRY MURE

BI-PHOSPHATE DE CHAUX ARSÉNIÉ

CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX ARSÉNIÉ

Phthisie (1re et 2e période) — Rachitisme
Engorgements ganglionnaires et des articulations
Maladies des os et de la peau
Cachexies scrofuleuses et paludéennes
Epuisement nerveux

Le BI-PHOSPHATE ARSÉNIÉ H. MURE produit des résultats surprenants et souvent inespérés. Sous son influence, la toux et l'oppression diminuent, l'appétit augmente, les forces reviennent.

Le CHLORHYDRO-PHOSPHATE ARSÉNIÉ H. MURE donne des effets remarquables chez les Phthisiques atteints de dyspepsie et dans la Chlorose.

Litre, **4** *fr.* — *Demi-litre*, **2** *fr.* **50.**

AVANTAGES PRINCIPAUX SUR LES SOLUTIONS SIMILAIRES :

1° Emploi d'un **Phosphate monocalcique** cristallisé, d'une pureté absolue, permettant un dosage rigoureux ;

2° **Inaltérabilité absolue** ;

3° **Administration** facile par cuillerées dans un peu d'eau vineuse ou sucrée, pendant les repas ou hors des repas ;

4° **Traitement phosphaté** le plus sûr et le MOINS COUTEUX dans les affections chroniques.

Chaque cuillerée à bouche contient *1/2 gramme de sel et 1 milligramme d'arséniate de soude.*

NOTA. — Dans le cas où l'arséniate de soude ne serait pas indiqué, MM. les Docteurs pourront prescrire les mêmes solutions **H. MURE non arséniées.** — *Litre*, **3** *fr.*

DANS TOUTES LES PHARMACIES

Dépt gl : Phie H. MURE, à Pont-St-Esprit (Gard).

20

VIN DE SECRETAN

au Quinquina, à l'Extrait fluide de Malt et aux Écorces d'Oranges amères.

Le seul vin de Quinquina ne constipant pas et n'irritant pas les voies intestinales.

Dépôt central : SECRETAN, 52, r. Decamps, Paris.

83

Phthisie catarrhale, Hémoptysies, Bronchites chroniques.

TERPINE PAULIAC ÉLIXIR TONIQUE HÉMOSTATIQUE PUISSANT

Dosé à 20 centigr. de terpine par cuillerée.

3 à 6 cuillerées par jour.

MODIFICATEUR ÉNERGIQUE des MUQUEUSES

CAPSULES DE TERPINE PAULIAC à 20cg 3 à 6 pr j.

Gros : BOURY, pharmacien, 26, r. Pont-Louis-Philippe, Paris, et dans toutes les pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Étude d'ensemble sur l'anatomie et la physiologie pathologique des ostéo-arthrites tuberculeuses. Déductions thérapeutiques.

Par P. Mauclaire,
Interne médaille d'or des hôpitaux de Paris,
Prosecteur provisoire à la Faculté.

Historique. — Avec M. le professeur Lannelongue, il faut donner le nom d'*ostéo-arthrite tuberculeuse* à la tumeur blanche, variété tuberculeuse. Il a fallu longtemps aux chirurgiens anciens pour se reconnaître dans les différentes formes de fongosités et de suppurations articulaires. MM. Panas (1), Duplay (2), Picqué (3) et Lagrange (4), résumant l'historique des différentes variétés de tumeurs blanches, rapportent qu'elles furent toutes décrites en bloc par Hippocrate, Asclépiade, Galien, Paul d'Egine et les Arabistes. Au moyen âge, il faut citer les travaux de A. Paré, Fabrice d'Aquapendente, Severin, qui adopta le nom de *pédarthrocace*. Mais ce fut un chirurgien anglais, Richard Wiseman, en 1674, qui employa le premier le nom de tumeur blanche. Au siècle suivant, J.-L. Petit décrivit les lésions de la coxo-tuberculose, et Pott celles de la tuberculose vertébrale. Puis ce fut grâce à l'impulsion donnée à la science par l'illustre Hunter et les recherches d'anatomie pathologique, que la nature et la description des tumeurs blanches sortirent de la confusion et de l'obscurité dont elles étaient enveloppées jusque-là. Les travaux principaux qu'il faut citer sont ceux de Hunter, Bell, Ford, Wilson Crowther et Brodie, en Angleterre; ceux de Sabatier, Boyer, Roux, Chaussier, Broussais, M. Larrey, Velpeau, Delpech, Cruveilhier, Humbert, Lesauvage, Bouvier, Malgaigne, Jules Guérin, Pravaz, Parise, Richet et Bonnet, en France; Rust Textor, Jæger, Langenbeck, Crocq, en Allemagne. Mais, de tous ces travaux, il en est trois qui nous intéressent tout particulièrement, ce sont ceux de Nélaton père, Richet et Bonnet.

(1) Panas. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1865, art. Articulation.
(2) Duplay. *Traité de pathologie externe*, t. III, p. 34.
(3) Picqué. *Diction. encycl. des sc. méd.*, 1888, art. Tumeur blanche.
(4) Lagrange. In *Traité de chirurgie*, de Duplay et Reclus, t. III.

Nélaton, en effet, donna, de la tuberculose osseuse, une description restée classique et que nous verrons adoptée plus tard par tous les chirurgiens anatomo-pathologistes.

Richet, dans sa thèse, en 1844, étudia complètement le mode de formation des fongosités dans l'arthrite traumatique. Mais la confusion entre la fongosité simple et la fongosité tuberculeuse existait encore, et la notion de spécificité manquait d'une base sérieuse. Le même auteur (1), d'autre part, dans un remarquable mémoire, décrivit ce qu'il appela la tumeur blanche syphilitique, qu'il vaudrait mieux appeler ostéo-arthrite syphilitique; celle-ci fut niée tout d'abord par M. Panas, mais démontrée, pièces en main, par M. Lancereaux en 1873.

Bonnet décrivit, le premier, l'arthrite tuberculeuse et lui reconnut trois variétés : l'une dans laquelle le tubercule n'existe que dans les épiphyses (décrite par Richet et par Nélaton); la deuxième dans laquelle le tubercule respecte les os et envahit les parties molles; la troisième, enfin, et la plus fréquente, dans laquelle la synoviale et les extrémités articulaires sont simultanément atteintes. Mais la description de Bonnet n'est pas à l'abri de diverses objections, dont l'une des plus importantes est l'absence de constatation de la granulation grise.

Pour M. Ranvier, l'arthrite tuberculeuse se distinguerait de la tumeur blanche par un double caractère, le début de l'affection par la synoviale et l'absence de fongosités. Quant à la tumeur blanche, elle débute toujours par l'os ou le cartilage.

I

Anatomie pathologique macroscopique. — A la Société de chirurgie, en 1878, M. Lannelongue avait rapporté deux exemples de synovite pure tuberculeuse. Dans le premier cas, il avait manifestement observé des granulations tuberculeuses sur un bourrelet fongueux de la cavité cotyloïde. La coxalgie n'avait qu'un mois de date; l'enfant avait succombé à la diphthérie. Dans le deuxième cas, à l'autopsie du genou, on trouva la synoviale formant, autour de la rotule, un bourrelet rouge vasculaire. On voyait une série de petits points vésiculeux, brillants, nombreux, sur la synoviale, analogues à ceux qu'on trouve sur le cerveau dans la méningite tuberculeuse, et accumulés par séries. De plus, en plein centre de la tubérosité interne du tibia, au-

(1) Richet. Mém. à l'Acad. de méd., 1853.

dessous du cartilage épiphysaire, on voyait une tache blanche ayant 1 centimètre carré d'étendue.

En 1879, M. Duret (1) décrivit une sorte de pachy-synovite articulaire d'origine rhumatismale, se transformant en tumeur blanche par l'apparition de fongosités.

Vers la même époque, Volkmann (2) fit paraître un mémoire où il concluait que les manifestations soit synoviales, soit articulaires, en général ne sont pas secondaires; la lésion commence par un ou plusieurs foyers, le plus souvent situés dans les épiphyses ou près d'elles : foyers d'ostéite tuberculeuse d'abord circonscrits, s'étendant ensuite et vidant dans l'intérieur de l'article ses produits ramollis. C'est alors que se fait une véritable inoculation locale. Ce foyer primitif peut rester latent pendant un temps indéterminé et provoquer, dans la cavité articulaire, des phénomènes d'irritation par voisinage, qui n'ont aucunement les caractères des inflammations fongueuses. Le danger pour l'articulation commence avec le ramollissement des masses caséeuses, qui provoquent autour d'elles des suppurations plus ou moins abondantes. Les foyers primitifs sont généralement constitués par une agglomération de granulations miliaires qui subissent là leur sort habituel et donnent naissance, après leur ramollissement, à une véritable caverne osseuse pouvant contenir un séquestre. Volkmann, enfin, ne nie pas la synovite tuberculeuse primitive, mais elle est très rare.

En 1882, à propos de la discussion sur les fongosités articulaires, M. Lannelongue exposa à la Société de chirurgie un mémoire sur les caractères et la nature de l'arthrite fongueuse dont voici les principales conclusions :

« Ma première distinction est basée sur la présence ou l'absence des nodules tuberculeux. Les fongosités qui entourent les séquestres se limitent d'elles-mêmes, n'ont pas de tendance à l'envahissement et disparaissent si on enlève le séquestre pour former un tissu de cicatrice; c'est d'un bout à l'autre un processus réparateur.

Quand la fongosité est tuberculeuse, les tubercules subissent la transformation caséeuse puriforme, la réaction inflammatoire augmente et les liquides qu'elle produit conduisent plus loin l'inoculation tuberculeuse. *La fongosité devient ainsi une source d'infection pour l'économie entière.*

Les fongosités simples ou inflammatoires résistent parfois au traitement comme si elles étaient tuberculeuses, toute arthrite suppurative sera accompagnée du développement des fongosités; celles-ci sont inflammatoires, mais on ne saurait méconnaître leur influence nuisible sur les cartilages et les épiphyses. »

Puis M. Lannelongue décrit complètement les lésions des articulations, et il insiste sur ce fait capital : *le point de départ de la lésion est presque toujours osseux.* D'autre part, on pense généralement que le cartilage échappe à l'envahissement tuberculeux primitif ou secondaire; or, on peut opposer à cette opinion trop absolue les faits recueillis par MM. Hayem (1865), Lediberder et Lannelongue, et les observations, où les tubercules se sont développés au sein des cartilages costaux, sont maintenant assez nombreuses. En ajoutant ses observations à celles des anciens auteurs, M. Lannelongue conclut que la tuberculose primitive des synoviales est rare, et il rapporte les observations de M. Cornil (1), de M. Laveran (2), de M. Brissaud (3), les seules probantes.

Très fréquente, au contraire, est la tuberculose primitive des os, et M. Lannelongue décrit longuement : 1° la *forme circonscrite*, et, 2° la *forme diffuse* de la tuberculose épiphysaire, celle-ci s'observant moins souvent que la première.

1° *Lorsque la lésion est circonscrite*, on trouve une tache jaune ou jaunâtre, opaque, sèche, délimitée, occupant l'épiphyse. Ou bien il existe une petite cavité entourée de tissu osseux sain ou peu raréfié; elle contient une moelle plus pâle. La tache jaune correspond à une certaine épaisseur de tissu osseux, altéré de couleur, dont les mailles sont infiltrées de substance caséeuse; les vaisseaux n'y sont plus perméables. Plus tard, le foyer jaune est devenu un séquestre, des granulations fongueuses l'entourent; ces granulations se répandent dans le tissu osseux voisin. Celui-ci est le siège d'une ostéite raréfiante.

Une ou plusieurs cavités, du volume d'une noisette, peuvent constituer une autre variété de la même lésion; la destruction osseuse de leurs bords, le développement des granulations sont autant de phénomènes communs s'alliant à une marche identique dans les deux cas.

Quant au siège de ces foyers, il varie suivant l'articulation considérée, et dans son enseignement, M. Lannelongue insiste beaucoup sur ce fait qu'il faut tenir grand compte et de l'articulation et du segment de cette articulation qui a le plus de frottement et de compression à subir, témoin la rareté de la scapulo-tuberculose relativement à la fréquence de la coxo-tuberculose.

2° L'*infiltration diffuse de l'épiphyse* est beaucoup moins fréquente. Elle s'étend à une portion considérable d'une épiphyse, à tout le corps d'un métacarpien, par exemple. L'évolution est plus intense, la caséification plus rapide et les séquestres volumineux se forment plus promptement. Les caractères de la tuberculose y sont certains. Les nodules arrondis, les cellules épithéliales et lymphoïdes propres au tubercule de Koster sont groupés; les taches jaunes ont la même origine, mais l'état caséeux indique une période plus avancée.

Dans sa marche, cette ostéite épiphysaire tuberculeuse envahit ou n'envahit pas la jointure. Un foyer tuberculeux, isolé dans une épiphyse, peut sommeiller longtemps. Tout est subordonné à l'influence exercée par le foyer tuberculeux sur les parties voisines. La guérison naturelle, sans incidents extérieurs à l'os, peut s'observer. Néanmoins, la résolution du mal, la cicatrisation des cavernes, la transformation du néoplasme tuberculeux en tissu conjonctif sont loin d'être la règle. La *nature virulente* des produits tuberculeux explique ce fait. Dès qu'il s'est formé, le foyer tuberculeux devient un danger pour les tissus qui l'entourent. Le tissu osseux s'infiltre de granulations par inoculation. Les séquestres qui s'entourent d'une couche purulente paraissent les plus dangereux.

L'arrivée des éléments spécifiques sur les parties des synoviales réfléchies sur les épiphyses est suivie d'une augmentation de la vascularisation de la séreuse; des matières plastiques infiltrent la couche celluleuse, la nodosité tuberculeuse apparaît. L'envahissement a lieu, soit lentement (fait habituel), — et l'on voit des fongosités suivre en *collerette*

(1) Duret. Société anatom., 1879.
(2) Volkmann. *Samml. Klin. Vortr.*, 1879.

(1) Cornil. *Arch. de physiol.*, 1870.
(2) Laveran. *Progr. méd.*, 1876.
(3) Brissaud. *Rev. de méd.*, 1879,

les culs-de-sac synoviaux — soit brusquement; dans ce dernier cas, il y a eu destruction partielle de l'encroûtement articulaire.

Dans un autre ordre de faits, les fongosités pénètrent par une perforation et font naître une arthrite simple ou spécifique; l'arthrite est aiguë ou subaiguë : c'est une arthrite de réaction, plastique ou purulente au début. Plus tard, l'arthrite réactionnelle se compliquera d'arthrite spécifique, la synoviale étant le siège d'une *inoculation tuberculeuse* due aux produits virulents épanchés dans l'article. Les deux processus se confondent alors. Le mal a gagné la synoviale et la lésion se propage; les altérations sont plus marquées dans les points de l'article qui se correspondent.

Les tubercules non voués à cet ordre de succession peuvent évoluer favorablement : résorption, expulsion, transformation; ou bien des exsudats inflammatoires, devenant des tissus plus élevés, établissent des adhérences et comblent les vides. Il peut même se former des productions osseuses et une ankylose.

Dans les cas où la synoviale est peu envahie et où la lésion de l'épiphyse est réduite à un tubercule circonscrit, il s'agit là de l'ostéo-arthrite tuberculeuse latente.

Quand il s'est produit un abcès extérieur à l'article, il est sessile ou par congestion, il se rattache à la synoviale ou à l'os en général; mais son point d'attache peut disparaître, et il paraît alors isolé. Il s'agit, dans ce cas, d'une des formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses qui, comme nous le verrons plus loin, doivent être subdivisées en ostéo-arthrites tuberculeuses fermées et en ostéo-arthrites tuberculeuses ouvertes ou fistuleuses.

Telle est, en résumé, la description magistrale présentée par M. Lannelongue; et son travail, que nous avons essayé de résumer, était le fruit de plusieurs années d'observations, de recherches et d'expériences. Notre maître présentait à l'appui de sa thèse une série de preuves empruntées à l'anatomie pathologique, à l'expérimentation sur les animaux et à l'observation clinique faite surtout dans son service de l'hôpital Trousseau. Ce n'est certes pas que l'ostéo-arthrite fongueuse n'ait pas été décrite avant l'apparition de ce travail, mais elle était confondue avec les arthrites rhumatismales, ostéomyélitiques, syphilitiques et autres, sous le nom d'arthrite fongueuse. Cette dénomination était mauvaise, insuffisante, trop vague; il fallait en distraire toute une variété importante et la caractériser, non seulement par son aspect macroscopique, mais aussi par l'existence des éléments infectieux soupçonnés depuis longtemps et décrits en 1883 par Koch : c'était le bacille tuberculeux.

Continuant les recherches précédentes, deux élèves de M. Lannelongue, MM. Ménard et Coudray, publièrent de nouvelles observations dans leurs thèses inaugurales.

En 1883, dans un remarquable mémoire, MM. Kiener et Poulet proposèrent de nouvelles divisions dans les différentes formes de tubercules osseux. Jusque-là, la division de Nélaton en tubercule enkysté et en infiltration puriforme, calquée sur celle de Laënnec pour le poumon, était restée classique. Le tubercule enkysté, petite masse d'un blanc jaunâtre, analogue à du mastic de vitrier, fut longtemps regardé comme typique; quant à l'infiltration puriforme qui succéderait à l'infiltration grise demi-transparente, elle consistait, d'après Nélaton, dans l'altération tuberculeuse de l'os sans démarcation nette; mais cette forme fut moins bien comprise, parce qu'elle était moins bien définie.

Dans son travail sur la tuberculose osseuse, M. Lannelongue avait proposé la division en tubercule circonscrit et tubercule confluent ou diffus; le tubercule circonscrit comprend lui-même deux variétés, avec ou sans séquestres.

A ces divisions basées seulement sur un caractère de structure et sur le mode d'extension du tubercule, Kiener et Poulet (1) en ont substitué une autre fondée sur la marche, l'évolution du tubercule osseux, et qui répond mieux aux besoins de la clinique. D'après ces auteurs, il faut donc décrire trois formes à la tuberculose osseuse que nous retrouvons dans les épiphyses :

Première forme. — *Tubercule primitif et chronique.* — C'est un tubercule le plus souvent solitaire, qui parcourt ses divers stades avec lenteur et régularité, et sans réaction inflammatoire périphérique.

Or, ce tubercule est tantôt envahissant, tantôt circonscrit; et, dans ce dernier cas, il aboutit tantôt à un séquestre, tantôt à une masse caséeuse, il faut donc lui décrire trois variétés que nous ne ferons qu'énumérer :

Première variété : *Tubercule envahissant à développement centrifuge.*

Deuxième variété : *Tubercule circonscrit avec séquestre.*

Troisième variété : *Tubercule enkysté caséeux.*

Deuxième forme. — *Tubercule tardif à évolution rapide.* — Cette forme présente deux variétés :

Première variété : *Tubercule envahissant à séquestre adhérent.*

Deuxième variété : *Tubercule circonscrit avec petits séquestres entourés de fongosités suppuratives.*

Troisième forme. — *Ostéite tuberculeuse aiguë.* — C'est cette forme qui fut décrite ensuite par Kœnig (1884), sous le nom d'ostéomyélite tuberculeuse purulente.

L'année suivante, Kœnig (1884) publia son travail sur la tuberculose articulaire. Ayant constaté dans la couche sous-chondrale la présence de petits foyers tuberculeux déterminant une résorption partielle ou totale du revêtement cartilagineux, il nia la tuberculose *primitive* du cartilage. Les lésions cartilagineuses observées sont le plus souvent dues à la tuberculose osseuse sous-jacente, ou plus rarement à l'action des fongosités nées dans les parties molles.

A la lésion circonscrite de l'épiphyse, il donne le nom de *forme sèche*, et dans cette forme, les bourgeons tuberculeux peuvent se transformer en tissu cicatriciel.

A la tuberculose diffuse ou infiltration tuberculeuse de l'épiphyse, il donne le nom de *forme molle*, qui évolue très rapidement vers la fente purulente ou caséeuse. Les tissus se désagrègent et ce processus est accompagné de la sécrétion d'une certaine quantité de liquide qui, en s'infiltrant, porte au loin le germe tuberculeux. De plus, à ces deux variétés, Kœnig ajoute encore une troisième forme, la *tuberculose infiltrante progressive des os ou ostéomyélite tuberculeuse purulente.* C'est dans ce mémoire qu'il décrivit de grands foyers tuberculeux cunéiformes s'ouvrant dans l'articulation.

En 1886 parut la monographie de M. Lannelongue, sur la coxo-tuberculose, où les lésions macroscopiques de celle-ci sont décrites complètement et groupées, mais il faut noter qu'elles avaient déjà été publiées plusieurs années auparavant.

Enfin, en 1888, continuant ses recherches sur les tuberculoses articulaires, pour chaque articulation en particu-

(1) Kiener et Poulet. *Arch. de physiol.*, 1883. — Poulet et Bousquet. *Traité de pathologie externe*, t. I, p. 760. — Ch. Nélaton. Th. d'agr., 1883.

lier, après les avoir étudiées en général, M. Lannelongue décrivit complètement les lésions du mal de Pott, d'après une série de pièces conservées dans un musée.

Si, à ces travaux faits à Paris, nous ajoutons ceux de M. Ollier (de Lyon) et ceux de Kœnig, il nous sera facile de donner une esquisse de la topographie des lésions tuberculeuses dans les principales articulations.

II

Topographie des lésions tuberculeuses macroscopiques dans les principales articulations. — *Articulation temporo-maxillaire.* — Les lésions du temporal sont souvent profondes et, dans un cas rapporté par M. Lannelongue, le condyle avait pénétré lentement dans le crâne et déterminé un abcès du cerveau (1).

Articulation sterno-claviculaire. — M. Le Dentu, en pratiquant la résection de l'extrémité interne de la clavicule, pour une arthrite fongueuse de cette articulation, trouva un petit séquestre et des lésions étendues de l'extrémité claviculaire — la surface sternale dut être râclée.

Articulations sterno-sternales et sterno-costales. — L'absence de synoviale bien nette au niveau des articulations sterno-sternales et sterno-chondrales nous permet de dire que, dans ces cas, la lésion initiale est toujours osseuse. Les fistules seront ici soit postérieures (médiastinite tuberculeuse), soit antérieures ou sous-cutanées (2); la luxation spontanée est rare.

Articulation de l'épaule. — MM. Vivien (3) et Dulac (4) décrivent ainsi les lésions dans la scapulo-tuberculose : Les lésions de la tête sont prédominantes, elle est totalement déformée et diminuée de volume; la laxité anatomique de cette articulation a empêché la cavité glénoïde d'être envahie par le processus tuberculeux. La synoviale est envahie par les fongosités. Les fistules se dirigent et aboutissent le plus souvent à la partie antéro-interne du bras, en suivant la coulisse bicipitale, tantôt à la partie postérieure et inférieure du creux de l'aisselle, en suivant le prolongement sous-scapulaire de la synoviale. Rarement, le pus se dirige à la partie supérieure au niveau de l'acromion. Dans un cas unique dans la science, la paroi thoracique fut perforée, ce qui produisit une pleurésie purulente mortelle. Les ganglions de l'aisselle présentent tous les degrés de l'infection tuberculeuse. Quant aux luxations spontanées, elles sont très rares.

M. Audry (5), qui a recherché la glénoïdite tuberculeuse primitive, n'a pu en réunir que trois cas. M. Vivien a rapporté deux cas où la tuberculose, après avoir débuté par l'apophyse coracoïde ou par l'acromion, envahit ensuite la cavité glénoïde.

M. Ollier (6) rapporte que, dans quelques cas, ce n'est pas sur la tête humérale, mais sur la cavité glénoïde, qu'on trouvera les lésions les plus avancées; il y a, pour lui, des scapulalgies glénoïdiennes, comme il y a des coxalgies acétabulaires, mais elles sont bien moins fréquentes que celles-ci. Volkmann considère le tubercule enkysté de Nélaton comme la forme observée le plus souvent, et s'accompagnant d'une sorte d'ostéite atrophiante de toute la tête humérale.

Pour Kœnig (1) également, il s'agit en général de tuberculose en foyer. Chez les individus âgés, cependant, on a souvent affaire à une infiltration tuberculeuse disposée en forme de coin dans la tête humérale, plus rarement dans l'apophyse articulaire de l'omoplate. Il admet, avec Volkmann, une forme assez spéciale pour l'épaule, c'est la carie sèche, qui prend naissance dans l'extrémité humérale et évolue essentiellement dans cette dernière, qui se détruit sans qu'il se forme de pus.

Kœnig ajoute que l'on observe aussi à l'épaule la forme d'ostéo-arthrite tuberculeuse, connue sous le nom de *caries carnosa*, laquelle s'étend de l'extrémité articulaire à la diaphyse humérale dont elle envahit la cavité médullaire. Une masse molle, charnue, fait saillie hors de la tête articulaire en voie de destruction et remplit en partie la cavité médullaire de la diaphyse. La masse molle qui a remplacé la moelle osseuse consiste en un tissu conjonctif jeune avec des cellules fusiformes, de grosses cellules rondes et de nombreux vaisseaux. Ce tissu est parsemé de tubercules plus ou moins nombreux. Cette forme de tuberculose peut être facilement confondue avec une tumeur de l'os.

Articulation du coude. — Dans le plus grand nombre de cas, on note des lésions en foyers des deux extrémités articulaires. Dans l'olécrane, on observe des foyers tuberculeux en forme d'infarctus ou bien des cavités du volume d'un pois ou plus grandes, remplies soit de granulations molles, soit d'un mélange de ces dernières avec du pus caséeux. Dans l'intérieur des granulations, on rencontre de nombreux tubercules miliaires. La perforation du foyer dans l'articulation, à travers le cartilage, est suivie d'une synovite tuberculeuse générale. Tantôt le processus reste limité à l'os primitivement atteint, tantôt il se propage à l'articulation voisine; c'est, avant tout, la situation du foyer qui décide de l'une ou l'autre de ces alternatives. Il n'est pas rare d'observer des lésions de l'extrémité articulaire du cubitus, s'étendant au loin jusque dans la diaphyse, et c'est dans ces cas principalement que le processus osseux évolue très souvent en dehors de l'articulation. Les mêmes affections en foyers se rencontrent également dans la partie épiphysaire de l'humérus. Souvent, il ne s'agit que d'un seul foyer, tandis que, dans d'autres cas, il en existe deux ou même un plus grand nombre.

Kœnig admet que la synovite fongueuse peut se développer primitivement et l'inflammation se propager à l'os par l'intermédiaire de l'insertion de la capsule. L'ostéite granuleuse détermine ensuite la destruction du cartilage, et cela surtout au voisinage de la base de l'olécrane. La suppuration de l'articulation est totale ou partielle. Des fistules se produisent, très rarement du côté de la flexion, le plus souvent entre le radius et l'olécrane, ou de chaque côté de tendon du triceps ou dans la région de l'épitrochlée.

Pour M. Ollier comme pour Kœnig, les lésions du cubitus sont beaucoup plus fréquentes et plus avancées que celles des autres os, c'est surtout sur les côtés de la grande cavité sigmoïde, en dehors, au niveau de l'articulation radio-cubitale supérieure, ou en dedans que se trouvent des érosions osseuses et les amas de fongosités. Ce sont aussi des lésions juxta-épiphysaires et non épiphysaires. Sur 84 pièces,

(1) Duplay et Follin. *Traité de pathologie externe*, t. III, p. 79.
(2) Lannelongue. Leçon sur la cléido et la sterno-tuberculose, *Bull. méd.*, mars 1892.
(3) Vivien. Th. de Paris, 1888.
(4) Dulac. Th. de Paris, 1890.
(5) Audry. *Rev. de chir.*, 1889.
(6) Ollier. *Traité des résections*, passim.

(1) Kœnig. *Traité de pathologie externe*, passim.

l'épiphyse a été le siège principal de la maladie 4 fois seulement, alors que la région juxta-épiphysaire l'était 79 fois. Après le cubitus, c'est l'humérus qui est le plus souvent atteint : 31 fois contre 76 lésions cubitales primitives. Le radius est plus rarement le siège de l'altération primitive, 12 fois sur 112 pièces, le radius a présenté des lésions profondes, primitives ou secondaires, séquestres tuberculeux de la tête et du col; destruction d'une partie de la tête par érosion. Dans 8 cas d'ostéo-arthrite ancienne, les 3 cas paraissaient avoir été simultanément ravagés à un degré à peu près égal (séquestres, excavations comblées par des fongosités). Sur ces 112 cas, 13 fois les lésions étaient à peu près bornées à la synoviale ; 87 fois elles paraissaient d'origine primitivement osseuse, 12 fois il était impossible de se prononcer. Sur les 87 pièces dans lesquelles les lésions paraissaient primitivement osseuses, 23 présentaient des séquestres plus ou moins volumineux, 64 n'avaient que des érosions et des cavités intra-osseuses, pleines de fongosités ou de substance osseuse, mais sans séquestres ou avec de petits séquestres encore vasculaires et en voie de résorption.

Au coude, l'épanchement séreux et la rétraction musculaire donnent au membre une position fixe dans la demi-flexion et dans la demi-pronation. Les luxations pathologiques sont à peu près rendues impossibles pour le cubitus à cause de l'engrénement des surfaces articulaires, aussi les déplacements consécutifs du radius ont été seuls observés. Le déplacement se fait en général en arrière (Lobstein, Bonnet, Malgaigne). Huguier a vu un cas de déplacement du radius en avant. Bonnet signale, en outre, l'abduction de l'avant-bras, ce qui entraîne la distension des parties molles en dedans de la jointure, la compression des os en dehors, d'où les luxations spontanées dans ce dernier sens.

Articulation radio-carpienne. — M. Ollier, sur 30 cas, constate que 15 fois au moins la lésion avait débuté par les os. Il y avait dans le tissu osseux, soit carpien, soit antibrachial, soit métacarpien, des foyers caséeux ou nécrotiques, ayant exigé, pour évoluer, beaucoup plus de temps que les fongosités synoviales qui étaient récentes et sans infiltration caséeuse. Les autres cas étaient d'origine synoviale ou douteuse.

Sur les 15 cas sur lesquels l'origine osseuse était manifeste, 6 démontraient une origine radiale, le cubitus a été 1 fois le point de départ de l'arthrite, le métacarpe 2 fois, les os du carpe 6 fois et comme, dans les 15 cas d'origine synoviale ou douteuse, c'est entre les petits os du carpe ou à leur niveau que la tumeur blanche a pris naissance, on voit que, sur 30 cas, 20 fois les lésions étaient carpiennes et 10 fois extra-carpiennes.

Articulation métacarpo-phalangienne. — Dans un mémoire lu au Congrès de chirurgie 1889, M. Lannelongue insista sur ce fait que la flexion du doigt détermine la destruction de la partie antérieure de la tête métacarpienne, celle-ci fait alors fortement saillie en arrière. D'où la subluxation en avant avec ou sans mouvements de latéralité de la phalange. La même raison explique la déviation en arrière des première et troisième phalanges dans un cas de tuberculose de leur articulation et les déviations des doigts en haut, c'est-à-dire le doigt rentrant ou en lorgnette, etc.

Articulation coxo-fémorale. — Les lésions macroscopiques de la coxo-tuberculose sont décrites complètement dans la monographie de M. Lannelongue, d'après ses observations personnelles. L'altération initiale du squelette était encore évidente. Or, comme la tête fémorale est très vasculaire, comme dans la station et la marche elle supporte les pesées alternatives de la totalité du tronc, on comprend que l'épiphyse fémorale est un lieu d'élection pour la tuberculose. Sur le cotyle, les lésions siègent au voisinage du cartilage en Y, dans l'épaisseur du rebord cotyloïdien, ou plus profondément dans l'épaisseur de l'os. Ses débuts ce sont de simples granulations tuberculeuses, puis apparaissent des masses fongueuses, caséeuses, et il se forme des séquestres. La synoviale et la capsule se prennent consécutivement. La tête fémorale se déforme et diminue de volume, la cavité cotyloïde s'agrandit aux dépens de son bord postéro-supérieur par suite de la *loi de l'ulcération compressive* et pour arriver à la luxation spontanée, iliaque le plus souvent. M. Lannelongue signale trois phases : 1° l'empiètement; 2° le chevauchement; 3° la luxation, le plus souvent iliaque et progressive, etc. Parmi les lésions du voisinage, notons les adénites inguinales, l'infection possible de proche en proche de la séreuse péritonéale et les déformations pelviennes. Les abcès et fistules sont cruraux, fessiers ou pelviens, etc.

M. Ollier, sur 30 pièces où les lésions osseuses paraissent avoir été primitives, trouve 15 cas d'origine fémorale. Sur 14 cas de lésion cotyloïdienne, il note 7 fois la perforation de la cavité cotyloïde. Dans 9 cas, il y avait des séquestres de nécrose; 5 fois il n'y avait pas de nécrose, mais des érosions plus ou moins profondes, avec quelques petits séquestres vasculaires en voie de résorption. Les 15 cas qui présentaient des lésions principalement et à peu près exclusivement fémorales, se répartissent ainsi : tubercules périphériques 9; tubercules exclusivement centraux 4; à la fois centraux et périphériques 2. Ils siégaient dans l'épiphyse 6 fois; dans la région juxta-épiphysaire 6 fois. En même temps, sur l'épiphyse et la diaphyse 3 fois. Pour M. Ollier, les lésions osseuses ont trois sièges principaux : 1° les lésions sous-chondriques développées dans la couche vasculaire sous-cartilagineuse. Ce sont, le plus souvent, des nids de fongosités qui soulèvent le cartilage diarthrodial avant de le perforer; 2° les lésions intra-osseuses ou médullaires, c'est-à-dire nées dans le tissu osseux et particulièrement dans le tissu spongieux des épiphyses ou des régions juxta-épiphysaires; 3° les lésions sous-périostiques, nées sous le périoste, là où cette membrane se confond avec la capsule articulaire et se trouve recouverte par la synoviale sur les limites du cartilage diarthrodial.

Pour M. Ollier, si on ne rencontre pas davantage dans les autopsies de synovite tuberculeuse primitive de la hanche, c'est que cette forme d'infection tuberculeuse articulaire guérit plus facilement.

L'entorse juxta-épiphysaire, fréquente dans l'abduction forcée du fémur, explique les lésions, d'abord inflammatoires, puis tuberculeuses du cartilage dia-épiphysaire.

Kœnig, dans son chapitre d'anatomie pathologique de la coxo-tuberculose, admet la synovite tuberculeuse primitive et sa propagation aux os par la réflexion de la synoviale autour du ligament rond. Quant aux lésions osseuses il insiste surtout sur la migration de la cavité cotyloïde, d'après Volkmann, vers la fosse iliaque externe.

Articulation du genou. — M. Ollier, d'après ses pièces, pense que l'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou peut débuter par toutes les extrémités osseuses qui constituent l'articulation et même par la rotule, dans laquelle on rencontre quelquefois des masses tuberculeuses centrales qui enva-

hissent l'articulation, après avoir perforé le cartilage diarthrodial. M. Ollier admet le début par la synoviale, surtout pour le cul-de-sac supérieur chez l'adulte, mais chez l'enfant le début osseux est presque la règle. Le tibia est le siège le plus fréquent des lésions. Dans le fémur, il a rencontré surtout des séquestres éburnés. Sur 41 cas, d'origine osseuse, M. Ollier note : origine tibiale 17 fois, origine tibio-fémorale 13, origine fémorale 9, origine rotulienne 2. Les lésions étaient 11 fois simultanément centrales et périphériques ; 6 fois centrales, 17 fois périphériques, 7 fois indéterminées. Puis il insiste sur la subluxation du tibia en arrière, sa rotation externe, la soudure fémoro-tibiale de la rotule, l'inflexion brusque du tibia en avant, au niveau du cartilage dia-épiphysaire du fémur et du tibia.

Kœnig admet aussi l'origine synoviale pour quelques cas. Le siège de prédilection des foyers osseux est au bord des ménisques où ils forment parfois un abcès tout à fait circonscrit et séparé de la cavité articulaire par du tissu conjonctif. Au fémur ils se développent volontiers sur les parties latérales des condyles, près du bord articulaire, tapissé de cartilages. Par suite de la prédominance de la flexion et de l'abduction, les ulcérations osseuses portent sur le segment postérieur des condyles, l'externe surtout.

Articulation tibio-tarsienne. — D'après ses observations, M. Ollier démontre la prédominance des lésions astragaliennes sur les lésions tibio-tarsiennes dans les trois quarts des cas. Le début synoviale serait assez fréquent chez l'adulte. Les tubercules de l'astragale sont centraux ou périphériques. Ces derniers se développent soit sous le cartilage de la poulie, soit sous le périoste du col ou des parties limitrophes du cartilage.

Chez les enfants, on trouve assez souvent une nécrose plus ou moins étendue de la poulie qui permet de se borner à l'ablation du séquestre. Sur 63 ablations de l'astragale pour lésions tuberculeuses, 41 fois la lésion était primitivement osseuse, 14 fois d'origine synoviale. Le siège principal des lésions osseuses était 21 fois dans l'astragale, 9 fois dans le calcanéum, 8 fois dans le tibia ou le péroné. Les lésions calcanéennes s'étaient propagées à l'astragale à travers l'articulation calcanéo-astragalienne et avaient envahi ensuite l'articulation tibio-tarsienne. Cette articulation était envahie deux fois à la suite de lésions scaphoïdiennes et une fois cuboïdienne. Sur ces 41 lésions osseuses primitives, 22 avaient débuté par le centre de l'os.

Kœnig décrit les mêmes lésions, de plus, pour lui, la flexion plantaire qui s'observe est due à l'épanchement articulaire, au poids de la partie antérieure du pied, à la pression exercée par les couvertures, lorsque le malade est couché. La flexion plantaire s'accompagne d'un certain degré d'adduction au niveau de l'articulation astragalo-tarsienne.

Tarse et métatarse. — Dans sa thèse, M. Audry (1) publie la statistique suivante de M. Ollier : sur 119 cas de tuberculose du pied, 90 fois la lésion était primitivement osseuse et portait 18 fois sur l'astragale, 37 fois sur le calcanéum, 3 fois sur le scaphoïde, 3 fois sur les cunéiformes, 26 fois sur les métatarsiens. La lésion était 30 fois d'origine synoviale. La communication, entre elles, de synoviales explique la propagation facile des lésions.

Colonne vertébrale. — Les lésions tuberculeuses ont été décrites dans la monographie de M. Lannelongue et nous les résumerons très rapidement. Le siège de la lésion est soit antérieur (mal de Pott proprement dit), soit postérieur (mal vertébral postérieur).

Le point d'élection du tubercule semble être la partie voisine d'un disque inter-vertébral et, d'après Trèves, il s'agirait, en pareil cas, d'une épiphysite ; le mal débute souvent aussi par le corps de l'os. On trouve la forme circonscrite ou caverneuse de la tuberculose avec plusieurs variétés, telles que le tubercule primitif envahissant à développement centrifuge de Kiener et Poulet, le tubercule circonscrit avec ou sans séquestre. La deuxième forme de la tuberculose vertébrale est la forme diffuse, c'est l'ancienne carie fongueuse avec plusieurs variétés : c'est le tubercule envahissant à séquestres adhérents de Kiener et Poulet ou encore le tubercule tardif à évolution rapide, ou encore l'ostéite tuberculeuse aiguë. Les lésions de voisinage sont intéressantes, car les articulations inter-vertébrale et costo-vertébrale sont souvent envahies. L'*ulcération progressive* détermine des destructions osseuses d'où l'inflexion du rachis. Nous ne pouvons que citer les abcès migrateurs, les lésions des nerfs rachidiens, des méninges, de la moelle et de l'aorte thoracique.

Articulation sacro-iliaque. — Dans sa thèse, sur la sacro-coxalgie, M. Delens (1) regarde le point de départ des lésions comme certainement osseux. Dans un travail récent, M. Delbet (2) a décrit des sacro-coxalgies partielles.

De cette longue étude de topographie comparée dans les ostéo-arthrites tuberculeuses des articulations principales, il résulte que le point de départ des lésions est toujours osseux, pour M. Lannelongue, presque toujours pour Volkman, M. Ollier, Kœnig, *mais les cas de lésions considérées comme d'origine synoviales doivent être considérés comme douteux si on n'a pas eu soin, non pas de scier, mais de couper les extrémités articulaires avec de forts couteaux,* car la scie mâchonne des tissus et peut ainsi détruire de petits foyers osseux qui passent inaperçus (Lannelongue).

III

Histologie pathologique. — *Au point de vue microscopique,* l'étude de la nature des ostéo-arthrites tuberculeuses passa par les différentes phases suivantes :

Rokitansky avait cherché en vain les nodules caractéristiques dans les fongosités articulaires ; ce fut Köster (1869) qui, le premier, montra dans les fongosités d'une tumeur blanche des nodules tuberculeux à cellules géantes analogues à ceux décrits par Friedlander dans le lupus. L'année suivante, M. Cornil trouva, dans l'épaisseur d'une synoviale, des granulations dont la partie centrale faisait saillie dans l'articulation et ces granulations miliaires articulaires étaient absolument semblables à celles du poumon. Le cas de M. Laveran (1876) est également bien connu. En 1879, M. Brissaud décrivit dans une tumeur blanche et des cellules géantes, et des follicules tuberculeux. Actuellement on décrit trois variétés de nodules tuberculeux dans les fongosités des ostéo-arthrites tuberculeuses.

1° *Le nodule embryonnaire* représentant le tubercule dans sa forme la plus élémentaire. Il est composé de cellules montrant une active pullulation sur leur marge, tandis qu'au centre ces cellules sont déjà envahies par les granu-

(1) Audry. Th. de Lyon, 1890.

(1) Delens. Th. d'agrég., Paris 1875.
(2) Delbet. Soc. anat., 1892.

lations de graisse libre qui indiquent une dégénérescence avancée.

2° *Le follicule de Koster* est formé par une cellule géante à prolongements rameux autour de laquelle sont étagées des cellules épithéliales, elles-mêmes entourées d'une auréole inflammatoire dans laquelle se forment des follicules secondaires disposés en couronne autour du follicule primitif. Cette forme de tuberculose est essentiellement dégénérative et aboutit à la production de grosses masses caséeuses.

3° *Le nodule de Friedlander* a pour caractéristique d'être isolé des follicules voisins, sa bande dégénérative s'étend lentement. C'est la plus torpide et la moins extensive des formes tuberculeuses; c'est celle qui favorise le plus les tendances fibro-formatives des tissus et qui se prête le mieux au processus curatif.

Ces différentes variétés furent bien exposées par M. Chandelux dans sa thèse (1) et après avoir décrit les fongosités villiformes, papillaires, réticulaires, arborescentes, lamelliformes, vasculaires purulentes, caséeuses, confluentes, en traînées, superficielles, interstitielles, ulcérantes, cet auteur décrit avec soin les synovites fongueuses à nodules embryonnaires, les synovites fongueuses à évolution fibro-caséeuse, les synovites fongueuses à éruption directe et à lente extension.

Quant à la coupe d'une synoviale tuberculeuse, elle peut être subdivisée en trois couches : 1° fongosités synoviales; 2° couche vasculaire sous-synoviale; 3° tissu lardacé.

IV

Physiologie pathologique et bactériologie. — *Les études bactériologiques* des ostéo-arthrites tuberculeuses furent précédées de nombreuses recherches qui firent soupçonner l'existence d'un agent infectieux. La cellule géante ou cellule tuberculeuse, de même que la cellule cancéreuse, ne vécut pas longtemps, en tant que caractéristique de toute lésion tuberculeuse. En employant la méthode de M. Villemin, Max Schuller, le premier en 1878, tuberculisa des animaux, à l'aide de produits manifestement virulents introduits dans la trachée ou dans le poumon et en contusionnant quelques grandes articulations de ces animaux. Le traumatisme articulaire fut suivi du développement des lésions de l'arthrite fongueuse.

Riedel, en 1879, montra que les produits tuberculeux, injectés dans une articulation, entraînent l'apparition de l'arthrite tuberculeuse, tandis que le sang pur est rapidement résorbé.

Kœnig (1879) montra que l'inoculation des fongosités tuberculeuses d'une tumeur blanche, est capable de produire, chez le lapin, la tuberculose généralisée.

Volkmann (1879) fit remarquer que les fongosités synoviales se reproduisent de proche en proche, par l'extension progressive des colonies reliées au foyer initial et trouve, dans ces faits, une preuve évidente de l'auto-inoculation des produits articulaires.

Hueter (1879) produisit la tuberculose généralisée en inoculant à un chien la fongosité articulaire d'une tumeur blanche expérimentalement développée.

M. Lannelongue confirma ces faits par ses expériences, qui datent de 1878, et dans sa description anatomo-pathologique de 1882, le mot infectieux revient à chaque instant.

En 1883, éclata, pour ainsi dire, la découverte du bacille tuberculeux, par Koch, et ce bacille fut recherché dans toutes les tuberculoses locales. Dans les abcès froids, on trouva très souvent le bacille tuberculeux, soit seul, soit associé à des microbes pyogènes. M. Babès rapporte plusieurs cas d'abcès froids développés autour de la colonne vertébrale et renfermant du pus épais. Les vaisseaux de la paroi étaient oblitérés par des masses de streptocoques pyogènes. Le pus de l'abcès contenait une grande quantité de ces microbes pyogènes, mais il n'y avait pas de bacilles de la tuberculose. Dans un cas d'arthrite tuberculeuse (non ouverte), le même microbiologiste trouva le bacille de Koch et le streptocoque pyogène. Dans trois autres cas d'abcès froids, il fut difficile de trouver le bacille de la tuberculose dans la paroi de l'abcès, mais le pus donna deux fois des cultures de staphylococcus aureus, une fois associé au streptocoque pyogène. Dans les ganglions tuberculeux du médiastin, il trouva très souvent le bacille de la tuberculose associé au streptocoque pyogène.

D'autre part, M. Garré a examiné quatre cas d'arthrites tuberculeuses, mais il n'a pas trouvé la présence de microorganismes pyogènes, soit par des examens microscopiques, soit par des essais de cultures. Les seuls microbes qu'il ait trouvés étaient le bacille de la tuberculose dont il n'a pu démontrer la présence que par des inoculations. Guissler, dans sept cas d'abcès froids, ne trouva pas de bacilles.

Un point important devrait être tranché, c'est l'action pyogène du bacille de la tuberculose. Cette question fut discutée, l'année dernière, au Congrès de la tuberculose. M. Babès insista sur les *associations bactériennes de la tuberculose articulaire* et avança ce fait intéressant, c'est que les microbes surajoutés n'empêchent pas le développement du bacille de la tuberculose, mais que, au contraire, ils favorisaient son développement. M. Hallopeau ajouta que les résultats des examens bactériologiques permettent d'affirmer, en toute certitude, que les abcès froids, les adénites suppurées, les empyèmes, peuvent se produire en l'absence des microbes pyogènes ordinaires. M. Verneuil, invoquant la clinique, fit remarquer que, dans l'évolution des abcès froids, il est un fait vulgaire connu de tous, c'est de voir l'abcès se gonfler, la peau rougir et l'abcès froid se transformer en un abcès chaud. Dans ces cas, avec M. Baretta, il trouva dans le pus, le plus souvent des streptocoques, plus rarement des staphylocoques et, chez ces malades, la guérison survient plus rapidement.

M. Arloing rappela que Koch nota que les cultures, dans lesquelles les bacilles avaient été filtrés, avaient des propriétés pyogènes très développées et, dans des expériences personnelles, il obtint les mêmes résultats.

En résumé, le bacille de la tuberculose est pyogène, soit par lui-même, soit par les produits qu'il sécrète.

Peu de temps après, à propos d'une communication de M. Rendu, sur un abcès cérébral aigu ne contenant que le bacille de la tuberculose, M. Chantemesse rappela, à la Société médicale des hôpitaux, que les suppurations liées au bacille de la tuberculose ne sont pas très rares, mais elles ne s'observent guère que chez les anciens tuberculeux.

Enfin Pawlowsky, dans un court, mais très important mémoire (1) sur la tuberculose articulaire, a bien mis en

(1) Chandelux. Th. d'agrég., Paris 1883.

(1) Pawlowsky. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1889.

relief l'influence d'une infection surajoutée sur la marche de la maladie locale. Dans des fongosités, il trouva des bacilles tuberculeux et des streptocoques. Et ces fongosités injectées produisirent des synovites fongueuses, avec suppuration abondante et gonflement des articulations. En ensemençant un peu des produits de ces articulations, il obtint des cultures de streptocoques. Dans 8 autres cas, il nota 3 fois le streptocoque pyogène, 1 fois le staphylocoque aureus et 1 fois le bacillus pyocyaneus. De ses expériences, il conclut que la *tuberculose pure* des articulations a une marche beaucoup plus lente que la tuberculose compliquée; elle ne s'accompagne pas d'une fièvre aussi aiguë, ni d'un affaiblissement, ni d'une destruction des tissus articulaires aussi rapide que les *formes de tuberculose articulaire mixtes*. C'est dans celles-ci que les symptômes sont les plus prononcés et les plus aigus. C'est après la formation des fistules, par suite du progrès de la tuberculose, que les articulations peuvent être envahies par des microbes étrangers. Ils se cultivent peu à peu dans le trajet fistuleux, pénètrent dans l'articulation et évoluent à côté des bacilles tuberculeux. La présence de ces microbes ajoutés modifie le cours et les symptômes de la tuberculose articulaire pure. L'apparition de suppuration chaude dans l'articulation, la formation d'abcès péri-articulaires, la destruction des tissus sont les signes de cette invasion secondaire. Les bords des fistules deviennent bleuâtres, ulcérés, anfractueux, œdématiés. Les phénomènes généraux s'aggravent, on note de la fièvre avec exacerbations vespérales, de la diarrhée, un affaiblissement progressif, etc.; des déformations surviennent dans l'articulation, le membre se dévie latéralement et prend une direction vicieuse.

Un signe très important de cette tuberculose articulaire mixte, c'est l'existence du *pus chaud*, bien différent du *pus tuberculeux*, qui a l'aspect d'un sérum clair entraînant des débris caséeux. Ce *pus tuberculeux*, peu riche en globules purulents, est bien distinct du pus ordinaire appelé *pus de bonne nature* contenant des globules blancs en abondance et aussi des microbes pyogènes.

A côté de la tuberculose articulaire pure, il y a donc des tuberculoses articulaires mixtes, à gravité exceptionnelle.

Conformément à ces données nouvelles, il faut donc, au point de vue clinique, subdiviser, avec M. Lannelongue (Académie de médecine, 1891), les tuberculoses articulaires en :

1° *Tuberculoses non suppurées et non ouvertes*;

2° *Tuberculoses suppurées et non ouvertes*;

3° *Tuberculoses suppurées et fistuleuses.*

Dans les ostéo-arthrites tuberculeuses, la suppuration aggrave donc considérablement le pronostic; on peut en juger d'après une statistique de la Société clinique de Londres. Parmi les malades traités par la méthode de la conservation, il y a 33 guérisons pour 100 cas avec suppuration, soit un tiers, et 69 guérisons pour 100 cas non suppurés, soit plus de deux tiers.

Une fois que la suppuration s'est établie par une fistule ou par ulcération cutanée fongositaire, l'articulation est envahie par des microbes pyogènes, la synoviale et les tissus péri-articulaires suppurent. Quand l'écoulement est insuffisant, le pus stagne par places, des abcès se forment par rétention, des fusées purulentes s'établissent, les fistules se multiplient et forment de nouvelles portes d'entrée pour les différentes formes de septicémie, voire même l'infection purulente, comme cela a été signalé ailleurs, dans certains cas de cavernes pulmonaires suppurant abondamment.

Notons enfin que ces microbes surajoutés peuvent être introduits dans l'articulation par la voie sanguine ou par la voie lymphatique, quand il n'existe pas de fistules cutanées. Il y a longtemps déjà que Korteveg, étudiant macroscopiquement le développement de la tumeur blanche, insistait sur ce fait que même quand la maladie n'est pas très avancée, la synovie devient rare et louche, c'est là le premier pas vers la suppuration.

Dans toutes les recherches antérieures à celle de Pawlowsky, le rôle du système lymphatique dans la propagation des lésions tuberculeuses était indiqué. En 1881, M. Lannelongue insistait et décrivait des abcès tuberculeux souscutanés sur l'avant-bras d'un membre atteint de spina ventosa et il invoquait déjà alors le rôle des vaisseaux lymphatiques dans l'infection tuberculeuse. Nous allons voir que ce rôle des lymphatiques va devenir prépondérant avec les recherches suivantes.

Dans un mémoire tout récent et aussi remarquable que celui qu'il avait publié en 1889, Pawlowsky (1) a, de nouveau, étudié la tuberculose articulaire et signalé les faits suivants : Douze heures après l'infection, on observe deux phénomènes parallèles dans la tunique synoviale : l'infection des cellules du tissu conjonctif et des fentes lymphatiques par les bacilles et l'engloutissement des bacilles par les globules blancs. On peut distinguer trois zones de propagation de l'infection : la zone extérieure dans laquelle les bacilles sont libres dans les lacunes du tissu conjonctif et se trouvent rarement dans les cellules de ce tissu; la zone intermédiaire, où les bacilles sont enfermés dans les cellules du tissu conjonctif bien souvent entourées de globules blancs; la zone intérieure, celle de l'envahissement compact de granulations sur une large étendue, où, pour la plupart, les bacilles se trouvent dans des globules blancs. Grâce aux mouvements, les bacilles tuberculeux sont poussés, dès les premières heures après l'infection, du liquide synovial dans les petits orifices et dans les glandes lymphatiques, en infectant avant tout ces fentes et les cellules du tissu conjonctif.

L'évolution des globules blancs permet de conclure qu'ils participent activement à la construction du tubercule, après avoir subi une série de changements progressifs jusqu'à la cellule épithélioïde typique. Le tubercule provoqué artificiellement est donc, d'après ces nouvelles recherches, un produit des cellules épithélioïdes dérivées des globules blancs aussi bien que des cellules du tissu conjonctif. Le tubercule est donc le produit d'une inflammation chronique contagieuse, avec tous les attributs capitaux et caractéristiques des organisations inflammatoires.

En présence du bacille tuberculeux, les cellules du tissu conjonctif se multiplient, forment les cellules épithélioïdes ou bien disparaissent, si la quantité de bacilles est trop grande. De même, pour les globules blancs qui peuvent, ou périr lorsqu'ils sont trop envahis, ou se métamorphoser en cellules épithélioïdes qui prennent part à la construction du tubercule ou transportent les bacilles dans l'organisme. Dans cette manière de voir, la cellule du tissu conjonctif est la seule qui préside à l'infection locale du tissu. Le rôle des globules blancs c'est : 1° la lutte contre les bacilles au point d'infection, lutte qui se manifeste par la ruine du leucocyte

(1) Pawlowsky. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1892.

ou par sa part active dans la formation du tubercule; 2° la propagation des bacilles dans l'organisme.

Après avoir montré que les bacilles inoculés envahissent peu à peu l'organisme par la voie lymphatique, Pawlowsky, n'ayant jamais trouvé de bacilles dans les vaisseaux sanguins de l'articulation, insiste sur ce fait qu'il les a rencontrés successivement dans les glandes inguinales, iliaques et lombaires. *Ces différents ganglions sont des barrières qui retardent d'autant l'infection de l'économie.* Ce fait s'accorde parfaitement avec le cours prolongé et local de la tuberculose des articulations chez l'homme. Sans nier la propagation de la tuberculose par le sang, défendue par Muller qui, ayant injecté du pus tuberculeux dans l'artère nourricière du fémur, trouva des foyers tuberculeux, souvent en forme d'infarctus cunéiformes, dans la moelle des os, on peut dire que cette propagation par la voie sanguine est rare.

En résumé, les globules blancs ne servent pas uniquement à lutter contre les bacilles, ils participent à la construction du tubercule et travaillent, en outre, par leurs émigrations, à l'infection générale de l'organisme. Ils sont donc à la fois utiles et nuisibles. *Il en est de même pour le système lymphatique, qui est une voie de transport par ses canaux et un obstacle par ses ganglions.*

V

Déductions thérapeutiques. — L'étude anatomo-pathologique des ostéo-arthrites tuberculeuses nous a donc montré la lésion osseuse comme étant presque toujours le point de départ de l'affection. Ce n'est pas certes que cette lésion soit toujours très étendue, au contraire. Ici, comme pour le poumon, la lésion épiphysaire est souvent limitée au début; puis, sous l'influence de causes diverses, l'articulation est envahie. Parmi ces causes, les unes, générales, tiennent à certains états de l'organisme qui, à un moment donné, devient bon terrain de culture; mais les causes locales sont des plus importantes, et, pour les ostéo-arthrites tuberculeuses, le traumatisme, et même le simple fonctionnement normal, aggrave les lésions initiales. C'est donc *dès le début* (1) qu'il faut traiter la maladie, dès que les premiers symptômes apparaissent, et il faut presque les guetter chez les individus prédisposés, il faut empêcher le fonctionnement physiologique de l'articulation malade. Il suffit, pour en être convaincu, de voir les lésions toujours plus graves du côté de l'os qui, dans les mouvements normaux, subit la plus grande pression, témoins la tête humérale, la tête fémorale, l'union des différentes courbures du rachis, le cubitus, le tibia, l'astragale, le calcanéum, etc.

Traitées dès le début, les articulations malades seront soumises à l'immobilité la plus rigoureuse; elle seule souvent, et sans autre traitement chez les enfants, suffira au début pour amener une guérison définitive : témoin les coxo-tuberculoses traitées par l'extension continue qui écarte les surfaces articulaires, et celles-ci, échappant ainsi à la loi de l'ulcération progressive, ne se déforment plus.

Cette immobilisation doit donc être faite de bonne heure, et les procédés ou appareils à employer varient avec les différentes articulations : le membre ou le tronc (mal de Pott) doit être immobilisé en bonne position, l'adduction pour l'épaule, l'angle droit et le pouce dirigé vers la bouche pour le coude, l'extension pour le poignet, le rachis, la hanche, le genou (1), l'angle droit pour la tibio-tarsienne. Si des déformations existent déjà, le redressement brusque sera fait sous le chloroforme, en plusieurs séances si elles sont nécessaires, pour vaincre les rétractions tendineuses qui, si elles résistent trop, peuvent être sectionnées par la méthode sous-cutanée. Dans quelques cas, le redressement pourra être progressif au moyen de l'extension continue (coxo-tuberculose).

Cela fait, les *révulsifs superficiels* sont souvent employés et, parmi les plus efficaces sans contredit, il faut citer les pointes ou les raies de feu, dont l'emploi date de loin. Puis, s'enhardissant, les chirurgiens ont fait des *cautérisations profondes*, *ignipuncture intra-fongositaire* (Richet) et des *injections intra-fongositaires*. C'est ainsi que Knocry dit avoir retiré quelques bénéfices des injections, dans l'article malade, d'une solution aqueuse d'acide phénique à 5 p. 100. MM. Verneuil et Marc Sée ont obtenu des résultats en faisant des injections iodoformées intra-articulaires. Wendelstadt fit des injections d'huile iodoformée dans les fongosités mêmes. En 1879, M. Le Fort fit des injections de sulfate de zinc dans les fongosités du cul-de-sac synovial, et même en dehors de l'articulation sur les côtés du ligament rotulien. Luton (1875), Hueter (1877) avaient fait aussi des injections interstitielles avec des caustiques divers, et à l'Académie de médecine, M. Guéniot fit remarquer que l'emploi des injections interstitielles appartient à Broadbent, qui a tenté de les utiliser dans la cure du cancer en 1867. Mais cette forme d'injection donna, il faut l'avouer, peu de résultats prolongés; il fallait donc changer la méthode, c'est ce que fit M. Lannelongue. En 1890, il proposa une nouvelle méthode de transformation prompte des produits tuberculeux des articulations et de certaines autres parties du corps humain (2). Une circonstance particulière l'avait servi avantageusement à ce point de vue. Ayant eu à traiter un cas d'hypertrophie congénitale énorme de l'avant-bras et de la main, chez un enfant, il eut recours avec succès à des injections profondes de chlorure de zinc. Après avoir étudié, avec M. Achard, l'action sclérogène du médicament, sur les tissus sains des animaux, sur le tissu cellulaire, les muscles, le poumon, le foie, les os, M. Lannelongue étudie ses effets sur les lésions tuberculeuses, par une méthode nouvelle consistant à faire pénétrer l'agent thérapeutique, *non pas dans les fongosités ni dans les foyers tuberculeux, mais en dehors d'eux et autour d'eux seulement.* Il se fait au sein des tissus injectés, probablement par diapédèse, probablement aussi par prolifération cellulaire, *un afflux énorme de nouveaux éléments anatomiques.* Ces cellules jeunes empâtent la périphérie des fongosités et des foyers tuberculeux. La lutte s'établit entre ces éléments phagocyteurs et le bacille, comme Pawlowsky l'a signalé pour des articulations tuberculeuses. Les jeunes cellules s'organisent, constituent un tissu fibreux serré et d'autant plus compact, que les vaisseaux y sont moins nombreux ou d'un plus petit calibre. Dès le lendemain de l'injection, il se forme un *ostéome sous-périosté* et un *fibrome synovial*, si on a eu soin d'intéresser le périoste. Avec le temps, on note une tendance marquée vers le retour des tissus sclérosés à un tissu conjonctif plus lâche, et c'est ainsi que l'articulation retrouve sa forme et sa souplesse. La réaction fébrile est très faible, et chez

(1) Comme pour les tumeurs malignes (Lannelongue).

(1) Voir Plicque. Traitement de la tuberculose du genou chez l'enfant, *Gaz. des hôpit.*, 10 janvier 1891.

(2) Lannelongue et Achard. Acad. de méd., 1891.

les enfants le poids continue à augmenter. Les seuls accidents observés sont : 1° un épanchement sanguin tardif, ce qui fait penser qu'ils sont le résultat de petites ruptures vasculaires tardives au moment où la circulation se rétablit; 2° des troubles vaso-moteurs, si un tronc nerveux a été piqué; 3° des escharres, si l'injection a été faite superficiellement ou si, en retirant l'aiguille, une goutte restée dans la canule est sortie au niveau de la peau. Si l'injection est forcément un peu superficielle (spina ventosa), il vaut mieux recourir à une solution à 1/20e.

Dans le cas de tuberculoses non ouvertes et suppurées, c'est-à-dire pour les abcès tuberculeux simples, les abcès par congestion, les synovites tendineuses suppurées, il faut ponctionner l'abcès, le laver avec une solution antiseptique et faire des injections périphériques.

Dans les tuberculoses suppurées avec séquestres, qu'elles soient ouvertes ou non, il faut sclérogéner les tissus, puis, quand les lésions osseuses sont bien limitées, il faut enlever les séquestres et faire des résections partielles, une opération économique. Cette *arthrectomie* ou *curetage articulaire* se trouve ainsi diminuée d'étendue, de gravité, et, dans plusieurs observations, cette opération complémentaire aura évité des amputations qui, primitivement, avaient été jugées nécessaires. Ces résections atypiques ont, chez l'enfant, l'avantage de conserver le cartilage dia-épiphysaire. M. Ollier, le père des résections typiques, s'exprime ainsi à propos de l'épaule : « Ce qui nous porte encore à détourner le chirurgien des résections ultra-épiphysaires de l'épaule dans la première enfance, c'est la guérison spontanée et même sans ankylose osseuse, qu'on observe après les formes en apparence les plus graves. La vitalité des tissus est telle à cet âge que des organes de glissement peuvent se reformer et permettre une augmentation progressive des mouvements. A plus forte raison, constatera-t-on ces résultats heureux, lorsque, par ces incisions opportunes, on aura donné issue aux foyers caséeux ou extrait les séquestres de la tête humérale. C'est à ces opérations économiques que doit généralement se borner l'intervention chirurgicale dans les ostéo-arthrites tuberculeuses de l'enfance » (1).

Chez l'adulte, ces opérations partielles ont été recommandées par Sédillot, Schede, Volkmann, Nussbaum, Albert, Kœnig, Letiévant, Mollière, MM. Delorme (2), Richelot (3). Il est curieux de voir ces interventions économiques prônées actuellement en Allemagne, où pendant quelque temps a régné la « résécomanie » (4). Chez l'adulte, ces arthrectomies doivent être combinées avec l'application de la méthode sclérogène (5).

Le manuel opératoire de celle-ci est le suivant : le malade étant endormi, car les injections sont douloureuses, la région à injecter doit être nettoyée antiseptiquement, puis, si nous prenons pour exemple une ostéo-arthrite tuberculeuse du genou, l'aiguille doit être enfoncée au-dessus du cul-de-sac supérieur de manière à atteindre le fémur au niveau de l'inflexion de la synoviale fongueuse et la solution est déposée sur le fémur même au-dessus ou au-dessous du périoste. Au-dessous de la rotule, l'aiguille est enfoncée sur le bord de l'os, parallèlement au bord du ligament rotulien et au-dessous des aponévroses, puis on injecte parallèlement au bord supérieur de l'épiphyse du tibia, au niveau de la réflexion de la synoviale sur ce bord. En résumé, l'injection doit être faite au niveau du point de réflexion des synoviales et le long des gros ligaments, qui alimentent les régions voisines des synoviales. Si elle peut être faite très profonde on emploiera une solution à 1/10e, si elle ne peut être que superficielle, la solution sera à 1/20e. Dès le lendemain, le membre sera immobilisé en bonne position dans un plâtre et la compression, avec de larges plaques d'amadou, est faite pendant quelque temps, pour éviter les épanchements sanguins qui ont été observés.

Et, à l'appui de cette communication, M. Lannelongue rapporta une série d'observations, d'autant plus concluantes, maintenant que les injections datent actuellement d'un an et que la guérison s'est maintenue (1), *avec retour des mouvements*.

Au Congrès pour la tuberculose et à celui de l'Association française pour l'avancement des sciences, M. Coudray a montré, d'après ses résultats, que la méthode sclérogène ne supprime pas toujours les actes chirurgicaux ; dans certains cas, au contraire, elle les provoque, mais elle en limite le champ aux seules régions malades, dont les altérations sont devenues évidentes dans les parties molles comme dans l'os ; la douleur dans les mouvements est souvent même beaucoup diminuée par les injections.

A la Société de chirurgie, M. Charvot présenta un malade atteint d'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou droit. Une série d'injections iodoformées n'avaient amené aucun résultat. Deux injections de chlorure de zinc à 1/10e déterminèrent une amélioration rapide et considérable ; la synoviale redevint souple, et les mouvements du genou revinrent en grande partie.

A la même séance, M. Reynier présenta une malade à qui il fit quarante-deux injections en douze séances pour une ostéo-arthrite tuberculeuse du genou. Les fongosités disparurent en grande partie, l'amélioration fut très grande, cependant il ne considéra pas sa malade comme définitivement guérie, car il persistait quelques points osseux douloureux.

Bardescu (2) traita, par la méthode sclérogène, plusieurs malades. Dans un cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse tarso-métatarsienne suppurée et non ouverte, il obtint un résultat immédiat excellent. De même pour un abcès tuberculeux d'origine costale. Il conclut en disant que ces injections au chlorure de zinc peuvent être appliquées dans tous les cas de tuberculoses chirurgicales, mais qu'il faut, par de nouvelles observations, s'efforcer d'en préciser les indications et les contre-indications (3).

De notre étude d'ensemble sur la physiologie pathologique, il résulte que, si l'ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée et non ouverte s'est transformée en une tuberculose suppurée et fistuleuse, il faut intervenir dès que les injec-

(1) Bourgogne. De l'arthrectomie, Th. de Paris, 1890; — Dahlepye, Desceurmaux, Haran, *Idem.*

(2) Thèse de M. Fugerot, 1886.

(3) Société de chirurgie, 1890, et Cordillot. Th. de Paris, 1891.

(4) Forgue et Reclus. Sur les indications et contre-indications de l'arthrectomie, *Thérapeut. chirurg.*, p. 684 et suiv.

(5) Cette méthode, en effet, donne au chirurgien la latitude de préparer le terrain opératoire, de fabriquer un compost approprié. (Lannelongue. *Bull. méd.*, 20 avril 1892.)

(1) Depuis, la méthode sclérogène a été employée avec succès pour les luxations récidivantes de l'épaule (Dubrueil), le pied bot, les angiomes, les luxations congénitales de la hanche, des pseudarthroses (Ménard), etc.

(2) Bardescu. *Spitalul*, 12 février 1892.

(3) Voir les statistiques de MM. Lannelongue, Coudray, Dubois, Iscovesco (Congrès de chirurgie, 1892, et *Bull. méd.*, 20 avril 1892.)

tions ont limité les lésions. Nous avons vu, en effet, l'aggravation que subissent des articulations, quand à l'infection tuberculeuse s'ajoute une infection à streptocoques ou à staphylocoques. Ce n'est pas certes que le malade ne puisse pas garder une fistule, pendant des années, et même guérir à la longue, mais ce sont là des cas peu fréquents et le plus souvent l'apparition de la fistule est le prélude des déformations articulaires avancées, des généralisations ganglionnaires et viscérales et celles-ci prédominantes enlèvent le malade.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie de médecine, formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Polaillon sur les titres des candidats correspondants nationaux, a classé les candidats dans l'ordre suivant : M. Demons (de Bordeaux); M. Dezanneau (d'Angers); MM. Dubar et Gaulard (de Lille), A. Hergott (de Nancy) et Poncet (de Cluny), *ex æquo*.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Armedey (de Pont-de-l'Isser); Alphonse Baëlen, ancien médecin-major des dragons de l'Impératrice; Bonnain (de Moncoutaux); Burlureaux (de Commercy); Clérault (de Deuil); Guillier (de Saint-Mandé); Jourdanet et Malterre (de Paris); Muratet (d'Oued-el-Halleg); Perrichaud (de Boulogne-sur-Mer); Salles (de Saint-Martin-de-Ceuilly); Sombray (de Haybes).

L'année scientifique et industrielle, par Louis Figuier, 35e année (1891). 1 vol. in-16. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

Contrexéville-Pavillon — Goutte, gravelle, diabète, voies urinres.
Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*, 2 ou 3 à chaque repas.
Anémie — *Fer Martial-Bodin granulé.*
Dyspepsies — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

41

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

38

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : 5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.

94

DIABÈTE

PAIN
SEMOULE chocolatée } de **SOYA**
AMANDINE

(*L'Amandine se mange comme légume*)

Ces différents produits ne renferment que 3 p. 100 de matière saccharigène.

DESVILLES, ph^en^ chimiste, fournisseur et ex-interne des hôpitaux, *2, rue de Ponthieu, 2, Paris.*

62

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

97

EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE

OREZZA (CORSE)

ANÉMIE, CHLOROSE, DYSPEPSIE

LA PLUS RICHE EN FER & EN ACIDE CARBONIQUE

*Sans rivale dans toutes les maladies provenant de l'***Appauvrissement du sang** *ou de l'***Insuffisance de nutrition.**

66

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

23

(VOSGES) PLOMBIÈRES (VOSGES)

SAISON DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

Maladies du tube digestif.
Affections nerveuses et rhumatismales.
Maladies des femmes, Hydrothérapie.

Étuves romaines, Bains, Douches, Massage.

33

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux,** du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, ph^ien^, ex-préparat^r^ à l'Ecole de médecine et de pharmacie, RUE VICTOR-HUGO, 14, LYON.

72

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0 fr. 50** le mètre; 2° le catgut n°s 1, 2, 3, 4, **1 fr. 25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1 fr. 25** le mètre; 4° le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant,* sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

52

PEPTONATE DE FER ROBIN
OU
FER ROBIN ASSIMILABLE

Admis dans les hôpitaux de Paris
Présenté à l'Académie, en 1885, par Berthelot.

Le seul obtenu à l'état de véritable sel ferrugineux, en gouttes concentrées.

DOSE : 10 à 20 gouttes par repas.
DÉTAIL : Dans toutes les Pharmacies.

23

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

au lactate de fer (5 centigr).

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

qui, par deux fois, à vingt ans d'intervalle, a reconnu leur supériorité sur tous les autres **ferrugineux.**

Dépôt : LABÉLONYE et Cie, et toutes ph^ies^.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.
VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

4

VIN DE BELLINI (QUINA ET COLOMBO)

Fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

DETHAN, à Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger. Bellini

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100**^g^.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

42

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

42

CHLORÉTHYLE DU DR BENGUÉ

anesthésique local et analgésique instantané.



3 fr. 50 envoi franco contre mandat.

2 fr. 75 à MM. les Médecins.

Dr BENGUÉ, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

22

ÉLIXIR ET VIN DE J. BAIN

à la Coca du Pérou.

TONIQUE ET FORTIFIANT, LE PLUS PUISSANT RÉPARATEUR DES FORCES ÉPUISÉES.

Ph^ie^, 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et ph^ies^.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS

Circulaire relative à la réforme des études médicales en vue du doctorat.

Paris, le 9 mai 1892.

Monsieur le Recteur,

La réforme des études médicales en vue du doctorat est depuis assez longtemps l'objet des préoccupations des Facultés pour qu'elle puisse être aujourd'hui mise utilement à l'étude.

Je vous prie de consulter la Faculté de médecine de votre ressort sur le programme suivant, qui ne doit être à ses yeux que l'indication d'un certain nombre de questions à examiner et qui ne limite en rien sa liberté :

1° Organisation dans les Facultés des sciences, après des études secondaires complètes, y compris la classe de philosophie, d'une année d'études théoriques et pratiques comprenant la physique, la chimie et les sciences naturelles, à la place du baccalauréat ès sciences restreint et de la première année des programmes actuels des Facultés de médecine;

2° Organisation de quatre années d'études médicales, y compris la physique et la chimie médicales;

3° Remaniement des examens de façon à faire subir, pendant la scolarité, une partie de ceux qui, actuellement, ne peuvent être subis qu'après la seizième inscription;

4° Création et organisation, au-dessus du grade professionnel de docteur en médecine, d'un grade supérieur d'ordre scientifique qui serait exigé pour certaines fonctions de l'enseignement, et donné par collation à tout docteur remplissant actuellement une de ces fonctions.

Je vous prie de soumettre la première question à la Faculté des sciences.

Je désirerais que les délibérations des Facultés me parvinssent le 25 mai au plus tard.

Recevez, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,
Léon Bourgeois.

Paris, le 16 mai 1892.

A la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, M. Gilbert avait fait part de ses recherches sur le benzonaphtol; M. Le Gendre a étudié toute une série de corps voisins, susceptibles d'être également employés comme désinfectants du contenu intestinal (séance du 13 mai). La liste en est assez longue, elle est hérissée de noms chimiques d'aspect rébarbatif : salicylate d'orthocrisol et de paracrisol, carbonaphtolate de phénol, etc., etc. Il s'accorde, avec M. Gilbert, à considérer le benzonaphtol comme un des meilleurs de ces composés, un des plus faciles à administrer, un de ceux qui, avec le moins d'inconvénients, sont susceptibles de rendre le plus de services dans la thérapeutique des maladies de l'intestin.

A propos de la thèse de M. Renard, son élève, M. Sevestre revient sur les broncho-pneumonies d'origine intestinale qui seraient d'observation assez fréquente chez les enfants. Chez eux, à des phénomènes d'entérite succéderaient des phénomènes de broncho-pneumonie dont le coli bacille, hôte normal du gros intestin, serait le principal facteur. Il conviendrait donc, pour éviter semblable complication, de combattre l'entérite des enfants, et de réaliser chez eux, dans la mesure du possible, l'antisepsie intestinale.

Les amputés, ceux du moins qu'on observe dans les hôpitaux, seraient, dit M. Pierre Marie, souvent atteints de tuberculose. Cela peut tenir à ce qu'ils se trouvent dans une condition sociale particulière, leur rendant plus difficile de gagner leur vie; cela peut tenir aussi à ce que certains d'entre eux ont été amputés pour des tumeurs blanches. La remarque, inattendue, est en tout cas intéressante.

M. Gingeot, encouragé par la récente communication de M. Dieulafoy sur ce sujet, a traité un cas de pneumonie grave par les injections de térébenthine. Le malade a guéri. Dans le pus des abcès provoqués par ces injections, M. Netter n'a pas trouvé de microbes. Il n'y a donc pas, en tout cas, de décharge microbienne par les abcès ainsi provoqués et que M. Fochier dénomme abcès de fixation. Du reste, les expériences faites par M. Chantemesse sur des lapins et sur le malade, ne sont nullement favorables à cette méthode. Les malades sont morts (cinq cas de pneumonie, un de phlébite), et il se demande si l'injection de térébenthine ne leur a pas été plus nuisible qu'utile. M. Rendu n'a également tiré aucun bénéfice de ces injections. Il semble donc bien qu'il faut renoncer à l'espoir de

posséder en ces injections un moyen de traitement énergique et efficace contre la pneumonie grave.

Ces questions de thérapeutique sont, du reste, d'un jugement des plus délicats, et rien n'est difficile comme de se faire une idée nette de l'action d'une médication, de dégager sa valeur bonne ou mauvaise, du *post hoc ergo propter hoc*. Il ne faut pas perdre de vue, toutefois, qu'il s'agit ici d'une intervention agressive, très douloureuse, et qui provoque à peu près, à coup sûr, une vive inflammation avec suppuration et même mortification du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau.

C'est de la pneumonie qu'il est question encore dans la communication de M. Merklen. Il a vu trois fois des malades, atteints déjà d'une lésion cardiaque chronique, présenter une tachycardie intense : un — jusqu'à 200 pulsations — sous l'influence d'une pneumonie grippale ; deux ont survécu ; un troisième a succombé. La tachycardie, dans ces conditions, est donc une complication avec laquelle il faut compter. Peut-être y a-t-il eu une action spéciale du poison grippal sur l'innervation cardiaque. En tout cas, les injections de caféine à titre de tonique du cœur et de morphine comme calmant, paraissent être, en cas semblable, la médication la plus utile.

A la Société de dermatologie (séance du 12 mai 1892), s'est élevée une intéressante discussion à laquelle ont pris part MM. Besnier, Vidal et Brocq. Il s'agit de la nature de ces dermatoses chroniques, si tenaces et si pénibles, auxquelles les anciens auteurs donnaient le nom de lichen agrius et que M. Vidal appelle lichen polymorphe ferox. Cette discussion a suivi une présentation de malades faite par M. Besnier.

En somme, on semble d'accord sur un point : certains individus, de tempérament nerveux, éprouvent du prurit ; cela commence souvent dans l'enfance ; ils se grattent et le grattage amène la production de lésions d'urticaire ou de papules lichénoïdes. Lorsque cela se renouvelle, la peau s'épaissit, il se fait des plaques de dermite ; les érosions produites par le grattage amènent la production d'une exsudation eczémateuse et de petits abcès superficiels et il se constitue ainsi des dermatites graves, multiformes, chroniques, pénibles et rebelles. Nous ne voulons pas insister davantage ici sur cette question un peu spéciale, mais ainsi conçue, elle est de nature à intéresser tous les médecins.

Si les choses procèdent bien comme il vient d'être dit, il en découle une conclusion importante, la nécessité d'intervenir au début pour supprimer le prurit, qui est à la fois un phénomène pénible et le point de départ de toutes les lésions cutanées. Or, comme l'a fait voir M. Jacquet, l'enveloppement ouaté et les douches chaudes permettent de combattre efficacement ce prurit, même lorsqu'il a déjà, le grattage intervenant, provoqué des lésions lichénoïdes. Ces éruptions sont fréquentes chez les enfants ; les uns guérissent, les autres aboutissent à des formes de dermatoses graves par leur durée, le prurigo de Hebra, par exemple.

M. Hudelo, chef de clinique de M. Fournier, présente un nouveau cas de *farcinose de la face*, rappelant soit des lésions syphilitiques tertiaires, soit le lupus tuberculeux ; toutefois, il y a ici des points de suppuration superficielle qu'on ne trouve pas dans ces deux ordres de lésions. Nous avons dit déjà que les médecins devaient, dès maintenant, compter avec la morve dans le diagnostic des lésions mutilantes de la face.

M. Besnier fait voir un galeux, chez lequel la maladie se présente avec un aspect tout à fait extraordinaire : éruption miliaire rouge généralisée et dépôts croûteux épais, jaunâtres sur les mains, le cou et la face. On trouve partout en abondance le sarcopte de la gale humaine. On sait que l'absence des lésions à la face est un des signes différentiels de la gale ; ce signe est donc en défaut dans ce cas exceptionnel.

M. Sabouraud a fait l'étude bactériologique de plusieurs cas d'éléphantiasis nostras. Il n'a pas trouvé la filaire du sang, qui est l'organisme parasitaire de l'éléphantiasis des Arabes, mais le streptocoque de l'érysipèle, et c'est à lui qu'il tend à attribuer cet éléphantiasis. Toutefois, la filaire n'a pas été cherchée dans le sang des malades pendant la nuit et c'est là une lacune sérieuse dans l'observation, car on sait que la filaire ne se trouve dans le sang que pendant la nuit et jamais pendant le jour : c'est un parasite noctambule.

D'autre part, on voit souvent des poussées, érysipélateuses d'aspect, survenir dans le lupus, et il est à se demander par quoi elles sont alors produites. Le streptocoque de l'érysipèle peut très bien entrer par les ulcérations ou les érosions cutanées et donner lieu à des poussées de dermite, sans jouer dans la maladie autre chose qu'un rôle secondaire. Cela peut être un cas particulier d'infection secondaire surajoutée. La découverte de M. Sabouraud n'en est pas moins très intéressante.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Marchand.

Grossesse extra-utérine abdominale datant de cinq mois; laparotomie; extraction du fœtus vivant; guérison.

Au mois de juin de l'année dernière, j'ai dû pratiquer, à Saint-Louis, la laparotomie dans un cas de grossesse extra-utérine abdominale, à cinq mois de gestation. En dehors de la variété relativement rare de la grossesse, plusieurs particularités importantes méritent d'être signalées.

Ce sont d'abord les phénomènes cliniques du début, lesquels ont présenté des obscurités que l'opération seule a permis de lever.

L'intervention opératoire fut, du reste, imposée par les graves accidents présentés par la malade ; accidents qui permettaient de pressentir, mais non d'affirmer les résultats auxquels devait aboutir peu à peu l'acte opératoire.

La malade était une femme de trente ans, A. G..., qui, huit ans auparavant, avait accouché normalement d'un enfant encore vivant. Vers la fin de décembre 1890, une époque menstruelle fit complètement défaut. Elle ne fut pas très surprise, car cette fonction présentait parfois d'assez notables irrégularités.

A quelques semaines de là, à la suite d'un effort énergique, elle ressentit, prétend-elle, une douleur vive dans le bas-ventre, précédée d'une sensation de craquement. Elle éprouva aussitôt un malaise qui l'obligea à se mettre au lit. Les jours suivants, elle fut prise de fièvre, de vomissements ; le ventre se ballonna, devint extrêmement sensible. M. le docteur Hays, qui lui donnait des soins, crut reconnaître bien des symptômes d'une péritonite, qu'il attribua à une hémorrhagie pelvienne, car ces premiers

accidents étaient précisément survenus à l'occasion d'une époque.

La guérison de cet accident ne fut point complète; des douleurs pelviennes survinrent, l'état général commença à s'altérer; le ventre resta tuméfié et très sensible.

A la suite d'une troisième poussée aiguë, coïncidant comme les deux précédentes avec une époque, elle fut admise à la Maison municipale de santé, où elle séjourna un mois environ. Les avis furent partagés sur son cas; on crut alternativement à une grossesse extra-utérine, ou à une simple hématocèle.

Rentrée chez elle, la malade dut s'aliter, les douleurs abdominales reparurent, la tuméfaction du ventre fit des progrès. Cette tuméfaction procédait, du reste, par saccades. La malade, à plusieurs reprises, avait eu des écoulements de sang par le vagin, mais ces pertes, toujours légères, ne coïncidaient point avec l'époque, tandis que c'était toujours à ce moment que le ventre se tendait, que tous les accidents s'aggravaient.

Vers le cinquième mois de la maladie, aucune amélioration ne se manifestant, comme on l'avait un instant espéré à la suite du séjour à la Maison de santé, je fus appelé par mon excellent confrère M. le docteur Hays.

Je trouvai une malade profondément anémiée, semblant souffrir d'une façon excessive; la vie ne lui était rendue possible, elle l'avouait elle-même, que par un usage abusif des injections de morphine.

Le ventre était presque régulièrement ballonné, partout sonore à la percussion, si ce n'est à la partie inférieure de la région ombilicale, où il existait une saillie arrondie, très analogue au globe vésical surdistendu, mate à la percussion et très obscurément fluctuante.

Il existait partout une sensibilité excessive qui gênait notablement l'examen.

Le toucher vaginal tombait sur une tumeur arrondie qui soulevait toute la paroi postérieure du vagin, dont elle comblait presque la cavité. Il était fort difficile, en effet, de glisser le doigt entre elle et la symphyse pubienne, pour arriver tout à fait en haut de cette dernière, sur le col utérin, aplati, fixé et légèrement entr'ouvert.

Je pensai qu'il s'agissait d'une volumineuse hématocèle, dont l'origine remontait, suivant toute vraisemblance, à la rupture d'une grossesse tubaire ou tubo-ovarienne, très peu avancée (un mois ou six semaines).

Il existait depuis quelques semaines des exaspérations vespérales de la température, on avait relevé jusqu'à près de 39 degrés vers onze heures du soir, à plusieurs reprises.

Je jugeai que ces accidents fébriles tenaient à une suppuration possible du transsudat, aussi me crus-je obligé de proposer une intervention rapide qui fut, du reste, acceptée.

La malade entra dans mon service, et, après quelques jours de préparation et d'observation, je la soumis à la laparotomie le 10 juin 1891.

L'ouverture de la paroi abdominale présenta des difficultés. Les couches anatomiques profondes étaient réunies et confondues entre elles par un exsudat qui les rendait méconnaissables. A un moment donné, je vis s'écouler une quantité assez notable de sang noir, poisseux, contenant des îlots manifestement purulents. J'introduisis un doigt dans le foyer d'où émergeait ce liquide, et m'en servis comme de conducteur pour compléter l'incision.

Je fus ainsi conduit dans une cavité située immédiatement au-dessous de la paroi abdominale, limitée sur les côtés, en haut, profondément, par de très fortes adhérences, remplie du même liquide noir, poisseux, purulent, qui s'était d'abord écoulé. Ce foyer, très peu profond en réalité, fut vidé, nettoyé et scrupuleusement exploré. Je vis alors, et sans en être trop surpris, l'utérus qu'il m'avait été impossible d'isoler par la palpation combinée au toucher; mais ce qui me causa un certain étonnement fut le volume de cet organe, qui avait acquis les dimensions d'un utérus à trois mois de gestation. Je ne doutai plus qu'il ne s'agît d'une grossesse extra-utérine, dont le kyste fœtal devait se trouver dans l'espace rétro-utérin. La cavité que je venais d'ouvrir avait dû, très certainement, se former par suite de ruptures partielles de sa paroi.

Me dirigeant sur l'utérus lui-même, je dégageai son bord supérieur et le soulevai, après avoir décollé les adhérences qui le fixaient au kyste. Je tombai immédiatement dans une cavité remplie de caillots cruoriques, limitée en haut par l'épiploon et des anses intestinales agglutinées, en arrière et sur les côtés par les parois du petit bassin, en avant par les faces postérieures de l'utérus et du vagin.

Je commençai à retirer très vite et à pleine main les caillots; mais survint bientôt, comme je m'y attendais, une hémorrhagie, peu considérable d'abord, mais qui menaçait de devenir très importante. Quoique j'eusse été surpris de ne trouver que des caillots, en présence de l'écoulement de sang rouge qui m'indiquait la présence d'un placenta, je me mis à décoller, en grattant, la paroi interne du kyste dans lequel je me trouvais. Bien m'en prit; je pus achever ce décollement en très peu d'instants, et ramener en fragments un placenta membraneux dont les débris constituaient une masse du volume du poing d'un adulte.

L'hémorrhagie, très abondante au début de la manœuvre, cessa bientôt, à ma grande satisfaction. Je pus achever la toilette du petit bassin sans trop de précipitation.

Toute cette deuxième partie : extraction des caillots, décollement placentaire, avait été exécutée dans moins de temps que je ne mets à le décrire. Le souvenir des accidents hémorrhagiques si graves, qui surviennent à ce moment de l'opération, aiguillonna singulièrement mon activité.

Un fait bien singulier m'avait frappé dès l'ouverture du kyste rétro-utérin, au moment surtout où j'y avais d'abord plongé les doigts, puis la main entière, c'était l'absence complète du produit de conception. J'espérais d'abord le trouver au cours de mes manœuvres, dans quelque loge secondaire; je courais, en somme, au plus pressé, sans autre préoccupation. Mais, lorsque l'hémorrhagie arrêtée, le placenta décollé et extrait, je me pus rendre maître de la situation, ma stupéfaction fut grande en ne trouvant aucune trace du fœtus que je m'étais attendu y rencontrer. J'explorai la cavité kystique en tous les sens, avec les doigts, avec la main entière, sans rien découvrir; je me trouvais dans un visible embarras, lorsque, à ma dernière exploration, je reconnus deux pieds, affleurant la partie gauche du kyste rétro-utérin, au niveau de la symphyse sacro-iliaque de ce côté.

Je saisis immédiatement ces deux extrémités et procédai aussitôt à une véritable extraction obstétricale.

Je mis au jour un fœtus de cinq mois, bien constitué et parfaitement vivant. Il survécut ainsi près d'une heure et demie à son étrange naissance.

En même temps que je pratiquais cette extraction, je

voyais s'affaisser une tuméfaction, une sorte de saillie, à laquelle je n'avais point pris garde, jusqu'à ce moment de l'opération. Cette saillie soulevait manifestement le côté gauche de l'abdomen, remplissait la fosse iliaque, le flanc gauche et remontait jusque sous l'hypochondre du même côté.

Le ballonnement général du ventre, la sonorité à son niveau d'anses d'intestin très distendues, les difficultés opposées par la malade aux examens par la palpation, m'avaient complètement caché ce détail important de la conformation de la tumeur. Un examen sous chloroforme aurait très certainement rendu possible la découverte de cet élément dont l'explication bien exacte fût peut-être, nonobstant, restée pleine de difficultés. L'état fâcheux local et général indiquaient si bien l'urgence d'une intervention rapide, que je ne crus point devoir infliger à la malade ce surcroît de souffrance et de danger.

Il existait donc bien, dans le cas que je viens de décrire, une grossesse abdominale, mais secondaire, et consécutive à la rupture de la trompe d'abord, puis à un séjour suffisamment prolongé de l'œuf dans le cul-de-sac recto-utérin pour qu'il ait pu y contracter des adhérences lui permettant de vivre. Ultérieurement enfin, le fœtus est passé dans la grande cavité abdominale où il s'enkysta, laissant dans le petit bassin les racines vasculaires qui pourvoyaient à sa subsistance et à son développement. Je dois ajouter que le cordon avait été rompu, mais que son extrémité placentaire a été parfaitement retrouvée.

L'opération avait été conduite rapidement, comme on le voit, puisque, malgré la rupture du cordon, qui a dû coïncider avec les manœuvres qui ont détruit les adhérences placentaires, malgré les hésitations bien légitimes provenant de l'absence du fœtus, là où je supposais devoir le trouver, ce dernier est né parfaitement vivant.

Après lavage aseptisant, la plaie abdominale fut partiellement suturée. Je tamponnai le kyste rétro-utérin à la gaze iodoformée.

Le premier pansement eut lieu le troisième jour et ne présenta rien de remarquable. Au second, deux jours après, je retirai les lanières mouillées d'un liquide d'odeur urineuse.

La malade qui, jusqu'au cinquième jour, avait uriné spontanément et en quantité normale, avait rendu, depuis vingt-quatre heures, une quantité beaucoup moindre d'urine.

Je fis aussitôt une injection vésicale avec de l'eau boriquée colorée par le carmin, et je constatai, à mon grand étonnement, que la majeure partie du liquide coloré repassait par la plaie abdominale. Il existait donc une fistule vésicale.

Je me demande encore aujourd'hui comment a pu se faire cette perforation qui ne s'est produite que cinq jours après l'opération, puisque la malade avait uriné normalement pendant les trois ou quatre premiers jours.

Une sonde à demeure fut placée dans la vessie, des lavages boriqués pratiqués deux fois par jour. Les pansements durent être renouvelés quotidiennement d'abord.

Nonobstant cette complication, la marche vers la guérison s'est faite très simplement; la fistule urinaire ne fut définitivement oblitérée que le 27 août. Il n'a été noté aucune particularité vraiment intéressante, si ce n'est une élévation subite de la température, précédée d'un frisson, trois jours après que la sonde eut été enlevée, le 30 août.

Les mictions s'étaient rétablies, très fréquentes il est vrai, mais sans causer autre chose que de la gêne, lorsque, à la suite du frisson que je viens de signaler, le ventre devint douloureux. La fistule vésicale, qui avait semblé complètement oblitérée, se rouvrit spontanément. La sonde à demeure fut replacée et laissée trois jours; puis on la supprima, mais avec la précaution de sonder la malade trois fois par jour.

La malade s'est présentée plusieurs fois depuis lors à notre examen.

La cicatrice abdominale est très solide; la fistule vésicale reste définitivement oblitérée. Les mictions ont repris peu à peu leur fréquence et leur caractère normal. Le toucher vaginal fait constater que les culs-de-sac sont solides, l'utérus mobile et en bonne situation.

Dans le flanc gauche, et remontant jusque sous l'hypochondre, on a constaté longtemps l'existence d'une induration allongée et mobile, légèrement sensible à la pression. J'ai considéré cette induration comme constituée par le kyste fœtal abdominal revenu sur lui-même.

Cette tuméfaction a disparu sans laisser de traces.

La malade s'est remise assez lentement; elle est restée longtemps très anémiée. Depuis deux ou trois mois déjà, elle a repris son teint coloré, en même temps que ses digestions sont devenues plus parfaites, et qu'elle a pu abandonner complètement l'usage des injections de morphine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 mai 1892. — Présidence de M. Chauvel.

DISCUSSION SUR LA CURE RADICALE DE LA HERNIE CRURALE

M. Marchand a pratiqué six cures radicales pour des hernies crurales non étranglées. Ces hernies sont, en général, d'un petit volume; cependant, il en a rencontré deux qui atteignaient la grosseur d'une orange.

Quant à l'opération, dont les temps sont les mêmes que pour toute autre hernie, M. Marchand a relevé plusieurs particularités, qui méritent d'être signalées. En premier lieu, il a deux ou trois fois éprouvé de la difficulté à rompre les adhérences qui unissaient l'épiploon au sac et, dans un cas, cette fusion était tellement intime qu'il a dû renoncer à cette séparation et tourner la difficulté. Il a encore constaté que parfois la résistance de l'anneau crural rend malaisée la réduction des viscères; chez deux de ses opérés, le sac contenait l'appendice cæcal enflammé et renfermant des pépins de raisin.

Un second point à relever est l'isolement facile du sac, ce qui tient à ce qu'il est entouré d'une couche adipeuse lâche, dont il faut être prévenu pour que le bistouri ne s'égare pas; cette couche incisée, le sac s'énuclée facilement.

M. Marchand signale une troisième particularité relative à la fermeture de l'orifice. En général, il n'existe pas en réalité de trajet intermédiaire aux orifices profond et superficiel; le premier étant inextensible et se prêtant peu à recevoir des sutures solides, ces dernières peuvent n'être appliquées que sur l'orifice externe, c'est sur cet orifice que M. Marchand fixe ses fils, en les étageant sur deux plans, qui comprennent les bords supérieur et inférieur de l'anneau. Chez les malades qu'il a revus, il n'a pas constaté de récidive.

M. Schwartz a pratiqué la cure radicale chez sept malades, cinq femmes et deux hommes, atteints de hernie crurale non étranglée; les unes étaient des épiplocèles réductibles, les autres des épiplocèles adhérentes, chacune d'elles douloureuse. Quand

le sac d'une petite hernie ne contient rien, il est souvent très difficile de le mettre à nu; dans le cas contraire, sa recherche et sa résection, après ligature placée le plus haut possible, ont lieu sans difficultés. Dans un cas récent, ses adhérences avec l'épiploon étaient tellement résistantes qu'il a fallu réséquer simultanément contenu et contenant.

Pour obvier à la difficulté de placer sur l'anneau crural proprement dit, ordinairement très rigide, des fils qui coupent le plus souvent, M. Schwartz a l'habitude de faire de nombreuses sutures et de combler le creux avec dix ou douze fils de catgut enroulés les uns autour des autres; il forme ainsi une sorte de tampon, de bouchon antiseptique, qui obture anneau et trajet herniaires. Deux de ses malades ainsi opérées sont restées guéries depuis trois et quatre ans; pour les autres, chez l'une desquelles il y a eu récidive, l'intervention ne date que de douze à dix-huit mois.

M. ROUTIER, lorsqu'il se trouve en présence d'épiplocèle adhérente au sac, se comporte comme on le fait dans la hernie ombilicale; il fait des tractions sur l'épiploon de façon à lui faire faire le plus possible hernie et il place ses sutures sur le collet au-dessus de l'anneau crural. C'est un moyen qui lui semble faciliter beaucoup l'opération.

M. REYNIER a également appliqué ce procédé avec succès dans deux circonstances, ce qui lui a permis de constater sur l'un des malades que l'épiploon était enroulé sur lui-même et formait un deuxième sac, dans lequel l'intestin aurait pu s'étrangler. La guérison de ces malades date de deux et trois ans.

M. QUÉNU, à propos des tractions exercées sur l'épiploon, croit qu'il est prudent de ne pas les exagérer, car on peut se trouver, comme il l'a constaté chez une petite fille, en présence d'un pédicule assez volumineux, difficile à réduire.

M. BAZY fait observer que parfois l'épiploon forme un volume considérable, qui s'oppose à sa réduction. Pour y arriver il a fait différentes fois plusieurs débridements, et il a ensuite suturé ce qui avait été incisé, sans qu'il ait eu à noter d'inconvénients ultérieurs.

COMMUNICATION

De la résection du canal de l'urèthre dans les cas de rétrécissements traumatiques. — M. HORTELOUP n'est pas partisan de cette opération dans les rétrécissements inflammatoires, mais il la trouve au contraire indiquée dans les rétrécissements traumatiques. Il y a eu recours onze fois dans ces circonstances, et cela toujours avec avantage, mais il ne croit pas que la suture des deux bouts, dont l'utilité est contestable, soit toujours réalisable.

Si elle est possible, lorsque ces derniers sont assez rapprochés l'un de l'autre, il n'en est plus de même quand on a réséqué 4, 5 ou 7 centimètres de tissus; or, dans ces cas, la guérison n'en survient pas moins sans sutures, comme il l'a observé chez quelques malades.

Il se contente alors, ainsi que dans les rétrécissements compliqués de trajets fistuleux, de faire une ou deux incisions périnéales, ce qui lui permet d'enlever une tranche de tissus suffisante, puis il applique des sutures superficielles et profondes, en laissant au périnée une ouverture qui communique avec le bout postérieur.

Pendant deux jours seulement, une sonde est placée à demeure et, dans la suite, tous les deux ou trois jours, il se sert des Béniqué. La guérison est lente, il est vrai, mais assurée sans accidents.

LECTURE

Chirurgie rénale. — M. TUFFIER communique un travail basé sur cinquante-sept opérations de chirurgie rénale (néphrorrhaphies, néphrotomies, néphrolithotomies, néphrectomies).

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des anomalies de la vision (1), par le docteur Félix Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Sous ce titre, M. le docteur Lagrange vient de publier, à l'usage des étudiants, un petit volume de 300 pages, avec figures intercalées dans le texte, qui, croyons-nous, est appelé à rendre de réels services. Il sera particulièrement utile aux étudiants ou aux jeunes praticiens qui, sans vouloir s'adonner spécialement à l'ophthalmologie, désirent en connaître assez pour pouvoir soigner eux-mêmes, sans recourir à un spécialiste, ceux de leurs malades qui seront atteints d'anomalies de la vision.

La méthode suivie par l'auteur, dans cet exposé clair et succinct, est celle qui consiste à partir de vérités physiques primordiales, à utiliser les constructions géométriques qui les représentent, en les tenant pour vraies, et à déduire de ces notions ce qu'il importe de savoir pour comprendre la physiologie et la pathologie du système d'optique de l'œil. Tout étudiant qui possède les connaissances de physique exigées pour le baccalauréat pourra donc lire ce livre sans être arrêté, à chaque instant, par des considérations d'optique plus ou moins transcendantes. Il y apprendra tout ce qu'il faut savoir pour soigner la plupart des myopes, des hypermétropes, des astigmates et des presbytes.

Il faut savoir gré à M. Lagrange d'avoir écrit un livre d'ophthalmologie pour des médecins et non pour des physiciens ou des astronomes, et d'avoir su, en parlant de choses parfois un peu ardues, rester clair et compréhensible pour tout le monde.

Formulaire des nouveaux remèdes (2),
par M. le docteur G. Bardet.

Cette sixième édition (année 1892) contient tous les remaniements et tous les articles nouveaux nécessaires pour mettre au courant de la science le « Formulaire annuel des nouveaux remèdes ». Pour alléger et permettre de donner aux lecteurs une plus grande quantité de documents nouveaux, l'auteur a, comme tous les ans, supprimé ou diminué quelques-uns des articles déjà parus dans les autres éditions. Tous les mots qui ne figureront pas à la table du volume de 1892 ont été traités dans les années précédentes et le lecteur voudra donc bien s'y reporter.

Du traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse (3),
par M. le docteur F. Heins.

Conclusions. — L'électrolyse a sur les tumeurs érectiles une action sclérogène par excellence. Elle est la méthode de choix dans le traitement de ces tumeurs. Elle réussit toujours, même dans les cas où les autres méthodes ont échoué ou sont inapplicables. Elle est surtout précieuse pour les tumeurs graves à développement rapide, notamment de la face. Le seul procédé véritablement actif et précis est la monopuncture positive. Grâce à une technique régulière, la monopuncture positive met à l'abri de tout accident d'escharre, de suppuration, de cicatrice, etc. Elle permet, enfin, d'agir avec précision et avec sûreté.

Quinze leçons d'anatomie pratique (4), par Paul Poirier, chef des travaux anatomiques, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Sous ce titre, deux élèves ont recueilli les leçons par lesquelles le chef des travaux a terminé son cours de cette année. L'ouvrage forme à la fois un memento d'anatomie pratique et un

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Steinheil.
(2) In-18. Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.
(3) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.
(4) In-18. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Babé et Cie.

guide sûr pour l'épreuve extemporanée d'anatomie, dite « épreuve de découverte ». Les descriptions claires, concises, reproduisent avec une parfaite exactitude le langage de l'auteur. La plupart des points nouveaux en anatomie, ont été l'objet d'une description spéciale dans ce petit travail où l'auteur a, pour ainsi dire, résumé ses travaux particuliers. Soixante-deux schémas facilitent la lecture de ce petit livre attrayant, utile, solide, sous sa forme condensée et son titre modeste.

De la chorée arythmique hystérique (1), par le docteur G. DETTLING.

L'hystérie qui simule tant de maladies peut prendre aussi le masque de la chorée vulgaire, chorée rythmique, chorée de Sydenham; cela n'empêche pas la chorée de Sydenham de rester une modalité pathologique indépendante de l'hystérie. La chorée arythmique hystérique se rapproche, par son évolution, de la chorée rythmique qui, elle, est toujours de nature hystérique. Elle est fréquente à l'époque de la puberté, un peu plus tôt chez les filles que chez les garçons.

Du traitement de la métrite du col par les injections interstitielles (2), par le docteur Léon TOUVENAINT.

Lorsque, dans la métrite cervicale chronique, on ne peut pas, pour une raison quelconque, avoir recours au traitement chirurgical, le meilleur mode d'intervention serait représenté par les injections interstitielles de créosote au tiers (méthode d'Auvard). Elles amènent rapidement l'amélioration et la guérison.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

93. M. GOUPIL. De l'endocardite rhumatismale chez les enfants. — 94. M. CRITZMANN. Essais sur la syringomyélie. — 95. M. FOURNIER. La dyspnée cardiaque. Étude clinique et thérapeutique. — 96. M. BOULLOCHE. Des paralysies pneumoniques. — 97. M. EMERIT. Pulvérisations, badigeonnages et bains de sublimé dans le traitement des varioleux soignés à l'hôpital temporaire d'Aubervilliers. — 98. M. DAVID. De la microïdine et de son emploi en obstétrique et en chirurgie. — 99. Mlle MLODZIEZOWSKA. Diarrhées des nourrissons. — 100. M. VERRIÉ. Du cancer du rectum à évolution latente. — 101. M. BOUVEAULT. Études chimiques sur le bacille de la tuberculose aviaire. — 102. M. FLATTE. La pneumonie pendant la grossesse. — 103. M. BONVALOT. De la mort subite. Phénomène d'inhibition ayant pour point de départ l'utérus. Étude physiologique et médico-légale. — 104. M. RESCOUSSIE. Essai sur les névroses du nerf vague. — 105. M. PRENDERGAST. Étude clinique sur la syphilis brightique précoce. — 106. M. MUSSY. Contribution à l'étude des érythèmes infectieux, en particulier dans la diphthérie. — 107. M. CHABRIE. Contribution à l'étude expérimentale de la fonction du rein. — 108. M. MAIN. Étude comparative de la créosote et de ses éléments. — 109. M. PETIBON. Étude des tumeurs mélaniques du mésentère. — 110. M. THANASSESCO. Contribution à l'étude du rhumatisme chronique de la colonne vertébrale. — 111. M. POULAIN. Contribution à l'étude des stomatites dans l'enfance et, en particulier, de la stomatite diphthéroïde impétigineuse. — 112. M. CHAUVEAUD. De la reproduction chez le dompte-venin (Vincetoxicum). — 113. M. BARBIER. De la périnéorrhaphie pratiquée immédiatement après la délivrance dans tous les cas de déchirures vagino-périnéales.

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, A. Maloine.
(2) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

CORRESPONDANCE

Nous recevons de M. le docteur Després, chirurgien de l'hôpital de la Charité, député du VIe arrondissement, la lettre suivante :

Paris, le 16 mai 1892.

A Monsieur le Dr LE SOURD, *Directeur de la* Gazette des hôpitaux.

Monsieur le Directeur,

Le dernier budget de l'Assistance publique, voté par le Conseil municipal à la fin de l'année 1891, vient d'être renvoyé au Préfet de la Seine. Il n'est pas approuvé par le ministre de l'Intérieur. Des artifices d'équilibre budgétaires contraires aux prescriptions des lois qui règlent sa comptabilité publique n'étaient pas acceptables.

Mais, en dehors de cela, ce budget est extrêmement instructif : tout d'abord il n'avoue pas les 1 870 000 francs de déficit réel, et n'accuse que 270 000 francs. On peut y voir aussi ce que coûtent aux hôpitaux des caprices auxquels obéissent trop ceux qui ont la charge de la direction et de la surveillance des biens des pauvres. Voici des éclaircissements précis sur ce point.

Sans compter ce que l'on dépense pour les sages-femmes agréées : le personnel administratif et médical, le service des pensions et retraites et le personnel des infirmiers et infirmières laïques coûtent, aujourd'hui, la somme ronde de 5 452 000 francs : soit pour un budget de 40 000 000 un peu moins du septième.

Si l'on compare ces mêmes frais à la somme totale du budget à l'époque où l'on ne songeait même pas à toucher aux sœurs des hôpitaux, en 1845, on constate qu'ils s'élevaient au chiffre de 1 241 999 francs, soit pour un budget de 12 652 000 le dixième.

En 1881, déjà, à l'époque où le gouvernement avait eu la malencontreuse idée de placer à la tête de l'Assistance publique un conseiller municipal de Paris, et non un administrateur de carrière, la proportion croissait dans des limites sensibles et les mêmes frais généraux s'élevaient à la somme de 3 666 000, soit pour un budget de 28 000 000 le huitième.

Tel est, Monsieur le Directeur, le coût de la laïcisation des hôpitaux.

Quant à l'intérêt du malade il est accessoire. On a pris l'an dernier, à l'hôpital de la Charité, le pavillon humide qu'habitaient les sœurs (sans doute dans le but de les empêcher de revenir) pour en faire, au prix de 150 000 francs, une Maternité, alors qu'il y avait, dans l'hôpital, une très belle salle affectée déjà aux femmes en couches. On se refusera à le croire, Monsieur le directeur, on n'a pas encore songé à remplir de malades cette salle vacante depuis plusieurs mois. Mais, en revanche, on a mis pour le service de cette Maternité 3 sages-femmes, 1 surveillante et 3 sous-surveillantes laïques et 9 infirmières ou servantes, total 16 personnes pour 50 lits, tandis que jadis, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de femmes en couches, dirigé par Legroux père, il y avait en tout une sœur hospitalière et 4 infirmières pour une salle de 42 lits. Et là, de mémoire d'homme, il n'y avait jamais eu d'épidémies de fièvre puerpérale.

Tous commentaires sont superflus.

Veuillez agréer, etc.

Dr A. DESPRÉS,
Chirurgien à l'hôpital de la Charité,
Député de la Seine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences a élu aujourd'hui M. F. Guyon, par 34 voix contre 28 données à M. Lannelongue, sur 62 votants, comme membre titulaire dans la section de chirurgie, en remplacement de M. Richet, décédé.

— Le concours de l'adjuvat s'est ouvert aujourd'hui à la Faculté de médecine. La question sortie de l'urne a été la suivante : « Rapports de l'estomac. Rôle du suc gastrique. »

— Par décisions ministérielles, en date des 3 et 6 mai 1892, le ministre de la Guerre a décerné les médailles d'honneur ci-après pour récompenser des actes de dévouement accomplis à l'occasion d'épidémies qui ont frappé l'armée :

Médaille d'or. — M. Tournier, médecin-major de deuxième classe.

Médailles de bronze. — MM. Francart et Mimault, infirmiers militaires; Besnard, infirmier auxiliaire; Laurent et Delplanque, infirmiers d'exploitation; Corriez, caporal de visite; Riquiez, infirmier de visite.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Garres est nommé préparateur de pathologie et de thérapeutique générales, en remplacement de M. Biscons, démissionnaire.

— M. le docteur Rangé, médecin principal des colonies, est placé à la tête du service de santé au Bénin.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cahuzac (de Troyes), Detroye (de Mouchamps), Lafitte (d'Arthez), Lefebvre (de Montdidier), Voizard, médecin-major au 35e d'infanterie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'éducation physique en Suède, par Georges Demeny, chef du laboratoire physiologique (annexe du Collège de France). 1 vol. in-12. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Topographie et examen clinique du bassin chez la femme rachitique, par le docteur E. Bonnaire, accoucheur des hôpitaux. In-8°, 1892. — Prix : 1 franc. — Paris, Alex. Coccoz.

Catéchisme des premiers soins en cas d'accident, par M. le docteur Henri Boudaille (publié sous le patronnage de la Société française de sauvetage). 1 vol. petit in-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la discussion qui se poursuit sur la pleurésie, il n'avait encore été rien dit de cette affection chez l'enfant. M. Cadet de Gassicourt vient de combler cette lacune. Il signale tout d'abord ce fait qu'on n'observe jamais de mort subite chez l'enfant au cours d'une pleurésie, ce qui tient, selon lui, à ce que l'épanchement est rarement abondant et qu'il se résout, en général, assez facilement. Mais M. Cadet de Gassicourt s'est surtout occupé de la pleurésie purulente chez l'enfant et de son traitement par la ponction simple ou l'incision intercostale. Pour lui, chacune de ces opérations a ses indications et ses contre-indications bien nettes tirées de l'âge du sujet, de la date de l'épanchement, de son origine, de sa nature bactériologique. La seule contre-indication formelle à la tentative de la guérison de l'empyème, chez l'enfant, par les ponctions simples, est l'ancienneté de la maladie.

M. Cadet de Gassicourt fait connaître, avec détails, les règles du traitement par les ponctions, tel qu'il l'a adopté.

M. Laborde, restant uniquement sur le terrain de l'expérimentation, apporte au débat quelques éclaircissements intéressants sur un point jusqu'ici resté obscur, sur le mécanisme de la mort subite au cours de la pleurésie. Si, sur un mammifère, on excite d'une façon suffisante un nerf sensible, on constate aussitôt un ralentissement ou même un arrêt complet des battements du cœur, une véritable syncope cardiaque. M. Laborde a déterminé cette syncope cardiaque par l'excitation électrique des nerfs intercostaux. Or, dans la pleurésie, les nerfs intercostaux sont toujours plus ou moins intéressés, et l'abondance de l'épanchement ne peut que renforcer cette irritation des nerfs intercostaux. Les déductions thérapeutiques à tirer de ces notions sont les suivantes : 1° intervenir d'urgence par la thoracentèse en cas d'épanchement abondant; 2° tenir grand compte, pour le traitement, de l'état nerveux local et général et ne pas se contenter d'une expectation par trop contemplative.

M. Laborde ne nous a pas dit par quels moyens il fallait répondre à cette seconde indication. Ce ne serait assurément pas, selon lui, par les vésicatoires; à l'en croire, en effet, et à en croire surtout M. Galippe, qui a fait une série d'expériences sur l'intoxication cantharidienne, le vésicatoire serait parfaitement capable de produire lui-même, de toutes pièces, une pleurésie et une pleurésie avec épanchement séro-purulent. Sans l'affirmer d'une façon positive, M. Laborde, se basant sur ces données expérimentales, se demande jusqu'à quel point des applications répétées de vésicatoires ne favoriseraient pas la transformation d'un épanchement simplement séreux en un épanchement purulent.

M. Potain, tout en reconnaissant les inconvénients graves de l'abus des vésicatoires chez les pleurétiques et la possibilité de déterminer ainsi des néphrites albumineuses durables, ne les croit cependant pas capables de produire la purulence de l'épanchement.

Au début de la séance, M. Galezowski a fait une intéressante communication sur les altérations du cercle ciliaire dans la syphilis, la tuberculose, la goutte, etc. Il y aurait là, d'après l'auteur, un précieux moyen pour le diagnostic de ces affections constitutionnelles.

Signalons aussi un rapport de M. Perier sur un travail de M. Berger relatif à la cure radicale d'un spina bifida par greffe d'une plaque osseuse empruntée à un lapin.

L'Académie a élu deux membres correspondants nationaux dans la seconde division : MM. Demons (de Bordeaux) et Dubar (de Lille).

INFIRMERIE DE SAINT-LAZARE. — M. Ozenne.

Diagnostic et traitement de la rectocèle vaginale simple.

Parmi les femmes, soumises chaque jour à notre visite, vous avez remarqué combien étaient fréquents certains prolapsus des organes génitaux : tels le prolapsus de l'utérus à des degrés divers, et l'élytrocèle antérieure, compliquée ou non de cystocèle.

Beaucoup plus rare est la *rectocèle vaginale*, tumeur herniaire constituée par le rectum, qui forme un cul-de-sac et qui vient faire hernie à travers l'orifice vulvaire.

Cette disposition est bien moins fréquente qu'on ne l'a écrit, le rectum restant le plus souvent en place, dans les cas où l'on constate un prolapsus de la paroi vaginale postérieure.

C'est là un point sur lequel M. le docteur Marx nous

semble avoir justement insisté, dans sa thèse inaugurale, et sur lequel votre opinion ne peut être hésitante, si vous voulez bien vous rappeler les nombreux examens du vagin, que nous avons pratiqués à ce sujet. D'ailleurs quelques mots sur l'histoire des deux malades, que nous avons visitées ce matin, vont nous remettre en mémoire les symptômes de chacune de ces affections et nous fournir l'occasion d'indiquer le traitement, que réclame la rectocèle simple.

La première de ces femmes, âgée de trente-six ans, mère de trois enfants, dont le dernier est actuellement âgé de sept ans, nous a dit que la grosseur vaginale, dont elle est aujourd'hui atteinte, a commencé à se développer peu de temps après son dernier accouchement.

Bien que cette tuméfaction se soit accrue de jour en jour, la malade s'en est d'abord peu préoccupée, pour cette raison qu'elle ne donnait lieu à aucun accident local ni général. Mais, en même temps que la saillie devenait plus appréciable, la malade devint constipée et éprouva une pesanteur insolite à la région vulvaire et des douleurs sourdes dans les reins.

Ce sont là assurément des accidents, qui n'ont rien de caractéristique ! Mais, dans l'espèce, ils méritent d'être pris en considération, car ils se rattachent à la tumeur, qui fait saillie à la vulve.

Quels sont donc les caractères de cette tumeur? La malade étant placée dans le décubitus dorsal, le périnée est à peu près intact; tout au plus a-t-il été légèrement éraflé au moment des accouchements.

Entre les grandes lèvres béantes que voit-on ? En haut, le méat urinaire et la partie antérieure de la paroi supérieure du vagin, qui ne présentent rien d'anormal; ajoutons, tout de suite, qu'il n'existe aucune trace de cystocèle. En bas, à une faible distance de l'entrée de la vulve, une saillie, recouverte par la muqueuse, qui est blanchâtre et dépourvue des plis transversaux qu'on distingue sur le reste de son étendue. Cette saillie est irrégulièrement arrondie, molle, dépressible et semble comparable, comme volume, à un gros marron.

On se rend, d'ailleurs, mieux compte de ces différents caractères, en faisant prendre à la malade différentes positions. Vous concevez bien, en effet, que, dans le décubitus dorsal, semblable tumeur a peu de tendance à sortir, à moins qu'on ne l'y incite par quelque effort; ordinairement elle disparaît en partie dans la profondeur du vagin; aussi cette réduction spontanée est-elle une cause d'erreur dans l'appréciation de son volume.

Lorsque la malade est debout, les cuisses rapprochées, rien ne vient faire hernie à la vulve, ce qu'on note quelquefois, quand le prolapsus est volumineux; mais aussitôt qu'on fait écarter légèrement les cuisses, on aperçoit la partie inférieure de la tumeur, qui vient saillir entre les grandes lèvres, et cette saillie augmente très notablement, si l'on engage la patiente à s'accroupir et à pousser, comme si elle voulait uriner.

Le toucher vaginal, pratiqué dans les deux positions horizontale et verticale, nous indique que la tumeur est bien localisée à la moitié antérieure et inférieure du vagin et qu'il n'y a pas de procidence de l'utérus.

Le toucher rectal nous donne, de son côté, les renseignements suivants :

Aussitôt que le sphincter anal est franchi, le doigt tombe en avant dans un cul-de-sac ou plutôt dans une cavité assez spacieuse, nettement formée par une dilatation partielle du rectum. La poche n'est pas sacciforme ; elle représente bien plutôt une expansion limitée de la portion ampullaire de l'intestin. Sa capacité est telle qu'il n'y a pas possibilité de l'assimiler au cul-de-sac sus-sphinctérien, que l'on observe fréquemment à l'état normal et que l'on accuse davantage, quand on recourbe le doigt de haut en bas et d'arrière en avant.

Il est donc déjà bien probable que c'est cette poche rectale, qui constitue la saillie visible du côté du vagin; et la certitude nous en est acquise par l'exploration suivante : si, l'index de la main gauche dans la cavité rectale, on saisit, sous forme de pli, entre le pouce et l'index de la main droite, la portion saillante de la tumeur vaginale, et si l'on constate que toute l'épaisseur de la paroi est prise et que ses mouvements de déplacement se communiquent au rectum, il n'y a plus de doute à conserver; ce n'est pas à une tumeur vaginale isolable, ce qui caractérise l'élytrocèle postérieure, que l'on a affaire.

De cette dernière affection, notre deuxième malade nous en offre un bel exemple.

Jeune femme de vingt-deux ans, n'ayant eu, en 1888, qu'un enfant, dont l'extraction, par le forceps, a été accompagnée d'une déchirure périnéale de moyenne étendue; cette malade ne s'est aperçue de sa hernie vaginale que depuis cinq ou six mois. Il est cependant probable qu'elle a débuté antérieurement à cette époque, mais elle n'a été remarquée que lorsque, plus développée, elle a formé « un quelque chose, que cette femme n'avait pas l'habitude de sentir lors de sa toilette intime ». Ce quelque chose, c'est la paroi postérieure du vagin, qui est tangible et visible à la vulve sous forme d'une grosseur du volume du pouce, quand la malade est accroupie, et qui se réduit en grande partie, quand l'examen a lieu sur le lit à spéculum.

Alors, en effet, on ne voit plus que la partie inférieure de la tumeur, qui est blanchâtre, ridée transversalement et rugueuse : par le toucher, qui constate la mollesse de cette tuméfaction et sa mobilité sur les parties sous-jacentes, on reconnaît qu'elle s'est développée aux dépens de la partie inférieure du vagin et qu'elle se distingue bien de ce que l'on décrit sous le nom d'élytrocèle postérieure profonde.

Si, de plus, après avoir noté l'absence de tout autre prolapsus par la voie vaginale, on explore la région ano-rectale, siège de quelques petites hémorrhoïdes externes, on ne rencontre pas, comme chez l'autre malade, une cavité sus-sphinctérienne en regard de la saillie vaginale; cette manœuvre permet encore de reconnaître que les mouvements latéraux imprimés à la saillie vaginale sont indépendants de la paroi rectale proprement dite.

C'est donc bien en présence d'une élytrocèle postérieure et inférieure que nous nous trouvons chez cette femme, que j'ai tenu à vous montrer, car elle nous sert à établir le diagnostic différentiel de l'élytrocèle et de la rectocèle vaginale.

Cette variété de prolapsus du rectum, dont Van Swieten, Clarke, Malgaigne, Coze, Daniel Mollière se sont tout particulièrement occupés, n'est pas extrêmement fréquente, vous ai-je déjà dit, surtout si on la considère à l'état d'isolement.

Ainsi, sur 13 observations recueillies par Malgaigne, on note : *rectocèle simple*, 5 cas; rectocèle compliquée de cystocèle, 7 cas; rectocèle compliquée de chute de l'utérus,

1 cas; rectocèle compliquée de cystocèle et de chute de l'utérus, 3 cas.

Sur un relevé comprenant *1 625 femmes* de tout âge, j'en ai trouvé 163 atteintes de prolapsus à des degrés divers et se répartissant ainsi :

Rectocèle simple, 4 cas; rectocèle et cystocèle, 3 cas; rectocèle, cystocèle et chute de l'utérus, 5 cas.

Élytrocèle postérieure simple, 18 cas; élytrocèles postérieure et antérieure, 25 cas; élytrocèle postérieure et cystocèle, 11 cas; élytrocèle postérieure, cystocèle et chute de l'utérus, 7 cas.

Élytrocèle antérieure simple, 29 cas; élytrocèle antérieure et chute de l'utérus, 20 cas.

Cystocèle seule, 16 cas; cystocèle et chute de l'utérus, 25 cas.

D'après cette statistique, la proportion de rectocèles simples, que nous avons rencontrées, concorde bien avec celle qui a été mentionnée par Malgaigne, et, d'après les renseignements fournis par chaque malade, on peut invoquer, comme principaux facteurs étiologiques (sans parler de l'influence probable des coïts brusques et multipliés), la constipation et les accouchements, ces derniers au nombre de 4 pour l'une de nos malades, de 3 pour la deuxième et de 2 pour la troisième, la quatrième n'ayant eu qu'une fausse-couche de quelques mois.

Quant à l'influence de l'âge sur le développement de l'affection, il ressort des chiffres (trente-cinq, trente-six, trente-huit et quarante-six ans), que nous avons relevés, que la période moyenne de la vie est celle où la rectocèle semble être surtout rencontrée.

Vous avez maintenant à vous demander quel est l'avenir réservé aux porteurs de ce prolapsus? En général, c'est un avenir de troubles génito-urinaires assez sérieux pour qu'il y ait lieu d'y porter remède le plus tôt possible, toutes les fois que l'âge avancé de la malade ou la coexistence de quelque maladie générale n'y met pas obstacle.

Tel n'est pas le cas chez notre malade, chez elle nous ne devons donc pas nous en tenir au simple traitement palliatif par les pessaires. Il faut s'adresser à une thérapeutique plus active, qui la débarrassera des accidents actuels et qui la mettra à l'abri des autres prolapsus et de leurs conséquences fâcheuses, dont elle est presque à coup sûr menacée.

Dans ce cas, une opération a d'autant plus de chances de réussite que la hernie rectale est, en réalité, peu volumineuse, que le périnée n'a été que fort peu entamé, que l'utérus est resté en place et que les ligaments utéro-sacrés ne paraissent pas relâchés.

Dans ces conditions, parmi les nombreuses opérations destinées à remédier aux prolapsus des organes génitaux, le procédé de colpopérinéoplastie par glissement, imaginé par M. Doléris, nous semble devoir être choisi de préférence, car il atteint ce double but de renforcer le plancher pelvien et de tendre la paroi vaginale au-devant du rectum, ce qui aura pour effet de combattre la tendance de cet organe à faire hernie à la vulve.

Les soins préliminaires ordinaires ayant été pris, nous allons exécuter ce procédé, d'après la description suivante : on commence tout d'abord par tracer une incision courbe profonde à la limite de la peau et de la muqueuse, puis, les deux extrémités fixées avec des pinces, on saisit la lèvre supérieure muqueuse, que l'on dissèque légèrement en donnant quelques coups de bistouri.

Cela fait, la lèvre est relevée vers le pubis, le bistouri est abandonné, et, avec l'index de la main gauche, on continue de séparer la paroi vaginale de la paroi rectale, en ne s'arrêtant qu'au point destiné à limiter la perte de substance, que doit subir la paroi vaginale, laquelle sera réséquée plus tard. On procède ensuite à l'affrontement, qui s'opère avec trois gros crins de Florence et des aiguilles courbes.

Le premier fil est le plus médian. L'aiguille pénètre latéralement à gauche de l'anus, chemine profondément dans les tissus et vient accrocher le lambeau vaginal tout près du point extrême du décollement; pénétrant ensuite dans le vagin, elle retraverse le lambeau à droite et vient ressortir sur le côté droit de l'anus. Ce premier fil a pour but d'attirer la paroi vaginale vers la commissure vulvaire, et en même temps d'affronter les bords opposés de la lèvre cutanée de l'incision. Les deux autres fils sont placés d'une façon analogue un peu plus en dehors. L'excédent de lambeau vaginal flottant est alors réséqué et les deux lèvres, muqueuse et peau, sont réunies. L'opération terminée, la plaie est recouverte de poudre d'iodoforme et de gaze iodoformée, et vers le huitième jour, on procède à l'extraction des fils, ce qui est facile, puisqu'ils sont en dehors.

Je ne m'arrêterai pas sur les soins consécutifs à cette intervention; ils ne diffèrent pas de ceux que réclame toute opération, pratiquée dans cette région; j'ajouterai cependant que, pour prévenir l'accumulation de matières fécales solides dans l'ampoule rectale, il est prudent de n'autoriser, pendant une quinzaine de jours, que des aliments liquides et de facile digestion, et de prescrire, de temps à autre, un léger laxatif. Un repos minimum de quinze à vingt jours au lit est nécessaire pour obtenir une cicatrice solide et résistante.

REVUE DE LA PRESSE

Pathogénie et traitement du coup de chaleur. — M. le docteur André Martin, médecin-major, montre qu'au point de vue clinique on peut distinguer trois grandes formes du coup de chaleur :

1° La forme cérébro-spinale caractérisée par tous les signes d'une congestion intense des centres nerveux : injection de la face et des conjonctives, convulsions, coma, stertor;

2° La forme cardialgique ou syncopale, avec sueurs profuses, pouls misérable ou supprimé, face pâle;

3° La forme pulmonaire avec anxiété, dyspnée et asphyxie progressives.

Toutes ces formes sont le résultat d'une auto-intoxication par les leucomaïnes créées en excès dans l'économie sous l'influence de la fatigue et incomplètement éliminées. La chaleur humide, l'atmosphère lourde, pesante, avec nuages bas chargés d'électricité, jouent un rôle plus grand que l'insolation. Le surmenage, soit physique, soit intellectuel, les excès vénériens ou alcooliques produisent une prédisposition manifeste.

On doit, dans la prophylaxie, tenir compte de ces diverses causes et ne pas se préoccuper seulement de l'insolation prolongée. Même pendant la nuit, le séjour dans des locaux encombrés, mal aérés, à température surchauffée, peut produire des accidents.

Comme traitement, M. André Martin signale tout d'abord les moyens classiques. Le malade sera déshabillé et couché dans un endroit frais. On fera des injections sous-cutanées de 1 à 2 grammes d'éther toutes les heures. La respiration artificielle sera pratiquée, au besoin, pendant plusieurs heures. Dans le cas de congestion cérébrale, on emploiera les affusions froides sur la tête, la révulsion sur les membres inférieurs. Mais on aura principalement recours pour tonifier le cœur, exciter le système ner-

veux et activer la diurèse, aux injections sous-cutanées de caféine. On prescrira :

Caféine.	2 grammes.
Salicylate ou benzoate de soude.	4 —
Eau distillée q. s. pour 10 centimètres cubes.	

Un centimètre cube renferme 20 centigrammes de solution, deux à quatre seringues de Pravaz dans les vingt-quatre heures.

Les lavements purgatifs, comme agents de révulsion, les injections sous-cutanées de pilocarpine pour aider à l'élimination par les sueurs des toxines formées, ont été parfois utiles. (*Semaine médicale.*)

Contrôle de l'absorption des médicaments par le bleu de méthylène. — M. Constantin Paul propose un moyen ingénieux et fort simple de s'assurer que les malades prennent bien les médicaments qui leur sont prescrits.

Il suffit d'ajouter, au médicament actif, du bleu de méthylène. Ce bleu est parfaitement supporté et passe dans l'urine en lui communiquant sa coloration caractéristique.

Deux centigrammes par jour sont la dose minimum pour obtenir cette coloration. (*Société de thérapeutique.*)

Énormes dilatations de la vessie. — Williams rapporte deux faits de distension énorme de la vessie, l'une chez une femme atteinte de rétention aiguë, l'autre chez un homme de soixante-quatorze ans, atteint de rétention chronique. Le cathétérisme évacua plus de 5 litres d'urine chez la première, près de 6 litres chez le second. Dans ce dernier cas, l'absence de tout trouble fonctionnel, malgré cette énorme distension, avait égaré un moment le diagnostic et fait penser à une ascite.

Williams insiste sur ce fait pratique important que, dans les deux cas, les évacuations trop brusques par un seul cathétérisme ont été nuisibles. Il y eut cystite grave chez la femme, cystite subaiguë chez l'homme, qui avait jusque-là parfaitement toléré sa rétention. L'évacuation doit donc être lente, graduelle et faite, en pareil cas, en plusieurs séances de cathétérisme. (*The Lancet.*)

Traitement de la tuberculose par les injections sous-cutanées d'aristol. — M. Dujardin-Beaumetz a essayé ce traitement préconisé par M. le docteur Nadaud (de Menton). A doses de 1 à 2 centigrammes par jour, ces injections sont bien tolérées et donnent un bénéfice analogue à celui des autres injections antiseptiques. On emploie une solution à 1/100, dont on injecte une, puis deux seringues de Pravaz. Le meilleur véhicule est l'huile d'olive stérilisée. (*Société de thérapeutique.*)

Traitement de la diphthérie. — Guntz préconise contre la diphthérie le bichromate de potasse donné intérieurement. Ce médicament agirait à la fois sur les bacilles et sur les ptomaïnes toxiques sécrétées par les bacilles. Chez un adulte, la formule qu'il conseille est la suivante :

Eau.	600 grammes.
Bichromate de potasse	30 centigrammes.

A prendre en six ou sept fois dans les vingt-quatre heures.

Chez un jeune enfant, la dose devrait être dix fois plus faible. *Deutsche Mediz. Zeit.*)

Résultats de 85 kélotomies. — Southam donne les résultats de 85 kélotomies faites à l'hôpital de Manchester, dont 37 pour hernies crurales, 36 pour hernies inguinales, 9 pour hernies ombilicales.

La mortalité a été énorme. Elle a atteint 40,5 p. 100 dans les hernies crurales (15 morts), 38,8 p. 100 dans les hernies inguinales (14 morts), 75 p. 100 dans les hernies ombilicales.

Cette énorme mortalité dans les 27 cas suivis d'autopsie et où la cause de la mort a pu être exactement déterminée, dépendait de lésion de l'intestin. Dix fois, au cours même de l'opération, l'intestin était déjà gangréné et perforé. Les malades sont toujours amenés trop tardivement à l'hôpital et c'est surtout comme plaidoyer en faveur de l'opération précoce que Southam publie sa statistique. (*The Lancet.*)

Traitement des gerçures du sein. — Pour atténuer presque immédiatement les douleurs et amener la cicatrisation rapide des gerçures du sein, Allen conseille de badigeonner avec du blanc d'œuf le bout du mamelon et, en particulier, les parties exulcérées.

Le soulagement donné par ce procédé très simple est presque toujours instantané. La cicatrisation serait souvent complète en quelques heures. (*Wien. mediz. Presse.*)

Inhalations d'oxygène chez les nouveau-nés. — M. Bonnaire a obtenu de bons résultats des inhalations d'oxygène chez les nouveau-nés dans tous les cas d'hématose imparfaite (asphyxie des nouveau-nés, cyanose, débilité congénitale, sclérome, athrepsie et même maladie bronzée hématurique).

Ces inhalations peuvent être faites, soit directement, en faisant arriver l'oxygène dans un entonnoir de verre placé sur le visage de l'enfant, soit indirectement, en faisant arriver le courant d'oxygène dans la couveuse où est placé l'enfant. L'atmosphère de la couveuse constitue alors un véritable bain d'oxygène.

Dans bien des cas, en effet, en particulier dans le sclérème, la débilité congénitale, les inhalations d'oxygène ne sauraient dispenser de l'emploi de la couveuse.

Ces inhalations ont toujours été bien supportées, même par les enfants les plus débiles. Aucun accident fâcheux n'a jamais été imputable à leur emploi. (*Société obstétricale*).

Spermatocystite. — D'après Lloyd, la spermatocystite (inflammation des vésicules séminales) serait fréquente au cours de la blennorrhagie et surtout au cours de l'orchite blennorrhagique. Le toucher rectal pratiqué avec soin permettra seul de la diagnostiquer de la cystite du col et de la prostatite.

La terminaison par résolution est la règle. Mais quand la suppuration se produit, le diagnostic avec la prostatite suppurée devient particulièrement important. C'est par une incision périnéale qu'il faut, en effet, donner issue au pus. L'incision rectale n'assure qu'une évacuation insuffisante. (*The Lancet.*)

Suffocation par les végétations adénoïdes. — Donalies, chez une enfant de deux ans, atteinte de végétations adénoïdes du pharynx, avec hypertrophie des amygdales, observa, sous l'influence d'une légère poussée congestive, des accidents de suffocation tels qu'il dut faire la trachéotomie. L'amygdalotomie était rendue difficile par la crainte de l'hémorrhagie et la nécessité d'agir sans délai.

L'enfant succomba le deuxième jour à des accidents d'œdème pulmonaire. A côté des lésions récentes, l'autopsie montra des lésions anciennes d'atélectasie dues évidemment à l'insuffisance respiratoire produite par l'obstacle pharyngé. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*)

Le xanthome comme symptôme du diabète. — Morris Malcolm, dans une communication récente faite à la Société pathologique de Londres, insiste sur la fréquence relativement grande du xanthome dans le diabète. Le malade qu'il présente est le onzième qu'il ait eu l'occasion d'observer.

Le xanthome s'améliore considérablement sous la seule influence du traitement anti-diabétique. (*The Lancet.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 mai 1892. — Présidence de M. Regnauld.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une lettre de M. le professeur Grancher, qui se porte candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

RAPPORT

Guérison d'un spina bifida par la transplantation d'un fragment d'os de lapin. — **M. PERIER** fait un rapport sur une communication de M. Berger relative à une petite fille de sept semaines qu'il avait guérie d'un spina bifida lombaire, en greffant une plaque osseuse empruntée à l'omoplate d'un jeune lapin, dans la perte de substance du canal rachidien.

L'opération ostéoplastique, pratiquée par M. Berger, est basée sur la tolérance des tissus de l'homme pour des fragments osseux aseptiques empruntés à un animal.

Il y a cinq mois que cette petite malade a été opérée; la guérison s'est maintenue et si la lamelle transplantée s'est résorbée, elle semble du moins avoir servi de substratum à un tissu solide qui pourrait peut-être bien s'ossifier plus tard.

LECTURE

Des altérations du cercle ciliaire dans la syphilis, la tuberculose, la goutte, etc. — **M. GALEZOWSKI** fait une communication au sujet d'altérations du cercle ciliaire et de l'examen ophthalmoscopique de cette région servant de diagnostic pour certaines maladies constitutionnelles, telles que la syphilis, la tuberculose, la goutte.

Il paraîtrait au premier abord, dit M. Galezowski, difficile de trouver un point quelconque dans le fond de l'œil, dont l'aspect ophthalmoscopique n'a pas été exploré jusqu'à présent. Et cependant, la chose existe, car rien jusqu'ici n'a été fait à cet égard.

Certainement, personne n'ignore comment se comportent la rétine et la choroïde dans cette région, lorsque tout le fond de l'œil est atteint, par exemple, par la rétinite pigmentaire et la choroïdite atrophique généralisée. Mais il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'affections isolées du cercle ciliaire et de son apparence ophthalmoscopique. Là, tout est inconnu, tout est à faire.

La région ciliaire occupe un espace de peu d'étendue, mais tellement avancé vers le segment antérieur de l'œil qu'elle est, pour ainsi dire, masquée par le cristallin et l'iris et qu'elle se dérobe, à chaque instant, aux investigations ophthalmoscopiques. Et, en effet, les rayons lumineux du miroir, en traversant le centre du cristallin, se portent au delà de la région ciliaire, ainsi que le fait présenter M. Galezowski, dans une figure schématique qu'il fait passer sous les yeux des membres de l'Académie. Tout consiste donc, dit-il, à placer le miroir d'une certaine façon, afin de donner aux rayons lumineux la direction aussi oblique que possible. Il se sert pour cela, le plus habituellement, d'une lentille à foyer faible, jointe à un prisme très fort, et il dilate, par moment, aussi la papille.

C'est plus particulièrement dans les choroïdites syphilitiques, accompagnées de flocons, qu'il est indispensable, dit l'auteur, de bien examiner le cercle ciliaire. Chez les myopes comme chez les hypermétropes, dans les choroïdites syphilitiques, sympathiques, goutteuses, etc., on retrouve toujours des lésions du cercle ciliaire propres à chaque malade et qui peuvent être diagnostiquées avec l'ophthalmoscope.

Et, en effet, d'après la différence des lésions de cette région, on peut affirmer qu'il s'agit de telle ou telle autre cause constitutionnelle, que la choroïdite est syphilitique, les exsudats tuberculeux ou les hémorrhagies d'origine goutteuse.

Après avoir montré, à l'Académie, les planches coloriées représentant les lésions qu'il a observées de concert avec MM. les professeurs Fournier, Potain et Peter, M. Galezowski tire de son travail les conclusions suivantes :

1° Que l'examen ophthalmoscopique de l'ora serrata est indispensable dans toutes les maladies constitutionnelles, telles que la syphilis, la goutte, la tuberculose;

2° Que dans la syphilis héréditaire ou acquise, dans les kératites interstitielles ou dans les choroïdites parenchymateuses, les lésions du cercle ciliaire dénotent la cause syphilitique;

3° Que dans l'atrophie ataxique des papilles optiques, on trouve souvent des lésions du cercle ciliaire propres à la syphilis;

4° Que dans certaines névrites optiques, le cercle ciliaire se trouve également atteint, ce qui indique l'origine spécifique de la maladie.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la deuxième division.

Première élection. — M. Demons (de Bordeaux) est élu par 41 voix contre 21 données à M. Dubar (de Lille).

Deuxième élection. — M. Dubar (de Lille) est élu par 44 voix contre 33 données à M. Dezanneau (d'Angers).

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE

M. CADET DE GASSICOURT ne veut s'occuper que du traitement de la pleurésie purulente chez les enfants. Il a observé, dans le cours de l'année dernière, 13 cas de pleurésie purulente, 10 à l'hôpital, 3 en ville.

Aucune ponction n'avait été faite avant celle qui fit reconnaître la présence du pus. On ne peut donc admettre que la purulence de l'épanchement ait été amenée par les ponctions.

Sur ces 13 épanchements purulents de la plèvre, M. Cadet de Gassicourt en a évacué 6 par la ponction simple, 7 par une incision intercostale. Chacune de ces opérations a ses indications et ses règles.

Les indications et les contre-indications des ponctions ont été tirées de plusieurs sources : de l'âge du sujet, de la date de l'épanchement, de son origine, de sa nature bactériologique.

De ces quatre indications une seule paraît être absolue, c'est la date de l'épanchement.

M. Cadet de Gassicourt ne tente plus le traitement par les ponctions que dans les empyèmes datant de moins de six semaines. Et comme les chances de guérison sont d'autant plus grandes que la formation du pus est plus récente, il s'efforce de poser le diagnostic le plus tôt possible par les ponctions exploratrices.

Les pleurésies purulentes méta-pneumoniques guérissent, en général, plus facilement que les autres. Elles sont donc, plus que les autres, justiciables du traitement par les ponctions simples. Mais cette règle n'est pas absolue.

Les indications tirées de la nature bactériologique du pus ne sont pas non plus rigoureuses. On admet généralement que les pleurésies purulentes à pneumocoques, qu'elles soient ou non méta-pneumoniques, sont moins graves que les autres. Il y a dans cette opinion une part de vérité relative. En effet, on trouve parfois exclusivement des pneumocoques dans le pus des pleurésies accompagnant des tuberculoses pulmonaires avancées.

M. Cadet de Gassicourt conclut ainsi : La seule contre-indication formelle à la tentative de guérison de l'empyème par les ponctions simples, chez les enfants, est l'ancienneté de la maladie.

Il fait connaître ensuite les règles du traitement par les ponctions :

Après s'être assuré de la présence du pus par une ponction exploratrice, il vide entièrement la plèvre à l'aide d'un appareil aspirateur. Cinq jours après, il recherche de nouveau l'existence du pus. S'il ne s'est pas reproduit, une seconde ponction ultérieure est inutile. Le malade est guéri. S'il s'est reproduit (ce que démontrent l'élévation de la courbe thermique, les signes physiques et la ponction exploratrice), une ponction évacuatrice nouvelle en fait reconnaître la quantité. Est-elle moindre d'un tiers, de moitié, des trois quarts, on peut espérer un succès. Cinq jours plus tard, troisième ponction; elle est souvent blanche. Reste-t-il du pus? Une quatrième ponction affirme presque toujours la guérison définitive. La durée du traitement est ainsi au maximum de quinze jours.

Mais si, soit à la seconde, soit à la troisième ponction, la quantité de pus est égale ou peu inférieure à celle de la précédente, il est inutile de persévérer. Il faut recourir à l'incision, sous peine de perdre un temps précieux et de laisser s'affaiblir le malade.

Par cette méthode, on a le double avantage de laisser à l'enfant

les chances d'une guérison en une, deux, trois, quelquefois quatre ponctions, c'est-à-dire en un, cinq, dix ou quinze jours, sans lui enlever celles d'une guérison en vingt, trente ou quarante jours, à la suite de l'opération de l'empyème.

Quant à cette dernière opération, elle ne diffère pas chez l'enfant et chez l'adulte. Autant que possible, M. Cadet de Gassicourt pratique un seul lavage, immédiatement après l'incision, avec une solution de sublimé à 1/3000, puis il introduit deux drains et fait des pansements rares. Il ne revient aux lavages de la plèvre que s'il se forme des clapiers ou si le pus devient putride.

Il a suivi autrefois une méthode différente, mais il a été converti à l'absence de lavages répétés et aux pansements rares par M. Bucquoy.

Sur ces 13 cas, il a eu 10 guérisons et 3 morts. Parmi ces derniers, un enfant a été enlevé par une diphthérie toxique et deux autres ont succombé à une tuberculose pulmonaire à forme broncho-pneumonique.

Sur les 10 malades qui ont été guéris, 5 ont été traités exclusivement par les ponctions simples en un, cinq, dix et quinze jours; 5 ont subi l'empyème et la guérison a eu lieu en vingt et un, vingt-deux, trente-huit et quarante-cinq jours après l'incision. Ces résultats satisfaisants paraissent dus à la méthode de traitement.

M. LABORDE ne veut pas entrer dans le fond de la discussion, il se borne à un seul point: le mécanisme de la mort subite dans les cas où la pleurésie est seule en cause.

M. Peter, seul, a essayé d'interpréter ces cas; il a dit que la mort subite pouvait être la conséquence d'une irritation du plexus pulmonaire consécutive à l'inflammation pleurale. M. Peter a eu l'intuition de l'explication physiologique de la mort subite, qui est réellement la conséquence d'une irritation nerveuse.

Si on excite un nerf sensible, on provoque une syncope cardiaque et parfois même une syncope respiratoire; cela se voit dans l'excitation des nerfs des membres. Si on agit sur les nerfs intercostaux, les effets syncopaux sont encore plus prononcés, surtout si on excite plusieurs nerfs à la fois; dans cette dernière condition, la syncope est foudroyante; elle est à la fois cardiaque et respiratoire. Les effets sont encore plus marqués si on excite les nerfs intercostaux après avoir provoqué artificiellement un épanchement.

Or il est à supposer que, dans les cas de pleurésie, la névrite de voisinage des nerfs intercostaux agit, par l'excitation des centres inhibitoires qu'elle provoque, comme l'excitation directe d'un nerf périphérique. La mort serait dès lors une syncope réflexe, et on explique aussi bien par ce mécanisme la mort dans les cas où l'épanchement est peu abondant et même dans la pleurésie sèche que dans les vastes épanchements.

Dans les cas d'épanchement abondant, on peut encore invoquer un autre mécanisme : la compression exercée par le liquide sur le cœur et sur le nerf phrénique.

Si la névrite joue un rôle dans le mécanisme de la mort subite, il faut cependant tenir compte aussi de la prédisposition nerveuse qui a une grande importance. C'est elle, en effet, qui prépare la mort subite, que l'excitation nerveuse détermine.

Donc, névrite intercostale et prédisposition nerveuse, tels sont les deux grands facteurs dont il faut tenir compte pour expliquer la mort subite dans la pleurésie. Cet enseignement n'est pas sans intérêt au point de vue pratique. Si, en effet, la névrite est si dangereuse, si la prédisposition nerveuse joue un rôle si important, ce sont là deux états qu'il faut activement combattre et non pas se contenter de traiter par une expectation par trop contemplative.

A propos du traitement de la pleurésie, M. Laborde ajoute quelques mots sur l'emploi des révulsifs et des vésicatoires. La méthode révulsive est éminemment rationnelle, mais on a usé et abusé du vésicatoire; cette médication est une arme dangereuse, à double tranchant.

Par le vésicatoire, en effet, on fait pénétrer dans l'organisme des quantités variables de cantharidine et on sait qu'avec des doses très faibles de cette substance, on peut voir survenir des accidents graves. En dehors des complications bien connues, cystite, albuminurie, etc., il existe très fréquemment des phénomènes d'intoxication d'un autre ordre, dont les principaux sont précisément des modifications des organes cardio-respiratoires. M. Galippe, en effet, a montré que dans l'intoxication cantharidienne, qui est bien plus fréquente qu'on ne le croit, on voit survenir de la congestion pulmonaire, de la pleurésie, pleurésie avec épanchement séreux ou avec épanchement séro-purulent.

Au point de vue clinique, et en confirmation de ces données expérimentales, M. Laborde a vu, dans quelques cas, l'épanchement pleural augmenter dans une proportion considérable, après l'application d'un vésicatoire.

Il croit donc qu'il faut être très réservé dans l'application des révulsifs, et qu'il faut surtout éviter l'application réitérée et successive de vésicatoires, qui produisent dans l'organisme, au bout de peu de temps, une sorte d'accumulation du principe toxique qu'ils contiennent.

M. POTAIN reconnaît comme certain que l'abus des vésicatoires peut avoir des inconvénients graves chez les pleurétiques; mais il lui paraît toutefois exagéré de dire qu'ils sont capables de déterminer la purulence de l'épanchement. Il cite l'observation d'une pleurétique à laquelle on avait appliqué douze vésicatoires successifs : cette femme fut atteinte d'une néphrite albumineuse, évidemment d'origine cantharidienne, qui persista pendant six mois; mais, cependant, sa pleurésie ne devint pas purulente.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin-inspecteur Weber, directeur de l'École du Val-de-Grâce, membre du comité technique de santé, est placé, à dater du 17 mai 1892, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 22 mai 1892, à neuf heures et demie très précises du matin, au Dépotoir de la Ville de Paris, rue d'Allemagne, 185 *bis*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique de chirurgie orthopédique, par le docteur R. REDARD. 1 vol. in-8° de 1.050 pages avec 771 figures dans le texte. — Prix : 20 francs. — Paris, O. Doin.

Formulaire de médecine pratique, par M. le docteur E. MONIN (nouvelle édition, quatrième mille). 1 vol. in-18 raisin. — Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Balaruc-les-Bains : Du lymphatisme et de la scrofule, par M. le docteur A. PLANCHE. Broch. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Masson.

Formulaire des nouveaux remèdes, par le docteur G. BARDET. Sixième édition, année 1892. Broch. in-18 de 386 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles, par M. le docteur Jules CHÉRON, médecin de Saint Lazare. 1 vol. in-8°, avec figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Les eaux minérales naturelles françaises et étrangères autorisées au 1er octobre 1891, par M. le docteur Prosper

De Piétra Santa. Broch. grand in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

Du traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse, par F. Heins, docteur-médecin. Broch. in-8° de 145 pages avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Audition colorée, par le docteur Jules Millet. Broch. in-8° de 81 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Rapports entre les maladies des yeux et celles du nez et des cavités voisines, par M. le docteur E. Berger. Broch. de 50 pages avec 6 figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Traitement de l'hypertrophie des amygdales, par le docteur E.-J. Moure. Broch. in-8° de 25 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Recherches sur la notion de surface en anatomie, par M. le docteur Armand-B. Paulier, ancien interne des hôpitaux. Broch. in-8°.— Prix : 1 franc.— Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement de l'hystérie.

Par le docteur Paul Blocq, chef des travaux anatomo-pathologiques à la Salpêtrière.

Sous la féconde impulsion qui a été donnée, dans ces dernières années, aux études sur l'hystérie, grâce surtout aux travaux de M. le professeur Charcot et de l'École de la Salpêtrière, les médecins sont, dès à présent, relativement éclairés sur la symptomatologie et sur la physiologie pathologique de cette névrose; aussi, les névropathologistes doivent-ils être mieux en mesure, dans le plus grand nombre des cas, d'instituer contre elle une thérapeutique efficace, satisfaction qui leur est si rarement accordée quand ils sont en présence des organopathies.

Tel est, du reste, le principal motif pour lequel on voit aujourd'hui succéder dans ce traitement une uniformité de bon aloi à la multiplicité indescriptible des procédés autrefois mis en œuvre.

Les lois cliniques et les principales données pathogènes ayant été en partie formulées, il était logique, en effet, que les indications thérapeutiques pussent en être tirées, et, en réalité, si l'on excepte quelques points encore controversés à l'occasion desquels nous devrons prendre parti, il est presque permis de considérer l'accord comme unanime, du moins sur les principes fondamentaux de cette thérapeutique.

Que si l'hystérie, en sa qualité de névrose, non seulement compromet rarement l'existence, mais encore est susceptible de guérir spontanément — *malgré les médecins*, serait-on tenté d'ajouter en se reportant à certains cas — il n'en est pas moins vrai que, tant par la gravité fonctionnelle des désordres qu'elle provoque, tant par la durée très longue — qui confine même parfois à l'incurabilité — qui caractérise ceux-ci, elle présente un intérêt thérapeutique de premier ordre au médecin si fréquemment aux prises avec l'une ou l'autre de ses manifestations.

Il faut savoir aussi, que des moyens de traitement mal dirigés sont capables, en maintes circonstances, sinon de développer, tout au moins d'entretenir des syndromes hystériques, qu'il devient ensuite très difficile de maîtriser.

Or, il en est à cet égard de la névrose comme des autres maladies ordinairement curables, la rapidité de sa guérison, quand elle est possible, dépend le plus souvent de l'emploi plus ou moins judicieux des mesures appropriées.

I

Les considérations historiques prêteraient, certes, à un développement intéressant, mais elles ne seraient pas de mise dans cette Revue où nous nous attacherons surtout, en nous inspirant pour cela des données de l'enseignement de M. le professeur Charcot, que nous avons l'honneur de suivre depuis plusieurs années, à exposer l'examen critique des médications, pour, après cette analyse, essayer de synthétiser pratiquement les indications tirées de la forme et de la localisation des syndromes de la maladie.

Nous nous bornerons donc, à cet égard, à une sorte de vue d'ensemble très brièvement esquissée.

La thérapeutique de l'hystérie s'est successivement inspirée des diverses doctrines qui ont eu cours sur la nature de la névrose, et la lecture du remarquable Traité de notre ami, M. le docteur Gilles de la Tourette (1), est tout à fait instructive à ce point de vue.

On sait que, de temps immémorial, l'hystérie était considérée comme la résultante d'une action morbide que l'utérus, non satisfait dans ses désirs, aurait exercée sur toute l'économie féminine. Plus tard, rajeunie il est vrai par les connaissances anatomiques, cette théorie fut rééditée par différents auteurs; Pujol considérait l'hystérie comme une névrose d'origine utérine, Chairon la croyait d'origine ovarienne. Toutefois, dès cette époque, Briquet avait soutenu qu'elle consistait en une névrose générale.

Après quelques vicissitudes, cette dernière opinion a fini par prévaloir, et il s'en est suivi la substitution de la méthode thérapeutique générale dite antispasmodique: hydrothérapie, calmants, aux divers traitements médicaux ou chirurgicaux qui visaient antérieurement l'utérus et ses annexes.

Plus récemment, enfin, dans la période actuelle, nous sommes entrés dans une nouvelle voie. L'hystérie étant considérée comme l'expression d'un trouble mental, comme

(1) Gilles de la Tourette. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* Paris 1891.

une psychose, c'est à la psycho-thérapie (ce mot étant pris dans son acception la plus générale) que l'on a surtout recours. On tend en effet, de plus en plus, à faire dépendre la névrose d'une modification psychique particulière; tel est, du moins, l'enseignement que comportent l'étude et l'interprétation de ses signes les plus importants.

Nous n'hésitons pas, pour notre part, à nous rallier à cette manière de voir, que nous avons, du reste, déjà défendue à plusieurs reprises, en montrant entre autres quelles étaient, à notre avis, les altérations du mécanisme psychique qui paraissaient régir les troubles les plus communs de l'hystérie (1). Nous ne reviendrons pas ici sur les raisons qui légitiment cette conception, ou, du moins, nous n'y ferons allusion qu'alors qu'il sera nécessaire pour justifier la sélection que nous préconiserons dans le choix des médications que nous allons, dès maintenant, examiner.

II

C'est donc surtout dans un but critique, que nous nous astreindrons à passer d'abord en revue la plupart des méthodes et des agents thérapeutiques qui sont proposés et employés actuellement avec des fortunes diverses.

Nous les grouperons sous les trois chefs suivants :

1° Traitement psychique;
2° Traitement externe;
3° Traitement interne.

Après les avoir étudiés dans cet ordre, nous indiquerons ensuite comment il nous paraît qu'on les doit appliquer selon :

1° Les formes de la névrose;
2° Ses accidents;
3° Ses causes;
4° Les sujets qui en sont atteints.

Il nous restera, pour terminer, à dire quelques mots de l'intervention chirurgicale en matière d'hystérie.

III

1° Traitement psychique. — Sa mise en œuvre est capitale dans le traitement de l'hystérie, sous toutes ses formes, et c'est pourquoi nous nous en occupons en premier lieu.

Ce traitement psychique, dont la formule précise n'est pas encore déterminée dans tous ses points, a fait l'objet d'une très intéressante conférence de M. le docteur Paul Sollier (2), qui a bien voulu nous la communiquer, et à laquelle nous ferons de nombreux emprunts.

Il comporte deux modes particuliers et très différents en apparence : l'*isolement* et l'*hypnotisme*.

Isolement. — Dès longtemps, M. le professeur Charcot (3) a proclamé les bons effets qu'on obtenait de l'emploi de cette mesure : « Je ne saurais trop insister, dit-il, sur l'importance capitale que j'attache à l'isolement dans le traitement de l'hystérie, où, sans contestation possible, l'élément psychique joue, dans la plupart des cas, un rôle considérable, s'il n'est pas prédominant. Il y a près de quinze ans que je suis fermement attaché à cette doctrine, et tout ce que j'ai vu, tout ce que je vois, ne fait que confirmer de plus en plus mon opinion. » Depuis, notre maître n'a jamais cessé de confirmer son efficacité, que la plupart des neurologistes ont reconnue.

En réalité, n'étaient les grandes difficultés que présente parfois l'application de ce mode de traitement dans la pratique (difficultés d'ordre extra-médical, le plus souvent), on pourrait presque dire que l'isolement représente la *méthode de choix* dans les cas d'hystérie grave.

L'isolement consiste simplement à soustraire le malade, pour un temps variable, à l'influence de son milieu habituel. Il doit donc avoir pour objectif de réaliser une séparation aussi complète que possible. C'est-à-dire que, pratiqué dans une chambre séparée de l'appartement occupé par sa famille, ou bien à la campagne, chez des parents ou des amis, qui manquent de l'autorité et de la compétence nécessaires, il est insuffisant et, par suite, inefficace. Aussi, les conditions les meilleures sont-elles celles qu'offre l'hôpital ou l'établissement hydrothérapique.

Comment agit l'isolement? Il importe, à mon avis, de l'expliquer brièvement. Tout d'abord, on saura ainsi en faire mieux l'application; de plus, si beaucoup de médecins ne mettent pas en doute la réalité des succès qu'on lui doit, ils n'en restent pas moins relativement sceptiques, admettant avec peine, semble-t-il, qu'une mesure aussi simple ait chance de réussir là où des médications et des médicaments actifs sont restés sans effet. Or, l'action de l'isolement est doublement favorable : elle l'est d'*une façon passive*, pourrait-on dire, en ce qu'il supprime certaines conditions propres à la *culture* de l'hystérie; elle l'est d'*une façon active*, en ce qu'il réalise des conditions particulières et de nature à combattre précisément la déviation psychique fondamentale qui caractérise la névrose.

Pour en juger, il va nous suffire de rappeler : d'un côté, quel est le *milieu* auquel on soustrait le malade, et, de l'autre, quels sont les caractères de la perversion mentale *du malade* lui-même.

Le milieu où se développe l'hystérie offre un grand nombre de caractères communs, malgré la diversité résultant des variations de l'état social. Parfois il s'agit d'une famille de névropathes, et nous n'avons pas besoin d'insister sur ce que les conditions présentent alors de défavorable. Même lorsqu'il n'en est pas ainsi, il est habituel que la sollicitude et l'affection des proches s'exagère en proportion de l'aspect dramatique que revêtent, le plus souvent, les accidents pathologiques dont souffre le malade. Ce sont là, en quelque sorte, des éléments constants et dont la réaction réciproque va entraîner les conséquences déplorables que nous allons exposer.

L'hystérique ne tarde pas à devenir, en effet, le point de mire de préoccupations excessives, de tous les membres de sa famille. Qu'il règne, dès lors, en maître et fatigue les siens d'incessants caprices auxquels ceux-ci se soumettent par compassion : c'est déjà là une résultante doublement fâcheuse. Mais il y a plus; il arrive que les attentions continuelles, dont le malade est l'objet, et surtout que les inquiétudes qu'il provoque se répercutent, en quelque sorte, sur son esprit malléable, et par là entretiennent et exagèrent au besoin le trouble mental. Ces angoisses, même, se traduisant parfois par des questions incessantes et maladroites, en la circonstance, ramènent et maintiennent

(1) P. Blocq et S. Onanoff. *Séméiologie et diagnostic des maladies du système nerveux*, Paris 1891.

(2) P. Sollier. Conférence faite dans le service de M. le docteur Landouzy à l'hôpital Laënnec, en septembre 1891 (encore inédite).

(3) Charcot. De l'isolement dans le traitement de l'hystérie, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 238.

l'attention du sujet dans le cercle des accidents morbides actuels ou possibles, qui devient à tous points de vue un véritable cercle vicieux.

En ce qui concerne l'hystérique lui-même, son trouble mental consiste, psychologiquement, ainsi que l'a bien démontré M. Pierre Janet (1), en particulier, en une sorte de rétrécissement du champ de la conscience. C'est de là que dérivent, non seulement la plupart des manifestations somatiques (anesthésies, paralysies), mais encore, et c'est ce qui nous importe au point de vue que nous considérons ici, l'importance excessive acquise par toutes les idées qui parviennent à pénétrer dans ce champ restreint, soit la suggestibilité. Il suit de là que, tant qu'il reste dans ce milieu que nous venons de décrire, le malade se ressent inconsciemment des angoisses qu'il y provoque. Il n'y a pas à douter même que cette inquiétude de l'entourage formulée parfois en termes couverts, et d'une façon plus ou moins précise, ne puisse provoquer l'éclosion de désordres corrélatifs.

Il faut savoir, en outre, que, même dans certains états hystériques où la perte de connaissance semble absolue, la réception — nous ne disons pas la perception — des idées est toujours conservée; il en peut donc résulter une nouvelle source imprévue de suggestions d'un effet désastreux.

Or, il est bien difficile de pallier, chez les proches du malade, l'émoi que fait naître, chez eux, l'apparence véritablement effrayante que prennent, en beaucoup de cas, les accidents qui ressortissent à la névrose.

Aussi, le fait de soustraire le malade à son entourage supprime-t-il, à lui seul, toute une série de causes qui ont présidé, dans quelques cas, au développement de l'hystérie et, certainement, dans tous, contribuent à son maintien. C'est là le premier effet, que nous avons dit *passif*, de l'isolement.

A un autre point de vue, la même mesure aura pour conséquence, avons-nous dit, de corriger, en partie, la déviation pathologique qui caractérise l'état mental. L'isolement restreindra, en effet, la dispersion de l'attention, la distraction, cause principale, comme l'a montré M. Pierre Janet, des principaux troubles de la sensibilité qui sont eux-mêmes liés intimement aux amnésies, formant ainsi pour la plus grande part le fonds hystérique. Pour se rendre compte de cette influence, il est à peine besoin de rappeler qu'à l'état normal, comme chacun sait, nous fortifions notre attention en nous soustrayant aux impressions extérieures, soit en nous isolant. Et, en d'autres cas, si le champ restreint de la conscience n'est occupé que de l'idée seule de la manifestation pathologique — hystérie mono-symptomatique — l'isolement aura pour effet de substituer, à cette auto-suggestion morbide, l'idée de guérison qu'entraîne, par une association intime, l'espoir de la sortie à laquelle aspirent naturellement tous les sujets isolés.

En somme, et ainsi se produit le second effet de cette mesure — effet que nous avons appelé actif — l'isolement constitue à lui seul un mode thérapeutique des plus efficaces. « L'isolement, dit M. Gilles de la Tourette (2), est le souverain baume de l'hystérie, et, en l'instituant comme base d'un traitement qui n'en est plus à faire ses preuves, M. Charcot, on le voit, n'avait agi qu'en parfaite connaissance de cause. »

(1) P. Janet. *L'automatisme psychologique*, Paris 1889.
(2) Gilles de la Tourette. Loc. cit.

Cela est d'autant plus évident, qu'on lui peut adjoindre au besoin l'emploi de divers autres médications, dont l'application sera même par là facilitée, tant en raison de l'installation spéciale des établissements disposés à cet effet, qu'à cause de la surveillance constante exercée par les médecins.

Hypnotisme. — Nous n'entreprendrons pas de rappeler ici les innombrables travaux qu'a suscités dans ces dernières années cette question de la valeur thérapeutique de l'hypnotisme ; on en trouvera au surplus l'indication dans le beau livre de M. le professeur Pitres (1). Les uns préconisent l'hypnotisme comme une véritable panacée, ou tout au moins comme le traitement spécifique de l'hystérie, les autres en restreignent les indications à quelques manifestations de la névrose. Ces opinions extrêmes sont également défendues à l'aide des données de l'expérience ou de la statistique. La question envisagée de cette façon, il devient difficile de prendre un avis raisonné, soit de juger en connaissance de cause de la réelle valeur thérapeutique de l'hypnotisme en la matière.

Aussi procéderons-nous d'une manière différente, et n'est-ce qu'après avoir fait valoir au préalable certaines considérations générales, que nous entrerons dans le domaine concret des faits.

La perversion mentale, à laquelle répond l'hystérie, consiste en un vice fondamental de l'association des idées, qui engendre lui-même un trouble de la personnalité consciente, caractérisé par une diminution de cette personnalité, un rétrécissement du champ de la conscience, qui se manifeste, entre autres, par de la *suggestibilité*, soit par une tendance à réaliser sans contrôle les idées suscitées dans l'esprit.

Lorsque les processus d'association se font normalement, l'ébranlement moléculaire, déterminé par une impression dans un centre cortical, irradie par les fibres commissurales dans les autres centres, où s'éveillent alors les impressions identiques enregistrées antérieurement, ce qui nous permet de contrôler la nature de la cause de l'impression (2). Quand ces processus d'association sont troublés, comme dans l'hystérie, l'activité du centre cortical, mise en jeu par la même impression, ne s'écoulant plus par les voies commissurales, il en résulte non seulement que le contrôle ne peut plus intervenir, mais encore que l'impression acquiert une intensité dominante.

L'hypnotisation ayant pour premier effet d'exaspérer, temporairement au moins, cette suggestibilité des sujets, ne saurait, par conséquent, être considérée comme un véritable mode de traitement de la maladie hystérique.

Et, de fait, il est incontestable, qu'en nombre de circonstances les manœuvres hypnotiques ont, soit développé, soit révélé, soit même provoqué l'hystérie. Il paraîtrait donc logique, *a priori*, et *théoriquement* au moins, de conclure que l'hypnotisme, loin de la guérir, tendrait plutôt à cultiver la névrose.

Pratiquement, cependant, il serait excessif de prétendre que l'on doit proscrire l'hypnose du traitement de l'hystérie. Tel n'est pas non plus notre avis. L'hypnotisme peut

(1) Pitres. *Leçons cliniques sur l'hystérie*, Paris 1891.
(2) Mandsley. *Physiologie de l'esprit*, Paris 1876.— Chareton Bastian. Attention et volition, *Revue philosophique*, 1892, nº 4, p. 360.

rendre, à n'en pas douter, des services considérables dans le traitement de l'hystérie, et le médecin est parfaitement autorisé à en utiliser l'emploi, notamment pour faire disparaître tels syndromes graves, qui résistent plus à tout autre procédé.

La déviation pathologique du mécanisme psychologique, à laquelle correspond la suggestibilité, existant en fait chez l'hystérique, il devient absolument légitime d'en user dans un but thérapeutique. Sachant même, que l'on court le risque d'augmenter, en l'exerçant, cette disposition mentale du malade, on pensera que les inconvénients liés pour lui à un excès de suggestibilité ne sont pas comparables à ceux que lui font éprouver divers troubles, tels que l'aphonie, la paralysie, la contracture, par exemple, auxquels on aura affaire, et dont on peut espérer le débarrasser par ce procédé.

Telle est donc la manière de voir qui pourrait, à notre sens, guider le médecin en matière d'hypnotisation.

Mais les pratiques hypnotiques donnent-elles toujours les résultats brillants qui sont prônés par certains auteurs? Babinski (1), examinant cette face de la question, l'a résolue de la façon suivante. Il divise les hystériques en deux classes : 1° ceux qui ne sont pas susceptibles d'être hypnotisés, quel que soit le procédé dont on se serve, et dont le nombre est relativement grand; 2° ceux qui peuvent être hypnotisés.

Cette dernière classe comprend plusieurs groupes. Parfois l'hypnotisme n'amène aucune amélioration. Dans d'autres cas, on obtient une atténuation très limitée des accidents. Il arrive aussi que la suggestion hypnotique produise immédiatement la disparition complète des accidents, et que ceux-ci réapparaissent aussitôt que le sujet est réveillé.

Nous ajouterons qu'il existe un dernier groupe, relativement nombreux, de sujets qui bénéficient de l'hypnose dans des limites restreintes. Ce sont ces malades dont les manifestations pathologiques cèdent, il est vrai, rapidement à l'influence suggestive, mais ne tardent pas à se reproduire, nécessitant alors de nouvelles hypnotisations. Ces malades ne peuvent plus, pour ainsi dire, se passer de leur hypnotiseur, et on assiste chez eux, non seulement pendant des mois, mais pendant des années, à de continuelles récidives : on conçoit ce qu'une telle situation a d'également pénible pour le malade et pour le médecin. M. Pitres a signalé un dernier inconvénient de la méthode hypnothérapique. Il arrive parfois qu'un accident supprimé par suggestion est remplacé par un autre accident plus désagréable que le premier. Quoi qu'il en soit, il est donné également, dans certains cas, d'obtenir à l'aide de l'hypnotisme seul une guérison rapide et définitive de divers syndromes hystériques : nous chercherons à établir ultérieurement quelles sont les indications de ce procédé selon les formes et les accidents de la névrose.

Les procédés d'hypnotisation : fixation d'un objet brillant, pression des globes oculaires, suggestion verbale, sont tellement vulgarisés qu'il est inutile que nous les décrivions à nouveau. Nous préférons indiquer quelles sont, d'après M. le professeur Pitres (2), les précautions qu'il convient de prendre dans ce cas : « 1° Il ne faut, en aucun cas, endormir les malades sans avoir obtenu, au préalable, leur consentement, et attendre que les malades en aient eux-mêmes la première idée; 2° s'il s'agit d'une femme il ne faut jamais l'hypnotiser sans témoins; 3° il ne faut jamais donner aux malades que des suggestions utiles à leur guérison. »

(1) Babinski. Hypnotisme et hystérie, *Gaz. hebd.*, juillet 1891.

(2) Pitres. Loc. cit., t. II, p. 63.

Entre ces modes principaux du *traitement psychique* que nous venons d'exposer, et le traitement externe proprement dit, nous rangeons toute une catégorie de moyens intermédiaires : la *suggestion indirecte* (ou à l'état de veille), le *transfert*, les *asthésiogènes*, qui nous paraissent tous, du reste, plus ou moins analogues.

Suggestion indirecte. — En traitant, plus haut, de l'isolement, nous avons déjà été amené à démontrer l'importance de la suggestion indirecte. Nous ferons remarquer, à cet égard, que pour nous, loin que la *suggestion soit dans tout*, ainsi qu'on l'a prétendu, par une confusion psychologique, sur laquelle nous ne pouvons insister dans cette Revue, elle suppose, comme nous l'avons montré dans un travail antérieur (1) et comme cela ressort aussi de ce que nous en avons dit ici, certaines conditions spéciales, inhérentes surtout à l'état psychique du sujet. Cette condition, qui nous paraît fondamentale, est réalisée par ce trouble des processus d'association, que nous avons rappelé, et qui existe précisément, et parfois même à son summum de développement, dans l'hystérie. Ce n'est donc jamais que chez des *anormaux*, psychiquement parlant, et chez les hystériques, en particulier, que cette influence sera susceptible d'entrer en jeu.

Dans ces cas, alors, mais dans ces cas seulement, il est permis d'affirmer, sans trop de réserves, que la suggestion intervient presque constamment. Pour peu qu'on en soit prévenu, il sera aisé, quand on aura affaire à un hystérique, de mettre en œuvre ce que nous appelons la suggestion indirecte. Il suffira, en effet, le plus souvent, de tenir devant le sujet, sans éveiller sa faculté de contrôle déjà prédisposée à l'inactivité de par la maladie elle-même, en s'adressant pour cela, non à lui-même, mais à une tierce personne, des propos qu'on saura de nature à l'impressionner. Maintes fois, nous avons réussi à provoquer de cette façon la disparition de diverses manifestations plus ou moins gênantes de la névrose.

Transfert. — Lorsque, chez un sujet hystérique, les signes — anesthésie, contracture, paralysie — existent seulement d'un côté du corps, il peut arriver, que, à la suite de l'application d'un aimant, ces signes passent de l'autre côté. Ils deviennent alors moins tenaces et peuvent même disparaître complètement lors de cette manœuvre, dans certains cas. C'est là le phénomène que l'on a appelé le transfert. Babinski a observé que le même transfert des épisodes morbides pouvait avoir lieu non seulement d'un côté à l'autre d'un même sujet, mais d'un sujet à un autre. Les résultats thérapeutiques qui ont été vus à la suite de l'emploi de ce dernier procédé, sont tout à fait remarquables. Babinski a constaté, en effet, la disparition de nombre de manifestations hystériques tenaces, et nous-même avons eu l'occasion de rapporter des exemples de succès thérapeutiques de cet ordre. Aussi, et sans entrer plus dans la voie de l'interprétation, devons-nous ranger la *méthode du transfert* parmi les modes de traitement utilisables.

Métallothérapie. — La métallothérapie est basée sur l'idée que chaque sujet a une sensibilité spéciale pour un métal en particulier, et sa méthode consiste à faire des applications externes ou internes du métal déterminé. Lorsqu'un

(1) Voir *Gaz. hebd.*, 1891, p. 70, et *Gaz. des hôp.*, 1892, n° 10.

sujet est anesthésique, par exemple, on recherche, par tâtonnements, quel est le métal à l'occasion de l'application duquel la sensibilité a reparu. Il suffirait, dès lors, de faire prendre un des sels de ce métal à l'intérieur, pour que le malade guérisse. Selon l'expression de M. le professeur Pitres (1) : « Ce serait admirable, si c'était vrai. » Toutefois, l'application des métaux peut, elle aussi, de même que nombre de procédés analogues, dans l'exposé desquels nous n'entrerons pas plus, car on les peut varier à l'infini, agir par suggestion indirecte et provoquer la guérison incontestable de manifestations hystériques diverses.

2° Traitement externe. — Nous lui accordons la seconde place, d'après l'importance thérapeutique qu'il est légitime de lui attribuer.

Il comprend : l'*hydrothérapie*, l'*électrothérapie*, la *kinésithérapie*.

Hydrothérapie. — L'hydrothérapie constitue la méthode, par excellence, du traitement externe, et son efficacité, dès longtemps reconnue, n'a jamais été mise en doute; c'est dire qu'on y aura recours dans la très grande majorité des cas, sinon dans tous.

C'est aux douches générales qu'il convient le plus souvent de soumettre les malades. On utilise ordinairement les douches froides (13 à 18 degrés), en jet brisé sur le tronc terminées par un jet sur les pieds, d'une durée n'excédant pas quinze à vingt secondes, suivies ou non, selon la réaction, de frictions sur tout le corps. Les douches seront prises tous les jours, et même deux fois par jour.

Lorsque, en raison de conditions particulières, ce mode hydriatique ne pourra être employé, on le remplacera par l'enveloppement dans le drap mouillé, ou par les ablutions sur tout le corps faites à l'aide d'une grosse éponge.

Contrairement à certaines préventions, les bains de mer sont utiles aux hystériques, mais à la condition de se rendre dans des stations de la zone moyenne et non septentrionale, et de ne pas prolonger la durée des bains au delà de trois minutes.

Électrothérapie. — Si l'on réserve certains cas spéciaux dans lesquels la faradisation est particulièrement favorable, la franklinisation (électricité statique) paraît convenir au plus grand nombre des cas.

C'est le bain statique que l'on prescrira alors de préférence.

Kinésithérapie. — Toutes les pratiques de cet ordre : la gymnastique, le massage, les différentes variétés d'exercice musculaire conviennent, d'une façon générale, au traitement de l'hystérie.

La gymnastique *active*, comme celle de l'*opposant* (suédoise), fait à la vérité plutôt partie d'un traitement hygiénique; mais le massage peut être considéré comme un agent véritablement actif. Ses différentes variétés : effleurage, pétrissage, tapottement, friction, trouvent leurs indications selon les manifestations variables de la névrose. Le pétrissage général est utile dans les formes convulsives, l'effleurage réussit dans les cas de contracture.

On peut associer entre eux ces divers modes de traitement externe, et, en particulier, l'hydrothérapie et le massage, et, mieux encore, les employer en même temps que l'isolement.

(1) Pitres. Loc. cit., p. 62.

3° Traitement interne. — L'importance des médicaments est très diminuée dans le traitement de l'hystérie. Nous parlons, on le conçoit, de l'hystérie pure, c'est-à-dire ni provoquée, ni entretenue, par une affection organique, comme la chlorose ou les diverses intoxications qui devront évidemment être soignées par les moyens thérapeutiques accoutumés.

Les *bromures alcalins*, qui rendent tant de services dans la cure des diverses névropathies, trouvent rarement ici leur indication. C'est au point que M. Charcot décide parfois d'un diagnostic hésitant entre l'hystérie et l'épilepsie, en se basant sur le fait de l'efficacité de ce sel dans ce seul dernier cas.

Dans plusieurs circonstances, lors d'agitation extrême ou d'excitation mentale, nous nous sommes bien trouvé de l'administration du *bromure de camphre* selon la formule suivante :

Camphre monobromé. . . .	3 grammes.
Extrait de quassia	2 —
Sirop de belladone.	q. s.

M. pour 30 pilules, une à trois par jour.

La *valériane* et les *valérianates de zinc* et *de quinine* pourront rendre service, dans les mêmes circonstances, au moins temporairement.

Bien que, ainsi que nous aurons occasion d'y revenir, les attaques ne nécessitent pas un traitement très actif, on ne saurait proscrire absolument l'emploi de l'*éther* et du *bromure d'éthyle*, auxquels elles cèdent le plus souvent.

Il arrive encore qu'on soit obligé d'avoir recours à des narcotiques. On donnerait alors la préférence au *sulfonal* et au *chloral*. Nous avons observé, en effet, que l'*opium* et ses dérivés étaient quelquefois mal tolérés, d'autres fois dangereux. Nombre de sujets hystériques sont, en effet, prédisposés à la morphinomanie, qu'il sera toujours prudent de redouter.

IV

Connaissant dès à présent les principaux agents thérapeutiques dont nous disposons, il nous reste à nous demander comment on les doit employer, ou, autrement, quelles indications commandent les variétés soit de la maladie elle-même, soit des sujets qui en sont atteints.

1° Traitement des formes. — Nous distinguerons, à cet égard, plusieurs formes de la névrose : *a.* la forme *latente*; *b.* la forme *légère* (petite hystérie); *c.* la forme *grave* (grande hystérie, hystéro-épilepsie); *d.* la forme *mono-symptomatique.*

A. *Forme latente.* — Certains enfants, en raison de leurs antécédents héréditaires et de l'incidence, chez eux-mêmes, de divers troubles qui n'ont d'important que leur signification nosographique (somnambulisme, terreurs nocturnes, colères excessives), peuvent être considérés comme des hystériques en puissance, « des candidats à l'hystérie », selon l'expression de M. le professeur Pitres, et il convient, ainsi que l'ont établi et ce dernier auteur et M. le professeur Kovalewsky (1), de leur appliquer une sorte de traitement prophylactique. « Il est du devoir des parents névropathes, dit M. Kovalewsky, soit du côté du père ou de la mère, soit

(1) Kovalewsly. *Hygiène et traitement des maladies mentales et nerveuses*, Paris 1890.

des deux côtés à la fois, de donner à leurs enfants une éducation hygiénique spéciale, en raison de la prédisposition qu'ils portent. Leurs enfants doivent être placés dans des dispositions qui favorisent leur développement normal et régulier et qui, à la fois, peuvent réagir contre la tare héréditaire. »

Dans ce but, il sera nécessaire d'insister sur les exercices physiques et de restreindre les incitations émotives et le travail intellectuel. L'instruction de ces enfants ne sera commencée que tard, vers l'âge de huit ou neuf ans, elle sera faite d'une façon systématique et régulière. M. Pitres conseille, avec raison, d'élever ces jeunes prédisposés loin de leur famille, considérant que leurs parents, habituellement névropathes, manquent de la fermeté et de la pondération nécessaires, et sont ou trop violents, auquel cas ils terrorisent les enfants, ou trop faibles et alors ils les gâtent. L'internat offrirait de plus l'avantage d'habituer l'esprit à un travail régulier et d'assouplir le caractère par la discipline. Concurremment à ces mesures préventives, il sera bon de recommander, dans les mêmes cas, l'habitude des pratiques hydrothérapiques et, notamment, l'enveloppement dans le drap mouillé, très facile à appliquer chez les enfants.

B. *Formes légères*. — Les cas de petite hystérie, dans lesquels la maladie ne se manifeste que par de légères attaques convulsives revenant à des intervalles plus ou moins rapprochés, ou même seulement à l'occasion d'une émotion, où, enfin, il n'existe que peu ou pas de stigmates, sont certainement de beaucoup les plus répandus.

L'*hydrothérapie*, l'électrisation statique, le changement de milieu et d'occupations, seront, dans la plupart des cas, des mesures suffisantes pour entraîner, l'une ou l'autre, la guérison, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à l'isolement. A notre avis, les manœuvres hypnotiques, qu'on pourrait être tenté de pratiquer dans ces circonstances, dans le but de supprimer les attaques ou d'en diminuer la fréquence, sont dans cette forme absolument contre-indiquées. Il serait à craindre, en effet, que l'hypnotisme n'entretînt ou n'exagérât même l'état nerveux ; l'éventualité de cette conséquence se conçoit, *a priori*, par ce que nous avons dit de l'état mental de l'hystérique, et, en fait, il ne manque pas d'observations à l'appui. Nous n'hésitons donc pas à prescrire l'abstention à cet égard, dans la majorité des cas de petite hystérie convulsive (1).

C. *Formes graves*. — C'est à ces formes d'hystérie, caractérisées par des attaques soit convulsives, soit délirantes, que convient surtout le traitement par l'*isolement* dans un établissement hydrothérapique. Toutefois, si les accidents sont de date récente, s'ils se sont développés à l'occasion de la mise en œuvre d'un agent provocateur puissant, plutôt que sous l'influence d'une cause minime, si, enfin, il n'existe pas de stigmates, on pourra s'en tenir, au préalable, aux seules mesures que nous venons d'indiquer à propos des formes légères. Mais, dans tous les autres cas, on ne devra pas hésiter à prescrire l'isolement, qui modifiera alors la névrose plus sûrement et plus rapidement que toute autre méthode.

On sera également autorisé, dans les mêmes cas, à essayer l'emploi de la suggestion hypnotique. Toutefois, on sera prévenu qu'il est rare que ce procédé, à lui seul, conférera d'autre bénéfice que celui d'une atténuation dans la fréquence des attaques. Cependant, que ces grandes hystériques viennent à présenter, comme cela leur arrive souvent à la suite d'une attaque, une paralysie, une contracture, ou encore du mutisme ou de l'amaurose, la suggestion, si elle est possible et immédiatement employée, acquiert alors sa toute-puissance pour la cure de l'accident. Là se trouve réalisée son indication la plus formelle, puisque, grâce à son intervention, en la circonstance, on pourra dissiper sur-le-champ un accident quelquefois très pénible et dont on ne peut prévoir la durée, s'il vient à persister.

D. *Formes mono-symptomatiques*. — Ce sont les formes dans lesquelles un symptôme ou un syndrome de nature hystérique, tel que : paralysie, contracture, arthralgie, toux, anorexie, etc., existe seul sans attaques et parfois sans stigmates. Ces cas sont extrêmement embarrassants pour le médecin, en raison de leur durée et de leur ténacité. On emploiera alors l'isolement et l'hydrothérapie ; on essayera de l'hypnotisme, de l'électrisation, du massage, des aimants, de la métallothérapie..., moyens nombreux et variés qui tous comptent des succès, mais dont on épuise souvent la série sans résultats.

2° Traitement des accidents. — Toutefois il est des pratiques particulières qui paraissent mieux réussir contre certains accidents. Nous ne pouvons examiner, à cet égard, les innombrables syndromes qui ressortissent à l'hystérie et nous nous bornerons à indiquer quelques procédés spéciaux qui, en dehors des méthodes générales (isolement, hydrothérapie, hypnotisme), sont applicables au traitement des *attaques*, des *paralysies*, des *contractures* et de l'*anorexie*.

En ce qui concerne les *attaques*, la plupart du temps, il suffit de surveiller le malade pour l'empêcher de se contusionner. Toutefois, quand elles seront sériées, le médecin sera souvent mis en demeure d'essayer de les arrêter. On procédera d'abord dans ce cas, selon le conseil de M. Pitres, à la recherche des zones hystérogènes dont la pression suffirait à enrayer les crises. S'il n'en existe pas, on mettra l'hypnotisation en œuvre, s'il est possible de l'obtenir par la pression des yeux. La suggestion verbale pourra aussi être tentée. Enfin on aura recours aux inhalations de bromure d'éthyle et d'éther qui entraîneront presque à coup sûr la sédation. La chloroformisation a été également conseillée, mais en raison des graves dangers auxquels elle expose, d'une part, de la bénignité — du moins, *quoad vitam* — des convulsions hystériques, d'autre part, nous croyons qu'il sera toujours préférable de s'en abstenir.

Pour les *monoplégies* brachiales, le procédé du dynamomètre imaginé par M. le professeur Charcot est, le plus souvent, très efficace. Il consiste à recommander au sujet de faire effort, plusieurs fois dans la journée, de sa main paralysée, avec cet instrument et de noter attentivement les plus minimes progrès qui se produiront. On constate alors une courbe ascendante presque continue. Cette manœuvre agirait en éveillant dans l'esprit les représentations kinesthétiques ayant trait au membre paralysé.

Les *contractures* céderont parfois au massage ou mieux à l'effleurage pratiqué avec légèreté et précaution. L'application des métaux et le transfert, à l'aide de l'aimant, soit d'un côté à l'autre, soit par la méthode de Babinski, ont aussi, à leur actif, un grand nombre de guérisons de contractures tenaces. C'est à leur occasion que s'est, le plus souvent, posée la question de l'intervention chirurgicale

(1) P. Blocq. Indications de l'hypnotisme dans le traitement de l'hystérie, *Bull. méd.*, 1889, n° 58, p. 921.

qui, ainsi que nous le verrons, n'est indiquée que dans les seuls cas où le spasme s'est compliqué de rétraction fibro-tendineuse. Le traitement de l'*anorexie* hystérique a été exposé très judicieusement par M. Sollier (1). Le médecin devra lui-même faire manger la malade qui aura été confiée à sa direction; pour cela, il lui enjoindra de prendre le repas préparé et, en cas de résistance, il aura recours au gavage par la sonde nasale. Ce moyen répugnant, sinon la menace seule de son emploi, aurait vite raison du refus d'alimentation.

3° Traitement causal. — A ce sujet, nous ne pouvons que rappeler la fréquence de la chlorose chez les hystériques, chlorose qui sera combattue par les médicaments (préparations martiales et arsenicales) et les toniques habituels (quinquina, kola). Ce seront également les diverses médications appropriées que l'on mettra en œuvre contre les intoxications ou contre les anémies qui sont les conséquences de celles-ci et contribuent si souvent au développement de l'hystérie.

4° Traitement selon les sujets. — L'hystérie frappe, comme on sait, enfants, adultes et vieillards, mais, dans ces diverses conditions, elle ne réclame guère de médications différentes. On peut dire, toutefois, en ce qui concerne les enfants, que ce sont eux qui bénéficient le plus certainement et le plus rapidement de l'isolement, peut-être en raison de la prédominance, chez eux, des formes maniaques (2).

L'hystérie masculine ou féminine ne comporte non plus aucune thérapeutique qui lui soit propre. Certaines considérations s'imposent néanmoins au sujet de l'hystérie des jeunes filles. On a cru autrefois que le mariage réalisait un de ses meilleurs agents curatifs. Cette idée est encore de nos jours assez répandue dans le public, pour que le médecin soit parfois consulté à cet égard. Or, tous les neurologistes sont actuellement d'accord sur ce point que les satisfactions sexuelles n'ont, par elles-mêmes, aucune influence favorable sur l'évolution de la névrose. Le mariage serait, à notre avis, plutôt contre-indiqué, car il n'est pas rare de voir débuter l'hystérie soit à la suite des premiers rapprochements, ou à l'occasion des couches; il est donc permis de conclure de là qu'en cas d'hystérie avérée, le mariage serait également fâcheux.

V

De l'intervention chirurgicale. — On a préconisé diverses opérations chirurgicales, non seulement pour remédier à certains accidents locaux de l'hystérie (hyperesthésies, spasmes, arthralgies), mais encore pour guérir la maladie elle-même.

Contre l'hystérie, on a proposé la clitoridectomie (3) et les cautérisations du clitoris, enfin, et surtout, l'ovariotomie (4). Comme le fait observer, avec raison, M. le professeur Pitres (5) : « Rien ne justifie ces opérations; rien, pas même le succès, car, avant de faire courir à un malade les dangers inhérents à une intervention sanglante, il faudrait être certain que la guérison ne peut être obtenue par des méthodes plus inoffensives, et cette certitude, on ne l'a jamais ; on ne peut pas l'avoir. Il paraît même démontré que, dans les cas heureux où les mutilations organiques graves ont été suivies de guérison d'accidents hystériques anciens, ce n'est pas l'opération elle-même qui a fait la cure, mais bien l'émotion provoquée par l'opération. »

(1) P. Sollier. Anorexie hystérique, *Rev. de méd.*, 1891, t. XI, p. 625.

(2) Voir, à ce sujet, la thèse de Clopatt (Helsingfors, 1880) et notre travail « Hystérie maniaque infantile », *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1889, n° 48, p. 767.

(3) Friedreich. Zur Behandlung der Hysterie, *Virchows Arch.*, t. LXL.

(4) Magnin. *De la castration chez la femme, etc.*, Th. de Paris, 1886.

(5) Pitres. Loc. cit.

Tout récemment, M. Polaillon (1) est revenu sur cette question de la castration ovarienne chez la femme hystérique. Il reconnaît que son efficacité est grande chez les unes, nulle chez les autres. A son avis, il faut baser son pronostic sur l'état des ovaires. Sont-ils augmentés de volume avec lésions appréciables? La castration a des chances de succès. Cela revient à dire, croyons-nous, que l'ovariotomie pourra, chez des hystériques souffrant en même temps d'altérations organiques des ovaires, en guérissant celles-ci, entraîner en même temps la disparition des troubles nerveux.

L'intervention chirurgicale n'est pas plus justifiée lorsqu'elle se propose de supprimer une douleur ou un spasme, par la section des nerfs; dans ces cas, en effet, des symptômes analogues reparaissent souvent dans un autre territoire nerveux; de plus, comme dans le cas précédent, il n'est pas démontrable que la guérison ne se serait pas produite sans mutilation.

L'accord, toutefois, est presque unanime sur la non-opportunité des opérations que nous venons de passer en revue, et ce n'est guère qu'en ce qui concerne la coxalgie hystérique, que certains auteurs, Tœlken (2) en particulier, sont encore partisans de l'application de moyens chirurgicaux : appareils inamovibles, extension, ténotomie, etc. A maintes reprises, et tout récemment même, M. Charcot a montré que les procédés de ce genre étaient plus nuisibles qu'utiles, en ce qu'ils entretenaient et exagéraient les contractures, plutôt qu'ils ne les faisaient disparaître.

Lorsque, dans un cas de contracture, l'élément spasmodique aura disparu et qu'on sera assuré que la déformation persistante est le résultat de rétractions fibro-tendineuses qui s'opposent à la bonne position et à l'usage des membres, alors, au contraire, la chirurgie seule aura le moyen de redresser l'attitude vicieuse.

Il ne peut donc être question de traitement chirurgical, qu'alors qu'il s'agit de ces rétractions qui succèdent aux contractures spasmodiques (3).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 mai 1892. — Présidence de M. Chauvel.

LECTURE

Phlegmons profonds consécutifs à la carie de la dent de sagesse. — M. LINOU (de Versailles) donne lecture d'un travail sur ce sujet. Il communique l'observation d'un jeune soldat entré à l'hôpital de Versailles avec des symptômes généraux graves,

(1) Polaillon. *France méd.*, 1892, n° 16, p. 254.

(2) « Malgré les cas favorables de M. Tœlken, je continue à me défier du bandage inamovible chez les malades de ce genre. Les observations démontrent seulement que ce mode de traitement n'est pas toujours aussi pernicieux qu'il l'est à coup sûr, dans beaucoup de cas, je dirai, d'après mon expérience personnelle, dans la généralité des cas. » (Charcot. *Clinique des maladies du système nerveux*, Paris 1892, p. 113.)

(3) Voir, à ce sujet : Charcot. *Bull. méd.*, 23 mars 1887. — P. Bloch. Rétraction fibro-tendineuse compliquant la contracture spasmodique,

une fièvre de 40°6, une gêne respiratoire considérable, de la tuméfaction de la région médiane sus-hyoïdienne et une production de fausses membranes dans le sillon labio-jugal. On fait une incision au niveau de la région sus-hyoïdienne; il sort un pus fétide. Le lendemain, un abcès s'ouvre spontanément dans la bouche. La température tombe à 38 degrés; mais, peu de jours après, elle s'élève de nouveau. Le malade tombe dans une adynamie profonde; il a une toux fréquente, une dysphagie persistante; la température est à 39°6. On constate du gonflement dans la région sus-claviculaire droite; mais il n'y a pas de fluctuation. On croit à une perforation de la trachée. On incise la région sus-claviculaire droite, on cherche le pus sans résultat. On place un tube à drainage. Les accidents s'amendent. Le lendemain, on trouve le pansement souillé de pus. Après une certaine amélioration, la situation s'aggrave de nouveau. Croyant à un abcès du médiastin antérieur, on se décide à faire la trépanation du sternum. A travers l'ouverture pratiquée à cet os, on tombe sur l'extrémité du tube à drainage introduit dans l'incision sus-claviculaire. On attire ce tube, de façon à drainer les deux plaies sus-claviculaire et sternale. Une nouvelle alerte se produit par suite d'un abcès dentaire. On arrache la dent de sagesse. Le malade va toujours en s'améliorant. Trois mois après, on peut retirer le tube et la guérison est assurée. (Comm. : M. Kirmisson.)

COMMUNICATION

Kyste hydatique pédiculé du foie. — M. SCHWARTZ communique l'observation d'une jeune fille de vingt-quatre ans, qui portait une tumeur de la région abdominale droite, datant de deux mois. Elle n'éprouvait ni gêne, ni douleur. Au palper, la tumeur est rénitente et mate. Quand les muscles de la paroi abdominale sont dans le relâchement, la tumeur est mobile. Elle est fixe, au contraire, quand ces muscles sont en contraction. Il n'y a pas d'ascension de la tumeur dans les mouvements de la respiration. M. Schwartz diagnostiqua un sarcome de la paroi abdominale. Il cite un cas analogue observé dans le service de M. Labbé, et dans lequel il s'agissait d'une tumeur hépatique.

Aussitôt que l'incision abdominale fut faite, M. Schwartz reconnut immédiatement qu'il s'agissait d'une tumeur de la cavité abdominale et non de la paroi. Il s'agissait d'un kyste hydatique, pédiculé, à parois très épaisses, avec des adhérences à l'intestin et à l'épiploon. M. Schwartz détacha ces adhérences, libéra la tumeur, sectionna le pédicule au thermocautère, après y avoir posé une double ligature. Les suites de l'opération furent des plus simples. Il n'y eut à signaler qu'une sorte de rasch, que M. Schwartz attribue à l'iodoforme.

RAPPORT

Ostéo-sarcome du fémur, désarticulation de la hanche. — M. CHAUVEL fait un rapport sur une observation de M. Fontan (de Rochefort), relative à un ostéo-sarcome de la partie inférieure du fémur, pour lequel il pratiqua la désarticulation de la hanche. Il s'agissait d'un jeune soldat de marine qui, après des marches forcées au Tonkin, vit apparaître une tumeur à la partie inférieure de la cuisse. Cette tumeur, dont le début remontait à quatre mois, faisait corps avec le fémur. Le malade était dans un état cachectique. Il ne pouvait y avoir aucun doute sur la nature sarcomateuse de cette tumeur, et bien qu'elle occupât le tiers inférieur de l'os, M. Fontan crut devoir faire la désarticulation coxo-fémorale. Il eut recours au procédé en raquette de M. Farabeuf. Il fit un pansement iodoformé et un drainage. Il y eut une production de fausses membranes sur la plaie, que M. Fontan traita par des lotions phéniquées fortes. Ces fausses membranes se reproduisirent et nécessitèrent un grattage. Puis il se fit successivement, dans le moignon, plusieurs collections purulentes qui durent être ouvertes, et le malade finit par guérir après sept mois de séjour à l'hôpital.

M. le rapporteur regrette que M. Fontan n'ait pas fait connaître le résultat de l'examen du membre enlevé. Il est toujours intéressant, dans ces cas, de rechercher s'il n'existe pas dans l'os des foyers sarcomateux plus ou moins éloignés de la tumeur principale. Quoi qu'il en soit, la conduite tenue dans ce cas par M. Fontan est la seule rationnelle.

DISCUSSION

M. MARCHAND fait observer qu'il y a plusieurs variétés de sarcomes et qu'il en est de plus malins les uns que les autres. Les sarcomes fuso-cellulaires périostiques, par exemple, ont une tendance beaucoup plus marquée à la généralisation que les sarcomes de la partie centrale de l'os. Or, pour ces derniers, il n'est pas toujours nécessaire de pratiquer la désarticulation, et souvent l'amputation suffit pour assurer une guérison, sinon définitive, au moins d'une certaine durée. M. Marchand a procédé ainsi chez deux malades qu'il a opérées, l'une depuis deux ans, l'autre depuis quatre ans, et qui jusqu'ici ne présentent aucune récidive. Il s'est contenté, dans ces deux cas, de faire l'amputation dans la continuité du membre atteint. Quant aux sarcomes périostiques, il est hors de doute qu'il ne faut pas hésiter à recourir, en leur présence, à la désarticulation.

M. SCHWARTZ partage l'opinion de M. Marchand. Il pense, avec lui, qu'il y a des sarcomes qui peuvent être traités par l'amputation et même par l'énucléation. Dans sa thèse d'agrégation sur ce sujet, M. Schwartz a signalé un exemple de sarcome de la mâchoire dans lequel la simple énucléation, avec la curette, a suffi pour amener la guérison. Il est hors de doute qu'en présence de sarcomes myéloplasiques, il n'y a pas lieu d'intervenir d'une façon aussi radicale que dans les sarcomes fuso-cellulaires. Il est, d'ailleurs, un moyen de diagnostic qu'il ne faut jamais négliger, c'est l'incision de la tumeur après l'application d'une bande d'Esmarch. Cette incision, permettant l'examen direct de la tumeur, pourra guider le chirurgien dans le choix de l'opération, amputation ou désarticulation.

M. ROUTIER s'est trouvé, à Laënnec, en présence d'un malade chez lequel on avait diagnostiqué un sarcome du fémur. Il fit une incision exploratrice de la tumeur, et M. Cornil étant présent, il la lui fit examiner. Après quelques hésitations, M. Cornil conseilla la désarticulation, ce qui fut fait. L'examen ultérieur de la pièce y révéla la présence des bacilles de la tuberculose au milieu d'une gangue solide, qui avait l'aspect extérieur des sarcomes. Dans ce cas, comme on le voit, l'incision exploratrice n'a pas permis d'arriver à un diagnostic précis.

M. SCHWARTZ admet qu'il y a des cas dans lesquels le diagnostic est très difficile, même avec le secours de l'histologie. Mais on peut dire que, dans la majorité des cas, l'incision exploratrice permet d'éclairer le diagnostic. Elle n'aggrave, du reste, en rien l'opération.

M. CHAUVEL fait observer que, dans bien des cas où la tumeur paraît limitée à la partie inférieure d'un membre, on trouve, après la désarticulation, dans toutes les autres parties du membre, et souvent en des points fort éloignés de la tumeur, des éléments sarcomateux. M. Chauvel cite plusieurs exemples de ce genre. En présence de ces faits, il pense que la désarticulation s'impose.

M. MARCHAND répète que cela dépend de la variété de sarcome à laquelle on a affaire.

M. MONOD fait observer que les tumeurs à myéloplaxes, habituellement considérées comme bénignes, sont parfois, au contraire, très malignes.

M. MOTY, dans un cas de sarcome du fémur pour lequel il a pratiqué la désarticulation de la hanche, a trouvé dans la tumeur les trois variétés de sarcomes. Il y a donc des cas complexes.

M. CHAUVEL ajoute que M. Fontan a eu soin, dans son cas, de faire le curage de l'aine au point de vue des ganglions. C'est là

Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière, 1888, t. II, n° 1, p. 28. — TERRILLON. De l'intervention chirurgicale dans certains cas de rétraction musculaire succédant à la contracture spasmodique, *Idem*, 1888, n° 4. — Traitement chirurgical des rétractions musculaires succédant aux contractures spasmodiques, *Idem*, 1891, n° 4, p. 249.

encore un avantage que présente la désarticulation de pouvoir examiner les régions ganglionnaires.

M. MARCHAND répond à cela que la généralisation des sarcomes se fait par les veines et non par les lymphatiques.

PRÉSENTATIONS

Méthode sclérogène — M. QUÉNU présente une malade atteinte d'arthrite bacillaire du poignet qu'il a traitée, avec succès, par sept injections de chlorure de zinc, selon la méthode de M. Lannelongue.

Arrachement d'un tendon. — M. MONOD présente un tendon en entier de l'index qui a été arraché par un engrenage.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire de botanique (1), par le professeur H. BAILLON.

Ce dictionnaire, aujourd'hui complet, est destiné, non pas à donner sur chacun des mots employés en botanique (dont le nombre est considérable) une dissertation complète et poussée jusqu'aux détails minutieux, mais seulement à présenter de chacun de ces mots une définition nette et précise : la nomenclature est aussi étendue que possible; une partie bibliographique très complète renvoie aux sources le lecteur qui voudrait faire une étude spéciale de telle ou telle question. On insiste sur les applications nombreuses de la botanique à la culture, à l'industrie, à la médecine, à la pharmacie. — Toutes les plantes utiles y sont signalées, en même temps que celles qui sont propres à l'ornementation des parcs et jardins et celles qui sont dangereuses pour l'homme et les animaux. — Toutes les questions d'organographie, d'anatomie et de physiologie végétales sont résumées de façon à faire connaître l'état de la science sur ces questions. — L'ouvrage renferme encore tout ce qui est relatif à l'histoire de la botanique et de la biologie, à la paléontologie végétale et au langage botanique. Il est destiné, non seulement à donner aux gens du monde tous les enseignements nécessaires sur les mots de botanique connus, mais encore à devenir le *vade-mecum* et le répertoire des botanistes de profession.

Le bacterium coli commune, son rôle dans la pathologie (2), par M. le docteur Maxime MACAIGNE, ancien interne des hôpitaux.

Conclusions. — Le bacterium coli normal est généralement inoffensif pour les animaux : il n'est pas virulent. A la faveur de la diarrhée, il acquiert, d'une part, de la virulence, il est alors pathogène pour les animaux; d'autre part, une facilité de pénétration des tissus, en vertu de laquelle il envahit l'organisme aussitôt après la mort ou même pendant l'agonie. L'envahissement cadavérique sera donc favorisé chez les sujets présentant une lésion intestinale; il ne manque jamais dans les cas de diarrhée infectieuse. Les poumons enflammés présentent souvent, à l'autopsie, l'envahissement par le bacterium coli venant de la bouche. La virulence du bacterium coli se manifeste chez les animaux, soit par des accidents de septicémie, soit par des suppurations : le bacterium coli septique vient des diarrhées, le bacterium coli pyogène vient des suppurations.

Le bacterium coli a été identifié avec divers micro-organismes : bacillus neapolitanus d'Emmerich, bacillus fœtidus de Passet, bacillus pyogenes de l'infection urinaire, bacillus lactis aerogenes.

(1) In-4°. Tome I (*A-Ch*), comprenant les fascicules I à X : 50 francs; tome II (*Ch-G*), comprenant les fascicules XI à XX : 50 francs; tome III (*H-R*), comprenant les fascicules XXI à XXIX : 45 francs; tome IV et dernier (*S-Z*), comprenant les fascicules XXX à XXXIV : 22 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

(2) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Il présente de grandes analogies avec le bacille dysentérique de MM. Chantemesse et Widal, le bacille de l'endocardite de MM. Gilbert et Lion, le bacillus endocarditis griseus de Weichselbaum, le bacille de l'entérite de Zaertner.

Le bacille typhique, ne faisant pas fermenter la lactose, se distingue par ce fait absolument du bacterium coli. L'opinion de MM. Roux et Rodet, qui ferait du bacille typhique une transformation du bacterium coli par l'organisme, n'est pas démontrée.

Habituellement inoffensif, le bacterium coli peut acquérir, dans l'individu lui-même ou hors de lui, une virulence plus ou moins forte et donner naissance à des manifestations pathologiques variables, selon la virulence et selon l'organe intéressé.

Son action sur l'intestin détermine des entérites dites infectieuses qui, au point de vue clinique, peuvent être classées dans l'ordre suivant : 1° entérites infectieuses par bacterium coli; A. forme aiguë : 1° algide (choléra nostras, choléra infantile) ; 2° pyrétique (pseudo-infection puerpérale ; entérite infectieuse fébrile des enfants); B. forme prolongée (entérite cachectisante des enfants; choléra nostras prolongé) ; — 2° dysenterie.

Si la barrière intestinale est forcée, le bacterium coli envahit le péritoine. Dans le cadre de l'infection péritonéale peut se placer le choléra herniaire.

L'ascension du bacterium coli dans les voies biliaires donnera, selon la virulence : 1° une infection biliaire simple, sans lésion ; 2° l'ictère grave ou pseudo-grave; 3° une angiocholite suppurée.

Sur le tube digestif lui-même, il est capable de participer à certaines lésions : bouche, fausses membranes, estomac, intestin, infarctus, abcès de l'anus.

Le micro-organisme, franchissant la muqueuse intestinale, peut aller infecter un organe éloigné : 1° endocarde; 2° corps thyroïde. Enfin, dans certaines manifestations, le bacterium coli peut provenir d'une autre origine que l'intestin : méningites, infection urinaire, lésions pulmonaires, lésions pleurales, articulaires, associations microbiennes. Dans ces diverses manifestations morbides, le bacterium coli a pu, à juste titre, être considéré comme l'agent pathogène, parce qu'il était seul micro-organisme constaté et qu'il était virulent et capable de reproduire, chez l'animal, une maladie semblable à celle d'où il provenait.

En général, la forme clinique et anatomique de ces affections, produites par le bacterium coli, ne semble présenter rien de spécial à la nature de l'agent pathogène.

Éléments d'hygiène (1), rédigés conformément aux programmes officiels (classe de philosophie-enseignement classique; classe de première-enseignement moderne), écoles normales primaires, écoles primaires supérieures, par M. Louis MANGIN, docteur ès sciences, professeur des sciences naturelles au Lycée Louis-le-Grand et à la Maison nationale de la Légion d'honneur.

La diffusion des préceptes de l'hygiène moderne et la connaissance des conditions de propagation des maladies transmissibles, permettent d'espérer que les populations, mieux éclairées, seconderont au lieu d'entraver, comme cela se voit encore trop fréquemment, les efforts entrepris par les pouvoirs publics pour l'assainissement des habitations et des villes.

Pour arriver à ce résultat, l'étude de l'hygiène est introduite dans les divers ordres d'enseignement et les *Éléments d'hygiène* de M. Mangin, écrits avec beaucoup de tact et de mesure, rendront un service véritable à l'instruction de la jeunesse.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

114. M. COUVREUR. De l'adénopathie cervicale tuberculeuse considérée surtout dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire. — 115. M. LOPEZ. Contribution à l'étude de la tétanie dans la di-

(1) In-16. cart. toile. Prix : 3 francs. — Paris, Hachette et Cie.

latation de l'estomac. — 116. M. CHARLES. Du drainage par le procédé de Mikulicz. — 117. M. TOURNANT. Sur un cas de paralysie alterne hystérique simulant le syndrome de Millard-Gubler. — 118. M. LEFÈVRE. Contribution à l'étude clinique des angiomes et de leur traitement. — 119. M. FAURE. Appareil suspenseur du foie. — 120. M. JONNESCO. Le côlon pelvien. — 121. M. PERDRIAT. De l'arthrotomie dans les luxations anciennes ou irréductibles. — 122. M. G. ROUSSEAU. Observations pour servir à l'étude du varicocèle pelvien. — 123. M. G. BERTILLON. De la reconstitution du signalement anthropométrique au moyen des vêtements. — 124. Mme GRINIEWITCH. De l'allaitement maternel considéré surtout au point de vue des galoctogogues. — 125. M. ARCHAMBAUD. Traitement des affections de l'épaule par le massage. — 126. M. LARUE. Traitement des brûlures par le salol camphré. — 127. M. MAUREAU. De l'importation du paludisme à l'île de la Réunion.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Louis Gallet, directeur de l'hôpital Lariboisière, est nommé chef de la division des hôpitaux et hospices à l'Assistance publique, en remplacement de M. Mourlan, décédé.

— Par décret, en date du 17 mai 1892, M. le médecin-inspecteur Dauvé, directeur du service de santé du 6e corps d'armée, est nommé directeur de l'école du Val-de-Grâce, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Weber, admis dans la section de réserve.

— Par décision ministérielle, en date du 17 mai 1892, M. le médecin-inspecteur Dauvé, directeur de l'École du Val-de-Grâce, est nommé membre du comité technique de santé, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Weber, admis dans la section de réserve.

— Par décision ministérielle, en date du 17 mai 1892, M. le médecin-inspecteur Dauvé, directeur du Val-de-Grâce, est désigné pour procéder, en 1892, à l'inspection générale du IIIe arrondissement du service de santé (au lieu du Ve arrondissement), comprenant les 4e et 9e corps d'armée, les écoles d'application de cavalerie et militaire d'infanterie, le prytanée militaire.

— Par décision ministérielle, en date du 17 mai 1892, M. le médecin principal de première classe Boisseau, directeur du service de santé du 6e corps d'armée, a été désigné pour procéder, en 1892, à l'inspection générale du Ve arrondissement du service de santé, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Dauvé.

— Par décision ministérielle, en date du 17 mai 1892, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

MM. les médecins principaux de première classe Boisseau, pour la direction du service de santé du 6e corps d'armée; — Perrin (F.-A.-E.), pour la direction du service de santé du 8e corps d'armée; — Breton (E.), pour la direction du service de santé de la division de Constantine; — Gentit, pour la direction du service de santé du 2e corps d'armée.

MM. les médecins principaux de 2e classe Richon, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Barthélemy, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Besançon (médecin-chef); — Czernicki, pour l'hôpital militaire de Belfort (médecin-chef).

MM. les médecins-majors de première classe Lepage, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Millet, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Reims (médecin-chef); — Billet (P.-C.-L.) pour l'hôpital militaire du Gros-Caillou; — Fournié, pour le régiment de sapeurs-pompiers, à Paris; — Cabanié, pour le 1er zouaves; — Chatain, pour l'hôpital militaire de Saint-Omer (médecin-chef).

MM. les médecins aides-majors de première classe Delarocheaulion, pour l'école de Saumur; — Augry, maintenu au 93e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Moinet, pour le 10e d'artillerie; — Roulet, pour le 92e d'infanterie.

M. le pharmacien-major de deuxième classe Manget, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

M. le pharmacien aide-major de première classe Bodard, pour la pharmacie centrale, à Paris.

— Par décision ministérielle, en date du 18 mai 1892, le nombre des élèves à admettre à l'École de santé militaire de Lyon, à la suite du concours qui s'ouvrira le 21 juillet prochain, est fixé à 60.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Carlet, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Grenoble, membre correspondant national (première division) de l'Académie de médecine.

— *Chemin de fer d'Orléans.* — A l'occasion de la saison thermale de 1892, la Compagnie du chemin de fer d'Orléans organise un double service direct de jour et de nuit, qui fonctionnera du 8 juin au 20 septembre inclus, entre Paris et la gare de Laqueuille, par Vierzon, Montluçon et Eygurande, pour desservir par la voie la plus directe et le trajet le plus rapide les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule.

Ces trains comprennent des voitures de toutes classes et, habituellement, des wagons à lits-toilette, au départ de Paris et de Laqueuille.

La durée totale du trajet, y compris le parcours de terre entre la gare de Laqueuille et les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule, est de 11 heures à l'aller et au retour.

Prix des places, y compris le trajet dans le service de correspondance de Laqueuille au Mont-Dore et à La Bourboule, et *vice versâ.*

1re cl., 53 fr. 90 — 2e cl., 36 fr. 85 — 3e cl., 23 fr. 75.

Aux trains express partant de Paris le matin et de Chamblet-Néris dans l'après-midi, il est affecté une voiture de 1re classe pour les voyageurs de ou pour Néris-les-Bains, qui effectuent ainsi le trajet entre Paris et la gare de Chamblet-Néris, sans transbordement, en 6 heures environ.

On trouve des omnibus de correspondance à tous les trains, à la gare de Chamblet-Néris pour Néris, et *vice versâ.*

— *Chemin de fer d'Orléans.* — Pendant la saison des bains de mer, du 1er mai au 31 octobre, il est délivré à Paris, à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz), des billets aller et retour de toutes classes, réduits de 40 p. 100 en 1re classe, de 35 p. 100 en 2e classe, de 30 p. 100 en 3e classe, pour les stations balnéaires ci-après :

Saint-Nazaire, Pornichet, Escoublac-la-Baule, Le Pouliguen, Batz, Le Croisic, Guérande, Vannes (Port-Navalo, Saint-Gildas-de-Ruiz), Plouharnel-Carnac, Saint-Pierre-Quiberon, Quiberon (Belle-Isle-en-Mer), Lorient (Port-Louis, Larmor), Quimperlé (Pouldu), Concarneau (Beg-Meil, Fouesnant), Quimper (Bénodet), Pont-l'Abbé (Langoz, Loctudy), Douarnenez, Chateaulin (Pentrey, Crozon, Morgat).

La durée de validité de ces billets (33 jours) peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes successives de 10 jours, moyennant le paiement, pour chaque période, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du billet.

Exceptionnellement :

Le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions qui précèdent pour les stations balnéaires de la ligne de Saint-Nazaire inclus au Croisic et à Guérande inclus, a la faculté d'effectuer, sans supplément de prix, soit à l'aller, soit au retour, le trajet entre Nantes et Saint-Nazaire dans les bateaux de la Compagnie de la Basse-Loire.

Le voyageur porteur d'un billet délivré pour les stations au delà de Vannes vers Auray aura la faculté de s'arrêter à celles des stations suivantes qui seront comprises dans le parcours de son billet : Sainte-Anne-d'Auray, Auray, Hennebont, Lorient, Quimperlé, Rosporden et Quimper.

Le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions ci-dessus à destination de Vannes est autorisé à s'arrêter à Questembert à l'aller et à repartir de ce point au retour.

En outre, le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions qui précèdent, pour l'une quelconque des stations balnéaires ci-dessus, aura le droit de s'arrêter, une seule fois, à l'aller ou au retour, pendant quarante-huit heures, soit à Nantes, soit en deçà.

Le train express n° 9, partant de Paris (gare d'Orléans) à 11 h. 20 matin, prend les voyageurs de 2e et 3e classes munis de billets de bains de mer à destination desdites stations.

Le train express n° 29, partant de Paris (gare d'Orléans) à 9 h. 25 soir, prend les voyageurs de 2e et 3e classes porteurs desdits billets de bains de mer.

Délivrance des billets : à la gare du chemin de fer d'Orléans, quai d'Austerlitz; au bureau, 8, rue de Londres, ainsi qu'à tous les autres bureaux succursales de la Compagnie d'Orléans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 61. — MARDI 24 MAI 1892. 65e ANNÉE. MARDI 24 MAI 1892. — N° 61.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

Paris, le 23 mai 1892.

Dans une récente circulaire (1) M. le ministre de l'Instruction publique soumettait, à la délibération des Facultés de médecine, une série de projets de réforme.

Parmi ceux-ci se trouve formulée la création d'un nouveau grade, supérieur à celui de docteur, et que nous pourrions appeler, en attendant l'étiquette sous laquelle il serait officiellement désigné, du nom de docteur ès sciences médicales.

Ce doctorat, absolument facultatif pour la masse des étudiants, deviendrait obligatoire pour ceux qui ambitionneraient un poste quelconque dans l'enseignement médical : chef de clinique, chef de laboratoire, prosecteur, professeur agrégé, etc.

Ce rétablissement de deux classes de médecins, les docteurs en médecine, les docteurs ès sciences médicales, n'est-il pas, sous une forme détournée, la résurrection des anciens officiers de santé, supprimés d'hier? Nous ne voyons pas très bien le but poursuivi par le ministre en cette circonstance. Le chef de clinique, docteur ès sciences médicales, aura-t-il plus de valeur que l'ancien chef de clinique? Ses connaissances médicales seront-elles plus étendues, plus variées; son bagage scientifique sera-t-il plus considérable? Nous ne le pensons guère. Il n'y aura, dans tout ceci, nous le craignons du moins, qu'un galon de plus, et qu'un diplôme nouveau.

Tout est-il donc si parfait dans notre enseignement médical, que les préoccupations ministérielles puissent s'arrêter à de pareilles futilités! Cette classification des médecins en deux catégories est-elle donc si urgente, si nécessaire? Est-ce que le véritable but de notre enseignement médical n'est pas exclusivement de former des praticiens instruits? Pour cela, il faut et il a toujours fallu des maîtres et des élèves. Les élèves qui voudront simplement exercer la médecine et pratiquer, resteront de simples docteurs; ceux qui, une fois docteurs, voudront s'élever encore et devenir maîtres à leur tour, auront devant eux la longue série de nos concours, où chaque titre nouveau sera le témoignage de connaissances nouvelles. Les titres de chef de clinique, de professeur agrégé ont toujours été considérés comme un titre supérieur à celui de docteur.

On nous répondra peut-être que ce titre de docteur ès sciences médicales, que l'on rend obligatoire pour ceux qui aspirent à l'enseignement, sera accessible à tous ceux qui, le désirant, voudraient montrer ainsi leur supériorité sur la masse de leurs confrères.

Mais, que M. le ministre nous permette de lui parler un peu des choses de la médecine qu'il ne connaît peut-être que trop théoriquement, et sous un jour un peu faussé.

Puisque l'on cherche à établir à nouveau deux classes dans le corps médical, admettons qu'actuellement ces deux classes existent et soient constituées, la première, par une sorte d'état-major peu nombreux d'enseigneurs, de ceux que, grands ou petits, on appelle « les maîtres », puis, à côté, la masse énorme des praticiens.

Pour les premiers, nous l'avons démontré, la création du nouveau titre est chose inutile. S'il y avait une réforme à demander, ce serait plutôt de supprimer quelques-uns de ces concours qui encombrent trop la carrière médicale.

Pour les seconds, c'est-à-dire pour les praticiens, pour l'immense majorité des médecins, le titre de docteur ès sciences médicales ne se comprend pas! L'on perd trop de vue, dans les régions ministérielles, que le médecin, qui exerce, est sans doute un homme de science, mais qu'il doit être surtout, et avant tout, un praticien sûr de son diagnostic, habile dans l'art du traitement, n'ignorant aucun de ces mille détails techniques, qui, pour n'avoir rien de scientifique, n'en constituent pas moins une chose indispensable dans la cure des maladies.

Or, c'est justement par où pèche notre enseignement médical actuel; notre enseignement pratique, notre enseignement clinique sont notoirement insuffisants. En inscrivant, en tête des réformes, la réforme de l'enseignement clinique, le Ministre se montrerait soucieux des choses de la médecine, tandis qu'en instituant ce « doctorat ès sciences médicales », il se borne à mettre sur la manche de certains docteurs un galon de plus que sur la manche des autres.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 545.

A la Société médicale des hôpitaux, suite de la discussion sur les rapports du tabes et de la paralysie générale. Aux deux orateurs jusqu'ici engagés dans cette discussion, MM. Raymond et Gilbert Ballet, s'en est ajouté un troisième, M. Joffroy. Il nous est impossible de suivre chacun des orateurs dans le développement des arguments qu'il fait valoir en faveur de son opinion. Nous devons nous contenter d'indiquer sommairement les positions prises par chacun d'eux dans cette très intéressante question de pathologie générale.

Pour M. Raymond, le tabes et la paralysie générale sont tous deux, dans la grande majorité des cas, la conséquence de l'infection syphilitique. On voit assez souvent les phénomènes de paralysie générale succéder aux symptômes ataxiques. Il s'agit, en somme, d'une seule et même maladie, qui peut commencer par la moelle ou le cerveau et frapper successivement ces deux organes. Les lésions anatomiques observées présentent des différences qui tiennent à leur localisation dans des organes eux-mêmes différents.

M. Ballet ne considère pas cette identité comme démontrée et il objecte que les lésions sont péri-tubulaires dans le tabes, péri-vasculaires dans la péri-encéphalite diffuse ; que la succession de la paralysie générale à l'ataxie est un fait relativement rare ; que les paralytiques généraux présentent souvent des phénomènes ataxiques qui ne sont pas du tabes vrai. Enfin il pense qu'on attribue une importance excessive à la syphilis dans la genèse parallèle de ces deux maladies.

M. Joffroy, de son côté, est très affirmatif. Le tabes et la paralysie générale sont deux processus pathologiques différents, qui peuvent coïncider sans se confondre. Le tabes est une maladie systématique du système sensitif central. La paralysie générale, au contraire, n'est nullement systématique, elle peut frapper, avec une intensité plus ou moins grande, les diverses parties de l'appareil nerveux, mais elle épargne précisément le système qu'atteint le tabes. Elle frappe d'emblée l'élément noble, les cellules nerveuses des circonvolutions ; les lésions interstitielles sont secondaires. La cause commune, la grande cause, du tabes et de la paralysie générale, c'est la dégénérescence héréditaire. Les autres facteurs étiologiques, la syphilis en première ligne, ne sont que des causes déterminantes ; elles ne peuvent produire l'ataxie locomotrice ou la paralysie générale que chez des individus héréditairement prédisposés. Cela explique l'incurabilité du tabes et de la péri-encéphalite diffuse, même lorsqu'ils sont d'origine syphilitique.

Cette désolante conclusion est peut-être trop pessimiste et, s'il est vrai que dans les cas avancés le retour en arrière est impossible, il faut se demander, avec M. Fournier, si en agissant plus tôt, en saisissant tout à fait à leur début les premiers indices de l'encéphalopathie ou de la myélopathie, on ne parviendrait pas à enrayer quelquefois le processus dégénératif du système cérébro-spinal.

Du choc a jailli la lumière et de la discussion à laquelle nous avons assisté, nous sommes sorti avec cette idée bien nette... que nous savons fort peu de chose encore sur tout cela. La question, en tout cas, est nettement posée, et c'est beaucoup.

A propos de la communication faite par M. Merklen, à la dernière séance, sur la tachycardie dans la pneumonie grippale, M. H. Huchard déclare qu'il faut, à son sens, dans ces cas, incriminer deux éléments : l'artério-sclérose préalable avec lésion du myocarde et l'action du poison grippal sur le système nerveux régulateur du cœur.

Ces lésions myocardiques sont également, pour lui, le facteur principal de la mort subite chez les pleurétiques. C'est pour cela que cette terminaison brusque ne s'observe pas dans la pleurésie des enfants qui, eux, n'ont pas d'artério-sclérose.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

L'évolution générale de l'herpès.

L'herpès, en raison de sa fréquence extrême, de la multiplicité de ses sièges, des difficultés de son diagnostic, et en particulier de son diagnostic avec le chancre syphilitique, offre une importance pratique très grande. Chacune de ses variétés mériterait une étude spéciale. Mais avant d'entreprendre cette étude, il importe que vous ayez une notion générale bien précise de cette maladie.

La seule définition complète qu'on puisse donner de l'herpès est assez compliquée. L'herpès est, en effet, une dermatose aiguë, cyclique, circonscrite, bénigne, caractérisée objectivement par une éruption vésiculeuse, éruption se desséchant rapidement en croûtes ou déterminant des érosions superficielles de courte durée. L'étude des symptômes et de l'évolution vous fera mieux comprendre l'importance de chacun des termes de cette définition.

Comme siège, l'herpès peut occuper tous les points de la peau, mais il frappe particulièrement les muqueuses. La muqueuse de la bouche et la muqueuse des organes génitaux constituent un de ses terrains de prédilection.

Son cycle morbide est parfaitement net et défini. Sur la peau, l'herpès débute par un stade de congestion caractérisé par la formation d'une plaque rouge érythémateuse, ayant les dimensions d'une pièce de 20 centimes ou de 1 franc. Le second stade, stade de vésiculation, commence déjà douze ou quinze heures après le début. Il est caractérisé par la formation de vésicules circonscrites, hémisphériques, grisâtres ou opalines, ayant le volume d'une petite tête d'épingle. Chaque plaque érythémateuse est recouverte de cinq à six de ces vésicules, juxtaposées en bouquet. Ces vésicules persistent pendant deux, trois, quatre jours. Puis apparaît la période d'encroûtement, caractérisée par la formation de petites croûtelles, distantes, isolées ou fusionnées, coalescentes. Ces croûtelles persistent une huitaine de jours. Elles laissent, en se détachant, des macules. La durée de l'affection, abstraction faite de la maculation terminale, varie donc de neuf à quinze jours. La succession des diverses périodes est toujours la même. Cette marche cyclique constitue une différence énorme avec l'évolution si capricieuse d'autres dermatoses : eczéma, lupus, psoriasis.

Sur les muqueuses, la marche est analogue, mais les vésicules sont plus fugaces, plus éphémères. Les croûtes ne peuvent se former sur ce substratum, toujours humide. La vésicule, en s'affaissant, forme une simple coque pseudo-membraneuse. Souvent même, cette coque se déchire, laissant une érosion. D'autres fois, au contraire, sur les amygdales, la vulve, le dépôt pseudo-membraneux est assez abondant pour simuler une angine, une vulvite diphthéritique. La couenne blanchâtre est aussi assez épaisse dans l'herpès du col utérin.

Cette couenne, même épaisse, se déchire et s'enlève facilement, laissant une ulcération. Cette ulcération, cette érosion, quelle qu'ait été l'épaisseur de la couenne, quelle que soit sa profondeur, offre un caractère majeur qui vous permettra toujours de la distinguer du chancre syphilitique. Son contour arrondi est à la fois polycyclique et microcyclique. C'est qu'en effet l'ulcération a toujours été formée par la rupture de plusieurs vésicules. Ce sont ces érosions isolées qui se sont fusionnées pour donner l'ulcération principale. Il suffit que, sur un seul point, on voie le feston polycyclique, pour que le diagnostic se trouve établi.

Comme signes fonctionnels, l'herpès détermine un malaise local, un sentiment de tension, d'élancement, d'ardeur, un « feu », comme disent les malades, assez pénible. Mais il ne donne pas de symptômes généraux, pas de fièvre. S'il survient souvent au cours d'accidents fébriles, l'herpès est apyrétique. Il est le témoin, mais non l'auteur de la fièvre.

Ses causes sont multiples et intéressantes. Au point de vue de la pathogénie, trois points doivent être retenus et ont une grande importance pratique.

L'herpès est une maladie personnelle vivant de son propre fonds. Ce n'est pas une maladie d'emprunt, de contagion. C'est surtout en présence des herpès génitaux, des soupçons, des reproches auxquels ces herpès servent de prétexte et d'occasion, que vous devrez vous souvenir de cette loi. Des confrontations multiples répétées ont permis d'établir que l'herpès génital ne résultait pas d'une contagion. Un de mes malades, fort hypochondriaque, eut, en neuf mois, sept poussées d'herpès génital ; il tint, chaque fois, à me faire examiner successivement la femme qu'il accusait de l'avoir contagionnée. Ces sept femmes étaient parfaitement indemnes. L'herpès génital survient d'ailleurs en dehors de tout commerce sexuel. Un de mes malades qui, par crainte des récidives incessantes de son herpès génital, garda, pendant dix-huit mois, la continence la plus absolue, eut, pendant ce temps, quinze poussées herpétiques. Trois fois seulement, dans toute ma carrière, j'ai pu croire que j'avais rencontré des faits de contagion d'herpès. Mais la transmission apparente était sans doute plutôt le résultat d'une irritation banale par le liquide des vésicules, que de la transmission d'un agent pathogène spécifique.

Réciproquement, toutes les tentatives d'inoculation de l'herpès ont, jusqu'ici, échoué. Quelques rares observations de M. Vidal font seules exception à cette règle. Mais, en même temps que l'inoculation, une prédisposition spécialement favorable du milieu de culture reste indispensable.

Le dernier point important de la pathogénie est le suivant : les herpès se divisent en deux groupes bien distincts. Tantôt, ils sont une manifestation constitutionnelle. Tels ces herpès à récidives incessantes, désespérantes, dont je vous citais des exemples. Tantôt, au contraire, ils ne constituent qu'un accident éventuel survenant à l'occasion d'une cause occasionnelle. Cette cause peut être locale. Les traumatismes accidentels ou chirurgicaux s'accompagnent parfois d'herpès. La blennorrhagie, les chancres s'en compliquent très fréquemment. Après les tentatives de viol, les attentats à la pudeur chez l'enfant, l'herpès n'est pas rare et vous concevez, en pareil cas, l'importance du diagnostic. Les herpès menstruels, les « boutons de règles », comme les appellent les femmes, sont enfin très fréquents. Ils sont assez souvent confondus avec des plaques muqueuses. Parfois, ces herpès menstruels se produisent non aux parties génitales, mais à distance. Depuis trois ans, une de mes malades est, à chacune de ses périodes menstruelles, atteinte invariablement d'une angine herpétique. Laussedat a vu, pendant cinq années de suite, survenir, à chaque menstruation, chez une de ses malades, un herpès périodique de la région sacro-lombaire. M. Verneuil, enfin, chez une malade suivie pendant plus de deux ans, a vu l'herpès périodique de la menstruation survenir avec une régularité parfaite au cou.

Les causes générales sont également multiples et bien importantes. L'herpès peut survenir dans presque tous les états fébriles. Sans entrer dans la longue nomenclature des diverses affections qui peuvent l'entraîner, je tiens à vous signaler deux points spéciaux. La pneumonie, vous le savez, s'accompagne très souvent d'herpès des lèvres. Cet herpès est indirectement et relativement de bon augure, car il indique une pneumonie franche non maligne. Au contraire, dans la fièvre typhoïde, cette pyrexie si grave de nos contrées, l'herpès est rare, tellement rare qu'on peut formuler comme loi diagnostique que tout malaise fébrile qui s'accompagne d'herpès, dès le début, n'est pas une fièvre typhoïde. L'étiologie de l'herpès offre donc, vous le voyez, des particularités non moins intéressantes, pour le praticien, que ses symptômes, son diagnostic et son évolution.

CLINIQUE STOMATOLOGIQUE. — M. le Dr Magitot.

De la difformité faciale connue vulgairement sous le nom de « menton de galoche » et sa guérison par les moyens orthopédiques.

Désigner une difformité de la face sous le nom de « menton de galoche » ce n'est point, assurément, employer un terme scientifique, et il convient tout d'abord de s'expliquer sur ce point.

Tout le monde connaît cette anomalie qui apparaît parfois dès la naissance, mais le plus ordinairement vers la septième ou huitième année, à l'époque de la seconde dentition. Elle consiste à première vue dans une altération du profil, qui est due à ce que la lèvre supérieure, au lieu de se trouver dans le plan de la lèvre inférieure ou de la dépasser un peu en avant, comme c'est l'état normal, est projetée au contraire en arrière, rentrant pour ainsi dire dans la cavité buccale, tandis que l'inférieure fait saillie en avant et dépasse parfois la première de toute son épaisseur.

En même temps la partie maxillaire inférieure ou mandibulaire de la face a éprouvé, d'une façon correspondante et équivalente, une projection en avant, de sorte que, si les dents n'existaient pas, la physionomie prendrait celle des vieillards chez lesquels la saillie antérieure du menton correspond souvent au niveau de la pointe du nez.

Cette disposition rappelle donc, si l'on veut, l'état sénile des parties, et elle constitue, en tous cas, une altération de la face des plus vicieuses et des plus désagréables, surtout chez les femmes.

En quoi consiste, au fond, cette difformité ? Quelle est sa pathogénie ?

Si l'on examine, chez les sujets atteints de menton de galoche, l'état de la bouche et les rapports des mâchoires, on reconnaît immédiatement que les modifications des parties extérieures de la face et du profil ne sont que le reflet et la

conséquence des perturbations survenues simultanément dans les maxillaires et dans l'appareil dentaire.

Le maxillaire supérieur, au lieu de dépasser en avant la courbe de l'inférieur, comme dans l'état normal, est rejeté en arrière, entraînant avec lui les dents de la région antérieure. D'autre part, le maxillaire inférieur *semble* projeté en avant, de sorte que, dans l'occlusion de la bouche, ce dernier, ainsi que les dents antéro-inférieures, cachent absolument l'arcade supérieure qui disparaît dans la cavité buccale, tandis que les incisives inférieures viennent rencontrer la lèvre supérieure.

Nous venons de dire que le maxillaire inférieur *semble* projeté en avant; c'est qu'en effet, il n'y a ici qu'une apparence bien capable d'induire en erreur, au premier abord, sur le mécanisme réel de la difformité.

Celle-ci porte bien effectivement sur la mâchoire supérieure et non sur l'autre. C'est elle qui est restée en arrière, en *rétroversion* sur l'inférieure (1), l'étude de sa forme le prouve, car il y a réduction du diamètre antéro-postérieur, aplatissement de la région incisive, quelquefois surélévation de la voûte palatine. L'avancement de la mâchoire inférieure n'est donc qu'apparent; ce n'est pas elle qui est en *antéversion* sur la supérieure, constituant une sorte de *demi-prognatisme* inférieur, ainsi qu'on pourrait le croire à un premier examen. De sorte que si l'on cherchait un terme scientifiquement exact à une telle anomalie, il faudrait la nommer *opisthognathisme accidentel de la mâchoire supérieure*. Ce serait la seule désignation rationnelle, et c'est pour avoir hésité à la formuler, que nous consentons à reproduire l'expression vulgaire de *menton de galoche*.

En ce qui concerne le mécanisme de production de cette anomalie, la question est fort importante, car c'est d'elle que découle le traitement rationnel.

Il faut en chercher l'explication dans une disposition vicieuse préalable du maxillaire supérieur et plus exactement de l'*os incisif*.

On sait que l'os incisif, qui a donné lieu dans ces dernières années à de nombreuses recherches, et qui, d'après les travaux les plus récents d'Albrecht, se compose de quatre pièces, doit être regardé comme le facteur essentiel de toutes les anomalies qui portent sur la partie antérieure du maxillaire supérieur : bec-de-lièvre avec toutes ses variétés, unilatéral ou bilatéral, projection à droite ou à gauche d'un tubercule portant, tantôt les incisives centrales, tantôt les quatre incisives simultanément, suivant que la fissure passe entre les deux inter-maxillaires ou entre l'intermaxillaire externe et le maxillaire; bec-de-lièvre double avec saillie du tubercule incisif, etc., etc.

C'est encore à lui qu'il faut attribuer la difformité qui nous occupe; seulement, tandis que les diverses variétés du bec-de-lièvre résultent d'une absence de soudure des pièces de l'intermaxillaire et du maxillaire, la *rétroversion* de la portion alvéolaire supérieure paraît due à une soudure précoce, qui aurait eu pour résultat d'immobiliser prématurément les mêmes pièces de l'intermaxillaire et de s'opposer à leur entraînement en avant, lors du développement des bords alvéolaires.

Nous ne présentons d'ailleurs cette explication qu'à titre d'hypothèse. Quoi qu'il en soit, elle en donne la raison assez exacte, en même temps qu'elle explique la rétroversion simultanée des dents de la région incisive, ainsi que la réduction du diamètre antéro-postérieur de la voûte palatine.

Les dents de cette région incisive sont d'ailleurs les seules déviées, tandis que les dents latérales sont à leur place normale, circonstance qui s'ajoute encore aux raisons données plus haut sur le rôle exclusif de l'os incisif dans la production de cette anomalie.

Sans nous étendre plus longuement sur les considérations qui précèdent touchant l'étiologie et le mécanisme du menton de galoche, il est évident que le problème de la réduction d'une telle difformité doit prendre pour objectif de provoquer l'avancement ou la projection en avant de la région alvéolaire supérieure restée en arrière.

Or, les seuls moyens auxquels il soit permis de songer sont ceux qui s'adressent aux dents occupant la région correspondante, et qui offrent à la fois un point d'application résistant et un bras de levier assez long pour utiliser une force motrice. C'est d'ailleurs, par l'intermédiaire des dents qu'on devra toujours tenter la guérison de toute difformité des mâchoires, surtout lorsque celle-ci, comme dans le cas actuel, s'accompagne d'une anomalie de l'arcade dentaire elle-même. Le problème se réduit ainsi à la réduction de l'anomalie dentaire dont la guérison entraîne avec elle celle du maxillaire et le rétablissement du profil de la face.

Présenté sous ces termes, le traitement orthopédique offre de sérieuses ressources. Il a depuis fort longtemps préoccupé les praticiens et suscité un certain nombre de travaux et surtout d'inventions d'appareils. Tantôt ceux-ci, placés hors de la bouche, exerçaient des tractions sur les dents de la région déviée, tantôt un autre, fixé dans l'intérieur de la cavité buccale, effectuait des pressions dans le sens postéro-antérieur; mais il en est un, plus ancien que tous ceux dont nous venons de parler, plus simple surtout et plus inoffensif; c'est le *plan incliné*.

Inventé au commencement de ce siècle par le docteur Catelan (1), il reste jusqu'à ce jour le procédé par excellence et sans rival pour la guérison de la difformité en question. Catelan, qui l'a appliqué pour la première fois en 1809, chez un enfant qui guérit en douze jours, l'employa ensuite chez des sujets bien plus âgés, un jeune homme de vingt-deux ans, par exemple, affecté de la même difformité, et qui guérit en un mois.

Ajoutons, toutefois, que la plupart des auteurs qui, depuis cette époque, ont écrit, en France ou à l'étranger, sur les déviations dentaires ou maxillaires, semblent avoir ignoré l'appareil de Catelan et jusqu'au nom même de l'inventeur.

Des guérisons aussi rapides et aussi complètes, obtenues par un appareil d'une telle simplicité, seraient bien faites pour inspirer quelque étonnement, et même quelques doutes sur leur véracité, si des observations concordantes et des résultats identiques ne s'étaient rencontrés depuis lors, maintes fois, dans la pratique de l'orthopédie appliquée au redressement des déviations dentaires.

Le *plan incliné* représente donc le traitement par excellence, le traitement classique du menton de galoche.

En quoi consiste cet appareil?

(1) C'est d'ailleurs sous ce terme de *rétroversion* que cette anomalie a été déjà décrite par nous. (Voir *Traité des anomalies du système dentaire chez l'homme et les mammifères*, Paris 1877, p. 154.)

(1) CATELAN. *Observations sur l'application d'un appareil propre à corriger le chevauchement de la mâchoire inférieure en avant de la supérieure, ou menton de galoche*, Paris 1820.

Il est extrêmement simple et comprend deux parties essentielles :

1° Un capuchon recouvrant les dents de la région antéro-inférieure et composé autrefois de métal, or ou platine, aujourd'hui de caoutchouc vulcanisé; 2° un plan droit ou arrondi en dos d'âne, fixé au bord libre du capuchon précédent et incliné d'arrière en avant et de haut en bas, de telle sorte que, dans l'occlusion de la bouche, les dents supérieures déviées tombent sur la surface inclinée et sont forcément projetées en avant, entraînant dans le même mouvement le bord alvéolaire.

L'appareil, essentiellement mobile, est rendu aseptique par des lavages fréquents; il est porté nuit et jour et retiré seulement au moment des repas; il est parfaitement toléré par les sujets de tout âge, enfants ou adultes; il est sans aucune action nocive sur les dents ou les diverses parties de la bouche, et d'une puissance d'action mesurée par l'effort musculaire des élévateurs.

Quant à la durée du traitement, elle est proportionnelle à l'effet produit, et en raison inverse de l'âge du sujet, de telle sorte que, chez un enfant de neuf à douze ans, la guérison peut s'obtenir en quelques jours, tandis que, chez un adolescent, le même résultat sera acheté par plusieurs semaines de traitement et deviendra ensuite difficile ou même irréalisable dans l'âge adulte.

C'est un fait de guérison en quelques jours, qui nous a donné l'idée de publier ces remarques sur l'excellence d'un traitement trop méconnu ou trop oublié.

Voici ce fait :

Un cas de rétroversion des dents supérieures avec menton de galoche, guéri en onze jours par le plan incliné.

(Observation recueillie par M. le docteur Jarre.)

Mlle P..., âgée de neuf ans et demi, présente l'altération de profil, vulgairement désignée sous le nom de menton de galoche : La lèvre supérieure est aplatie et dirigée en arrière; l'inférieure est, au contraire, saillante en avant de la supérieure qu'elle recouvre; le menton est fortement porté en avant. Le reste du visage est normal. (Voir fig. 1, A.)



Fig. 1. — A, Profil de l'enfant avant le traitement; B, Même profil après le traitement. (Tracé au craniographe de Broca et réduit au tiers.)

Cette disposition est héréditaire; car la mère de l'enfant, âgée de quarante ans, offre la même anomalie, c'est-à-dire l'aplatissement de la lèvre supérieure avec saillie de la lèvre inférieure et projection du menton en avant. Aucun traitement de cette difformité n'a d'ailleurs été entrepris chez elle.

A l'examen de la bouche de la jeune P..., on constate que le croisement des deux mâchoires se fait d'une manière tout à fait inverse de l'état normal : l'inférieure, de même que le menton, fait en avant une saillie considérable; la supérieure est rentrée, ainsi que la lèvre correspondante, et les dents antéro-supérieures sont, dans l'occlusion de la bouche, tout à fait derrière les inférieures et cachées par elles. Il s'agit donc bien ici de cette difformité qui porte le nom de *rétroversion des dents supérieures* sur les inférieures, et qui se traduit extérieurement, chez l'enfant, par le menton de galoche. (Voir fig. 2.)

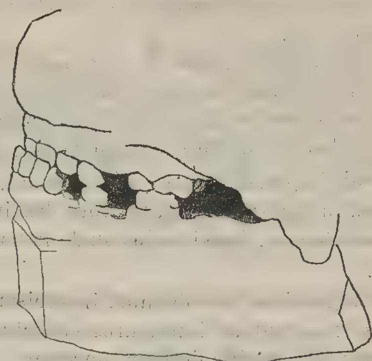


Fig. 2. — Rapport réciproque des arcades dentaires avant le traitement. (Moulage de plâtre.)

Toutefois, cette rétroversion ne porte que sur les dents antérieures; car, sur les côtés, les mâchoires et les dents ont conservé leurs caractères normaux.

Il résulte de là que le diamètre antéro-postérieur de la voûte palatine se trouve considérablement réduit, tandis que le diamètre transversal reste, au contraire, normal.

L'arcade dentaire inférieure est normale.

Si nous examinons maintenant l'état de la dentition chez l'enfant qui nous est amenée, nous trouvons que les dents permanentes sont : 1° à la mâchoire supérieure : En avant, les deux incisives centrales et l'incisive latérale gauche; en arrière, les premières grosses molaires; 2° à la mâchoire inférieure : En avant, les quatre incisives; en arrière, les deux grosses molaires. Les autres pièces dentaires appartiennent à la première dentition et sont en place.

C'est d'ailleurs l'état de la dentition chez les enfants de cet âge; la formule dentaire est donc normale.

En ce qui concerne les rapports des deux mâchoires, on reconnaît qu'il est absolument impossible à l'enfant, quels que soient les efforts qu'elle fasse, de ramener en arrière la mâchoire inférieure et d'arriver même à mettre en contact les extrémités coronaires des incisives correspondantes des deux arcades dentaires.

Le traitement employé pour la guérison de la difformité que nous venons de décrire, a consisté dans l'application de l'appareil orthopédique, connu depuis près d'un siècle dans la pratique française, sous le nom de *plan incliné*.

Celui dont nous nous sommes servi était formé d'une gouttière mince en caoutchouc durci, très exactement moulé sur les dents de la mâchoire inférieure et surmonté en avant de deux plans disposés en dos d'âne et inclinés en haut et en arrière de façon à refouler en avant, dans les mouvements d'occlusion de la bouche, les deux incisives centrales supérieures.

Nous n'avons pas cru devoir faire porter les incisives latérales sur l'appareil, pensant que la réduction des centrales entraînerait avec elle celle des latérales, ce qui eut lieu ainsi qu'on le verra.

L'application de l'appareil a lieu le 17 décembre 1891. Il est recommandé aux parents de veiller à ce qu'il soit bien exactement porté nuit et jour, et qu'en outre, une mentonnière avec bords latéraux de tissu caoutchouté maintienne pendant la nuit les dents exactement appliquées sur le plan.

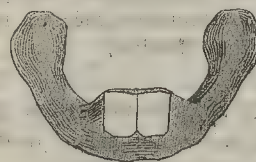


Fig. 3. — Le *plan incliné* de Catelan appliqué au traitement de la difformité.

Le 21, cet appareil a été remplacé par un autre de même substance et de même forme, mais dont les plans inclinés sont recouverts chacun d'une plaque en or, de façon à offrir plus de résistance à la pression des dents et à rendre leur glissement plus facile. (Voir fig. 3.)

Le 22, nous revoyons la jeune P... et nous constatons que l'avancement des dents supérieures est déjà notable. Il est même assez prononcé pour que les dents des deux mâchoires puissent se rencontrer par leur bord libre, rencontre qui, ainsi qu'on l'a vu plus haut, était impossible avant le traitement.

Le 24, nouveau progrès; l'extrémité libre des incisives supérieures passe, maintenant, dans l'occlusion de la bouche, en avant des inférieures.

Enfin, le 28, la guérison est obtenue. Le croisement des incisives supérieures en avant des inférieures s'effectue sur une hauteur égale environ à la moitié de leur couronne.

Aussi, à partir de ce jour, l'appareil n'est plus porté que la nuit.

Le 3 janvier 1892, nous revoyons une dernière fois la jeune P... et nous constatons que la guérison est définitive. La reproduction de la difformité est, en effet, impossible, les dents inférieures s'opposant maintenant au retour en arrière des dents supérieures, comme elles s'opposaient avant le traitement à leur passage en avant (fig. 4.).

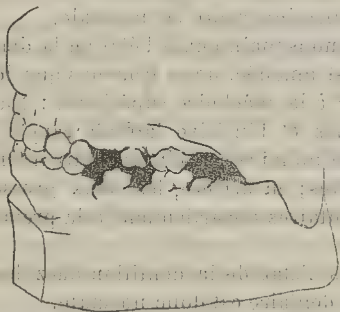


Fig. 4. — Résultat du traitement au bout de onze jours. (Moulage de plâtre.)

D'autre part, le profil normal est rétabli; la lèvre supérieure se trouve maintenue par les dents redressées, et le menton de galoche a disparu. (Voir fig. 1, B.)

Ajoutons que les canines de lait, dont nous ne nous sommes pas occupé dans notre traitement, sont restées à leurs places respectives.

Cette observation nous montre, une fois de plus, avec quelle rapidité on peut, chez un sujet jeune, guérir, au moyen d'un appareil aussi simple que le *plan incliné*, une anomalie aussi considérable que la rétroversion des dents supérieures sur les inférieures.

La jeune P... a été guérie en l'espace de onze jours; car l'appareil, placé le 17 décembre, a été retiré le 28 du même mois.

Ce résultat est d'ailleurs celui que Catelan obtint, ainsi que nous l'avons dit plus haut, dès 1809, chez un enfant de onze ans, atteint de rétroversion des dents supérieures et de menton de galoche.

Notre observation n'a donc d'autre but que d'ajouter un fait de plus à ceux déjà nombreux de guérison rapide du menton de galoche, par l'appareil de Catelan.

Conclusions. — Si des considérations qui précèdent nous avions à tirer quelques conclusions pratiques, nous les formulerions de la manière suivante :

1° La difformité faciale, connue sous le nom vulgaire de *menton de galoche*, est susceptible d'une guérison complète par les moyens orthopédiques;

2° L'appareil qui convient particulièrement dans ce cas est le *plan incliné ;*

3° Son application ne rencontre aucun inconvénient et ne produit aucun accident;

4° La durée du traitement est proportionnelle à la jeunesse des sujets et à l'énergie musculaire employée;

5° La limite d'application de l'appareil, sans être établie d'une manière fixe, semble répondre à l'âge adulte.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

128. M. du Bouays de Couesboue. Sclérose et atrophie de la muqueuse gastrique. — 129. M. Coriton. Traitement des fractures transversales de la rotule par la suture métallique et l'ouverture large de l'articulation du genou. — 130. Mme Boyer. De la conduite à tenir dans les cas de procidence du cordon ombilical. — 131. Mlle Rosenthal. Quelques considérations sur la phlegmatia alba dolens puerpérale et son traitement. — 132. M. Aldibert. De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, plus spécialement chez l'enfant. — 133. M. Heins. Traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse. — 134. M. Alary. Contribution à l'étude des abcès de la glande vulvo-vaginale. — 135. M. Vibert. Des injections intra-musculaires de mercure dans la thérapeutique oculaire. — 136. M. Sauvineau. Pathogénie et diagnostic des ophthalmoplégies. — 137. M. Carrière. Ce qu'il faut entendre par résorption progressive des arcades alvéolaires et de la voûte palatine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour deux places de chirurgien du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Guinard et Hartmann.

Cordiales félicitations à nos deux confrères, dont les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* ont apprécié — en leur temps — les intéressantes « Revues générales ».

— Par décret, en date du 19 mai 1892, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Martin de Saint-Semmera, médecin-major de deuxième classe, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de première classe. —M. Manoel, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs de Saint-Cyr de Monlaur, Martinenq, Huguet, Flamand, Texier, Bidault, Cassidanius, Lacaze-Duthiers, Champeil, Dubarry, Huc, Espanet, Dubois, Fourré, Ribetou, Lancry, Graverry, Rolland, Fourrier, Vaucaire, Longueville, Rossignol, Aysaguer, Rubbino, Brionne, Lambilliotte, Teste d'Armand, Batuaud, Laskine, Baur, Stoeber, Legrand, Dumas, Méhier, Bouel, Favelier, Delahaye, Boucher, Giraud, Mariage, Dejardin, Crozes, Fleury, Cayet, Moulonguet, Vacher, Deroche, Robert, Kuhn, Battini, Bordas, Glanchard, Aubel, Hamon, Aubert, Souques, Morel, Lemière, Duval, Fischer, Bonnard, Barraud, Grenet, Barbier, Macon, Abet, Vaquez, Philippeau, Péret, Hermann, Barthélemy, Vital, de Lauradour, Taccoen, Lainé, Potel, Jourda, Wickham, Vignerot, Proby, Rouffinet, Banvillet, Marquezy, Lecomte, Vimont, Courtois-Suffit, Mourruau, Bonnier, Brossard, Sollier, Morin, Dauvergne, Guy, Rossigneux, Caussade, Boulay, Roule, Janet, Dutil, Vibert, Bourgogne, Florant, Picot, Fréal et Arbel.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la tuberculose chez les enfants, par M. le docteur E.-C. Aviragnet, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

Des cystites non tuberculeuses chez la femme, par M. le docteur Th. Reblaub, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-8° — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

Amygdalites aiguës (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par M. le docteur A. Sallard, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-16. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Une visite aux principales cliniques infantiles d'Europe (Paris, Berlin, Vienne, Prague, Gratz, Buda-Pesth, Zurich, Berne). Impressions de voyage, par M. le docteur A. Voute (d'Amsterdam). In-18. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Coccoz, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Les cliniques et les grands hopitaux de Berlin, par M. Jaylé, interne des hôpitaux. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 27 mai 1892.

LES CLINIQUES

ET LES GRANDS HOPITAUX DE BERLIN

Par M. Jayle, interne des hôpitaux.

Depuis quelques mois il n'est question, dans le monde médical, que de la réorganisation de l'enseignement et des perfectionnements nécessaires à réaliser dans l'installation des hôpitaux. Le mal immense qu'on nous signale n'est pas tellement grand qu'il faille démolir tout notre système, pour installer celui d'à côté. Avec quelques petites réformes, toutes d'ordre secondaire, nous approcherions de la perfection et nous aurions le mérite, plus grand qu'on ne pense, de ne pas copier nos « chers » voisins. A force de nous voir en extase devant leurs hôpitaux et leurs Universités, les Allemands se sont persuadés qu'ils avaient atteint l'idéal. Ainsi s'explique ce mot d'un assistant à un jeune docteur : « Allez, allez à Paris, vous y apprendrez ce qu'il ne faut pas faire. C'est très instructif. » Je pourrai retourner la boutade à mon confrère berlinois, mais, en parlant ainsi, je risquerais de n'être point écouté de mes compatriotes. Les Français, en général, n'ont pas l'esprit assez bien fait pour comprendre toute l'utilité d'un séjour sur les bords peu enchanteurs de la Sprée, s'il devait avoir pour but d' « apprendre ce qu'il ne faut pas faire ». Je serai donc sobre de critiques pour consacrer plus de temps à décrire par le menu ce qui m'a paru mériter l'attention à Berlin. Si je puis donner des détails, je le dois à la courtoisie du corps médical allemand, et puisque l'occasion s'en présente, je remercie MM. les chefs de service et les assistants de l'amabilité avec laquelle ils m'ont reçu et de la complaisance qu'ils ont mise à m'expliquer le fonctionnement de leurs cliniques et de leurs hôpitaux.

I

L'enseignement clinique est donné dans les cliniques officielles et privées. A la tête des premières sont les professeurs; à la tête des secondes les privat-docenten. Les premiers voient s'inscrire chez eux les étudiants par centaines, et ce succès est dû, sans doute, en partie à leur valeur scientifique, mais aussi à ce simple fait qu'ils font passer les examens. Chez les seconds on ne trouve qu'un petit nombre d'élèves.

L'enseignement clinique médical proprement dit est surtout donné à l'hôpital de la Charité : là se trouvent trois cliniques médicales, sous la direction des professeurs Leyden, Gerhardt et Senator; une clinique pour maladies syphilitiques, confiée au professeur Lewin; une clinique pour les maladies de la peau, dirigée par le professeur Schweninger; la clinique du professeur Henoch, pour les maladies des enfants, et enfin la clinique pour les maladies du système nerveux. Cet enseignement médical est encore donné dans les policliniques, dont la plus importante est la policlinique Royale. Enfin, dans les grands hôpitaux se font, soit pendant les semestres, soit seulement pendant les vacances, des cours de diagnostic médical, d'auscultation ou de percussion, etc. Tel est ce qui correspond à peu près à notre enseignement clinique officiel. Partout on retrouve, à quelques détails près, le même mode d'enseignement.

Comme type, je prendrai la clinique du professeur Henoch et la policlinique du professeur Mendel, sur les affections du système nerveux.

1° Clinique du professeur Henoch. — Elle a lieu les lundis, mardis, jeudis et vendredis de midi à une heure. Le samedi et le mercredi, le professeur Henoch dirige la policlinique. Le prix est de 40 marks (50 francs) par semestre, et ce prix est celui de presque toutes les cliniques de professeur. C'est dans une grande salle rectangulaire qu'enseigne le professeur Henoch. Au milieu un lit et, de chaque côté, des chaises et des bancs numérotés : chaque étudiant a ainsi sa place marquée. On apporte un malade sur le lit et un étudiant est appelé par le professeur pour l'examiner. L'élève donne son diagnostic, le professeur le confirme ou le rectifie et entre dans quelques développements sur le cas. Un deuxième malade est amené, un deuxième étudiant appelé, et ainsi de suite. A chaque clinique sont examinés seulement deux ou trois malades en moyenne, et, par suite, il n'y a, chaque jour, que deux ou trois élèves qui aient la bonne fortune de voir de près le malade. Le nombre des inscrits étant considérable, le tour ne revient pas souvent, bien que tous ne répondent pas à l'appel.

2° Policlinique du professeur Mendel. — Elle a lieu à la policlinique royale, les lundis, mercredis, jeudis et samedis, de cinq à six heures, dans un grand amphithéâtre ressemblant assez à ceux de notre Hôtel-Dieu. De plus, de six à sept heures, existent, le mercredi, un cours de responsabilité mentale, et le samedi, à la même heure, un cours d'anatomie pathologique du système nerveux. A chaque séance, quelques malades sont présentés et le professeur fait ensuite une clinique sur le genre d'affection dont ils sont atteints. Ajoutons qu'à la fin de chaque policlinique, trois ou quatre étudiants sont appelés par le professeur : ils devront se rendre vers trois heures et demie à la policlinique suivante, pour étudier spécialement un ou plusieurs malades et en prendre l'observation. Quand le malade est montré aux élèves, l'étudiant lit l'observation.

Telle est l'organisation de l'enseignement clinique. C'est à ces cours que se font les médecins allemands : jamais ils ne voient le malade de près, jamais ils ne le suivent. Sans doute, on me dira qu'un élève peut demander l'entrée des salles au professeur

pour étudier un malade qui l'intéresse, suivre même la visite du chef, mais, en réalité, l'étudiant se contente de la clinique. La visite au lit du malade ne présente, au reste, qu'un médiocre intérêt, tant elle est rapide, et quant à aller dans les salles pour étudier un cas, l'étudiant s'en soucie d'autant moins qu'il n'est pas dirigé. Il n'y a que les assistants et les famulus qui puissent vraiment faire de la clinique, mais le nombre en est restreint, tandis que les élèves inscrits à chaque cours se chiffrent par 100, 200 et plus.

A côté de ces critiques, il faut faire ressortir le grand avantage qui résulte de la différence des heures auxquelles se font les cliniques : c'est ainsi que les trois cliniques médicales proprement dites de la Charité, se font aux heures suivantes : la première, de huit heures à neuf heures et demie ; la deuxième, de onze à douze heures et la troisième de une heure à deux. Si l'on remarque que la clinique infantile se fait de douze heures à une heure, et celle des maladies de la peau de dix à onze heures, on voit qu'il est facile à l'étudiant d'organiser ses matinées sans perdre de temps. L'après-midi peut être répartie d'une façon tout aussi avantageuse. De plus, bien que ces cliniques soient payantes en principe, les professeurs ouvrent largement les portes à tous ceux qui veulent y entrer, et pour suivre tous ces cours, il n'est point nécessaire d'être inscrit à chacun d'eux.

Parallèlement à cet enseignement donné par les professeurs, existent les cliniques et les policliniques des privat-docenten. Quelques assistants sont privat-docenten et donnent des cours à l'hôpital. C'est à ces cliniques seulement que l'étudiant se met en contact avec le malade, car nous avons déjà vu que le nombre des élèves inscrits est restreint. Presque toujours il s'agit de cours de diagnostic médical ou de cours d'auscultation et de percussion. Le nombre en est considérable. Ils se font ordinairement trois fois par semaine. Ainsi, par exemple, le professeur Litten commence à midi, pour le finir vers trois heures, un cours de diagnostic médical les lundis, mercredis et samedis, et un cours d'auscultation et de percussion les mardis, jeudis et vendredis. Le prix est de 20 marks (25 francs) par semestre pour chacun d'eux. Le local est des plus simples, voire même un peu mesquin. Une dizaine d'étudiants au plus à chaque policlinique. Le professeur présente un malade, l'examine complètement, minutieusement, et les élèves l'auscultent et le percutent à leur tour.

A propos d'auscultation et de percussion, il faut remarquer qu'on se sert toujours de plessimètre et de sthétoscope.

A chaque séance, cinq ou six malades sont ainsi complètement examinés. Ces cours sont donc des plus profitables et méritent d'être introduits chez nous. Le jeune étudiant est trop désorienté dans les services de Paris et parfois il lui est fort difficile d'apprendre ces premières notions, sans lesquelles il ne saurait profiter des avantages que lui procure l'ouverture large et complète de tous les hôpitaux.

L'enseignement anatomo-pathologique étant le complément forcé de la clinique, il peut être utile de dire comment il est donné à l'hôpital de la Charité. C'est dans l'Institut pathologique que le professeur Virchow fait son cours démonstratif d'anatomie et d'histologie pathologique, les lundis, mercredis et samedis. Le prix est de 40 marks (50 francs) par semestre. Les mardis, jeudis et vendredis un cours d'histologie pathologique est fait par un assistant (privatissime) ; 40 marks par semestre. Ce dernier n'est pas parfait, paraît-il. Il n'en est pas de même de celui du professeur Virchow. C'est dans une grande salle, éclairée par sept fenêtres, que se fait ce cours. Au milieu de la salle est une longue table repliée plusieurs fois sur elle-même à angle droit : au milieu de la table a été pratiquée une petite voie ferrée sur laquelle peut glisser un petit chariot portant un microscope. Avant chaque cours, on apporte des pièces d'autopsie sur des plateaux en bois, dont le nombre varie de vingt à vingt-cinq. Sur chaque pièce un petit carré de papier indique de quoi il s'agit et ce qu'il faut remarquer. On fait passer les plateaux de main en main. Pendant que le cours se fait, un assistant monte des coupes fraîches sur les microscopes, que l'on fait circuler, grâce à l'ingénieuse disposition de la voie ferrée.

Le cours est commencé à huit heures et demie par un assistant, puis continué par un autre, jusqu'à l'arrivée du professeur Virchow, qui vient vers dix heures pour terminer vers onze heures et demie. Toutes les pièces intéressantes sont expliquées avec figures au tableau. Grâce à sa durée, au nombre de pièces présentées, à l'ingénieuse disposition de la table, c'est un des meilleurs cours d'anatomie pathologique que l'on puisse suivre et qui n'a point son pendant chez nous.

Telle est, indiquée dans ses grandes lignes, la manière dont l'étudiant berlinois apprend la clinique et l'anatomie pathologique. La même méthode d'enseignement se retrouve pour la chirurgie et la gynécologie, mais avec des défauts autrement considérables.

II

L'hôpital de la Charité comprend une grande clinique chirurgicale, celle du professeur Bardeleben. Le seul, je crois, des chirurgiens de Berlin, il permet aux étudiants de suivre sa visite — je m'empresse de dire que c'est une visite sommaire d'une demi-heure de durée. La clinique se fait ensuite dans un amphithéâtre aussi incommode que possible. C'est dans une salle rectangulaire éclairée latéralement et au milieu de laquelle se trouve le lit d'opérations. A droite et à gauche, des gradins d'où les élèves ne voient à peu près rien, étant donné le nombre des assistants qui entourent le professeur. Le professeur Bardeleben fait ce qu'un de mes maîtres appelle la petite antisepsie de famille et obtient les résultats moyens que donne cette méthode.

Les étudiants sont nombreux chez le professeur Bardeleben, mais ils le sont plus encore à la clinique du professeur von Bergmann, qui est à la tête du plus beau service de chirurgie de Berlin. Mon but n'est point de décrire la clinique royale dont la description a déjà été plusieurs fois faite : elle contient, avec les cliniques pour les maladies des yeux et des oreilles, la grande clinique chirurgicale, comprenant près de deux cents lits. Tous les jours, il s'y fait une policlinique de midi à une heure ; grâce au nombre des malades qui s'y présentent, on peut faire un choix des affections les plus intéressantes. C'est dans un amphithéâtre superbe, tel que nos architectes n'ont jamais su en construire, que le professeur von Bergmann fait sa clinique tous les jours de deux à quatre heures. Les étudiants viennent en foule à ce cours et ont tous leur place numérotée. Il peut être utile de faire remarquer qu'ici comme à tout amphithéâtre, à toute salle d'opérations, est annexé un vestiaire toujours très vaste, où les élèves peuvent se débarrasser de leur pardessus et de leur chapeau. Dire qu'un vestiaire est commode, voire même nécessaire, est une vérité de M. de la Palisse, mais nos architectes, grands entasseurs de pierres de taille, n'ont pas encore remarqué que l'étudiant parisien est porteur généralement d'un chapeau et d'un pardessus, dont il n'a que faire dans un cours ou dans une clinique. D'ici quelques cent ans, un de ces messieurs aura sans doute l'idée géniale de placer par-ci par-là des patères ou des porte-manteaux.

Chez le professeur Bergmann, nous retrouvons la même méthode d'enseignement que dans les cliniques médicales. Un malade est amené, un élève appelé pour l'examiner et le professeur redresse ou confirme le diagnostic de l'étudiant. Le malade est toujours amené non préparé et ce n'est qu'après avoir été examiné par l'élève, et après que le professeur a lu l'observation qui est toujours prise, que les assistants font la toilette de l'opéré. Avant de la décrire, je dois dire que le professeur von Bergmann fait surtout de l'asepsie. A la salle d'opérations est annexé un stérilisateur à la vapeur d'eau destiné à stériliser les blouses de l'opérateur et des aides, les serviettes dont on couvre le malade et des compresses sèches en tarlatane fine dont on se sert comme éponges. Les instruments sont bouillis, au début de la séance, pendant cinq minutes dans une solution de soude à 1 p. 100, et

puis plongés dans l'eau phéniquée à 3 p. 100. Une sœur est chargée de les passer. Les compresses de tarlatane sont également confiées à une sœur (1). Les lits d'opération sont au nombre de quatre, dont au moins un est articulé, et sont tous munis de roulettes pour les plus grandes commodités du service. Ils sont recouverts d'une toile cirée sur laquelle on couche le malade. La région opératoire est toujours lavée méthodiquement de la façon suivante : 1° le champ opératoire est savonné très largement : c'est ainsi, par exemple, que pour une amputation de sein, on savonne le bras, l'épaule et le tronc du côté malade ; 2° on rase s'il y a lieu ; 3° on savonne une deuxième fois et puis, avec une serviette stérilisée, on essuie « fortement et minutieusement », dit le professeur von Bergmann ; 4° on passe à l'alcool (de 80 à 94 degrés), puis au sublimé. Des serviettes stérilisées sont alors mises au-dessus et au-dessous du champ opératoire. Quant aux mains de l'opérateur et des aides elles sont savonnées et resavonnées, puis passées à l'alcool et au sublimé. Pendant tout le cours de l'opération, le professeur von Bergmann ne se sert pour éponger que de compresses stérilisées et sèches. Il est rare qu'il termine l'opération lui-même. Les ligatures d'artères, les points de suture et le pansement sont confiés aux assistants. Comme pansement, un peu de gaze iodoformée et des compresses et de l'ouate stérilisées. Drainage des plaies anfractueuses.

A chaque séance se font quatre ou cinq opérations ordinairement sur la même région : un jour, on enlève plusieurs seins et, le lendemain, toutes les opérations porteront sur la région cervicale ; le surlendemain, sur les organes génitaux, etc. De temps en temps, quelques malades sont présentés guéris ou lors du premier pansement, et je n'ai vu que des succès. Jamais on ne parle d'insuccès et, du reste, c'est là un des gros défauts, il est impossible de suivre le malade, les salles étant complètement fermées. Celle que j'ai visitée m'a permis de constater que les malades n'ont pas le même confortable qu'à Paris. Les lits sont étroits et très rapprochés et au nombre de 28 à 30 par salle : 20 seraient suffisants. En elles-mêmes les salles sont belles, très hautes et largement éclairées de chaque côté. Le sol est en carrelage.

Telle est la grande clinique chirurgicale, remarquable par l'installation matérielle et l'esprit méthodique avec lequel le malade est préparé et opéré. Il ne manque jamais rien, le personnel est nombreux et bien stylé et les assistants secondent heureusement l'opérateur. Le seul défaut, capital il est vrai, est que les malades ne sont pas suivis par les étudiants et que l'opération n'est qu'entrevue par la plupart d'entre eux.

III

Non loin de la clinique Royale s'élève la clinique gynécologique et obstétricale que dirige le professeur Olshausen. Elle comprend 116 lits pour accouchées et femmes malades, 25 lits pour femmes en grossesse et 6 lits pour femmes en travail. Tous les matins, de dix à onze heures, le professeur Olshausen fait sa clinique que suivent au moins 300 étudiants. Les opérations se font le matin : quelques étudiants y sont toujours conviés, mais se montrent fort peu empressés. J'ai été invité à une séance de laparotomie qui a commencé à une heure des plus matinales pour la saison, sept heures et demie (en février). Avant d'entrer dans la salle d'opérations, on doit retirer sa jaquette et passer une sorte de veston en toile sans manches. Une infirmière vient avertir que l'opération va commencer et, en effet, en entrant on voit donner le premier coup de bistouri. Le dernier point de suture fait, vous êtes également invité à vous retirer, de telle sorte qu'on n'assiste ni à la préparation de la malade, ni au pansement. Des résultats, il ne m'a paru guère facile d'en contrôler un seul.

La salle d'opérations est rectangulaire et largement éclairée sur un côté ; le sol est en mosaïque et est constamment humide, les parois sont revêtues d'un carrelage en porcelaine de 2 mètres environ de haut. Installation électrique parfaite. Au milieu de la salle, le lit d'opération ; à droite, un petit appareil pour objets de pansements ; à gauche, un grand lavabo. La malade est étendue sur le lit recouvert d'une toile cirée, une autre toile cirée recouverte d'une serviette antiseptisée sur les cuisses et une autre au-dessus de l'ombilic recouvrant la poitrine et reposant sur une couverture. Pas la moindre alèze chaude, pas une compresse tiède sur le ventre de la malade qui est parfaitement nu.

En somme, on ne prend, chez le professeur Olshausen et d'une façon générale à Berlin, aucune des précautions dont nous entourons nos malades.

Le professeur Olshausen prend lui-même ses instruments qui sont peu nombreux : quelques pinces à forcipressure, deux ou trois bistouris, deux paires de ciseaux, deux pinces à disséquer, une ou deux pinces à kyste. Jamais de clamps, ce qui est encore la règle à Berlin. L'opérateur se tient à la droite de la malade, son aide en face de lui : chacun d'eux a deux éponges qui plongent dans un liquide antiseptique. Le catgut et la soie sont passés par une sœur.

Le professeur Olshausen est un opérateur très consciencieux, très propre mais un peu long. N'employant pas de clamp, il est obligé de lier le pédicule par points séparés au catgut avant de le sectionner. D'où la nécessité de grandes incisions. C'est ainsi que, pour une castration simple, il a été nécessaire chez une femme, un peu obèse en vérité, de faire une incision allant de l'ombilic au pubis. En employant un clamp, l'opération eût été plus facile et moins longue. Pour trop simplifier l'instrumentation, on s'expose parfois à rendre compliquée une opération des plus aisées.

J'en aurai fini avec les professeurs les plus courus de Berlin, en nommant le professeur Gusserow, qui dirige la clinique gynécologique et obstétricale de la Charité. Tous les jours, de trois à quatre heures en hiver et de quatre à cinq heures en été, le professeur Gusserow fait alternativement une clinique obstétricale et une clinique gynécologique de la durée d'une heure. Les élèves y sont fort nombreux et c'est toujours le même fonctionnement, la même méthode d'enseigner que dans les autres cliniques. Les opérations se font également le matin et, à quelques détails près, il en est de même que chez le professeur Olshausen.

Telles sont les quatre grandes cliniques chirurgicales et gynécologiques qui, comme les cliniques médicales, ont le grand avantage de se faire à des heures différentes. Elles ont l'inconvénient d'être trop théoriques : les étudiants n'examinent pas le malade, entrevoient à peine l'opération et ne connaissent qu'exceptionnellement les résultats. Ce n'est donc pas là que se font de solides études chirurgicales.

IV

Pour remédier à ces défauts sont instituées, en chirurgie comme en médecine, les cliniques et les policliniques des privat-docenten. Ce sont eux qui enseignent la petite chirurgie aux étudiants et leur font des cours de diagnostic chirurgical. Quelques-unes de ces cliniques privées ont acquis une réputation justement méritée, telles celles que dirigent, par exemple, Veit et Martin. Tous deux font des cours suivis, il est vrai, plutôt par des docteurs étrangers que par des étudiants allemands. Le premier donne des cours semestriels et des cours de vacances, le second limite le nombre de ses cours à quatre par an. Chez Martin, la durée du cours est d'environ un mois : tous les matins, de huit à onze heures, est fait par un assistant un cours d'opérations sur des pièces fraîches montées sur des bassins artificiels : le prix en est de 75 marks par mois. De midi à trois heures, également tous les jours, le docteur Martin fait son cours de diagnostic gynécologique et d'opérations. Le prix est de 60 marks. Les élèves sont au nombre d'une vingtaine et peuvent, par suite, suivre assez facilement l'opérateur. Après chaque séance, Martin examine, ordinairement sous chloroforme, des malades que les élèves peuvent tou-

(1) Il s'agit de religieuses protestantes d'une propreté remarquable.

cher à leur tour. Enfin, le cours se termine par une petite clinique à l'amphithéâtre. Tel est ce cours des plus profitables, d'autant mieux suivi que le docteur Martin, parlant quatre langues, arrive à se faire comprendre facilement de tous ses auditeurs.

Je ne dirai rien de l'installation de la clinique privée du docteur Martin, qui est fort bien comprise. Seule la salle d'opérations peut intéresser : elle est rectangulaire, éclairée de deux côtés, pavée en mosaïque. Au milieu, le lit d'opérations : à droite, le lavabo; à gauche, une vitrine en fer et verre contenant peu d'instruments, l'arsenal du docteur Martin étant des plus simples. Quelques bancs pour les élèves. Ce n'est ni l'asepsie, ni l'antisepsie rigoureuse que l'on trouve ici : simplement une grande propreté jointe à une antisepsie ordinaire. Une surveillante passe les instruments et le catgut. Ce dernier a subi une préparation spéciale : il se trouve chez Böhne, 10, Moubijouplatz. On le met dans une solution de sublimé à 1/1000 pendant six heures, puis dans une solution composée de deux parties d'alcool et d'une partie d'oleum juniperi (en volume). Cette solution est renouvelée après douze heures et le catgut reste dans la nouvelle pendant quinze jours. Il peut être alors employé.

Martin se sert toujours de catgut pour toutes ses opérations plastiques. C'est un opérateur d'une habileté remarquable, faisant à peu près toutes ses opérations avec un bistouri, une pince à disséquer et deux aiguilles montées. Quant aux hystérectomies vaginales, il les fait toujours par le procédé des fils. A Berlin, du reste, personne n'emploie aujourd'hui les pinces de Péan. Ayant demandé à un des gynécologues les plus appréciés de Berlin, pourquoi il ne faisait pas usage des pinces : « Ce n'est pas chirurgical », me dit-il et j'eus beau répondre que l'opération était plus facile, beaucoup moins longue et donnait d'excellents résultats avec les pinces, il ne voulut pas démordre de son « ce n'est pas chirurgical ». On comprend qu'on ne fasse jamais à Berlin l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes, puisque le procédé des pinces est le seul possible dans ces cas, pour mener à bien l'opération.

Une ou deux fois par semaine, le docteur Martin fait une séance de laparotomie. Attenant à la salle d'opérations, se trouve une petite salle rectangulaire, éclairée latéralement et dans laquelle se font toutes les laparotomies. Elle est des plus simples. Près de la fenêtre, la table d'opérations de Martin dans une sorte de baignoire destinée à recevoir tous les liquides. Un siège pour l'opérateur et, à sa gauche, une petite table en fer et verre. Pour ne pas être gêné par les étudiants, le docteur Martin fait tendre une chaîne qui l'isole ainsi de ses élèves. Tous les assistants et le docteur Martin revêtent un pantalon de toile; de plus, Martin et son aide ont un grand tablier en caoutchouc et des bottes également en caoutchouc, car le sol est constamment mouillé, voire même inondé d'eau. Ainsi affublé, le docteur Martin, qui est très gros et très grand, a un aspect des plus singuliers. Quant aux élèves, ils quittent leur veste et mettent une serviette au-devant du gilet. La malade est endormie dans la salle voisine, y est préparée et apportée sur la table par un assistant. La chaîne est tendue et, autour du lit d'opération, il n'y a que Martin, son aide, un assistant pour le chloroforme et la surveillante qui passe les instruments et le catgut. Les élèves sont alors appelés et l'opération commence aussitôt. Le dernier point de suture fait, tout le monde se retire. Durant l'opération, le docteur Martin en dicte tous les temps à un assistant qui en note également la durée.

Rien n'est plus curieux qu'une séance de laparotomie chez le docteur Martin. A commencer par la malade, qu'on apporte avec ses bas et sur la poitrine de laquelle on ne jette pas la moindre alèze chaude. Le ventre est nu. Le bassin repose sur l'extrémité de la table et Martin se place entre les jambes ballantes de la malade. L'instrumentation est réduite à son minimum : un bistouri, une pince à disséquer, deux porte-aiguilles avec deux aiguilles, deux ou trois éponges montées, autant d'éponges plates et c'est tout. Jamais de pinces hémostatiques, jamais de clamps. L'opération est rapide. L'incision est toujours assez grande : peau, tissu cellulaire, ligne blanche sont incisés en moins de deux minutes chez la femme la plus obèse. Le docteur Martin se soucie fort peu de l'hémorrhagie, ouvre rapidement le péritoine, plonge sa main dans le petit bassin, en ramène la tumeur à enlever qu'il ponctionne si elle est kystique et la pédiculise. Le pédicule est d'abord lié au moyen de points séparés au catgut, puis sectionné. Suture en surjet du péritoine au niveau de la section du pédicule. Toilette rapide du petit bassin et suture de la paroi : cette suture n'est jamais minutieuse : l'affrontement est juste fait sans la moindre recherche de la perfection. Durant toute l'opération, le rôle de l'aide est des plus insignifiants. Quant à sa durée elle varie suivant les cas : sept à huit minutes pour une castration simple, dix minutes pour un kyste simple de l'ovaire, quinze à vingt minutes pour une salpingite du volume du poing avec adhérences. Le seul but du docteur Martin est d'aller très vite : sa très grande habileté opératoire d'une part et surtout la suppression de la plupart des temps de l'opération que nous respectons scrupuleusement (hémostase complète avant l'ouverture du péritoine, désinsertion attentive des adhérences, toilette soignée du péritoine, usage fréquent du Mikulicz) lui permettent d'arriver à des résultats surprenants comme rapidité d'exécution. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de lui voir pratiquer six à huit laparotomies dans une séance de deux heures et demie à trois heures. Quant aux résultats, reportez-vous aux statistiques, car pas plus ici qu'ailleurs on ne suit les opérées.

Les détails, dans lesquels je suis entré à propos de la clinique du docteur Martin, me permettent d'être bref sur les autres cliniques chirurgicales privées que dirigent des médecins moins connus. Partout on trouve un petit nombre d'étudiants, qui peuvent ainsi profiter beaucoup de l'enseignement qui leur est donné. La seule différence qu'il y ait à noter est dans le prix du cours qui, pour la plupart des privat-docenten, varie de 20 à 40 marks par semestre et n'atteint jamais les prix élevés des cours du docteur Martin. Ces derniers, du reste, rentrent plutôt dans la catégorie des cours de vacances sur lesquels il est utile d'insister. Avant d'en parler, je tiens à faire remarquer que, pas plus dans les cliniques privées que dans les cliniques des professeurs, on ne connaît les résultats. C'est toujours et partout le même système de service fermé. De plus, par cela seul qu'il n'est jamais livré à lui-même, qu'il a toujours la « besogne mâchée », pour employer une expression triviale qui rend bien ma pensée, l'étudiant ne peut avoir la moindre initiative. Il doit recevoir l'instruction médicale tout comme le soldat reçoit l'instruction militaire : on lui dénie tout droit de contrôle et, quand le professeur lui a dit, qu'en présence de tel cas, on doit agir de telle façon, il ne lui est pas permis de se demander si le résultat ne serait pas meilleur en agissant autrement. Pour terminer, je donnerai l'avis d'un privat-docent : « Chez vous, me disait-il, l'étudiant a l'immense avantage de pouvoir suivre à loisir une maladie du commencement à la fin. Chez nous vous trouverez peu d'élèves qui aient étudié une pneumonie chez un même malade, depuis son début jusqu'à sa terminaison. L'enseignement est trop théorique, et nos jeunes docteurs ne sont pas cliniciens. »

V

Il me reste, enfin, à dire un mot du système de l'enseignement payant, dont on parle souvent ici sans bien le connaître. D'une façon générale, les cours semestriels des professeurs se paient de 40 à 50 marks au maximum. Étant donné que ces derniers n'ont jamais un nombre considérable d'élèves (souvent une vingtaine et moins), on comprend qu'il ne peut s'agir d'un rapport pécuniaire considérable; vingt élèves à 20 marks ne feront jamais qu'un produit de 400 marks, soit 500 francs pour six mois, ce qui, même en Allemagne, n'est qu'une somme infime. Si donc ces messieurs font des cours, c'est par amour de l'art et par le désir de se faire connaître pour arriver professeurs.

Quand on occupe une chaire, on a le droit de faire passer les examens : par suite, les élèves affluent et le prix augmente. Il s'agit alors d'un vrai revenu qui peut se chiffrer par 40 et 50

milliers de francs. Mais c'est une erreur que de croire que l'élève suit le cours qu'il veut et qu'il choisit le professeur qui lui plaît. Il va toujours aux grandes cliniques et nous avons vu quel profit il peut en retirer. Un autre défaut de l'enseignement payant est le suivant : dans les grands hôpitaux de Berlin et dans la plupart de ceux d'Allemagne, à Leipzig, par exemple, on voit des chefs de service ayant sous leur direction 400 et 500 malades. Ces matériaux d'enseignement sont perdus pour la plupart et les malades ne gagnent guère à ce genre d'organisation. Il serait simple de diviser ces services qui, souvent, comprennent plusieurs genres d'affections, mais ce serait supprimer le monopole de l'enseignement. Le jour où il y aurait six chefs au lieu d'un, les élèves se partageraient en six groupes et, chose beaucoup plus sensible au professeur, les marks se trouveraient aussi divisés en six petits tas. Aussi n'est-on pas près de voir une répartition plus équitable des services, d'autant mieux que les professeurs sont inamovibles.

Ainsi ce fameux système de l'enseignement payant ne profite qu'aux professeurs. Pour l'introduire chez nous, il faudrait assurer à nos professeurs les 200 ou 300 étudiants qu'ils n'ont pas pour bien des raisons. Pour atteindre ce chiffre, il faut, comme à Berlin, fermer tous les services pour que les élèves n'aient pas la tentation d'aller étudier la clinique ailleurs qu'aux cours professoraux. Si c'est là le progrès, je demande qu'on recule.

On voit donc que tout n'est pas parfait dans l'enseignement de la clinique à Berlin. Sans insister, j'éprouve le besoin de dire que l'on n'y trouve pas un hôpital Saint-Louis, ni une Salpêtrière, ni un Necker. C'est pour mon excellent confrère de Berlin que j'en parle et le jeune docteur auquel il a recommandé Paris pourra, je l'espère, trouver dans ces foyers d'enseignement autre chose qu'à « apprendre ce qu'il ne faut pas faire ».

VI

Une des plus belles institutions de Berlin qui, du reste, ne lui appartient pas en propre, ce sont les cours de vacances, qui se donnent dans toutes les cliniques et policliniques de la ville, en mars et en septembre. Ces cours sont essentiellement destinés aux jeunes docteurs et les étrangers les suivent en foule. Dans l'espace de cinq semaines, un professeur traite complètement tout un genre d'affections. Un petit opuscule est publié en fin février et en fin août, contenant tous les programmes de ces cours. L'étudiant en prend connaissance, fait son choix et va se faire inscrire. Il est partout le bienvenu, cela va sans dire. Le prix est de 40 à 50 marks en moyenne. J'ai eu occasion de rencontrer beaucoup de jeunes docteurs étrangers qui avaient passé à Paris, n'avaient pu rien y faire et arrivaient à Berlin pour prendre ces cours. Ceux-ci sont extrêmement bien faits, ce qui s'explique aisément : le fameux droit d'examen n'a plus ici la moindre influence et le privat-docent marche de pair avec le professeur. C'est donc une lutte à armes presque égales et ce ne sont point les grands maîtres officiels qui l'emportent toujours.

Pourquoi ne pas organiser chez nous des cours analogues? personne n'aurait le droit de s'en plaindre. L'étudiant, auquel on ouvre largement et gratuitement les portes d'un service durant un semestre, n'aurait rien à dire de se voir remplacer par un jeune docteur étranger ou français pendant son mois de vacances. Les professeurs, d'autre part, s'efforceraient d'avoir des élèves, les uns par point d'honneur, les autres par intérêt, et ce serait une joute des plus brillantes et des plus fructueuses pour tout le monde. En fait d'enseignement payant, c'est le seul à établir, mais celui-là doit absolument être introduit chez nous. Pour peu que nous tardions à l'organiser, les docteurs étrangers déserteront de plus en plus nos services, et, quand on y songera enfin, ils ne connaîtront plus que la route de Vienne et de Berlin et notre influence scientifique en sera d'autant diminuée.

VII

Jusqu'ici, il a été à peine fait allusion à l'enseignement qui peut se donner dans les grands hôpitaux de Berlin, la Charité exceptée. C'est que, chose fort surprenante, les étudiants les fréquentent peu. La raison en est simple : les hôpitaux sont assez éloignés et les services sont fermés : seuls les amphithéâtres et les salles d'opérations restent ouverts aux élèves. Je voudrais bien me tromper, mais je crois fort que les hôpitaux modèles sont parfaitement inconnus de la majorité des étudiants. Les professeurs leur ont dit qu'à Urban ou à Kaiser und Kaiserin Krankenhaus, l'installation est parfaite et personne ne doit avoir besoin de vérifier. Je ne veux point dire que la visite de ces établissements soit défendue aux étudiants, mais comme cette visite se fait partout (Urban excepté) sous la conduite d'un assistant et qu'entre l'assistant et l'étudiant, il y a toute la distance qui sépare le capitaine du soldat, bien peu doivent avoir la bonne fortune de connaître à fond les hôpitaux tant vantés. Quant aux cours, ils sont peu nombreux et peu suivis. A quoi bon aller chercher si loin des cliniques à peu près analogues à celle de Bergmann? En décrivant les services, j'aurai soin, du reste, de donner les cours qui sont faits par les professeurs.

Les hôpitaux de Berlin sont assez nombreux et, pour la plupart, assez insignifiants. Seuls les hôpitaux, dits de la Ville, méritent une visite, mais celle-ci est aussi intéressante et instructive que possible. Les autres ne présentent aucun intérêt; l'installation y est des plus ordinaires et les chefs de service n'ont, pour la plupart, que la réputation de bon médecin ou de bon chirurgien. Tel, par exemple, l'hôpital de la Communauté juive, qui contient près de 200 lits et dont la direction médicale est confiée au docteur Jacobson et celle de chirurgie au docteur Israël. Le service de ce dernier peut être donné comme le type des petits services chirurgicaux de Berlin. Sa description, rapprochée de la clinique du professeur Bergmann, peut être de quelque intérêt.

Pas le moindre luxe, ce qui se comprend, à l'hôpital juif. La salle d'opérations est des plus simples : rectangulaire et éclairée latéralement, elle contient 2 lits, une vitrine pour les instruments, plusieurs étagères surchargées de bocaux et de boîtes à pansement, un lavabo et un appareil pour la préparation des instruments. Le sol est, comme partout, en mosaïque. Comme système de chauffage, un simple poêle en faïence, dont l'entretien ne coûte que quelques pfennings par jour. Tout malade est apporté sur un brancard, examiné et préparé sur un lit et opéré sur l'autre. Les instruments sont bouillis dix minutes dans une solution de soude à 1 p. 100, puis plongés dans l'eau phéniquée au moment de s'en servir. Le champ opératoire est largement savonné et rasé, puis lavé à l'éther, ensuite à l'alcool et au sublimé à 1/1000. Comme éponges, on emploie des compresses de gaze au sublimé. Pas de catgut, toujours de la soie très fine. Drainage assez fréquent. Sur la plaie, du protective et puis de la gaze iodoformée. Pendant l'opération, on jette à terre les linges souillés. En préparant le malade, on inonde le sol d'eau et de sublimé : aussi l'opérateur a-t-il soin, pour éviter un bain de pied continu, de se munir de bottes en caoutchouc. A part ces bottes, rien de bien extraordinaire, et c'est pour cela que j'ai tenu à le décrire, cette pratique se retrouvant dans la plupart des petits services de Berlin. Chez le docteur Israël, comme partout, on n'entoure l'opéré d'aucun soin : il est étendu sur le lit garni d'une toile cirée : au-dessus et au-dessous du champ opératoire, une autre toile cirée recouverte d'une serviette bouillie et trempée dans du sublimé froid. Pas la moindre alèze, pas la moindre compresse chaude. Aussi voit-on ces pauvres patients claquer des dents et grelotter de tous leurs membres, quand on les rapporte à leur lit. Le docteur Israël opère les lundis, mercredis et vendredis, de une heure et demie à trois heures et demie : homme fort aimable, parlant le français et l'anglais, il reçoit les étrangers avec courtoisie. Quelques élèves seulement sont attachés à son service.

Il serait oiseux d'insister plus longtemps sur les petits hôpitaux. La description de Friedrichshain, Moabit, Urban mérite au

contraire la plus minutieuse attention pour bien saisir toute la différence qui sépare notre organisation hospitalière de celle de Berlin. Je m'empresse de dire qu'au point de vue architectural. nous l'emportons largement : les pierres de taille rapportant beaucoup à nos architectes n'ont point été ménagées. A l'Hôtel-Dieu, on avait eu soin d'en hisser à de telles hauteurs, qu'il a fallu les redescendre : le tout, du reste, à la grande joie de nos habiles ingénieurs-constructeurs, dont le tant pour cent allait ainsi toujours bon train. A Berlin, tous les corps de bâtiments sont en briques rouges : c'est la simplicité même.

VIII

L'hôpital Friedrichshain est situé au nord-ouest de Berlin, à l'extrémité d'un grand parc, sur un léger monticule, de telle sorte qu'au point de vue hygiénique, il est admirablement situé. De plus, il a été très heureusement construit d'après le système de pavillons. Commencé en 1868, il a été ouvert le 6 octobre 1874 : notre Hôtel-Dieu, commencé à la même date, n'était parachevé que quatre ans plus tard. L'hôpital berlinois coûtait 4718500 marks, le nôtre 45 millions de francs.

La surface de l'hôpital Friedrichshain est de 95500 mètres carrés, dont 12224 mètres carrés sont occupés par les corps de bâtiment (1).

Le bâtiment qui forme la façade principale est à deux étages et comprend les logements du directeur, de l'économe, de quelques assistants, la pharmacie, etc. L'entrée est au centre et donne sur une grande cour intérieure, de chaque côté de laquelle s'échelonnent trois pavillons séparés l'un de l'autre par une distance de 60 mètres. Au fond, est un bâtiment dans lequel se trouvent les cuisines et la buanderie. Plus loin, l'établissement de bains.

Les six pavillons centraux sont complètement isolés et bâtis sur le même modèle. Ils comprennent un sous-sol, un entresol, un premier et des combles. A l'entresol et au premier, sont les salles de malades. Hautes de plafond, largement éclairées des deux côtés, carrelées à l'entresol, planchéiées au premier, les salles présentent d'excellentes conditions hygiéniques. Au centre, est une cheminée d'appel, de telle sorte que l'aération est excellente. Le chauffage est à l'eau chaude et, dans quelques pavillons, à l'air chaud : chaque pavillon a un système de chauffage indépendant. Outre la grande salle qui contient 28 lits assez espacés, on trouve, à chaque étage, une chambre de 1 à 2 lits, un fumoir ou salle de jeu, une véranda, des cabinets, une petite salle de bains. Enfin, dans chaque pavillon, sont les logements de l'assistant et du personnel.

Parallèlement aux grands pavillons, on a bâti des pavillons à un seul étage, au nombre de quatre principaux et destinés à la chirurgie.

Il existe encore deux pavillons d'isolement à un étage renfermant 44 lits par salle de 8 et un pavillon de diphthérie de 26 lits.

En 1882, a été construit, pour la somme de 40000 marks, le pavillon d'opérations. La porte d'entrée donne dans un corridor : à droite, deux grandes salles d'attente pour les malades que l'on apporte des pavillons; chacune d'elles contient deux ou trois lits destinés aux opérés qu'un état syncopal empêcherait de ramener de suite dans leur lit. Plus loin, un vestiaire. A gauche, un grand cabinet et une salle de laparotomie : cette salle est de grandeur moyenne, éclairée latéralement, à sol en mosaïque, avec revêtement en faïence sur environ 2 mètres de haut.

Au fond du corridor, une grande et magnifique salle d'opérations, mesurant environ 10 mètres sur 12 et 5 de haut. Elle est éclairée latéralement et par en haut. Le sol est en mosaïque. Tout le matériel désirable s'y trouve : trois lits d'opérations de modèles différents, des tables roulantes, une superbe vitrine, etc., le tout en fer et verre. C'est là qu'opère le professeur Hahn. Il combine l'asepsie et l'antisepsie. Tous les linges, draps, serviettes, tabliers des aides, sont désinfectés et stérilisés. Les instruments sont nettoyés à la brosse et au savon, après chaque opération, stérilisés puis déposés dans la vitrine. Ceux qui doivent servir au cours d'une opération sont pris dans cette vitrine et stérilisés à nouveau. La table à instruments est roulante et à deux étages : sur le supérieur, sont les instruments placés sur un plateau en forme de gril. Sur l'inférieur, se trouvent deux bassins remplis à moitié d'eau phéniquée à 3 p. 100. Les instruments ne plongent donc dans aucun liquide, mais tout instrument qui a servi est immédiatement lavé à l'eau phéniquée par un infirmier qui le remet sur le gril. Une sœur est spécialement chargée de passer les instruments à l'opérateur.

Les plaies déjà infectées sont lavées à l'eau phéniquée à 3 p. 100. Comme éponges, on emploie des compresses stérilisées. Les pansements sont faits à la gaze iodoformée ou avec des compresses stérilisées.

Quant aux malades, ils sont apportés sur un brancard, endormis dans la salle d'opérations, préparés sur le lit et opérés par Hahn ou ses assistants.

On peut remarquer ici, comme partout d'ailleurs, que tout est toujours prêt : thermocautère, laveurs, seringues, etc. sont placés méthodiquement sur une grande tablette de verre qui fait presque le tour de la salle. L'opérateur n'a jamais à attendre. Il est du reste parfaitement secondé par un personnel d'infirmiers et d'infirmières parfaitement au courant et remarquablement propres.

Au fond de l'hôpital se trouvent réunies dans un même pavillon la salle des morts, les salles d'autopsie et la chapelle. En face de la chapelle une petite porte de sortie des plus discrètes. Toutes les autopsies sont faites par un des assistants de l'hôpital qui est exclusivement chargé de ce service pendant six mois; chaque autopsie est consignée sur un registre. La moyenne est de quatre à six par jour. Ajoutons qu'annexé à la salle d'autopsie est un laboratoire dont l'assistant est maître absolu.

Enfin, on vient de construire un petit pavillon de désinfection renfermant deux appareils dans lesquels pourront être désinfectés à la vapeur d'eau à 100 degrés, les lits, matelas, linges, etc.

L'hôpital de Friedrichshain contient 628 lits dont 580 pour adultes : il peut recevoir jusqu'à 700 malades. La moyenne est de 655 par jour. On ne reçoit pas les enfants au-dessous d'un an sans leur mère, ni les femmes enceintes de plus de huit mois, ni les malades atteints de syphilis ou de maladies nerveuses.

Pour ces 650 malades un médecin, un chirurgien et onze assistants. Pas d'élèves. Voilà donc le résultat de toute cette magnifique installation : 350 malades pour un chirurgien, un pavillon de 70 lits pour un assistant! La cause? l'enseignement payant. Il faut que l'étudiant aille porter ses marks à M. le professeur X... ou Z..., quitte à ne rien apprendre. Quadruplez les chefs, ouvrez les salles et le monopole tombe. Il y aura des cliniciens, mais où seront les marks?

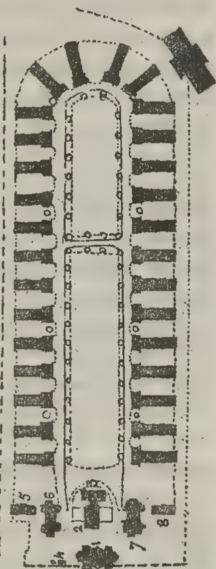
IX

Plus intéressant encore que l'hôpital de Friedrichshain, quoique moins grand, est le « Lazaret de Baraques », qui fut ouvert en 1872 à Moabit, c'est-à-dire dans le quartier N.-E. de Berlin. Ainsi que l'indique son nom, cet hôpital est uniquement composé de baraques, ce qui lui donne un air fort original. Il comprend 30 baraques, plusieurs petits pavillons situés à l'entrée, et, au fond et à droite, l'Institut anatomo-pathologique. Sa superficie est de 78735 mètres carrés, dont 12000 sont occupés par les bâtiments. Chaque baraque contenant 30 lits, il peut recevoir 300 malades. Le coût est de 2 millions et demi de marks. A rapprocher ce prix des devis des habiles architectes de l'Assistance publique qui demandent simplement 1 million pour établir un service de 120 lits à l'hôpital Saint-Antoine.

A l'entrée de Moabit sont plusieurs pavillons dans lesquels se

(1) Ces chiffres sont empruntés au *Führer durch das Medicinische Berlin*, de 1890.

trouvent la direction, la cuisine, la buanderie et la pharmacie, les machines de chauffage, etc. Au delà, une immense cour intérieure avec pelouses, tout autour de laquelle s'échelonnent les baraques. La cour a 80 mètres de large et les baraques sont distantes l'une de l'autre d'environ 18 mètres. Extérieurement, les baraques se ressemblent toutes : elles sont en briques et bois et un peu basses. L'aménagement intérieur est quelque peu différent, car on y apporte des modifications. C'est ainsi que chaque année, cinq ou six baraques sont remises à neuf : de cette façon, un certain nombre d'entre elles sont toujours aménagées suivant les derniers progrès de la science.


HOPITAL DE MOABIT.

Voici quelle est la disposition d'une baraque destinée à la chirurgie ; elle comprend deux parties : un vestibule et la salle proprement dite. Dans l'un et l'autre le sol est en mosaïque ou en ciment, et les parois, qui sont en briques creuses, sont revêtues de bois peint en blanc.

L'entrée du vestibule donne dans un couloir : à gauche, une première petite pièce dans laquelle se trouvent : 1° des robinets destinés à modérer ou à accélérer le chauffage de la baraque ; 2° un stérilisateur servant à stériliser tous les objets de pansements nécessaires dans la salle. Plus loin, un vestiaire et enfin deux petites salles dont l'une contient une baignoire, et l'autre est occupée par les water-closets et le lavabo : les portes de ces deux dernières salles donnent dans la grande salle de malades. A droite du corridor, sont deux ou trois petites chambres, dont l'une sert de cuisine et les autres peuvent servir de chambres d'isolement ou de chambres pour les infirmiers.

La salle proprement dite est largement éclairée de chaque côté : le toit de la baraque sert de plafond ; il est à angle obtus et dans l'angle sont des ventilateurs. Au fond de la salle, une large porte que l'on tient ouverte pendant l'été. L'aération est encore complétée par des soupiraux latéraux.

Quant au chauffage, il se fait au moyen de tubes de fonte qui courent le long des murs et dans lesquels circule de la vapeur d'eau. Nous avons vu qu'à l'entrée existent des robinets destinés à régler la marche de la vapeur. Chaque baraque est reliée par un branchement à un gros conducteur qui aboutit au pavillon des machines. Le système de chauffage est en effet central.

Chaque salle contient environ 30 malades : 20 seraient déjà de trop ; à peine y a-t-il entre chaque lit 50 centimètres d'espace. Les lits sont petits, sans ressorts ; les tables de nuit en fer et verre et à jour.

Remarquons enfin qu'à l'entrée de la salle, on a ménagé un espace d'environ 3 mètres de longueur, qui est séparé des lits par un simple paravent. C'est là que se font tous les pansements et jamais au lit du malade. A droite, est un lit de Sonnenburg et un lavabo ; à gauche, deux tables et une vitrine contenant quelques instruments et des matériaux à pansement : le tout en fer et verre.

Telle est la disposition d'une baraque chirurgicale ; les baraques de médecine en diffèrent à peine. Il n'y a à noter que l'existence constante dans le vestibule de deux chambres d'isolement à deux lits.

Une baraque a été transformée en salle d'opérations et en policlinique. La salle d'opérations est grande, bien éclairée. Elle mesure toute la largeur de la baraque et environ 10 mètres de long. Le sol est en mosaïque et les parois revêtues de bois peint en blanc, comme dans les salles. Ainsi donc une très grande simplicité, ce qu'on ne saurait trop louer. On y trouve trois lavabos, trois lits d'opérations dont deux sont des tables de Sonnenburg, plusieurs petites tables roulantes, une grande vitrine contenant une très belle collection d'instruments : le tout en fer et verre, bien entendu. Un stérilisateur est annexé à la salle : tous les objets de pansements, les serviettes, draps, tabliers, etc., y sont stérilisés à la vapeur d'eau. Les instruments sont également stérilisés après chaque opération, puis rangés dans la vitrine. On les y prend et on les plonge quelques instants dans l'eau phéniquée, au commencement de chaque séance opératoire. On les en retire et on les range sur une tablette de verre ou sur une serviette stérilisée pour l'opération. Quant aux bistouris, ils ne sont que plongés dans l'eau phéniquée. Le catgut et la soie sont conservés dans la solution suivante :

Alcool	800 grammes.
Glycérine	200 —
Sublimé	1 —

Au cours de l'opération on n'emploie comme éponges que des compresses de gaze stérilisée. Pas de lavage des plaies. Souvent pas de drain. Comme pansement de la gaze iodoformée, de la gaze et de l'ouate stérilisées. Après chaque opération, la table est largement lavée au sublimé.

C'est le professeur Sonnenburg qui est chargé du service chirurgical de Moabit. Il fait deux cours semestriels, suivis par un petit nombre d'étudiants qui peuvent certainement apprendre beaucoup : l'un est un cours de médecine opératoire, qui a lieu une fois par semaine et coûte 20 marks ; l'autre est un cours de diagnostic chirurgical et d'opérations et a lieu les mercredis et samedis, de onze heures à une heure et demie : prix, 50 marks. De plus, le professeur Sonnenburg fait pendant les vacances, trois fois par semaine, un cours de médecine opératoire, de deux heures de durée, et trois autres fois un cours d'opération et de diagnostic chirurgical. Le prix est de 50 à 60 marks pour chacun d'eux. Ces cours sont excellents, comme du reste tous les cours de vacances, ils sont suivis par des docteurs et durent cinq semaines.

A la tête du service médical est le professeur Guttmann, qui fait un cours d'auscultation et de percussion fort réputé à Berlin. Au service de médecine est annexée une baraque d'isolement pour la diphthérie, comprenant trois salles à quatre lits : deux sont pour les enfants, une pour les adultes. L'aménagement intérieur de cette baraque est plus luxueux que celui des autres baraques. Enfin, une autre grande baraque est réservée aux enfants atteints de rougeole et... aux vieilles femmes.

Au fond de l'hôpital et à droite a été construit un grand pavillon comprenant, suivant la coutume, la salle des morts, la chapelle, la salle d'autopsie et des laboratoires. La chapelle est au centre ; à droite, la salle d'autopsie remarquablement propre ; au-dessous, la salle des morts, qu'un ascenseur relie à la première. Les autopsies sont faites par l'assistant de la salle à laquelle appartient le cadavre. A gauche de la chapelle sont les laboratoires : un laboratoire d'histologie et de bactériologie, un de chimie et un atelier de photographie, le tout très confortablement installé.

Nous en aurons fini avec l'hôpital Moabit en signalant parmi les pavillons de l'entrée deux d'entre eux. L'un est le pavillon des machines. Son fonctionnement est des plus importants : c'est là, en effet, que se fabrique la vapeur d'eau qui fait cuire les aliments, chauffe les salles, stérilise les instruments, etc. A côté est un pavillon de désinfection comprenant deux grands stérilisateurs d'un modèle ancien. On construit en ce moment un nouveau pavillon de désinfection. L'autre pavillon que je tiens à faire remarquer est celui qui est commun à la buanderie et la pharmacie. Ce simple rapprochement montre le peu de cas que font les Allemands du service pharmaceutique. A sa tête on ne trouve jamais plus de deux pharmaciens et ce doit être suffisant. Rien n'est plus ridicule, en effet, que la situation faite dans nos services aux internes en pharmacie. On les oblige à préparer un concours des plus fastidieux, à travailler ferme chimie, physique et pharmacopée, pour les condamner pendant quatre années : 1° à suivre tous les matins une visite médicale, un cahier sous le bras et le nez en l'air ; 2° à fabriquer des pilules et mélanger des sirops. Beaucoup s'esquivent et je leur donne raison ; d'autres,

forcés par le chef de service, attendent patiemment l'heure du déjeuner. Notez que ce petit système est fort coûteux et le budget du service pharmaceutique de l'hôpital Saint-Antoine, par exemple, dépasse 20000 francs.

Les détails un peu fastidieux, dans lesquels je suis entré pour la description des baraques de Moabit, m'ont paru nécessaires pour faire comprendre comment, à peu de frais, on peut construire des hôpitaux absolument parfaits. Sans doute, les baraques de Berlin ont des défauts, mais on pourrait avantageusement prendre pour modèles celles de Hambourg ou mieux encore celles que l'on construit en ce moment à l'hôpital Saint-Jacques de Leipzig et qui passent pour les meilleures de l'Allemagne. Celles-ci sont plus élevées, un peu plus larges et ont un sous-sol. Ce dernier n'a guère que 80 centimètres de hauteur : on y a installé tout un système de tuyaux en fonte, sous-jacents au sol de la salle qui est en mosaïque. Dans ces tuyaux circule de la vapeur d'eau : la température ne tarde pas à monter dans le sous-sol, et grâce à cette élévation de température et grâce aussi à la chaleur que les tuyaux communiquent par leur contiguïté au sol de la baraque, se trouve résolu le problème du chauffage de la mosaïque. Voilà déjà un premier avantage sur les baraques berlinoises. Un second est dans la création d'un promenoir ou salle de jeux à l'une des extrémités de la baraque : il est en effet posé en principe que tout malade, pouvant se lever, ne doit pas rester dans la salle : il doit sortir dans les cours ou aller dans le promenoir. Inutile de dire qu'il existe plusieurs lavabos, une salle de bains, des water-closets, plusieurs chambres d'isolement, une lingerie et un bureau par baraque. Le chauffage est à la vapeur d'eau, et l'aération se fait au moyen de soupiraux latéraux et de ventilateurs situés, comme à Moabit, dans l'angle que fait le toit de la baraque.

X

A ceux qui ne veulent point entendre parler du système de baraques, on peut recommander l'hôpital d'Urban. Il a été ouvert en 1890 et on s'est attaché à le construire avec toutes les commodités que donne la science moderne. Son seul tort est d'être un peu à l'étroit : sa superficie n'est, en effet, que de 24800 mètres carrés, dont 9293 sont bâtis. La façade donne sur une grande place et est formée par un bâtiment à deux étages renfermant les bureaux, le logement du directeur, la pharmacie, etc. L'entrée est au centre et donne dans une cour, sur les côtés de laquelle s'échelonnent à droite et à gauche cinq pavillons. Au fond est un pavillon pour la cuisine et la buanderie, un pavillon d'hydrothérapie, le pavillon des machines, le petit institut anatomo-pathologique traditionnel. La cour, malheureusement, n'est pas libre et est occupée en partie par le pavillon d'opérations et le pavillon de diphthérie.

Tous les pavillons sont construits sur le même modèle : ils comprennent un sous-sol, un rez-de-chaussée, un premier et un second. Le rez-de-chaussée et le premier sont destinés aux malades, le second au personnel. A chaque étage même disposition. L'entrée donne dans un corridor; à droite l'escalier, à gauche un ascenseur descendant jusque dans le sous-sol. Puis, à gauche, une petite cuisine et une petite salle contenant un stérilisateur destiné à stériliser tous les objets à pansement; en face, un cabinet de débarras. Plus loin et de chaque côté, une chambre d'isolement de un ou deux lits. On entre ensuite dans la salle dont le sol est en mosaïque : le plafond est très élevé et sept grandes fenêtres donnent de chaque côté de la lumière en abondance. L'aération est parfaite; de même le chauffage qui est à l'eau chaude. Au fond de la salle et en face un petit escalier de dégagement; à droite, une salle affectée à des usages divers, mais servant ordinairement de salle de jeu; à gauche, des water-closets et une salle de bains renfermant trois baignoires dont une roulante, puis un lavabo. Chaque salle contient 32 lits et les malades ne sont pas entassés. Au milieu, dans les salles de chirurgie, est un lit pour pansement, une vitrine, une table roulante, des cuvettes sur trépieds, munis également de roulettes. On remarque l'éclairage électrique et des appareils téléphoniques à chaque étage.

Tous les pavillons communiquent entre eux par les souterrains qui sont très bien éclairés : nous avons vu que l'ascenseur descendait jusque dans le sous-sol et voici le grand avantage qui en résulte. Quand un malade meurt, le lit et le cadavre sont descendus par l'ascenseur jusque dans le souterrain : de là le cadavre est conduit à la salle d'autopsie et le lit au pavillon de désinfection, sans que personne s'en aperçoive. Les précautions prises pour éviter aux malades tout spectacle peu agréable vont encore plus loin. Dès qu'un malade entre en agonie, il est transporté dans une des petites salles d'isolement que nous avons signalées à chaque étage. Point n'est besoin de le changer de son lit; on glisse simplement sous ce dernier un petit chariot qui, par un système de déclanchement, le soulève; le tout est alors roulé sans bruit dans la petite chambre et de là dans l'ascenseur. C'est encore par les souterrains que se font les passages de malades d'un pavillon à l'autre, etc.

Il existe deux pavillons d'isolement pour la scarlatine et la rougeole : un pour les hommes, un pour les femmes. Dans chacun d'eux sont deux divisions complètement séparées.

Le pavillon d'hydrothérapie contient une salle de douches, des chambres à air chaud, une chambre pour bains de vapeur et une salle de repos où les malades doivent rester une heure. Des autres pavillons du fond de l'hôpital, je ne dirai rien, leur installation étant parfaite et ressemblant à celle de Moabit ou de Friedrichshain. A noter seulement qu'il existe un assistant à demeure à la tête du service des autopsies.

La cour est occupée, avons-nous vu, par le pavillon de diphthérie et le pavillon d'opérations. Le premier n'a qu'un rez-de-chaussée. A droite, une salle pour les malades en pleine évolution; à gauche, une autre pour les convalescents. Attenant à la première, une petite salle d'opérations. Il faut remarquer qu'à chaque lit est un pulvérisateur qui peut être actionné de suite, grâce à la canalisation de vapeur d'eau qui existe partout.

Le pavillon d'opérations est en face de la porte d'entrée. Il comprend un rez-de-chaussée et un premier. La porte donne dans un corridor : à droite et à gauche deux grandes salles d'attente; plus loin, à gauche, le vestiaire et l'escalier; en face, une petite salle servant de spéculum. La salle d'opérations elle-même est fort bien installée : de forme semi-circulaire, elle mesure environ 6 mètres sur 7 et reçoit du jour latéralement et par en haut. Le sol est en mosaïque. Comme lit d'opérations, des tables de Körte. De chaque côté, deux petits diverticules, dont l'un sert de vestiaire au chirurgien et l'autre renferme la vitrine et les objets à pansements. Ici encore l'asepsie tend à remplacer l'antisepsie.

Cet hôpital, fort remarquable, a coûté 3100000 marks et contient 560 lits. Le personnel médical comprend un chirurgien, le docteur Körte; un médecin, le docteur professeur Frænkel, et huit assistants. Inutile de répéter que les services sont fermés ici comme partout.

XI

Au nord de Berlin, presque en pleine campagne, a été édifié dans ces derniers temps un hôpital d'enfants qui, du nom de ses principaux fondateurs, s'appelle « hôpital de l'Empereur et de l'Impératrice Frédéric ». C'est encore un hôpital modèle et sa description sera peut-être de quelque intérêt. Il comprend plusieurs pavillons. En face de la porte d'entrée est un premier bâtiment, dont le rez-de-chaussée comprend la policlinique. A gauche, une première salle dans laquelle sont examinés les enfants dès leur arrivée. Ce premier examen, qui est sommaire, est destiné à les classer. Tout à côté, en effet, sont une chambre pour les enfants atteints de diphthérie, une deuxième pour les scarlatineux, une autre pour les rubéoliques et, enfin, une dernière commune à ceux qui ne présentent pas de maladie infectieuse.

Attenant à la policlinique se trouve une petite salle d'opérations, remarquablement propre et claire, destinée aux opérations courantes.

Au-dessus de la policlinique, disons-le de suite, est la salle d'isolement pour les enfants atteints de rougeole.

Les enfants, ainsi triés dès leur entrée, sont dirigés soit dans la salle de rougeole dont nous venons de parler, soit dans un des trois pavillons qui constituent l'hôpital proprement dit.

Le pavillon principal, dans lequel ne se trouvent que les maladies non contagieuses, comprend deux étages : un entresol et un premier, plus un deuxième destiné au personnel. A l'entresol se trouve le service chirurgical et, au premier, le service médical. Tout le pavillon doit être consacré à la chirurgie, un pavillon spécial pour la médecine devant être construit. La disposition est la même aux deux étages : on y trouve deux salles de malades pouvant contenir de 14 à 20 lits, un grand vestibule ou salle servant à la fois de parloir, de vestiaire, de salle de récréation, plusieurs petites salles de 1 ou 2 lits et une salle de bains : aux deux extrémités du pavillon, deux sortes de vérandas où peuvent aller les convalescents quand il fait beau.

Enfin, au rez-de-chaussée, est une salle d'opérations d'une clarté et d'une propreté irréprochables : lui est attenante une petite pièce contenant les appareils.

Partout le sol est en mosaïque et le chauffage se fait à la vapeur d'eau.

Bien plus remarquables sont les pavillons d'isolement pour la diphthérie et la scarlatine : ils sont tous deux construits à peu près sur le même modèle et je ne décrirai que le dernier.

C'est un pavillon comprenant une entrée ou vestibule et des salles de malades. Le vestibule a un premier, la partie qui contient les salles n'a qu'un rez-de-chaussée.

Il faut noter de suite que le pavillon est absolument fermé : les parents des enfants n'y pénètrent jamais et tout visiteur revêt une blouse à son arrivée. A gauche de l'entrée est une série de petites pièces, dont la première est un bureau pour l'inscription des enfants. Vient ensuite un lavabo et une salle de bains, puis un cabinet où se trouvent des blouses. Le visiteur, qui voudrait se désinfecter parfaitement avant de sortir, pourrait facilement s'offrir ce luxe ici. A droite de l'entrée est une petite cuisine et un guichet destiné à recevoir les aliments que l'on apporte de la cuisine de l'hôpital. A côté, une trémie : on y jette tout le linge sale qui est reçu dans le sous-sol et aussitôt désinfecté au sublimé. Au premier est le logement du personnel, qui comprend trois sœurs et une infirmière et n'a jamais de relation avec celui des autres pavillons. Sur le même palier une petite salle d'opérations.

La partie du pavillon qui comprend les salles de malades n'a qu'un rez-de-chaussée. Au centre un corridor et de chaque côté plusieurs salles : il existe une salle pour les scarlatineux simples, une salle pour les scarlatines compliquées de diphthérie, une autre pour les scarlatines compliquées de phlegmon, abcès, etc., une pour les convalescents et, enfin, une salle de jeu. A l'extrémité du corridor un très grand balcon. Le sol est partout en mosaïque et les angles des salles et du corridor sont arrondis. Le chauffage est à la vapeur d'eau. Chaque pavillon contient 50 lits. Un assistant en a la direction et est logé à l'entrée du pavillon.

Des différents autres pavillons nécessaires au fonctionnement de l'hôpital, je ne mentionnerai que le pavillon d'autopsie. Selon la règle, il contient, avec la salle des morts et la chapelle, une petite salle d'autopsie avec une table. Au premier sont trois petits laboratoires destinés l'un à l'histologie, l'autre à la bactériologie et un troisième à la chimie. Ils sont petits, mais fort bien installés.

XII

Les conclusions, auxquelles m'amène cette étude trop détaillée peut-être des cliniques et des hôpitaux de Berlin, n'ont point le mérite de la nouveauté. Des volumes ont été écrits sur notre organisation médicale, dans lesquels on n'a qu'à puiser pour y trouver énoncées toutes les réformes. Leur publication n'a, du reste, amené aucun changement.

Le principe de la visite au lit du malade et de l'ouverture large et gratuite de tous nos hôpitaux d'une part, le système des petits services d'autre part, assurent à l'enseignement clinique français une supériorité incontestable. Mais pour rendre plus profitable à l'étudiant le séjour qu'il fait tous les matins dans les salles, il est nécessaire d'instituer des cours où lui seraient enseignés les rudiments de la clinique. La création de cours d'auscultation et de percussion, d'analyse des urines, du suc gastrique, etc., rendrait d'immenses services ; non moins utiles seraient en chirurgie des cours de pansements, de bandages, d'orthopédie, de massage, etc. Ces cours pourraient être semestriels, faits une fois par semaine et donnés soit par les chefs, soit par les internes. Ils doivent être gratuits.

Une autre réforme, qui ne grèverait aucun budget serait de supprimer certains cours, faits à la Faculté, et de les remplacer par des cliniques faites à l'hôpital. Il faudrait enfin poser en principe que les cliniques de *tous les professeurs* doivent être faites l'après-midi et à des heures différentes, depuis une heure jusqu'à sept heures. Ainsi, l'étudiant pourrait aller dans un service le matin et suivre des cliniques le soir.

Enfin, plus utile encore serait l'institution des cours de vacances : pendant un mois, deux fois par an, de préférence en avril et en octobre, les professeurs, les chefs de service et les internes auraient le droit de donner des conférences payantes spécialement à l'usage des jeunes docteurs. L'annonce de ces cours serait publiée par les soins de la Faculté dans une brochure spéciale, dont le prix de vente couvrirait certainement les frais d'impression. Ces cours ont une grande vogue à Vienne et à Berlin : ils ont l'avantage, qui n'est pas commun, d'être utiles à tout le monde : les jeunes docteurs s'y instruisent et les professeurs s'y font une réputation égale à leur mérite en même temps qu'ils y trouvent leur intérêt.

L'organisation de nos hôpitaux pèche aussi par les détails. Nous n'avons qu'à nous féliciter de la division des services, dont tout le monde profite, y compris le malade. Mais le médecin le plus dévoué ne peut tout faire à lui seul et, malheureusement chez nous, il est fort mal secondé. Le personnel est presque partout insuffisant : de plus, il n'est pas instruit et n'a pas un rôle bien déterminé. C'est surtout en chirurgie qu'apparaissent tous les inconvénients de ce système : nous avons des salles d'opérations et personne n'y est spécialement attaché. Souvent il n'y a pas de vitrine, et quand il y en a une, le chef de service a une telle confiance en ses instruments qu'il fait mander le fabricant pour chaque opération sérieuse : c'est ce qui se passe à Saint-Louis, à Lariboisière, par exemple. Voilà comment l'Administration comprend les économies !

Dans les salles, aux consultations, l'installation nécessaire à la bonne pratique, je ne dis pas de l'asepsie, mais de l'antisepsie, n'est faite à peu près nulle part. Ce serait pourtant chose facile et peu coûteuse, mais la routine !

Sans insister, je dirai que la lingerie est partout insuffisante.

Tout en livrant ces quelques remarques à la méditation de nos directeurs d'hôpitaux, je me permets de recommander à nos architectes les salles d'autopsie d'Urban ou de Moabit. A voir nos amphithéâtres, on ne se croirait pas dans la patrie des Bichat et des Cruveilhier. Chaque hôpital devrait avoir un petit institut anatomo-pathologique avec un chef de laboratoire comme à Urban. Il faudrait aussi un petit institut chimique à la tête duquel on devrait mettre un pharmacien. Il existe par hôpital un fonctionnaire que personne ne connaît, qui coûte plus de 8 000 francs à l'Assistance publique, qui ne fait rien et ne sert à rien : c'est M. le pharmacien-chef. Si l'administration supprimait cette fonction, si elle donnait ces 8 000 francs à deux jeunes pharmaciens nommés sur de bonnes épreuves de chimie, si elle leur confiait un laboratoire bien agencé, elle rendrait service à ceux qui veulent travailler et faciliterait aux médecins bien des

études qu'ils ne peuvent entreprendre. Mais comme cela est simple, pratique et utile, le vieil ordre de choses persistera longtemps encore.

J'en aurai fini avec mes desiderata en demandant l'installation d'appareils à désinfection dans tous nos hôpitaux et de stérilisateurs dans tous les services. Si on en trouve par ci par là, ce sont presque toujours de vieux modèles.

Peu à peu, sans doute, les grandes idées d'hygiène et de commodité qui ont présidé à la construction des nouveaux hôpitaux de Berlin feront leur petit chemin chez nous, mais encore ni les architectes, ni l'administration ne sont convaincus de l'inutilité complète des constructions monumentales. Le corps médical ne doit cesser de protester et de réclamer des hôpitaux où l'éclairage, l'aération et le chauffage tiennent la première place et où l'aménagement intérieur ne soit plus sacrifié à l'aspect extérieur. Il ne faut cesser d'opposer à l'Hôtel-Dieu, qui a coûté 45 millions, les nouveaux hôpitaux de Berlin dont le prix total ne dépasse guère 15 millions. Puissions-nous avoir, à notre tour, de simples baraques : les malades, la science et le budget y trouveraient leur compte.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour trois places de médecin des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Bourcy, Roger et Marfan. Toutes nos félicitations à nos collaborateurs dont les « Revues générales » ont été si appréciées de nos lecteurs.

— Par décret, en date du 23 mai 1892, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Nouet, Dellestable, Vailhe, Letard, Houet, Petiau et Poumier.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Nicolau-Barraqué, Andreux, Le Poil, Petit, Fayard, Toulze, Dupré, Blusson, Pennel, Delétang, Legendre, Barthe, Gilbert, Curtil, Durand, Fauconnier, Collin, Brullard et Lejars, chirurgien des hôpitaux.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Brunotte et Giraud.

— Le jeudi 23 juin 1892, à neuf heures du matin, s'ouvriront, devant la Faculté de médecine de Paris, les concours pour une place de chef de clinique médicale, deux places de chef de clinique chirurgicale, deux places de chef de clinique obstétricale, une place de chef de clinique titulaire et une place de chef de clinique adjoint des maladies des enfants.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— Par arrêté ministériel, en date du 23 mai 1892, un concours s'ouvrira le 24 novembre 1892, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Tours.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 29 mai 1892. Elle comprendra la visite du débouché du grand collecteur des égouts, de l'usine élévatoire de Clichy et des champs d'irrigation dans la presqu'île de Gennevilliers.

Départ par le train de huit heures trente, gare Saint-Lazare, pour la station de Clichy-Levallois.

— *Chemin de fer d'Orléans.* — Voyage d'excursion aux plages de la Bretagne.

Du 1er mai au 31 octobre, il est délivré des billets de voyage d'excursion aux plages de Bretagne, *à prix réduits*, et comportant le parcours ci-après :

Le Croisic, Guérande, Saint-Nazaire, Savenay, Questembert, Ploërmel, Vannes, Auray, Pontivy, Quiberon, Lorient, Quimperlé, Rosporden, Concarneau, Quimper, Douarnenez, Pont-l'Abbé, Châteaulin.

Durée : **30 JOURS.** Prix des billets (aller et retour) : 1re classe, **45** francs ; 2e classe, **36** francs.

Avis. Ces billets comportent la faculté d'arrêt à tous les points du parcours, tant à l'aller qu'au retour. Le voyage peut être commencé à l'un quelconque des points du parcours.

La durée de validité peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes de dix jours, moyennant paiement, avant l'expiration de la durée primitive ou prolongée, d'un supplément de 10 p. 100, du prix des billets.

Les voyageurs partant d'un point situé en dehors de l'itinéraire ci-dessus ont à leur disposition, soit les billets de bains de mer, réduits de 40 p. 100 en 1re classe, de 35 p. 100 en 2e classe et de 30 p. 100 en 3e classe, délivrés à toutes les gares du réseau, pour les plages de la Bretagne, dénommées au tarif G. V. n° 6 et situées à 250 kilomètres au moins du point de départ, soit, lorsque la gare de départ est éloignée de moins de 250 kilomètres, des billets de parcours supplémentaires comportant les réductions prévues par le tarif G. V. n° 2, permettant d'aller rejoindre l'itinéraire du billet d'excursion.

Chemin de fer d'Orléans. — Excursions en Touraine, aux châteaux des bords de la Loire et aux stations balnéaires de la ligne de Saint-Nazaire au Croisic et à Guérande.

PREMIER ITINÉRAIRE : 1re classe, **86** francs ; 2e classe, **63** francs. Durée : **30 JOURS.**

Paris, Orléans, Blois, Amboise, Tours, Chenonceaux et retour à Tours, Loches et retour à Tours, Langeais, Saumur, Angers, Nantes, Saint-Nazaire, Le Croisic, Guérande et retour à Paris, *vià* Blois ou Vendôme, ou par Angers, *vià* Chartres sans arrêt sur le réseau de l'Ouest.

Nota. Le trajet entre Nantes et Saint-Nazaire peut être effectué, sans supplément de prix, soit à l'aller, soit au retour, dans les bateaux de la Compagnie de la Basse-Loire.

La durée de validité de ces billets peut être prolongée une, deux ou trois périodes de dix jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 p. 100 du prix du billet.

DEUXIÈME ITINÉRAIRE : 1re classe, **54** francs ; 2e classe, **41** francs. Durée : **15 JOURS.**

Paris, Orléans, Blois, Amboise, Tours, Chenonceaux et retour à Tours, Loches et retour à Tours, Langeais et retour à Paris, *vià* Blois ou Vendôme.

En outre, il est délivré à toutes les gares du réseau d'Orléans, des billets aller et retour comportant les réductions prévues au tarif spécial G. V. n° 2 pour des points situés sur l'itinéraire à parcourir, et *vice versâ.*

Ces billets sont délivrés toute l'année : à Paris, à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz) et aux bureaux succursales de la Compagnie et à toutes les gares et stations du réseau d'Orléans, pourvu que la demande en soit faite au moins trois jours à l'avance.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 63. — MARDI 31 MAI 1892. 65e ANNÉE. MARDI 31 MAI 1892. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 30 mai 1892.

Il est dit que cette année les concours d'agrégation ne se passeront pas sans encombres. Le concours d'agrégation d'anatomie n'était pas commencé, qu'un incident surgissait avant même que le jury ne fût définitivement constitué.

Jusqu'ici nous vivions dans cette idée que les candidats avaient, vis-à-vis des membres du jury, un droit de récusation, sans doute limité à des cas spéciaux, mais cependant incontestable. Ce droit, à vrai dire, trouvait rarement l'occasion de s'exercer, et il ne serait jamais venu à l'esprit de qui que ce soit qu'un candidat pût récuser un juge, par simple caprice, ou sur une accusation qui ne fût pas solidement légitime. Dans tous les concours, il y a toujours eu des candidats qui « avaient leur jury » et d'autres qui « ne l'avaient pas ». Jamais ces derniers n'ont protesté, bien qu'ils connussent, à peu près à coup sûr, les sentiments parfois mal dissimulés de certains juges dont la discrétion n'avait pas été suffisante et qui n'avaient pas su cacher leur préférence marquée pour tel ou tel candidat. Le candidat, dans ce cas, maugréait et maudissait tout bas les juges qu'un hasard malheureux lui avait assignés.

Mais enfin, il est certains cas où le droit de récusation ne saurait être refusé aux candidats. Le bruit court que, cette année, un des juges du concours d'anatomie et l'un des candidats étaient en état d'antipathie réciproque, bien avéré; l'on dit même que, bien avant le concours, les choses avaient été poussées à tel point, que des voies de fait avaient eu lieu. Nous ne savons, évidemment, qui, dans cette querelle, avait tort ou qui avait raison, mais il n'en reste pas moins établi qu'un des juges avait eu avec un candidat une altercation des plus graves.

Le jour de l'ouverture du concours, le candidat crut devoir faire connaître les faits et demander la récusation d'un juge dont l'impartialité à son égard pouvait être soupçonnée. Tout le monde pouvait croire qu'il serait fait droit à la réclamation du candidat. Il n'en fut rien. Le président du jury donna lecture d'une lettre qu'il venait de recevoir du Ministre, lettre dans laquelle le seul droit de récusation, reconnu au candidat, ne pouvait s'exercer qu'à l'occasion de certains cas de parenté entre candidats et juges. Tous les autres motifs de récusation n'étaient pas acceptés. Dans ces conditions, le candidat n'avait qu'à se retirer du concours et c'est ce qu'il fit.

Nous ne voulons pas apprécier le cas particulier, il nous manque peut-être certains détails indispensables à connaître pour établir exactement les faits, mais il en résulte ceci, c'est qu'à l'heure actuelle, au moment où il serait plus indispensable que jamais de ne plus laisser suspecter l'impartialité d'un jury, il semble qu'on ne veuille pas manquer l'occasion de répéter aux candidats qu'ils ne sont rien devant la toute-puissance des juges, qui tranchent et qui rognent, suivant leur bon plaisir, qui se mettent en dehors de tous les usages, sinon de toutes les lois, et que le malheureux candidat se trouve privé du peu de droits que jusqu'ici on lui avait reconnus. C'est jouer là un jeu dangereux, c'est exciter un mécontentement qui, déjà, a quelque peine à se maintenir latent. Un de nos vieux maîtres, qui nous contait ces choses, se demandait pourquoi le juge ne s'était pas récusé lui-même ? C'eût été, avouons-le, pour la circulaire ministérielle une leçon méritée.

M. Chantemesse a communiqué, à la Société médicale des hôpitaux (27 mai), le résultat de ses recherches cliniques et expérimentales sur l'emploi de la méthode de M. Fochier, dans le traitement de la pneumonie. Cette méthode, on le sait, consiste à pratiquer aux quatre membres des injections hypodermiques d'essence de térébenthine. Les huit observations qu'il rapporte ne lui ont donné que des résultats négatifs; il se demande même, d'après les phénomènes cliniques observés, si l'injection, extrêmement douloureuse, n'a pas été, dans certains cas, plus nuisible qu'utile. Ses recherches expérimentales sur des lapins ne l'ont pas amené à des résultats plus encourageants ; il en arrive donc à une appréciation pessimiste du rôle de cette méthode dans le traitement de la pneumonie, malgré les observations favorables de MM. Lépine, Dieulafoy et Gingeot. Il n'a, déclare-t-il, répondant à une observation de M. Laveran, nullement l'intention de faire le procès de la révulsion considérée en général.

Rien de difficile comme le jugement en matière de thérapeutique, rien de difficile comme de décider dans quelle mesure l'intervention médicale est venue modifier la marche naturelle des choses. Lorsqu'on en arrive à la période critique de la pneumonie, on voit de véritables résurrections. Le soir, le malade paraît irrémédiablement perdu,

le lendemain, la défervescence s'est faite, il est sauvé. Il a trouvé quelquefois moyen de résister à la maladie et à une thérapeutique démesurément agressive. Évidemment, les faits connus ne suffisent pas pour passer définitivement condamnation sur la méthode des injections de térébenthine dans la pneumonie, mais ils ne sont guère encourageants, il faut bien l'avouer.

M. Josias a, dans vingt-quatre cas, recherché dans le sang d'enfants atteints de rougeole, le bacille récemment décrit par Canon et considéré par lui comme pathogène. Cependant il a suivi à la lettre les indications de technique données par l'auteur étranger. Les recherches entreprises par M. Laveran, au Val-de-Grâce, ont été également négatives. Décidément, les fièvres éruptives ne veulent pas livrer le secret de leur pathogénie !

Chez un malade qui avait présenté tout d'abord des phénomènes de grippe, M. Le Gendre a vu successivement se produire de la néphrite, de l'endo-péricardite avec épanchement péricardique, de la congestion pulmonaire, de la pleurésie, et, enfin, de la phlébite crurale. Cela se passait l'hiver dernier, alors que l'épidémie de grippe battait son plein. M. Rendu se demande s'il n'y a pas, depuis quelque temps, un retour offensif de cette maladie épidémique. On le croirait à en juger par le nombre des pneumonies observées. Un de ses malades a présenté, à la suite d'une pneumonie, de l'ictère, de l'albuminurie, du pseudo-rhumatisme infectieux. Un jeune homme, actuellement observé par M. Joffroy, a reproduit trait pour trait, à la phlébite près, tout le complexus pathologique observé par M. Le Gendre chez son malade.

Contribution à l'étude du traitement de la pleurésie dont s'occupe actuellement l'Académie : chez un malade de M. Antony, on pratique quatre ponctions successives ; le liquide est séreux. Surviennent des accidents infectieux, on fait la pleurotomie, et le malade meurt. La plèvre était très épaissie et, à la base du poumon, se trouvaient, à côté de loges remplies de sérosité, des loges plus petites remplies de pus. Lésions tuberculeuses manifestes de la plèvre et du poumon. Il eût fallu, déclare M. Antony, agir comme dans les abcès froids et faire le curetage de la plèvre. L'idée est certainement logique, peut-être tendra-t-elle à entrer dans la pratique, mais on se heurtera, à notre sens, à de graves difficultés de diagnostic et d'exécution opératoire.

ASILE SAINTE-ANNE. — M. Bouchereau.

Hallucinations unilatérales chez une femme ayant une lésion circonscrite du cerveau.

Par M. le docteur Édouard Toulouse,
Médecin-adjoint des asiles de la Seine.

Les hallucinations unilatérales sont un symptôme assez rarement observé en aliénation mentale. Aussi croyons-nous devoir rapporter l'observation qui suit, et qui, comme on le verra, présente plusieurs points intéressants. La malade, dont nous allons donner l'histoire, est dans le service de M. le docteur Bouchereau, à l'asile Sainte-Anne.

B... (Eugénie), quarante-quatre ans.

Peu de renseignements sur l'hérédité de cette malade. Le père est vivant, sobre. La mère serait morte, à vingt-sept ans, de tuberculose pulmonaire (?).

Les antécédents morbides de la malade, pour la première partie de sa vie, ne sont pas non plus très connus. Elle dit qu'elle n'a jamais eu de maladies graves dans sa jeunesse. Mariée à vingt-cinq ans, avec un marchand de vin. Une seule grossesse ayant abouti à l'accouchement d'un enfant mort-né. Pas de syphilis. A d'abord été blanchisseuse ; puis, après son mariage, a aidé son mari dans le commerce des vins.

C'est depuis son mariage qu'elle a commencé à faire quelques excès de boissons, consistant en vin et en diverses liqueurs, prises après le repas.

Vers l'âge de trente ans environ, elle aurait commencé à avoir des accidents dus à l'alcoolisme chronique. Le sommeil était troublé par des rêves à caractère pénible ; elle voyait des animaux, tombait dans des précipices. Fourmillements dans les jambes. Pituite matinale.

Il y a dix ans environ, c'est-à-dire vers l'âge de trente-quatre ans, elle a commencé à avoir des attaques épileptiformes, dont les caractères se seraient peu modifiés jusqu'à aujourd'hui. L'aura consiste en des secousses dans le bras et la jambe gauche. Elle a des sifflements dans l'oreille gauche ; le cœur bat violemment, et la perte de connaissance survient. Ces crises ont toujours été plus fréquentes la nuit. Les convulsions ont toujours prédominé, au début de l'accès, dans le côté gauche du corps. Parfois, la malade se mord la langue et urine au lit après la crise, qui est de courte durée, quelques minutes à peine. Enfin le bromure de potassium a toujours eu une influence sur ces attaques, qu'il tend à éloigner.

A peu près à la même époque, la malade a eu des hallucinations de l'ouïe, qu'elle a toujours rapportées à l'oreille gauche. Sur ce point, elle est très précise. Les voix lui parlent à gauche, jamais à droite. Elles lui disent : « On va te faire du mal... Méfie-toi... Il faut quitter ton mari... » Parfois ce sont des insultes telles que : « Cochonne ! coquine ! Tu fais la noce... Tu cours le soir, etc... » Ces hallucinations de l'ouïe tendent à devenir aujourd'hui moins nombreuses. C'est le soir surtout, quand elle va dormir, qu'elle en est importunée.

Outre ces hallucinations de l'ouïe, elle aurait eu aussi des hallucinations de la vue, rapportées à l'œil gauche. Mais là-dessus, elle est moins précise et ses explications n'entraînent pas la conviction comme pour les autres. Ces visions consistaient en des fantômes, des formes blanches, mobiles, qui apparaissaient le soir, au pied de son lit. En ce moment, les hallucinations de la vue ont presque disparu.

Ces divers symptômes ont continué ainsi, sans grand changement. La malade a remarqué, dans ces derniers temps, que sa mémoire baissait, et qu'elle ne pouvait pas s'appliquer à un travail de quelque durée. Il ne paraît pas y avoir eu d'état délirant bien intense, car jamais, jusqu'à l'année dernière, son entourage n'avait songé à la placer dans un asile d'aliénés.

Au commencement de l'année dernière, après une attaque, la malade s'est trouvée paralysée du côté gauche. Elle ne pouvait parler qu'avec la plus grande difficulté. A-t-elle eu de l'aphasie motrice ? Elle put cependant peu à peu recouvrer, en partie, l'usage de ses membres et de la parole, bien que maintenant encore, comme on le verra tout à l'heure, il subsiste un degré notable d'hémiparésie. C'est après cette attaque d'hémiplégie qu'elle remarqua qu'elle était devenue presque sourde et aveugle du côté gauche.

Dans ce premier semestre de 1891, elle fit quelques excès de morphine, pour des douleurs abdominales, occasionnées par une tumeur fibreuse probablement de l'utérus, dont on l'opéra en octobre de la même année. Ajoutons que, depuis cette opération, elle n'a plus été réglée.

Elle entra à l'asile Sainte-Anne, le 6 août 1891. Son mari l'avait fait séquestrer, surtout pour son état mental notablement affaibli et son hémiplégie incomplète qui la rendait inapte à tout travail.

Elle sortit en octobre pour subir l'opération dont nous avons parlé et revint à l'asile peu après, dans un état qui n'était pas sensiblement différent de celui qu'elle présente aujourd'hui.

Au point de vue psychique, la malade a l'état mental des malades qui ont des lésions en foyer du cerveau. La mémoire est paresseuse, surtout pour les faits récents. Il y a un affaiblissement considérable de toutes les autres facultés intellectuelles. Cependant cet état à tendance démentielle ne l'empêche pas de donner des renseignements assez précis sur les symptômes divers qu'elle présente. Très émotive, il lui arrive souvent de pleurer en parlant de son mari. Elle se trouve bien à Sainte-Anne et ne désire guère en sortir.

Les hallucinations de l'ouïe surviennent encore de temps à autre, surtout le soir. Elle les localise toujours à gauche, d'une façon tellement nette qu'il ne peut y avoir de doute sur ce point. Comme nous l'avons dit, les hallucinations de la vue sont très rares et se réduisent à quelques illusions nocturnes, de peu d'importance.

Les attaques épileptiformes surviennent assez fréquemment et ont les caractères que nous avons décrits plus haut. Les convulsions débutent dans le côté gauche et ne se généralisent pas d'ordinaire. Voici maintenant l'état de ses divers appareils, et notamment neuro-sensoriel; c'est un des côtés les plus intéressants de cette observation.

L'hémiparésie gauche est assez accentuée. La malade traîne la jambe en marchant; la main gauche marque, au dynamomètre, six divisions, alors que la main droite en marque vingt-deux. Les traits de la face sont tombants à gauche; du même côté, la commissure labiale ne peut être tirée en dehors. La langue est un peu déviée à gauche. Les paupières, surtout la gauche, sont ordinairement abaissées. Pas de contractures, ni d'atrophie. Pas de contractions fibrillaires.

L'étude de la sensibilité fournit des renseignements intéressants. A droite, les diverses formes sont normales.

Côté gauche : La sensibilité au tact est presque abolie. Il est très difficile, on pourrait dire impossible, à la malade de dire en quel point on la touche, même quand on exerce une forte pression. Elle ne peut donc situer ses sensations; en outre, il paraît y avoir un retard dans la perception. Cette hémi-anesthésie s'étend exactement jusqu'à la ligne médiane de tout le corps; elle est égale dans tous les points. Elle atteint les muqueuses aussi bien que la peau. On peut toucher la conjonctive et le voile du palais, sans déterminer de clignement ou de mouvements de déglutition. Il n'y a pas de zones d'hyperesthésie. La sensibilité à la douleur est à peu près nulle du même côté. La sensibilité à la chaleur est aussi abolie. Quand on applique sur le côté gauche de la malade le thermomètre esthésiomètre chauffé à 40 et 50 degrés, elle accuse une sensation de contact, tandis que, à droite, la même expérience éveille une perception de chaleur très nette et très désagréable.

Le sens musculaire est très obtus, toujours dans le côté gauche. La malade ne peut dire lequel de ses doigts on fléchit et on étend, quelle position on fait prendre à sa main, à son avant-bras, à son bras, ou à tout autre segment de son membre inférieur.

Je dis à la malade, qui a les yeux bandés, de mettre un de ses doigts gauches dans son oreille gauche et après dans son oreille droite. Elle tâtonne beaucoup et, le plus souvent, n'arrive pas à exécuter cette manœuvre, qu'elle accomplit très rapidement, avec un doigt de sa main droite.

Les réflexes patellaires et anti-brachiaux sont abolis à gauche et paraissent l'être aussi à droite.

L'examen sensoriel indique une hémi-anesthésie spéciale des sens du côté gauche, alors que ceux du côté droit sont normaux.

La malade ne peut reconnaître la qualité bonne ou mauvaise de l'odeur de la menthe, de l'anis et de l'assa fœtida, quand on approche de sa narine gauche un flacon contenant une solution alcoolique de ces substances. Le même phénomène se produit pour le goût. La langue ne perçoit pas à gauche l'amertume de la quinine ou la saveur particulière du sucre.

Légère exophthalmie des deux yeux. Myosis double. Réflexe paresseux de la pupille à la lumière, surtout à gauche. Aucune paralysie musculaire.

Œil gauche : L'acuité visuelle est très diminuée.

Le champ visuel est rétréci surtout en haut et en dedans. Les couleurs sont très lentement et très difficilement reconnues, notamment le violet et le bleu. Les milieux de l'œil sont transparents. La papille est un peu blanchâtre.

Rien de spécial à noter pour l'œil droit.

L'examen de l'audition était des plus importants, étant donné les hallucinations unilatérales de l'ouïe. Aussi avons-nous eu recours à l'obligeance de M. le docteur Bonnier, chargé d'un service otologique à l'hôpital Cochin. Ce spécialiste nous a donné les renseignements suivants :

Oreille droite : tympan sclérosé, opaque; rétraction marquée; adhérence à la pyramide. Trompe non perméable. Ankylose des osselets. Diapason entendu à 50 centimètres. Le sifflet de Galton perçu normalement. Audition par la boîte cranienne affaiblie et latéralisée à droite, d'une façon très nette.

Oreille gauche : tympan sclérosé; opacité faible; rétraction peu prononcée. Trompe perméable. Diapason entendu à 5 centimètres. Sifflet de Galton : 10; la perception des sons aigus est très affaiblie.

Conclusions : sclérose double de l'oreille moyenne, plus prononcée à droite. En outre, lésion centrale de l'audition (siègeant dans l'oreille interne, le nerf auditif ou le centre cortical de l'audition? nous discuterons ce point tout à l'heure).

Il n'y a d'aphasie d'aucune sorte. La malade comprend ce qu'on lui dit, s'exprime correctement, lit et écrit.

La parole est un peu difficile. La malade parle comme les hémiplégiques, articulant d'une façon qui n'est pas très nette. Quand elle cause, il existe un certain tremblement des lèvres, mais nullement localisé à gauche, c'est-à-dire du côté parésié, comme l'a quelquefois noté Lwoff (1), chez les malades ayant une lésion circonscrite du cerveau.

Troubles vaso-moteurs plus accusés à gauche, où la moindre piqûre détermine une auréole rouge et aussi une petite hémorrhagie capillaire. Varicosités aux deux pommettes.

Rien au cœur à l'auscultation; le deuxième bruit de la base serait un peu éclatant. Athérome artériel, surtout sensible à l'exploration digitale de la radiale. Le tracé sphygmographique montre un plateau d'athérome; et le tracé gauche indique une pression sanguine bien moins forte que celle accusée par le tracé droit.

Emphysème pulmonaire.

Examen des urines : ni sucre, ni albumine.

Comme on le voit, l'observation de cette malade est très intéressante. D'après les symptômes que nous avons rapportés, on peut admettre qu'il s'agit là d'une lésion cérébrale en foyer. L'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle ne peut être rapportée à l'hystérie. En effet, l'épilepsie jacksonienne, l'affaiblissement des facultés intellectuelles, les antécédents alcooliques du sujet, l'athérome artériel, tous ces signes forment une physionomie générale bien connue, et qui n'appartient qu'aux organiques, aux malades ayant une lésion circonscrite du cerveau. On sait, d'autre part, que l'hémi-anesthésie générale et sensorielle de nature organique est en tous points semblable à celle des hystériques. M. Charcot l'a décrite sous le nom d'hémi-anesthésie cérébrale (2) : d'ailleurs le fait est aujourd'hui très connu. M. Magnan (3) a publié, en 1874, des observations d'alcooliques chroniques, atteints d'hémi-anesthésie générale et sensorielle. Notre malade est en cela semblable à ceux de M. Magnan.

---

(1) Lwoff. *Étude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau*, Th. de Paris, 1890.
(2) Charcot. *Localisations cérébrales*, p. 110.
(3) Magnan. *L'alcoolisme*, 1874, p. 215 et suiv.

Il est admis, aujourd'hui, depuis les autopsies de Turck, que la lésion de l'hémi-anesthésie cérébrale se trouve dans la région postérieure de la capsule interne, dans ce carrefour où sont réunies toutes les fibres sensitives et sensorielles allant à l'écorce cérébrale. Mais cette lésion est-elle la seule qui puisse donner lieu à l'hémi-anesthésie cérébrale? Une destruction assez étendue de l'écorce cérébrale, atteignant les centres corticaux de ces fibres centripètes, ne pourrait-elle pas produire aussi ce syndrome? On conçoit que théoriquement, étant donné nos connaissances actuelles des localisations cérébrales, une pareille pathogénie est douteuse, car les centres de sensibilité générale et les centres sensoriels paraissent disséminés sur une assez grande surface de l'hémisphère. Il faudrait donc admettre une lésion très étendue, peu réalisable en clinique. Cependant il existe des cas (1) où l'on a noté des hémi-anesthésies générales causées par des lésions de l'écorce; d'autre part, on connaît des faits (2) d'hémi-anesthésies sensorielles, limitées à un ou deux sens, et attribuables aussi à une lésion corticale. Glynn (3) a même observé une femme, qui avait présenté durant la vie de l'hémi-anesthésie sensorielle de l'œil, de l'oreille, du goût et de l'odorat, et sur laquelle l'autopsie montra, outre une névrite papillaire double, un abcès étendu, intéressant le lobe temporal. Enfin, Tomaschewsky et Simonowitsch (4) ont rapporté l'observation d'une femme, atteinte, à gauche, d'hémiplégie et d'hémi-anesthésie générale et sensorielle partielle (diminution de l'acuité auditive, contraction du champ visuel), et dont l'autopsie fit voir une lésion des deux circonvolutions ascendantes, de la première temporale, de la pariétale inférieure et du pli courbe droits. Tous ces faits prouvent la possibilité d'une lésion corticale étendue produisant une hémi-anesthésie générale et une hémi-anesthésie sensorielle intéressant plus ou moins tous les sens.

Toutefois, il n'y a pas encore de cas publiés d'hémi-anesthésie générale et sensorielle complète d'origine corticale. Aussi, étant donné le manque d'autopsie, nous ne pouvons rigoureusement admettre que notre malade ait une lésion corticale, bien que certains de ses troubles, tels que les convulsions épileptiformes et son état mental qui rappelle celui des individus dont l'écorce est atteinte, soient plutôt en faveur de cette hypothèse. Disons seulement qu'elle a une lésion en foyer du cerveau. Il est même possible qu'elle en ait deux : une corticale ancienne et une plus récente dans la capsule interne. Quelle peut être maintenant la relation entre les hallucinations unilatérales de l'ouïe de cette malade et sa lésion cérébrale? Nous ne voulons aujourd'hui que dire quelques mots sur les hallucinations unilatérales, nous réservant de publier prochainement ici, sur cette question, une Revue générale, entreprise à l'occasion de notre cas.

On sait que les hallucinations unilatérales, qui sont un symptôme peu fréquent en pathologie mentale, ont été jusqu'à présent rapportées pour la plupart à une lésion unilatérale de l'organe sensoriel périphérique. C'est l'opinion de

(1) M. Grasset (*Des localisations cérébrales*, 1880, p. 238) en rapporte quatre appartenant à MM. Charcot et Pitres et à M. Dreyfus.

(2) M. Grasset (ouvrage cité) en résume une dizaine.

(3) Glynn. *Brit. Med. Journ.*, 1878, p. 473, Obs. I.

(4) Thomaschewsky et Simonowitsch, d'après le *Neurol. Centralbl.*, 1889, p. 22.

MM. Régis (1), Ball (2), Pick (3), Souchon (4), Raggi (5) et Serpilli (6), qui ont publié des cas de ce genre. Mais d'autres observateurs, parmi lesquels M. Maisonneuve (7), Glynn (8), Tomaschewsky et Simonowitsch (9) et M. Lwoff (10), ont publié des observations de malades atteints d'hallucinations unilatérales coïncidant avec une lésion circonscrite du cerveau.

Pour nous, il nous paraît rationnel d'admettre que la lésion cérébrale, capsulaire ou corticale, de notre malade a déterminé, par l'irritation des fibres sensorielles de l'audition retentissant sur le centre sensoriel, ou par l'irritation directe de ce centre lui-même, le phénomène des hallucinations qui seraient l'analogue des convulsions épileptiformes déterminées par l'excitation de la zone motrice ou des fibres émanées d'elle. Les hallucinations sont survenues en même temps que les phénomènes moteurs, et il est légitime de rattacher ces deux ordres de symptômes au même processus pathologique.

Il est bien entendu que nous n'accordons à la lésion cérébrale que le rôle de cause occasionnelle; car il faut admettre, dans la genèse des hallucinations, un autre facteur, inconnu jusqu'à aujourd'hui, et que l'on personnifie dans l'idée assez métaphysique du terrain ou de la prédisposition névropathique. Car sans cela, on ne s'expliquerait pas pourquoi tous ceux qui ont des lésions cérébrales analogues ne délireraient pas ou n'auraient pas d'hallucinations.

Nous ne croyons pas que les lésions de l'oreille moyenne puissent être incriminées dans la production des hallucinations chez notre malade. Car, d'une part, ces dernières paraissent être plus anciennes que l'otite, et, d'autre part, la sclérose tympanique est encore plus accusée du côté droit, où il n'y a pas d'hallucination.

Il existe, en outre, du côté gauche, une lésion centrale de l'audition. En quel point siège-t-elle? On sait qu'il est actuellement très difficile, pour ne pas dire impossible, de déterminer rigoureusement dans ces cas quel est le lieu précis de la lésion, s'il est dans l'oreille interne, dans les fibres auditives ou dans le centre cortical de l'audition. Mais comme d'autres symptômes indiquent qu'il y a une lésion circonscrite du cerveau, on doit rapporter à celle-là la surdité gauche, qui fait partie de l'hémi-anesthésie générale et sensorielle, que nous avons attribuée à la lésion cérébrale en foyer. D'autre part, ce n'est point cette lésion centrale de l'audition qui pourrait être la cause, même occasionnelle, des hallucinations, puisque ces dernières sont bien antérieures à celle-là.

En résumé, l'hallucination unilatérale paraît bien être, dans ce cas, un symptôme ressortissant à la cause première de tous ces désordres moteurs, sensitifs et sensoriels, c'est-

(1) Régis. Des hallucinations unilatérales, *Encéphale*, 1881.

(2) Ball. *Ann. méd.-psychol.*, 1882.

(3) Pick, cité par Régis. Ouvrage cité.

(4) Souchon. Ueber einsertige Hallucinat., *Inaug. Dissert.*, Berlin 1870, p. 24.

(5) Raggi. Sur deux cas d'hallucinations unilatérales, anal. dans le *Neurol. Centralbl.*, 1889, nº 24, p. 116.

(6) Serpilli. Contribution à l'étude des hallucinations unilatérales, anal. dans le *Neurol. Centralbl.*, 1890, nº 21, p. 653.

(7) Maisonneuve. *Observations sur l'épilepsie*, 1805, p. 295.

(8) Glynn. Ouvrage cité.

(9) Thomaschewsky et Simonowitsch. Ouvrage cité.

(10) Lwoff. Ouvrage cité.

à-dire à la lésion cérébrale, qui, dans son évolution progressive, a déterminé, dans la moitié gauche de la malade, des attaques d'épilepsie jacksonienne, des phénomènes hallucinatoires, une hémiplégie et une hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 mai 1892. — Présidence de M. Chauvel.

COMMUNICATIONS

Névralgie du trijumeau. Résection du nerf maxillaire supérieur, du sous-orbitaire du nerf auriculo-temporal du ganglion sphéno-palatin. — M. CHALOT (de Toulouse) communique l'observation d'un homme de soixante-dix ans, atteint, depuis vingt ans, d'une névralgie du trijumeau ayant résisté à tous les traitements. M. Chalot pratiqua l'opération suivante :

1° Mise à nu du pinceau terminal du nerf sous-orbitaire, dont l'arrachement a lieu un peu plus tard ;

2° Excision du nerf maxillaire supérieur et du ganglion sphéno-palatin dans la fente ptérygo-maxillaire d'après le procédé de Lossen-H. Braun, ainsi modifié. Deux incisions, verticale et horizontale, ayant mis à nu l'os malaire, un segment de cet os est isolé et renversé en arrière et en bas, en fracturant l'arcade zygomatique, ce qui met à jour la fosse zygomato-maxillaire et permet de reconnaître, avec une sonde cannelée, la partie supérieure de la fente ptérygo-maxillaire.

Cette fente disséquée et l'artère maxillaire interne liée, le nerf maxillaire supérieur est chargé sur un crochet mousse, attiré en dehors et en avant, puis sectionné en avant et en arrière du ganglion; on arrache ensuite le segment nerveux ainsi délimité, et le lambeau ostéo-plastique est rabattu et suturé après hémostase de la cavité ;

3° Arrachement du nerf sous-orbitaire;

4° Résection du nerf dentaire inférieur et du nerf lingual. Pour cette résection, une trépanation du maxillaire a été faite à 1 centimètre et demi au-dessus de l'angle de la mâchoire, et à travers la perforation, les deux nerfs ont été chargés et partiellement réséqués ;

5° Résection du nerf auriculo-temporal.

Les suites de cette opération ont été régulières, et deux mois après, la névralgie n'avait pas reparu.

Cette intervention, qui s'ajoute aux trois cas de M. Segond et à quatorze autres faits semblables publiés à l'étranger, démontre que le procédé de Lossen-H. Braun est un procédé clinique simple et sûr, n'entraînant pas de trouble fonctionnel et méritant d'être substitué au procédé de Carnochon.

M. SEGOND, depuis les trois opérations qu'il a communiquées au Congrès de chirurgie, en a fait une quatrième d'après les mêmes règles opératoires.

Quant aux suites éloignées de ses quatre opérés, le premier a eu une récidive au bout d'un an et s'est suicidé. Le deuxième est resté guéri pendant quinze mois; quant au troisième et au quatrième, ils n'ont nullement souffert depuis une année; M. Segond en conclut que la guérison peut, du moins, être obtenue pendant une année après l'opération.

Kyste de l'ovaire pris pour une ascite. — M. MONOD communique l'observation d'une femme de quarante ans qui a été opérée, en mai 1891, dans son service, par M. Ricard, qui lui a pratiqué l'extirpation totale de l'utérus par le vagin, pour un cancer utérin. En septembre, cette malade commence à voir son ventre grossir. En octobre, elle vient trouver M. Monod qui constate une récidive intra-abdominale avec collection ascitique. Il pratique une ponction, extrait 14 à 15 litres d'un liquide épais. Ce liquide se reproduit. On pratique ainsi plusieurs ponctions. Le 31 octobre, M. Monod se décide à faire la laparotomie; il trouve, ainsi qu'il s'y attendait, des productions de mauvaise nature dans le petit bassin, productions impossibles à enlever. Il referme le ventre et l'on revient aux ponctions. Cette malade va consulter M. Terrier qui diagnostique un kyste de l'ovaire. Devant ce diagnostic de M. Terrier, M. Monod pratique une seconde laparotomie et trouve exactement les mêmes dispositions que la première fois, c'est-à-dire une grosse tumeur pelvienne en chou-fleur, inopérable. Il allait refermer le ventre lorsqu'il eut l'idée de se reporter aux lèvres de l'incision et de chercher à les dédoubler. Il s'aperçut alors qu'il était dans une vaste poche kystique dont les parois étaient accolées à celles de l'abdomen. Il arriva à séparer cette paroi kystique, à l'amener au dehors et à l'extraire après avoir pu former un pédicule très profond. Il s'agissait d'un kyste uniloculaire complètement confondu en avant avec la paroi abdominale.

DISCUSSION

M. BOUILLY a vu beaucoup de récidives de cancer dans la cavité abdominale après l'extirpation de l'utérus par le vagin; jamais, dans ces cas, il n'a rencontré d'ascite aussi considérable que la quantité de liquide extraite par M. Monod dans le cas dont il vient de parler.

M. TERRIER fait connaître les raisons sur lesquelles il s'est appuyé, dans le cas de M. Monod, pour diagnostiquer un kyste ovarique. Il est d'accord, avec M. Bouilly, sur l'absence d'ascite dans les cas de cancers utérins. En outre, il insiste sur la qualité du liquide extrait par les ponctions, qui était épais, visqueux, qui s'écoulait difficilement. Il y aurait avantage, dans ces cas de doute, à examiner le liquide, tant au point de vue chimique qu'au point de vue micrographique. Quoi qu'il en soit, ce liquide mucoïde, qu'on avait de la peine à faire sortir, ressemblait beaucoup plus à du liquide de kyste qu'à du liquide d'ascite.

M. Terrier ajoute qu'il lui est arrivé fréquemment de prendre du liquide kystique pour de l'ascite et réciproquement. Il y a donc des cas où il devient extrêmement difficile de faire cette distinction et, dans ces cas, l'examen direct du liquide, tant au point de vue chimique qu'au point de vue histologique, pourrait permettre d'éclairer le diagnostic.

M. POLAILLON cite un fait analogue à celui de M. Monod. Il s'agissait d'une jeune fille de vingt ans, tuberculeuse, entrant à l'hôpital avec un ventre extrêmement volumineux. Etait-ce de l'ascite, était-ce un kyste ? Lorsque le développement du ventre se fait dans la partie sus-ombilicale, c'est généralement de l'ascite, les kystes ovariques se développant, au contraire, dans la région sous-ombilicale; se basant sur ces données, M. Polaillon diagnostiqua une ascite et fit une ponction. Il retira un liquide brunâtre qui fut examiné chimiquement. Cet examen n'y révéla pas les caractères de la sérosité abdominale. M. Polaillon changea donc son diagnostic et crut à un kyste ovarique. La laparotomie montra, en effet, qu'il s'agissait bien d'un kyste, mais dont les parois étaient tellement adhérentes, surtout avec les parties profondes, à la face postérieure de l'abdomen, qu'il n'y avait pas à en tenter l'ablation. Il se décida à traiter ce kyste par suppuration. La malade est en voie de guérison.

M. ROUTIER rapporte l'observation d'une femme de quarante-trois ans, chez laquelle Courty et Spencer Wells diagnostiquèrent, il y a quinze ans, un fibrome utérin. Il y a quatre ans, cette femme, qui était étrangère, rentra en France; son ventre avait notablement grossi. Elle consulta un médecin qui fit une ponction et tira 25 litres de liquide. Elle subit ainsi plusieurs ponctions ; puis le médecin finit par lui pratiquer une injection iodée qui fut suivie d'une péritonite. Nouvelle injection iodée, nouvelle péritonite. Le ventre se remplissait chaque fois de nouveau et cette malade avait en outre des accès d'urémie. M. Routier pratiqua la laparotomie et se trouva en présence d'un cas extrêmement difficile, dans lequel il était impossible de savoir si on avait affaire à un kyste ou à une ascite. Il décolla aussi le péritoine, croyant décoller une poche kystique, et cette femme succomba

quelques heures après l'opération. Les péritonites déterminées par les injections iodées avaient rendu, dans ce cas, le diagnostic impossible, même le ventre ouvert.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que les erreurs de diagnostic entre le kyste ovarique et l'ascite sont beaucoup plus fréquentes qu'on le croit. Ces erreurs se commettent même le ventre étant ouvert et ce n'est souvent qu'à une période avancée de l'opération qu'il est possible de reconnaître exactement l'affection à laquelle on a affaire. On ne saurait trop insister sur la facilité qu'il y a à commettre ces erreurs de diagnostic.

PRÉSENTATIONS

Amputation tibio-tarsienne. — M. LECERF (de Valenciennes) présente un moulage de moignon d'amputation tibio-tarsienne (comm. M. Berger).

Appendicites. — M. JALAGUIER présente deux enfants qu'il a opérés d'appendicites, l'un, à froid, pour des appendicites à répétitions, l'autre en pleine péritonite purulente généralisée, consécutive à une appendicite perforante. Ces deux enfants sont complètement guéris.

Myxo-sarcome abdominal. — M. PEYROT présente une énorme tumeur, pesant 9k880 grammes, qu'il a extraite du ventre d'une malade. Il avait pris cette tumeur pour un kyste multiloculaire. Il dut faire une incision de 24 centimètres. Cette tumeur s'insérait dans l'épiploon gastro-hépatique. Il fallut réséquer cet épiploon. La malade va très bien.

M. TERRILLON rapproche de ce fait le lipome du mésentère qu'il a présenté à l'Académie et qui pesait 52 livres.

Ostéo-sarcome. — M. MARCHAND présente le sarcome du condyle interne du fémur, dont il a parlé dans la précédente séance; il rappelle que la tumeur s'était développée au cours d'une grossesse. La malade, depuis son amputation datant de deux années, est restée guérie.

M. QUÉNU n'attribue aucune influence pathogénique à la grossesse dans ces cas de tumeurs; elle ne peut avoir d'action que sur leur développement. Il est surpris de l'importance que l'on a accordée, au point de vue thérapeutique, à la nature histologique variable de ces néoplasmes; ce qui est important, ce ne sont pas les renseignements que donnent l'incision exploratrice et le microscope, mais l'état des parties voisines de la tumeur. De sa diffusion ou de son encapsulement dépend le choix de l'opération à entreprendre.

Kystes dermoïdes du plancher de la bouche. — M. QUÉNU montre deux kystes dermoïdes du plancher de la bouche, à l'occasion desquels il discute l'intervention par la voie buccale ou la voie sus-hyoïdienne.

M. DELORME en rapporte un exemple chez une jeune fille qu'il a opérée par cette dernière voie.

M. MARCHAND rappelle que certains kystes font plus de saillie par la bouche, ce qui contre-indique l'intervention sus-hyoïdienne.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

138. M. Pottier. De l'antéversion et de la rétroversion dentaire chez l'homme. — 139. M. Parisot. Essai thérapeutique sur l'héléline; son emploi contre la leucorrhée. — 140. M. Silvestre. Accidents observés pendant ou après les injections intra-utérines en obstétrique. — 141. M. Duvacher. Contribution à l'étude des épanchements chroniques de la plèvre. — 142. M. Quantin. Essai sur les maladies du cœur depuis Erasistrate jusqu'à Sénac. — 143. M. Ferreira. Contribution à l'étude clinique de la goutte saturnine. — 144. M. Aviraguet. La tuberculose chez les enfants. — 145. M. Roux. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections hypodermiques de solution concentrée d'huile créosotée. — 146. M. Delalande. Essai sur le pouls lent permanent et sa pathogénie. — 147. M. Renard. Contribution à l'étude des broncho-pneumonies infectieuses d'origine intestinale chez l'enfant. — 148. M. Gerson. Des procédés cliniques d'examen du lait des nourrices. — 149. M. Cochez. De la thérapeutique conservatrice dans les inflammations pelviennes. — 150. M. Trekaki. Du méat uretéral artificiel (greffe de l'uretère à la paroi latérale ou postérieure de l'abdomen). — 151. M. Achalme. Considérations pathogéniques et anatomiques sur l'érysipèle et ses complications. — 152. M. Damiens. De l'ichtyol en injections hypodermiques. — 153. M. Pargoire. De la menstruation en pathologie oculaire. — 154. M. Azalbert. Hémoglobinurie paroxystique *a frigore*. — 155. M. Michailowski. Étude clinique sur l'athétose double. — 156. M. Quignard. Du rhinosclérome. — 157. M. Labbé. Considérations cliniques sur les pneumonies des diabétiques. — 158. M. Raynaud. Troubles oculaires de la malaria. — 159. M. Bertrand. Contribution à l'étude de l'extirpation de l'astragale. — 160. M. Jouve. D'un traitement nouveau des hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta. — 161. M. Adler. De la laparotomie exploratrice d'urgence dans les traumatismes abdominaux. — 162. M. Dupuy. Des métrorrhagies essentielles ou idiopathiques. — 163. M. Rocquet. De la grossesse extra-utérine répétée chez la même femme. — 164. M. Lallier. De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie et les accidents infectieux des suites de couches. — 165. M. Bonnaud. Abcès froids des parois thoraciques. — 166. M. Macaigne. Étude sur le bacterium coli commune.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 mai 1892, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Kérébel, ancien médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décision ministérielle, en date du 28 mai 1892, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

M. le médecin principal de première classe E. Breton, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Richon, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Besançon (médecin-chef); — Barthélemy, nommé directeur du service de santé de la division de Constantine.

— Par arrêté ministériel, en date du 23 mai 1892, un concours s'ouvrira le 25 novembre 1892, à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Froustey (de Ponteux-les-Forges); Gronnier (de Guise); Lannegrâce, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier; Stanislas Pierre (d'Épinal).

— M. le docteur Ch. Mauriac reprendra, à l'hôpital du Midi, ses leçons sur la syphiligraphie, le samedi 4 juin, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

9

ANALYSE DE MAI DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de mai, a été faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1031.800
	gr.	
Beurre par litre	55.400	
Albumine	5.500	
Caséine	33.000	
Sucre de lait	49.400	
Sels	7.000	
Total des matières fixes	150.300	150.300
Eau		881.500

L'analyse des sels a donné par titre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.150
Acide sulfurique	0.128
Potasse	1.580
Soude	0.655
Chaux	1.802
Magnésie	0.161
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.524
Total	7.000

Prix : Dans les dépôts . . . 65 c. le litre.
— . . . 40 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile . . 70 c. le litre.
— . . . 45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. Nicolas, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

52

VICHY, SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS

GRANDE-GRILLE

HOPITAL

Avoir soin de désigner la source.

PASTILLES AUX SELS NATURELS

SAISON DES BAINS

DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

62

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boites fer blanc de 50 et 100g.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

20

VIN DE SECRETAN

au Quinquina, à l'Extrait fluide de Malt et aux Écorces d'Oranges amères.

Le seul vin de Quinquina ne constipant pas et n'irritant pas les voies intestinales.

Dépôt central : Secretan, 52, r. Decamps, Paris.

22

ÉLIXIR ET VIN DE J. BAIN

à la Coca du Pérou.

TONIQUE ET FORTIFIANT, LE PLUS PUISSANT RÉPARATEUR DES FORCES ÉPUISÉES.

Phie, 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

41

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

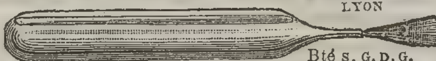
79

CHLORURE D'ÉTHYLE PUR

Anesthésique local du Prof.-Docteur Redard.

PRÉPARÉ PAR

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER
LYON



(Tube réduit au 5e de la grandeur naturelle.)

Innocuité absolue. — Anesthésie parfaite. Guérison des névralgies, sciatiques, etc.

DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES

Prix : **9 fr.** *la boîte de 10 tubes.*

Expéres : Fribourg et Hesse, 26, r. des Écoles, Paris.

72

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre ; 2° le catgut nos **1, 2, 3, 4, 1** fr. **25** le flacon ; 3° le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre ; 4° le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

23

(VOSGES) PLOMBIÈRES (VOSGES)

SAISON DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

Maladies du tube digestif.
Affections nerveuses et rhumatismales.
Maladies des femmes, Hydrothérapie.

Étuves romaines, Bains, Douches, Massage.

79

GUÉRISON DES FLUEURS BLANCHES

par les **OVULIDES GAUTHIER-ROBERT à la glycérine solidifiée.**

Gauthier, 121, rue de Turenne, Paris.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

39

SOLUTION DE BIPHOSPHATE DE CHAUX DES FRÈRES MARISTES

Employée avec succès pour combattre les *scrofules*, la *débilité générale*, le *ramollissement* et la *carie des os*, les *bronchites chroniques*, les *catarrhes invétérés*, la *phtisie*, surtout aux 1er et 2e degrés. — Notice fo. — 5f le litre, 3f le 1/2 litre.

Exiger les signatures L. Arsac et Fre Chrysogone.

Dépôts : Chez les Frères Maristes : à St-Paul-Trois-Châteaux (Drôme) ; à St-Genis-Laval (Rhône) ; à l'Hermitage, par St-Chamond (Loire) ; à Aubenas (Ardèche) ; à Beaucamps, près Lille (Nord) ; à Lacabane, par Terrasson (Dordogne) ; à Varennes-sur-Allier (Allier) et ds les phies. Remises par quantité.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

12

COMPRIMÉS DE VICHY DE FÉDIT

Sursaturés à l'eau des *Célestins*, *Grande-Grille*, *Hôpital*, *Saint-Yorre*, etc., ils donnent rapidement et à peu de frais des eaux analogues à celles desdites sources.

Un flac. de *96 Comprimés*, 2f. Dose, 3 pr un verre.

23, Avenue Victoria et Pharmacies.

72

ANTIPYRINE (CACHETS LIMOUSIN)

NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE ÉNERGIQUE.

4 à 6 cachets amènent un abaissement de température de 2 à 4 degrés 1/2.

L'étui de 20 cachets de 0,50cgr. . . . *5 fr.*
1/2 étui de 10 cachets . . . . *2 fr. 50*

Phien, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

23

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

au lactate de fer (5 centigr).

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

qui, par deux fois, à vingt ans d'intervalle, a reconnu leur supériorité sur tous les autres **ferrugineux.**

Dépôt : Labélonye et Cie, et toutes phies.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées* ; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

« La pepsine et la diastase, insolubles dans « l'alcool qui les précipite de leur dissolution « dans l'eau ou les y rend inactifs, ne doivent « pas être administrées dans un liquide alcoolique « (vin, élixir, etc.) » (Bouchardat.)

Les **Cachets Mourrut**, mélange exactement dosé à l'état de pureté absolue de ces deux ferments digestifs, constituent leur mode d'administration le plus actif et le plus rationnel. — 39, r. de Clichy.

79

PILULES SUISSES

Pilules de coloquinte composées

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la discussion qui se poursuit, à l'Académie, sur la pleurésie, on a agité la question de savoir si l'aggravation de cette maladie et sa tendance plus fréquente à la transformation purulente ne tenaient point à un affaiblissement général de la constitution. Pour résoudre cette question, on ne pouvait mieux faire que de consulter les documents fournis par les opérations de recrutement et par la statistique médicale de l'armée. M. Léon Colin, qui s'est livré à cette enquête avec la conscience et la compétence qu'il apporte toujours dans ces questions, est venu déclarer, dans l'avant-dernière séance, que, à en juger par l'armée, il ne semble pas qu'il y ait diminution de la résistance des constitutions.

Au point de vue du traitement, M. Colin s'est joint à MM. Hardy et Peter pour défendre le vésicatoire et les diurétiques, et il pense qu'il ne faut recourir à la ponction que lorsqu'elle est formellement indiquée par l'abondance de l'épanchement ou l'insuffisance des autres moyens. C'est cette méthode éclectique qui est suivie dans l'armée, où la mortalité par la pleurésie n'est que de 4 p. 100.

Dans la dernière séance, l'Académie a entendu, sur la même question, MM. Trasbot et Potain.

M. Trasbot a tout d'abord fait observer que la pleurésie séro-fibrineuse, chez les animaux, n'a rien de commun avec la tuberculose. Il a également protesté contre l'opinion soutenue par M. Germain Sée, à savoir que la pleurésie est une maladie nettement cyclique. Rien n'est moins exact en ce qui concerne cette maladie chez le cheval. Pour le traitement, la grande majorité des vétérinaires ont recours aux antiphlogistiques, aux vésicatoires, et s'en trouvent bien. Enfin, la thoracentèse peut être appliquée sans danger chez le cheval, et elle y est formellement indiquée en cas de menaces d'asphyxie.

Quant à M. Potain, son argumentation a surtout porté sur la thoracentèse et ses indications. L'éminent clinicien, que l'on regrette de ne pas voir plus souvent à la tribune de l'Académie, a traité la question avec cette sage mesure et cette profonde expérience qui sont la marque habituelle de ses travaux. Sans se laisser aller à un emballement fâcheux ni sans trop s'attarder aux errements du passé, il a montré, avec une parfaite netteté, les indications bien formelles de la thoracentèse, opération merveilleuse dans ses résultats quand elle est opportunément appliquée.

L'Académie a procédé à l'élection d'un membre dans la section de thérapeutique. La liste de présentation portait : en première ligne, M. Desnos ; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Debove et Dumontpallier ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Ferrand, Hallopeau et Laveran.

M. Huchard était adjoint à la liste de présentation.

Au premier tour de scrutin, M. Desnos a été élu avec une forte majorité.

Parmi les diverses lectures ou présentations qui ont pu se glisser entre les discours relatifs à la question en cours de discussion, nous signalerons un travail de M. Passy sur les rapports entre le pouvoir odorant des alcools et leur toxicité ; une note de M. Vérité sur les différences de composition que présentent les eaux minérales selon qu'on les examine aux sources ou loin d'elles ; une présentation de M. Pinard relative à trois femmes auxquelles il a pratiqué la symphyséotomie pour bassin rétréci ; enfin une note de M. Bovet relative à une méthode de dosage de l'acide carbonique dans les eaux minérales.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Les principales variétés de l'herpès.

La marche, la symptomatologie de l'herpès sont loin d'être toujours classiques et régulières. Sans parler de la forme à récidives, forme si importante par sa ténacité qu'elle constitue en quelque sorte une maladie spéciale, chaque éruption herpétique peut présenter de très nombreuses variétés. Au point de vue du diagnostic différentiel, il est très important pour le praticien de bien connaître les principales.

Le groupement des vésicules d'herpès peut être assez variable. Au lieu du groupement régulier en bouquet qui constitue la forme type, on peut trouver ces vésicules dissociées, éparpillées. On peut aussi voir un bouquet de vésicules entouré à distance de vésicules aberrantes. Au lieu d'être vésiculeuse, l'éruption est quelquefois phlycténoïde et bulleuse. Les variations d'étendue, de forme et de profondeur sont plus grandes et plus importantes encore. Au

lieu de garder les dimensions et la forme d'un grain de millet, l'éruption herpétique peut prendre celles d'une lentille, d'une pièce de 50 centimes, d'un noyau d'abricot. Dans le sillon balano-préputial, ces éruptions étendues sont fréquentes; leur dimension, jointe à leur forme allongée, fait qu'à première vue on est loin de songer à l'herpès.

Au point de vue de la profondeur, l'herpès au lieu de constituer une simple entamure à fleur de peau ou de muqueuse peut creuser plus avant. Tantôt la perte de substance est évidée, cupuliforme; tantôt elle est comme taillée à l'emporte-pièce. Cette dernière forme prête particulièrement aux erreurs de diagnostic.

La coloration, au lieu d'être grisâtre, est parfois jaunâtre rosée. Parfois aussi elle est modifiée artificiellement. J'ai vu des herpès rendus blancs par des pansements à l'eau blanche, bleus par des attouchements au sulfate de cuivre.

La base de l'éruption herpétique est normalement souple, exceptionnellement elle est indurée et vous concevez combien ces indurations accidentelles facilitent la confusion de l'herpès et du chancre syphilitique. Ces indurations sont spontanées ou artificielles. Les indurations spontanées ont pour sièges de prédilection la rainure glando-préputiale, le frein, le méat, c'est-à-dire, vous le voyez, les régions où l'on a le plus lieu de discuter le diagnostic de chancre. Elles peuvent, mais plus rarement, s'observer dans toutes les autres régions touchées par l'herpès. Ces indurations herpétiques spontanées affectent tantôt la forme foliacée, tantôt la forme parcheminée. La forme parcheminée, la « résistance de carte de visite », constitue la limite extrême atteinte par l'induration herpétique. Jamais elle n'atteint la forme nodulaire que prend assez fréquemment l'induration du chancre, cette forme qui donne au palper non plus la sensation d'une surface aplatie résistante, mais celle d'un noyau, d'un véritable pois cassé.

Les indurations artificielles peuvent se rencontrer partout, sans siège de prédilection. Elles sont, en effet, dues à des cautérisations intempestives. Les cautérisations au nitrate d'argent et surtout celles au nitrate acide de mercure transforment complètement la consistance de l'herpès. Ces indurations peuvent être absolument les mêmes que celles du chancre induré. Certains topiques astringents, alun, tannin, produisent aussi des indurations très marquées. Dans ces indurations, soit artificielles, soit spontanées, le seul parti serait d'hésiter, de réserver votre diagnostic, de savoir, comme disait Ricord, ne pas savoir.

L'herpès peut enfin être rendu anormal par l'association de divers symptômes inaccoutumés. Trois formes d'herpès à symptômes inaccoutumés méritent, au point de vue pratique, d'attirer tout spécialement votre attention : 1° l'herpès avec retentissement ganglionnaire; 2° l'herpès avec douleurs névralgiques; 3° l'herpès avec écoulement uréthral.

Les adénites peuvent, contrairement à la théorie classique, compliquer assez fréquemment l'herpès. Tantôt l'adénite est congestive. Les ganglions sont tendus, volumineux, enflammés, douloureux spontanément et à la pression. La suppuration est rare. Tantôt, l'adénite affecte l'évolution chronique des adénites strumeuses. Ces adénites strumo-herpétiques s'observent surtout au cours de l'herpès récidivant, chez des sujets scrofuleux, anémiés. La troisième variété d'adénite est extrêmement importante. C'est une adénopathie froide, discrète, aphlegmasique. Dans les aines, à la suite d'un herpès génital souvent très discret, apparaissent, par exemple, une, deux, trois, quatre glandes du volume d'une olive ou d'une noisette, fermes, dures, non douloureuses, mobiles, sans empâtement périphérique, offrant, en un mot, tous les caractères de la pléiade du chancre induré à son début. Si vous n'examinez pas attentivement l'éruption initiale, si sa forme polycyclique et microcyclique vous échappe, l'erreur avec la syphilis est à peu près fatale.

L'herpès névralgique a été remarquablement étudié par MM. Mauriac et Dreyfous. L'éruption s'accompagne de sensations douloureuses, bizarres, occupant le foyer même de l'herpès ou irradiant à distance. C'est une chaleur, un feu, une ardeur, des élancements de toute la région atteinte; ces sensations s'accompagnent tantôt d'hyperesthésies, tantôt d'anesthésies locales. La douleur peut irradier aussi très loin à distance. Un herpès génital peut donner des irradiations névralgiques, non seulement dans la verge, mais dans la fesse, le périnée, la cuisse, la jambe. L'intensité de ces orages nerveux est souvent absolument disproportionnée à l'intensité de l'éruption. On les a vus survenir atroces, avec une seule vésicule d'herpès. Ils sont surtout le propre des herpès récidivants, soit des muqueuses, soit de la peau, et surtout des herpès génitaux. Tantôt ils accompagnent ou suivent de près l'éruption herpétique, tantôt ils la précèdent. Chaque récidive d'herpès peut être, en pareil cas, annoncée par un orage nerveux prémonitoire. Aux organes génitaux, les douleurs névralgiques s'accompagnent souvent d'un éréthisme local très pénible : excitations comme bestiales, érections fatigantes et prolongées, pollutions nocturnes, envies d'uriner fréquentes et douloureuses.

L'herpès avec écoulement uréthral est mal connu, quoique assez fréquent. Quelques jours après une poussée d'herpès du prépuce du gland, on voit apparaître un écoulement pris, presque toujours, pour un écoulement blennorrhagique. Quatre caractères différentiels vous empêcheront de commettre cette erreur de diagnostic : 1° l'écoulement est et reste peu considérable, peu intense; à peine produit-il, dans les vingt-quatre heures, six à dix taches sur le linge; 2° l'écoulement est séreux, presque aqueux, grisâtre; les taches qu'il forme ont un centre jaunâtre, un aspect assez analogue à des taches spermatiques; 3° l'écoulement est à peu près indolent; 4° il guérit spontanément en huit ou quinze jours, trois semaines au plus.

En écartant le méat, vous apercevrez parfois une ou plusieurs petites érosions jaunâtres, séparées ou coalescentes. La présence de ces érosions peut, en pareil cas, expliquer le suintement uréthral, mais souvent, on ne peut rien découvrir ni au méat, ni dans l'urèthre examiné à l'endoscope; force est donc, en pareil cas, d'admettre une uréthrite herpétique essentielle, analogue aux névralgies herpétiques. Les poussées d'herpès au niveau du méat s'accompagnent toujours, et c'est un fait important à retenir, d'une induration très nette qui fait facilement croire à un chancre induré.

Ces herpès avec écoulement uréthral permettent, je crois, d'expliquer bien des faits extraordinaires de la pratique de la ville : prétendues chaudepisses spontanées survenues sans commerce sexuel ou par le commerce avec une femme reconnue saine. Ils offrent enfin cette particularité thérapeutique que, tandis qu'ils guérissent spontanément et rapidement, tous les traitements, les balsamiques, et surtout les injections, les exaspèrent et les aggravent. Les tisanes

délayantes et alcalines sont seules inoffensives et peuvent être utiles. Si vous savez vous abstenir, la disparition spontanée de l'écoulement ne sera jamais bien longue.

THÈSES DE PARIS

De l'excision du chancre induré. — Nous nous associons pleinement aux conclusions suivantes par lesquelles M. le docteur Brandès termine sa thèse inaugurale :

L'excision du chancre syphilitique, dans le but de faire avorter la syphilis, n'a donné, jusqu'à présent, que des résultats fort infidèles. Dans l'immense majorité des cas, cette excision a été suivie d'accidents secondaires, voire même tertiaires.

Pour les cas où cette excision a semblé être couronnée de succès, le doute est permis; il est probable que, dans ces cas, il ne s'était pas toujours agi de syphilis et qu'on a excisé comme chancres syphilitiques des ulcérations plus ou moins banales de la verge. Le diagnostic du chancre syphilitique, au moment de son apparition, est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible. Pour qu'une observation soit concluante, M. le professeur Fournier demande les conditions suivantes :

a. Examen de la femme suspecte.

b. Durée d'incubation classique.

c. Observation complète et raisonnée avec discussion des symptômes.

d. Surveillance prolongée, sans traitement mercuriel, ni ioduré.

L'excision précoce du véritable chancre induré n'a donné, jusqu'à présent, que des résultats négatifs. Dans une observation, l'excision a été pratiquée dix heures après l'apparition du chancre. Le signe objectif de celui-ci n'aurait pas suffi à poser le diagnostic, mais le malade s'étant observé et n'ayant pratiqué que ce seul coït, M. le docteur Brandès put avoir une durée d'incubation très précise; celle-ci était de quarante-deux jours. Un mois après l'excision, il y eut roséole et ensuite : plaques muqueuses, alopécie, céphalalgie, etc. Il en est de même des observations de M. Mauriac, excision au bout de cinquante-six heures; de Rasori, au bout de quelques heures.

L'excision ne semble pas non plus diminuer ou atténuer la gravité de la syphilis, dans les observations reproduites dans le travail de M. Brandès, la syphilis qui suivit l'excision fut relativement grave, et si l'on a pu rencontrer quelques syphilis bénignes après l'excision, il ne faut pas oublier que les statistiques de M. le professeur Fournier prouvent que la vérole est sans gravité dix-neuf fois sur vingt.

En revanche, l'excision peut constituer un traitement local excellent contre le chancre induré, elle transforme l'ulcère infectieux en plaie simple, guérissant généralement en vingt-quatre ou trente-six heures; la guérison spontanée du chancre induré demandant en moyenne de quatre à six semaines. L'excision du chancre induré, comme traitement local, présente les avantages suivants :

a. Elle réduit la durée du chancre de quatre semaines en moyenne à deux ou trois jours.

b. Elle transforme une source d'infection et de contagion en une plaie simple; le seul inconvénient serait peut-être l'induration consécutive de la cicatrice.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mai 1892. — Présidence de M. Regnauld.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE

M. L. COLIN revient sur une question qui a été soulevée à plusieurs reprises, à savoir si l'aggravation de la pleurésie, sa tendance à la transformation purulente constatée par plusieurs collègues, ne tiendrait point à un affaiblissement général de la constitution.

On songe alors à l'armée qui, vraisemblablement, n'aura pas échappé à la loi commune. M. Colin a consulté les renseignements fournis par les opérations de recrutement et par la statistique médicale de l'armée depuis 1872.

Or, il résulte de cette enquête que le nombre annuel des exemptés pour infirmité n'est pas en voie ascensionnelle.

Quant à la morbidité, elle a sensiblement augmenté dans les deux dernières années, mais c'est l'épidémie d'influenza qu'il faut en accuser.

La mortalité est, au contraire, en décroissance manifeste, de telle sorte que, en somme, ni la statistique médicale de l'armée, ni les opérations de recrutement ne prouvent une diminution de force, une réceptivité plus grande à l'action des causes morbides, soit de l'armée elle-même, soit de la population entière au moment de son appel sous les drapeaux.

Quant à la constitution médicale, en examinant les faits avec attention, on voit que la transformation purulente d'un certain nombre de cas de pleurésie tient, non pas à une constitution médicale plus ou moins hypothétique, mais au défaut d'asepsie des instruments ayant servi à la thoracentèse.

Celle-ci d'ailleurs ne saurait constituer le seul moyen d'action contre la pleurésie; il n'y a pas seulement un épanchement à évacuer, il faut aussi traiter la plèvre. A ce point de vue, le vésicatoire a toujours rendu à M. Colin des services signalés, aussi bien contre l'épanchement séreux que contre les exsudats fibrineux, si fréquents dans la pleurésie.

Il associe le vésicatoire, large et renouvelé quatre ou cinq fois au plus, à l'emploi des diurétiques.

C'est cette méthode éclectique qui prévaut dans l'armée et la mortalité des malades atteints de pleurésie n'y est en moyenne que de 1 sur 25, chiffre sensiblement plus favorable que ceux qui ont été fournis par les médecins des hôpitaux civils.

COMMUNICATIONS

Du rapport entre le pouvoir odorant des alcools et leur toxicité. — **M. PASSY** a fait un certain nombre d'expériences qui semblent prouver, sans qu'il y ait rien d'absolu, que le pouvoir odorant des alcools homologues de l'alcool ordinaire croît d'une manière continue et presque régulière avec le pouvoir moléculaire.

En comparant, en effet, les tableaux de MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé, relatifs à la toxicité des alcools, on voit qu'il existe un parallélisme remarquable entre ces tableaux et ceux que M. Passy a établis en se basant sur leur pouvoir odorant.

Il n'y a de contradiction que pour l'alcool méthylique, moins odorant mais plus toxique que l'alcool éthylique.

Symphyséotomie. — **M. PINARD** présente trois femmes auxquelles il a pratiqué la symphyséotomie pour bassin rétréci.

LECTURE

Eaux thermales; diminution des principes minéralisateurs. — **M. VÉRITÉ** (de la Bourboule) lit une note relative à la diminution des principes minéralisateurs contenus dans une eau thermale lorsque celle-ci est examinée à une distance, même minime, de sa source d'origine.

La séance est levée et l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Hayem sur les candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale. (Voir le Premier-Paris.)

Séance du 31 mai 1892. — Présidence de M. Regnault.

PRÉSENTATION

Phthisie pulmonaire. — **M. PÉAN** présente une monographie du docteur Coromila de Calamatas, qui a pour but de faire con-

naître sa méthode de traitement de la phthisie pulmonaire par le sulfure de carbone mélangé au phosphate de chaux. Cette méthode consiste en inhalations, répétées quatre ou cinq fois par jour, pendant deux à cinq mois, avec un mélange de sulfure de carbone, à la dose de 15 à 30 grammes, de phosphate de chaux 10 grammes et d'eau 150 grammes. Sur une centaine de malades affectées de phthisie pulmonaire au deuxième ou au troisième degré, dont presque la moitié de familles tuberculeuses, la guérison serait définitive depuis plusieurs années. Ce travail, qui vient d'être publié à Paris, en langue française, est l'œuvre d'un observateur consciencieux : c'est pour ce motif que M. Péan le signale à l'attention de ses collègues, qui s'intéressent de plus en plus, et à juste titre, au traitement général de la tuberculose.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et histoire médicale.

Le nombre des votants étant 69, majorité 35. M. Desnos est élu par 48 voix contre 18 données à M. Dumontpallier, 2 à M. Laveran et 1 à M. Hallopeau.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE

Pleurésie et thoracentèse. — M. TRASBOT signale quelques faits concernant la pleurésie des animaux domestiques.

Les trois espèces domestiques : le cheval, le chien, le mouton, chez lesquelles on observe, le plus souvent, la pleurésie, sont précisément celles qui sont le plus rarement tuberculeuses, la pleurésie, chez ces espèces animales, n'est donc pas une forme de la tuberculose. L'expérimentation confirme d'ailleurs cette observation clinique.

Si on injecte à des cobayes ou à des lapins le liquide de la pleurésie séro-fibrineuse du cheval ou du chien, on ne leur communique jamais la tuberculose.

La pleurésie séro-fibrineuse du cheval, du chien et du mouton n'a donc rien de commun avec la tuberculose.

En outre, chez ces animaux, la pleurésie est une simple inflammation provoquée généralement par des refroidissements.

La pleurésie peut-elle être considérée comme une affection cyclique? M. G. Sée professe cette opinion, M. Lancereaux regarde la pleurésie comme une véritable fièvre, se jugeant par une éruption sur la plèvre.

Ces deux opinions ont été combattues par MM. Peter, Dieulafoy et Hardy. M. Trasbot est de l'avis de MM. Peter, Dieulafoy et Hardy; pour ne parler que du cheval, de l'avis de tous les vétérinaires, la pleurésie *a frigore* du cheval présente une variation indéfinie dans son évolution. Certains de ces animaux, pris immédiatement d'une fièvre intense, succombent en quatre, trois et même deux jours. Chez d'autres, la maladie évolue plus lentement et l'épanchement ne devient appréciable qu'au bout de huit à dix jours. Quelquefois cet épanchement augmente d'une façon régulière, d'autres fois il y a des temps d'arrêt plus ou moins prolongés, après lesquels il s'accroît de nouveau et ainsi de suite.

Donc, la pleurésie du cheval ne saurait être assimilée ni à une fièvre éruptive, ni à une affection cyclique.

L'efficacité des médications antiphlogistique et dérivative, contre la pleurésie de l'homme, est fort contestée. En médecine vétérinaire, on rencontrerait peut-être des dissidences semblables; toutefois, M. Trasbot est convaincu que l'émission sanguine et la dérivation peuvent favoriser la résolution de la maladie, dans bon nombre de cas.

M. Laborde a rappelé que la cantharidine est un poison violent; il a inspiré aux cliniciens la crainte du vésicatoire qu'il considère comme condamné.

M. Trasbot n'a pas à savoir s'il est abandonné en médecine humaine, mais il affirme qu'aucun vétérinaire ne songe à se priver des bénéfices qu'il peut procurer.

Quant à la thoracentèse, on la pratique aujourd'hui couramment chez le cheval, sans aucun inconvénient, à la condition d'employer un trocart capillaire, d'aspirer lentement le liquide et de n'en retirer que le quart, le tiers ou tout au plus la moitié.

M. Trasbot termine par les conclusions suivantes :

1° La pleurésie séro-fibrineuse des animaux n'a rien de commun avec la tuberculose;

2° Le plus souvent, il y a une relation entre son développement et un refroidissement subi par les animaux;

3° Il est impossible d'assimiler la pleurésie séro-fibrineuse du cheval à une fièvre éruptive, ou même à une affection cyclique;

4° Les médications antiphlogistique et dérivative, appliquées en temps utile, exercent sûrement contre elle une action avantageuse;

5° La thoracentèse peut maintenant être pratiquée sans danger sur le cheval et constitue un moyen complémentaire auquel on doit avoir recours avant que l'épanchement pleural ne se traduise par un commencement d'asphyxie.

M. LE ROY DE MÉRICOURT, à l'appui des faits cités par M. Trasbot, au sujet de la pleurésie *a frigore*, rappelle qu'à Brest, étant chargé d'un service de clinique médicale, il a souvent observé des pleurésies chez des matelots qui avaient été exposés à un refroidissement.

M. LABORDE appuie l'opinion qu'il a émise, relativement à la toxicité de la cantharidine, sur de nombreuses expériences qui prouvent que, de toutes les substances qui sont introduites sous la peau, la cantharidine est la seule qui persiste suffisamment longtemps dans le sang pour pouvoir déterminer des phénomènes d'intoxication chez un animal sain, si on établit, entre celui-ci et l'animal intoxiqué, une communication artérielle.

Il ajoute qu'il ne s'est pas élevé contre le vésicatoire, mais bien contre l'abus qu'on en fait.

M. POTAIN ne veut parler que des indications de la thoracentèse. M. Verneuil a accusé cette opération de transformer des pleurésies séreuses en pleurésies purulentes, et à l'appui de cette manière de voir, il a invoqué le grand nombre d'empyèmes qui se pratiquent depuis quelques années. Le fait est exact; on pratique aujourd'hui l'empyème beaucoup plus souvent qu'autrefois. Mais, cela prouve-t-il que la thoracentèse en soit la cause? Cela prouve-t-il même que la suppuration de la plèvre soit plus fréquente? M. Potain n'en croit rien.

La vérité est que la thoracentèse décèle beaucoup d'épanchements purulents qui, autrefois, passaient inaperçus, mais elle n'en crée pas quand elle est bien faite.

Il y a des cas de pleurésie dans lesquels ce serait une faute grave de ne point faire la thoracentèse, et il y en a d'autres, par contre, dans lesquels on aurait le plus grand tort de la faire. C'est donc ici, comme dans toute application thérapeutique, affaire d'indication et d'opportunité.

L'indication d'opérer doit se tirer de quatre ordres de considérations distinctes :

1° Troubles fonctionnels; 2° abondance de l'épanchement; 3° âge de l'épanchement; 4° nature de l'épanchement.

Troubles fonctionnels. — La dyspnée, très accentuée, est une indication d'opérer non par elle-même, mais à cause de l'abondance du liquide qui la produit ordinairement: elle peut, cependant, tenir à d'autres causes : bronchite capillaire, granulie aiguë, etc.; dans ces cas, l'indication d'opérer disparaît plus ou moins complètement, suivant que la part prépondérante, dans la production de la dyspnée, appartient à l'épanchement lui-même ou aux complications qui l'accompagnent.

La dyspnée, d'ailleurs, est un signe très infidèle qui peut faire absolument défaut, alors même que l'épanchement est excessif. On peut en dire autant de la cyanose, ainsi que l'a, du reste, déjà fait ressortir M. Dieulafoy. Quant à la tendance syncopale, c'est un signe qu'il faut encore moins attendre, car il prévient souvent beaucoup trop tard, ainsi que le prouve le cas suivant :

Lasègue fut appelé un jour auprès d'un malade qui venait d'avoir une syncope et qui se plaignait, depuis quelque temps, d'un point de côté; il se mit en devoir d'ausculter le malade,

mais au moment même celui-ci succomba, enlevé par une syncope mortelle. L'avertissement avait donc été trop tardif.

En résumé, les troubles fonctionnels avertissent du danger trop tardivement dans la plupart des cas, ou n'avertissent point du tout, ou, au contraire, se montrent parfois pour des raisons tout autres que celles qui peuvent nécessiter la thoracentèse. Mais, quand on les observe chez un sujet chez lequel existent, d'autre part, des indications formelles d'intervenir, ils peuvent constituer une raison de se hâter. Enfin, exceptionnellement, et lorsque l'étude attentive des faits démontre qu'ils sont réellement la conséquence de l'épanchement, ils peuvent décider à intervenir, alors qu'on n'aurait point encore d'autre motif de s'y déterminer.

Abondance de l'épanchement. — Un épanchement pleural très abondant réclame la thoracentèse pour deux motifs : 1° parce que le danger de syncope ou d'asphyxie paraît être, en général, proportionnel à son abondance ; 2° parce que la résorption, étant plus longue, multiplie le danger en le prolongeant.

On apprécie, en général, la quantité du liquide épanché en déterminant sa limite supérieure ; mais cette limite n'est pas tout, car la masse liquide peut s'accumuler dans toutes les directions. Elle peut abaisser le diaphragme, distendre la paroi costale, déplacer le médiastin, comprimer le poumon et prendre sa place.

En somme, la règle que M. Potain a adoptée est la suivante :

Aussi longtemps que le liquide n'atteint pas le niveau de la clavicule, il estime qu'il n'y a point, du fait de son abondance, nécessité d'opérer.

Lorsque le niveau du liquide atteint la clavicule, si l'on acquiert, d'autre part, la conviction que le diaphragme n'est point abaissé, que le médiastin n'est point refoulé, que la paroi thoracique n'est pas sensiblement amplifiée, que le poumon occupe une place notable dans la cavité thoracique, on peut différer encore. Mais si le poumon paraît affaissé, si surtout on constate quelques signes de distension de la cavité pleurale, l'indication est urgente, il faut opérer aussitôt et toute affaire cessante.

C'est pour s'être jadis amèrement repenti de ne l'avoir point fait, qu'il tient cette règle pour absolue et qu'il ne s'en départira à aucun prix.

L'âge de l'épanchement peut être une indication de pratiquer la thoracentèse, alors même que la quantité du liquide accumulé dans la plèvre est médiocre ou même petite. Il y a à cela deux raisons. La première, c'est que le liquide se reproduit dès qu'il est évacué quand il date d'un certain temps ; la seconde, c'est que l'intervention tardive est entourée, parfois, de grosses difficultés.

Il y a donc lieu d'extraire le liquide aussitôt qu'on n'a plus d'espoir raisonnable de le voir se résorber assez promptement sous l'influence des moyens médicaux. Il avait fixé cette époque, il y a déjà longtemps, à trois semaines. C'est ce terme qui a été choisi par les auteurs qui, en quelque pays que ce soit, ont écrit sur ce sujet.

Mais la difficulté, parfois, est de déterminer avec exactitude l'âge de l'épanchement. Il ne faudrait pas croire, en effet, que le développement du liquide ait toujours coïncidé avec le début de la maladie.

Le problème, assez souvent, reste insoluble, mais il en a trouvé parfois la solution, au moins approximative, dans la forme de la courbe de Damoiseau, qui circonscrit l'épanchement. Cette courbe, plus ou moins parabolique, n'est pas toujours identique. Il résulte des observations de M. Potain que, suivant que la branche externe de la parabole est abaissée ou relevée, on doit penser que l'épanchement s'est fait dans une période où le malade était alité ou non alité. Et comme il est en général facile de savoir à quelle époque le malade s'est alité, on voit comment on peut approximativement déduire l'âge de l'épanchement.

La nature de l'épanchement ne peut être déterminée avec certitude que par la ponction même et lorsque le liquide vient au jour. Jusque-là, on ne saurait avoir, relativement à cette nature, autre chose que des présomptions, mais ces présomptions suffisent pour décider une ponction qui, suivant le cas, reste purement exploratrice ou devient évacuatrice.

Quand, d'après toutes ces indications, la thoracentèse est décidée, il reste encore à déterminer dans quelle mesure on doit évacuer le contenu de la plèvre. Dans le plus grand nombre des cas, l'évacuation complète expose à des accidents multiples et graves. D'un autre côté, l'évacuation d'une quantité fixe et toujours petite peut devenir insignifiante s'il s'agit d'un épanchement considérable. Il lui a toujours paru convenable de proportionner l'abondance de l'évacuation à celle du liquide enfermé dans la plèvre et d'extraire la moitié environ de ce qu'on estimait s'y trouver, quelle que soit la facilité avec laquelle l'évacuation est sur le moment tolérée.

M. Potain croit devoir résumer ce qu'il vient de dire à peu près dans les termes suivants :

1° La thoracentèse, bien faite et faite à propos, ne provoque pas la suppuration des épanchements séreux de la plèvre ;

2° La multiplication des pleurésies purulentes dont on l'accuse est plus apparente que réelle et ne doit pas lui être attribuée ;

3° Les indications peuvent être soumises à des règles très précises et très fixes, dont il importe de ne pas s'écarter ;

4° Elle doit être envisagée toujours comme une opération sérieuse et entourée de toutes les précautions nécessaires ;

5° C'est une faute tout aussi grande de s'en abstenir, quand elle est nécessaire, que de la pratiquer à tort ou de la mal faire.

M. VERNEUIL reconnait que les craintes qu'il émettait n'étaient pas aussi fondées qu'il le pensait, il continue néanmoins à croire que la transformation des pleurésies séreuses en pleurésies purulentes, après la thoracentèse, s'observe encore fréquemment. M. Guinard en cite cinq cas dans sa thèse, tous recueillis depuis peu de temps ; dans un travail que M. Verneuil a publié sur l'opération d'Estlander, il trouve quatre cas sur cinq observations, et tous ces faits ont été recueillis dans les hôpitaux de Paris.

Le danger existe donc ; il y a lieu d'espérer que cette discussion aura servi à le faire disparaître complètement. Aujourd'hui, en effet, on sait qu'il ne faut pas pratiquer trop tôt la thoracentèse ; on sait aussi qu'on la pratique souvent trop tard, et, enfin, qu'on la pratique mal.

On pratique souvent la thoracentèse alors qu'elle n'est point absolument indiquée ; enfin, ainsi que M. Hardy l'a montré, la mortalité de la pleurésie est encore aujourd'hui de 10 p. 100, c'est-à-dire ce qu'elle était à l'époque d'Andral, de Louis, de Bouillaud.

M. DIEULAFOY croit qu'il ne reste plus grand'chose à dire sur la question après la communication de M. Potain, qui nous a fait, depuis longtemps, connaître les difficultés qu'il y avait à évaluer la quantité de l'épanchement lorsque le poumon était congestionné.

M. Dieulafoy proteste contre ce qu'a dit M. Hardy, et ce qui a été répété par M. Verneuil, à savoir que la mortalité de la pleurésie était de 10 p. 100 aujourd'hui comme autrefois. Comment se fait-il que M. Peter donne une statistique où la mortalité est de 3,5 p. 100 seulement, alors que l'un et l'autre puisent leurs statistiques aux mêmes sources ? Il faut nécessairement que M. Hardy ou M. Peter se trompe sur les chiffres, sinon tous les deux ; les statistiques recueillies dans Louis, Bouillaud et Andral, n'ont pas une bien grande valeur, car si ces colosses de la clinique française ont donné à la médecine, en général, une immense impulsion, ils en étaient, pour la pleurésie, restés aux traditions de Laënnec. Ils ne savaient reconnaître qu'à l'autopsie, les pleurésies hémorrhagiques et purulentes ; ils ignoraient la pleurésie tuberculeuse.

M. HARDY proteste et soutient que ces maîtres faisaient le diagnostic de la pleurésie, tout aussi bien qu'on peut le faire aujourd'hui.

M. DIEULAFOY fait observer qu'ils ne savaient pas distinguer les trois sortes de pleurésie qu'il vient de mentionner. Ils reconnaissaient le pus seulement à l'autopsie ou lors d'une vomique, ou lorsque se formait un abcès intercostal ; ils ignoraient la pleu-

résie tuberculeuse et bien d'autres choses encore, et cela parce qu'ils ne pouvaient connaître alors les immenses progrès que la médecine, unie à la chirurgie et à l'expérimentation, a faits depuis un demi-siècle. On ne peut donc comparer les statistiques de ces maîtres aux nôtres, puisque celles-ci même ne peuvent être comparées entre elles.

M. HARDY répond que des statistiques ont été faites en prenant en bloc tous les cas de pleurésie. Si on connaît mieux aujourd'hui et si on traite avec plus de succès la pleurésie purulente qu'autrefois, il ne croit pas qu'on diagnostiquait moins bien jadis qu'actuellement la pleurésie fibrineuse, cette maladie bénigne qui, en somme, guérit presque toujours, quelle que soit la médication.

COMMUNICATIONS

Dosage de l'acide carbonique dans les eaux minérales. — M. BOVET communique une méthode à l'aide de laquelle ce dosage peut s'effectuer d'une façon très rapide et à la source même, supprimant ainsi toutes les opérations longues et difficiles dites de laboratoire.

Le mode opératoire, basé sur la méthode volumétrique, consiste à recueillir le gaz carbonique sous la cloche graduée pour en déduire le poids par les tables de Schlœsing et Bunsen sur la solubilité de l'acide carbonique dans l'eau entre 0 et 40 degrés.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Lavage de l'estomac (1), par G.-M. DEBOVE et RÉMOND (de Metz).

Le titre de cet ouvrage ne fait pas suffisamment ressortir ce qu'il renferme. Son titre exact devrait être : La sonde gastrique, et son sous-titre : Son utilisation dans le diagnostic et le traitement des maladies.

Le premier chapitre est consacré à la description des appareils dont on s'est successivement servi pour pratiquer le lavage de l'estomac, depuis la brosse stomacale jusqu'aux différents modèles de tubes en caoutchouc actuellement en usage. Il est consacré encore à la technique du lavage, aux accidents qui peuvent survenir pendant cette opération et à ses contre-indications.

Les auteurs exposent ensuite successivement les médications et les résultats de l'exploration de l'estomac à jeun et après un repas d'épreuve.

L'exploration, pendant la période de digestion, est particulièrement importante; on sait que sur elle ont été basés les travaux qui, depuis une dizaine d'années d'ici, ont renouvelé du tout au tout l'histoire des dyspepsies. On trouvera là l'exposé des différents procédés qualitatifs et quantitatifs usités dans l'examen chimique du contenu de l'estomac.

A l'heure actuelle, il est impossible de déterminer et de classer les divers états dyspeptiques sans faire appel à l'analyse chimique; mais, d'autre part, il est contraire à la clinique de faire reposer exclusivement cette classification sur le chimisme stomacal; c'est pourquoi les auteurs ont été amenés à admettre dans la dyspepsie gastrique les formes suivantes :

a. Dyspepsie par hyperchlorhydrie.
b. Dyspepsie nervo-motrice;
c. Dyspepsie par hyperacidité organique;
d. Dyspepsie avec stase gastrique.

Ces deux dernières formes sont souvent unies l'une à l'autre.

L'auteur de cette analyse a eu, dans les recherches entreprises dans le service de M. Debove sur la dyspepsie, une telle part, qu'il lui est impossible de donner ici son avis sur cette façon de se représenter l'ensemble des faits observés. Il se contentera de dire que, dans ce système, on a cherché à donner, à chacun des éléments symptomatiques, la part qui lui revient, et qu'on s'est préoccupé avant tout de mettre nettement en relief dans chaque groupe le facteur le plus important.

Viennent ensuite les applications thérapeutiques du lavage de l'estomac, dans les empoisonnements, l'embarras gastrique, la dilatation de l'estomac, les vomissements hystériques et les vomissements de la grossesse, etc.

Le lavage est absolument indispensable :

« 1° Lorsqu'il existe un obstacle mécanique au passage des aliments de l'estomac dans l'intestin, et, secondairement, des fermentations anormales;

2° Lorsque des substances étrangères en trop grande quantité se mêlent au chyme et peuvent altérer la digestion. »

Un dernier chapitre est consacré à la suralimentation, méthode inventée par M. Debove et qui donne de si bons résultats chez les phthisiques et chez les dyspeptiques de tout ordre.

Ce petit manuel donne un exposé d'ensemble de procédés d'exploration dont la description est disséminée dans des recueils nombreux, français ou étrangers. Il a été écrit sous la direction et avec la collaboration d'un maître particulièrement compétent, nous sommes persuadé qu'il rendra service aux médecins.

(1) In-16. Bibliothèque Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Le rachitisme (1), par M. Jules COMBY.

Sous ce titre, M. Comby fait un exposé général du rachitisme qui se distingue par sa clarté et sa netteté. Il a ajouté à son texte des figures bien choisies qui viennent très heureusement à l'appui de la description.

M. J. Comby est un partisan convaincu de l'origine gastro-intestinale du rachitisme. Le grand coupable, pour lui, c'est la dilatation de l'estomac. Pour le rachitisme comme pour bien d'autres états pathologiques, il est bien délicat de décider dans quelle mesure la dilatation de l'estomac est cause ou effet. C'est là le côté théorique de la question; le côté pratique, heureusement, ne laisse guère prise à la discussion, et il nous paraît certain que le facteur essentiel du rachitisme, c'est l'alimentation vicieuse, le biberon, la privation du lait maternel, l'administration à l'enfant qui devrait n'être qu'un nourrisson, d'aliments faits pour les grandes personnes. Il faut donc se joindre à M. J. Comby qui réclame énergiquement pour les enfants, non seulement l'allaitement féminin, mais aussi l'allaitement maternel.

Savez-vous pourquoi on trouve maintenant si difficilement de bonnes nourrices? C'est que les nourrices elles-mêmes ont été soumises dans leur enfance à une alimentation artificielle. Elles ont été plus ou moins les victimes du rachitisme, et il leur en est resté de la dyspepsie, car le rachitique guéri, il reste un dyspeptique qui ne guérira jamais. Voilà pourquoi le lait de tant de nourrices se tarit après deux ou trois mois.

Avouez tout au moins que l'interprétation ne manque pas d'une certaine originalité!

La cirrhose hypertrophique avec ictère chronique (2), par V. HANOT.

On ne trouvera pas seulement dans ce petit volume la description de la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, dont M. Hanot a fait autrefois le sujet d'une thèse inaugurale qui a fait époque; mais aussi une étude d'ensemble sur les diverses cirrhoses hépatiques avec hypertrophie. L'auteur indique aussi avec précision la place que doit tenir la maladie qu'il décrit, parmi les autres cirrhoses du foie.

Le présent volume est ce que promet le nom de son auteur : le modèle des monographies qui doivent prendre place dans cette collection.

(1 et 2) In-16. Bibliothèque Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours d'agrégation (chirurgie et accouchements) vient de se terminer par les nominations suivantes :

PARIS. — *Chirurgie :* MM. Lejars, Delbet et Albarran. — *Accouchements :* M. Varnier.

BORDEAUX. — *Accouchements :* M. Chambrelent.

LILLE. — *Chirurgie :* M. Carlier. — *Accouchements* : M. Tracou.

LYON. — *Chirurgie :* MM. Rochet, Rollet et Condamin. — *Accouchements :* M. Pollosson.

MONTPELLIER. — *Chirurgie :* M. Lapeyre.

NANCY. — *Chirurgie :* M. Février.

TOULOUSE. — *Chirurgie :* M. Chrétien.

— Par décret, en date du 30 mai 1892, M. Bouchard, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé, pour quatre ans, membre du conseil supérieur de l'Instruction publique et de la section permanente de ce conseil. — M. Brouardel, membre de l'Académie de médecine, doyen de la Faculté de médecine de Paris, délégué des Facultés de médecine, a été nommé, pour quatre ans, membre de la section permanente.

— *Hôpital général de Limoges.* — Un concours pour une place de médecin suppléant s'ouvrira le 14 novembre 1892. — Un concours pour une place de chirurgien suppléant s'ouvrira le 17 novembre 1892. — Pour tous renseignements, s'adresser à M. le secrétaire en chef de l'hôpital.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

41

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou valétudinaires, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

75

BESANÇON (DOUBS)

BAINS SALINS DE LA MOUILLÈRE
(aux portes de la Ville).

SOURCES SALÉES DE MISEREY

CLASSE DES CHLORURÉES SODIQUES FORTES BROMO-IODURÉES, ATHERMALES

STATION et ÉTABLISSEMENT BALNÉAIRE DE PREMIER ORDRE

A 6 h. 1/2 de Paris. — A 5 h. de Lyon.

99

POUDRE PURGATIVE DE ROGÉ

Approbation de l'Académie de médecine de Paris

« *Ce médicament, par son goût agréable, est un puissant moyen de vaincre la répugnance d'un grand nombre de malades pour les purgatifs; il n'occasionne ni soif, ni coliques, et, par conséquent, on peut dire de lui qu'il agit sûrement et agréablement.* »

(Extrait du rapport du Prof^r Soubeiran à l'Académie de médecine.)

« *La* **Poudre de Rogé** *peut, dans presque tous les cas, remplacer les autres purgatifs salins.* » (Prof^r Bouchardat.)

Avec un flacon de **Poudre de Rogé**, facile à emporter avec soi, on peut préparer partout, au moment du besoin, une limonade agréable contenant 50 grammes de citrate (pur) de magnésie. — La **Poudre de Rogé** se conserve indéfiniment, sans altération. — Pour l'emploi, verser le contenu du flacon dans une demi-bouteille d'eau; laisser en contact pendant quelques heures, ou mieux, du soir au matin; boucher la bouteille si l'on désire une limonade gazeuse.

Fabrication et gros : 19, rue Jacob, Paris, Maison L. Frere, A. Champigny et Cie, successeurs. — *Détail :* 9, rue du Quatre-Septembre, et dans la plupart des Pharmacies.

Nota. — La véritable **Poudre de Rogé** ne se vend qu'en flacons scellés à chaque extrémité d'un cachet imprimé en quatre couleurs.

PRIX DU FLACON : **2** FRANCS.

83

Phthisie catarrhale, Hémoptysies, Bronchites chroniques.

TERPINE PAULIAC
ÉLIXIR TONIQUE HÉMOSTATIQUE PUISSANT

Dosé à 20 centigr. de terpine par cuillerée.
3 à 6 cuillerées par jour.

MODIFICATEUR ÉNERGIQUE des MUQUEUSES

CAPSULES DE TERPINE PAULIAC à 20^cg 3 à 6 p^r j.

Gros : Boury, pharmacien, 26, r. Pont-Louis-Philippe, Paris, et dans toutes les pharmacies.

36

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONI-CARDIAQUES LE BRUN** (*caféine, iodoforme et strophantus*). Dép^t Ph^ie C^le F^g Montmartre, Paris.

17

CHARBON NAPHTOLÉ
FRAUDIN
Ph^ien, Boulogne-Paris.

Désinfectant antiseptique granulé
3 à 6 cuil. à café par jour.

LE BROMIDIA

DANS LE DÉLIRE DE LA PNEUMONIE

Aucun médicament ne peut être comparé au **BROMIDIA** comme calmant et comme hypnotique certain. Mais c'est dans l'état typhique accompagné de délire, qu'on observe dans certaines formes de pneumonie, que j'ai surtout constaté ses bons effets. Les opiacés ne doivent pas être employés pendant cette période, afin de ne pas diminuer la force cardiaque. Il en est de même de l'aconit, de la digitale et du *veratrum viride*. Employé avec le sulfate de quinine et le carbonate d'ammoniaque, le **BROMIDIA** procure le sommeil et agit comme un puissant tonique cardiaque. Il n'y a pas dans ces cas de meilleur médicament, et MM. Battle ont rendu un véritable service à l'humanité en proposant cette préparation.

J'ai employé le **BROMIDIA** dans 15 cas de pneumonie avec les meilleurs résultats. En employant le sulfate de quinine comme antiseptique et tonique cardiaque, le carbonate d'ammoniaque comme stimulant, l'aconit comme sédatif, le lait et les œufs comme aliment, et le **BROMIDIA** contre le délire et l'insomnie, le médecin aura plus de succès en traitant la pneumonie que s'il avait employé les méthodes anciennes.

Dr Jesse E. Thompson.
Salem, Mo., États-Unis.

UNE BROCHURE ET ÉCHANTILLON
DE
BROMIDIA
seront envoyés franco sur demande
aux Médecins.

DÉPOT GÉNÉRAL
Pour la France et ses Colonies :

ROBERTS & Co,
PHARMACIENS-DROGUISTES
5, RUE DE LA PAIX, 5
PARIS

Prix au public : 5 francs.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

31

SIROP RAIFORT IODÉ (A FAIT FROID)

de J. BUCI

L'IODE, combiné aux *sucs des plantes antiscorbutiques*, rend aux **enfants malades** les plus grands services pour combattre les **Glandes du cou, — Rachitisme, — Mollesse des chairs.**

Il remplace les huiles de foie de morue; outre que c'est un **fluidifiant**, c'est encore un **dépuratif énergique.**

PARIS, 19 ET 22, RUE DROUOT, PARIS.

Dr J. Buci

23

(VOSGES) PLOMBIÈRES (VOSGES)

SAISON DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

Maladies du tube digestif.
Affections nerveuses et rhumatismales.
Maladies des femmes, Hydrothérapie.

Étuves romaines, Bains, Douches, Massage.

42

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — **Prix : 6 fr.** Ph^ie Limousin, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

101

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans **l'anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, **l'aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris

55

GOUTTE

LIQUEUR DU Dr LAVILLE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

Les hallucinations unilatérales.

Par le docteur Ed. Toulouse,
Médecin-adjoint des asiles de la Seine.

A l'occasion d'un cas d'hallucination unilatérale, que nous avons rapporté (1) récemment dans ce journal, nous avons été entraîné à faire de ce phénomène curieux une étude d'ensemble, que nous publions aujourd'hui. Le but de nos recherches a été, outre une revue critique de la question, de trouver des observations analogues à la nôtre et de prouver ainsi qu'à côté des hallucinations unilatérales provoquées par une lésion périphérique de l'oreille, il en existait d'autres que l'on pouvait légitimement rattacher à une lésion cérébrale.

Les hallucinations unilatérales sont un symptôme assez peu fréquent. Il faut remarquer aussi que beaucoup de cas passent inaperçus des médecins, soit que ces derniers n'aient pas l'idée de les rechercher, soit que les malades ne s'analysent pas suffisamment pour se rendre compte du phénomène. Il est, en effet, nécessaire d'une certaine attention, absente dans beaucoup d'états hallucinatoires, tels que l'alcoolisme subaigu, certaines formes de mélancolie, les démences circonscrites et aussi la paralysie générale, pour rapporter à une seule oreille le son d'une voix et surtout à un seul œil la vision d'un objet.

Comme les hallucinations unilatérales sont des arguments que les auteurs ont tour à tour invoqués en faveur des différentes théories de l'hallucination en général, nous allons rappeler brièvement ces dernières.

La plus ancienne est la théorie psychique, qui fait de l'hallucination un trouble de l'entendement. Elle nous paraît aujourd'hui bien vieille, parce qu'elle emprunte à l'ancienne psychologie des expressions et des formules dont nous n'usons plus. Mais si l'on voulait analyser de près cette théorie et la dépouiller de tous ses ornements de métaphysique, on verrait qu'elle n'est pas si loin de celle de Tamburini, qui est aujourd'hui admise par la plupart des aliénistes. Lorsque Esquirol (1) écrivait : « Les prétendues sensations des hallucinés sont des images, des idées, *reproduites par la mémoire*, associées par l'imagination et personnifiées par l'habitude » ; il n'était pas tellement loin de nous, qui croyons que l'hallucination est causée par l'excitation des centres corticaux, dépositaires des résidus de la mémoire.

Une seconde théorie a voulu expliquer l'hallucination par les troubles des nerfs sensoriels. Muller (2) en a été un des principaux défenseurs : on peut l'appeler la théorie périphérique.

Baillarger (3) écrivit, en 1846, un mémoire célèbre, couronné par l'Académie de médecine, qui eut un grand retentissement dans le monde des aliénistes. Sa théorie, dite psycho-sensorielle, rencontra d'abord une approbation presque unanime. Il admettait que l'hallucination était causée par l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, et qu'en cela elle était bien un trouble psychique; mais qu'en outre, par suite de l'excitation interne des appareils sensoriels, l'hallucination prenait tous les caractères de la perception externe, si bien que le malade entendait réellement des sons et voyait réellement des formes. En outre de ces hallucinations psycho-sensorielles, Baillarger admettait aussi des hallucinations psychiques, où l'élément sensoriel n'intervenait pas, et qui sont maintenant étudiées comme des hallucinations des centres différenciés du langage (4).

Cette théorie, qui a le défaut d'être un peu vague et de ne pas s'appuyer assez sur les connaissances actuelles de l'anatomie et de la physiologie du cerveau, n'est plus complètement acceptée aujourd'hui. On a cherché à déterminer plus exactement le siège anatomique de l'hallucination. C'est ainsi que la théorie centrale a été peu à peu édifiée, d'abord par MM. Luys et Ritti (5), qui considéraient l'hallu-

(1) Ed. Toulouse. Hallucinations unilatérales chez une femme ayant une lésion circonscrite du cerveau, *Gaz. des hôp.*, 1892, p. 594.

(1) Esquirol. *Des maladies mentales*, 1838, t. I, p. 192.
(2) Muller. *Manuel de physiologie*, 2e édit., p. 546.
(3) Baillarger. Des hallucinations, *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1846.
(4) Séglas. *Les troubles du langage chez les aliénés*, 1892, p. 117 et suiv.
(5) Ritti. *Théorie physiologique de l'hallucination*, Th. de Paris, 1874.

cination comme une conséquence de l'excitation des couches optiques, centres d'élaboration de toutes les sensations, et, enfin, par Tamburini (1), qui, avec plus de succès, a placé le siège des hallucinations dans l'écorce cérébrale.

D'après le médecin italien, l'excitation des divers centres de l'écorce donnerait lieu aux hallucinations. Cette excitation pourrait être la conséquence, soit d'une lésion encéphalique, soit d'une lésion des organes sensoriels ou des nerfs conducteurs, dont l'irritation retentirait jusque sur le centre cortical : nous nous rallions à cette hypothèse, qui est déjà confirmée par de nombreux faits physiologiques et anatomo-pathologiques; et nous essayerons, au cours de notre étude, de faire servir certains cas observés d'hallucinations unilatérales à la confirmation de cette théorie générale.

I

Voyons maintenant les faits; nous essayerons après de les grouper.

Donat (2) est un des premiers qui ait cité un cas d'hallucination unilatérale. Il parle d'une femme âgée de cinquante ans, qui, après une maladie grave, aurait présenté le phénomène suivant. Quand on ouvrait l'œil gauche, et que le droit était fermé, la malade voyait des araignées et des spectres. Si l'on intervertissait la manœuvre, ces apparitions ne se produisaient plus.

Cette femme semble donc avoir eu des hallucinations visuelles gauches. Ce cas, comme la plupart de ceux qui vont suivre, n'apporte pas grande lumière dans la question; car il est rapporté d'une manière incomplète. Il est, en effet, intéressant de savoir, dans les faits de ce genre, si l'appareil sensoriel ou l'encéphale est lésé et en quel point; ces renseignements, on ne commence à les voir rechercher par les auteurs que dans ces dernières années.

Dom Calmet (3) rapporte le cas d'un homme de vingt-cinq ans qui, au cours d'un délire mystique, entendait des voix par l'oreille gauche seulement.

Maisonneuve (4), tout à fait au début du siècle, a donné une observation qui est intéressante par certains détails. Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, devenu épileptique à l'âge de trois ans, après une chute sur le front. A dix-sept ans, il commença à avoir une aura sensorielle d'un genre particulier. Avant son attaque, il voyait de son œil gauche seul une roue dentée, dont le centre était occupé par une figure hideuse. Maisonneuve ajoute que la jambe et le bras gauches étaient plus faibles et qu'en outre ce jeune homme ressentait des douleurs dans la cuisse gauche. Il est permis de faire, sur ces symptômes, l'hypothèse d'une lésion de l'hémisphère droit, qui aurait déterminé cette hémiparésie gauche et aussi l'hallucination visuelle pré-épileptique du même côté.

Berbignier (5) raconte qu'un après-midi, après son repas, il entendit de son oreille droite une voix qui lui enjoignait d'aller se coucher.

(1) Tamburini. La théorie du siège des hallucinations, *Rev. scient.*, 29 janv. 1881.

(2) Donat. *Hist. med. mirab.*. Francfort 1513, lib. XI, cap. I, p. 199.

(3) Dom Calmet. *Traité sur les apparitions des esprits*, Paris 1751, t. II, p. 371.

(4) Maisonneuve. *Observations sur l'épilepsie*, 1805, p. 295.

(5) Berbignier. *Des farfadets*, Avignon 1821, t. I, chap. VII.

Moreau [de Tours (1)] fit aussi la même remarque, et cite un jeune homme de trente ans, prédisposé aux congestions cérébrales, qui percevait des voix imaginaires parfois de son oreille gauche, et parfois de son oreille droite, et jamais par les deux à la fois. Ce cas, qu'il est bon de rapprocher des hallucinations bilatérales à caractère différent, dont M. Magnan (2) a rapporté des observations intéressantes, semblerait prouver l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères dans certains états morbides.

Le même auteur, Moreau (de Tours), relate le cas d'une jeune femme, atteinte d'hallucination de l'ouïe et de la sensibilité générale à caractère de délire de persécutions, qui croyait entendre une voix par l'oreille droite.

Boussat (3) raconte qu'un homme de quarante-quatre ans eut, à l'occasion d'une maladie aiguë avec fièvre et céphalalgie, un délire qui dura trois semaines, et pendant lequel il croyait voir et sentir, « accolé au côté droit de son corps », un homme malade.

Bodin (4) relate un cas qui se rapproche aussi des hallucinations bilatérales à caractère différent. Un esprit familier prévenait le malade, qui pourrait bien être Bodin lui-même, des choses heureuses et malheureuses qui pouvaient lui arriver. Pour les premières ce conseiller se servait de l'oreille droite, et pour les secondes de la gauche.

C'est en 1846 que Baillarger (5) présenta à l'Académie son mémoire. Les hallucinations unilatérales l'ont peu intéressé, il en cite, cependant, trois cas. Un mélancolique entendait par son oreille droite des paroles rassurantes; une femme, délirante, mystique, qui, après une douche donnée « par moyen de répression », entendait de l'oreille droite une musique céleste qui l'exaltait. Ce même auteur parle d'une femme, âgée de quarante et un ans, de tempérament sanguin, qui était sujette aux étourdissements et aux bourdonnements d'oreilles prédominant dans l'oreille droite. Cette malade avait des hallucinations de l'ouïe, affectant surtout cette oreille, qui, quelque temps après le début des symptômes psychiques, fut atteinte d'un écoulement sanguinolent; ces hallucinations devinrent plus faibles et la malade sortit de l'asile. Voilà une des premières observations relatées d'hallucinations unilatérales coïncidant avec une lésion de l'organe sensoriel.

Michéa (6), à peu près à la même époque, s'est occupé de ce sujet. Il cite quelques faits déjà relatés ici et essaye une étude d'ensemble sur les hallucinations unilatérales, qu'il appelle *hallucinations dédoublées*. « Dans certains cas, écrit-il, l'âme peut être affectée de telle sorte qu'elle perçoive un objet imaginaire de la même manière qu'elle percevrait un corps réel, dont l'impression s'effectuerait sur une seule de ses deux portions symétriques ou homologues. En un mot, quoique toujours la même au point de vue de l'essence et de la forme, l'hallucination peut quelquefois perdre son unité de correspondance, se dédoubler, se dichotomiser pour ainsi dire, relativement à un même appareil sensoriel. Les hallucinations de l'espèce dont il s'agit ne sont suscep-

(1) Moreau (de Tours). *Du haschich et de l'aliénation mentale*, 1845, pp. 354 et 331.

(2) Magnan. Hallucinations bilatérales à caractère différent, *Union méd.*, 1883.

(3) Boussat. Observations d'hallucinations, *Encyclogr. méd.*, fév. 1845, p. 327.

(4) Bodin. *Démonomanie des sorciers*, Paris 1850, p. 10 et suiv.

(5) Baillarger. Ouvr. cité.

(6) Michéa. *Du délire des sensations*, Paris 1851, p. 106.

tibles d'être aisément constatées que dans les sens du tact, de la vue et de l'ouïe. Quant aux organes de l'odorat et du goût, leurs moitiés symétriques étant adossées l'une à l'autre, en contact immédiat sur tous les points, il est par cela même, et par d'autres raisons encore, plus difficile à l'esprit de s'assurer si, chez eux, la perception subjective est dédoublée. »

Le traité des *Hallucinations* de Brierre de Boismont (1) contient un chapitre consacré aux hallucinations unilatérales; il cite ses prédécesseurs sans apporter ni une théorie nouvelle, ni des faits personnels.

Schroëder van der Kolk (2) cite un cas d'hallucination de l'oreille gauche avec lésion de l'oreille.

Griesinger (3) a vu un malade chez lequel ces hallucinations se produisaient toujours du côté gauche. Il rappelle aussi un fait observé par Kieser, d'hallucinations de l'ouïe ayant duré plusieurs années avec prédominance sur le côté droit. Il ajoute que, lorsque les hallucinations ont envahi plusieurs sens, elles sont croisées, celles de la vue siégeant à droite, et celles de l'ouïe à gauche; mais nous n'avons rien lu de semblable dans toutes les monographies que nous avons consultées.

Robertson (4) s'est occupé aussi, dans ces derniers temps, de cette question. A plusieurs reprises, il a étudié les hallucinations unilatérales. Le résultat de ses recherches est que ce phénomène se rencontre surtout chez les alcooliques et notamment chez les malades qui ont fait des excès récents. Il a constaté la prédominance des hallucinations unilatérales de l'ouïe sur celles de tous les autres sens, et aussi que le côté gauche était plus souvent atteint que le droit.

Nous entrons maintenant dans une période de critique plus sévère. Les cas publiés sont plus complets. Il y a parfois un examen sensoriel ou un examen nécroscopique; enfin, les auteurs essayent de tirer des faits une déduction pathogénique.

Glynn (5) a publié une observation très circonstanciée. C'était une jeune fille de dix-huit ans qui fut examinée le 2 juin 1877; elle était à ce moment atteinte d'une diplopie de l'œil gauche avec double névrite optique, et entendait des bruits dans l'oreille gauche seulement. Quelques jours après elle eut un ptosis de la paupière gauche. Elle avait, à ce moment, une paralysie faciale du même côté, ainsi qu'une dysesthésie sensorielle. L'oreille gauche ne pouvait percevoir le bruit d'une montre; l'œil gauche était achromatopsique et son acuité visuelle était diminuée, l'odorat et le goût étaient aussi presque abolis du même côté. Le 9 août, la malade est prise d'attaques convulsives, et meurt le 12 septembre après un accès épileptiforme. A l'autopsie, on trouva un abcès situé à la partie antérieure de la première temporo-sphénoïdale droite, s'étendant en bas et en dedans vers la base du cerveau. On sait que la plupart des physiologistes et des cliniciens localisent, avec M. Ferrier (6), le centre de l'audition dans les circonvolutions temporo-sphénoïdales et surtout dans la première. Il semble donc qu'il y ait eu, dans ce cas, un rapport entre sa lésion et les bourdonnements rapportés par le malade à l'oreille du côté

(1) Brierre de Boismont. *Des hallucinations*, Paris 1862.
(2) Schrœder van der Kolk. *Pathol. und Therap. der Geteishranh. Braunschweig*, 1863.
(3) Griesinger. *Maladies mentales*, trad. Doumic, 1865, p. 103.
(4) Robertson. *Brit. Med. Journ.*, 1875, t. II, p. 274.
(5) Glynn. *Brit. Med. Journ.*, 1878, t. II, p. 473, Obs. IV.
(6) Ferrier. Localisations cérébrales, in *Arch. de neurol.*, 1890-1891.

opposé. L'examen de l'oreille et du nerf auditif ne fut pas fait. Malgré cela, Glynn attribue les symptômes de l'audition, ainsi que la paralysie faciale, à l'inflammation des troncs nerveux qui passaient près de l'abcès (?), et la perte de l'odorat à la lésion du centre sensoriel cortical, qui, d'après M. Ferrier (1), serait situé aussi dans le sommet du lobe sphénoïdal.

M. Régis (2) publia, en 1881, dans l'encéphale, une étude d'ensemble sur les hallucinations unilatérales. Il rappelle les cas connus et apporte quatre nouvelles observations, dont une est empruntée à un travail récent de Pick (3). Sur ces quatre faits et celui de Baillarger, cité plus haut, l'auteur établit une théorie pathogénique qu'il formule ainsi : « L'hallucination unilatérale reconnaît pour cause une lésion unilatérale des sens. » La généralisation est peut-être hâtive, d'autant plus que les observations qui suivent ne semblent pas toutes confirmer cette loi absolue. D'ailleurs, l'auteur fait, un peu plus loin, une restriction à son affirmation première, et admet que « l'hallucination peut avoir sa source dans une lésion matérielle des sens, et cela, dans une partie quelconque de leur trajet », c'est-à-dire soit dans l'organe sensoriel, soit dans le conducteur nerveux ou son centre intra-cérébral.

Mais, examinons les faits avancés par M. Régis, et d'abord le cas de Pick. Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans, débile, ayant des idées ambitieuses et de persécution, et qui avait des hallucinations de l'ouïe, prédominantes dans l'oreille droite, et des visions n'intéressant que l'œil droit, seulement lorsque cet œil était fermé. Les objets vus ne l'étaient que par leur moitié supérieure. L'examen de l'oreille ne fut point pratiqué. L'examen de l'œil droit fit constater une diminution de l'acuité visuelle avec une lacune du champ visuel en haut et un peu en dehors. « Le sens des couleurs est diminué quantitativement. Les laines d'épreuve sont lentement mais exactement triées; au niveau des lacunes du champ visuel, toutes les sensations de couleur manquent. » Les milieux dioptriques sont bien transparents; mais il n'est pas parlé de l'état des autres membranes de l'œil, qui devaient sans doute être en bon état. Cet homme avait, en somme, de l'amblyopie avec dyschromatopsie, mais nous ne voyons pas mentionné de lésion de l'organe sensoriel de la vision. Les troubles fonctionnels comme ceux-là ne signifient pas qu'une des parties de l'œil est atteinte, puisqu'on les rencontre chez les hystériques et chez les sujets atteints de lésions cérébrales en foyer, où cependant « il n'existe dans le fond de l'œil, dit M. Charcot (4), aucune altération visible à l'ophthalmoscope. » Rien ne prouve donc que cet homme ait eu une lésion de l'organe sensoriel et n'eût pas eu, au contraire, une lésion cérébrale.

Le mémoire de M. Régis contient trois observations personnelles à l'auteur. Le premier cas est celui d'un alcoolique de quarante et un ans. Son œil droit ne voit pas, à cause d'une kératite de l'enfance. Au cours d'un accès de délire alcoolique, ce malade, en dehors d'hallucinations de l'ouïe, de la sensibilité générale et de l'odorat, a eu les symptômes suivants : « Le 28 au soir, un peu après la chute du jour, le malade, étant couché dans son lit, a aperçu tout à coup

(1) Ferrier. Ouvr. cité.
(2) Régis. Hallucinations unilatérales, *Encéphale*, 1881, t. I.
(3) Pick. Cité par Régis.
(4) Charcot. *Des localisations cérébrales*, p. 117.

une petite souris noire qui, partie au niveau de son flanc gauche, a couru vers sa tête et s'est réfugiée du côté gauche, sous son oreiller. L'œil gauche a seul pris part à cette vision. Le lendemain, à la même heure, même phénomène, accompagné des mêmes particularités. Cette vision ne s'est pas renouvelée depuis. De l'œil droit, le malade n'a aperçu qu'une seule fois une espèce de lueur confuse, semblable à une flamme pâle et décolorée. »

M. le docteur Chevallereau a examiné les yeux de ce malade et a constaté que le droit avait « plusieurs taies occupant presque entièrement la surface de la cornée, une acuité visuelle très diminuée ($\frac{1}{12}$), un astigmatisme très prononcé, et une papille « irrégulièrement elliptique, à grand axe vertical, et à bords déchiquetés ». L'œil gauche a seulement une petite taie centrale de la cornée, une acuité meilleure ($\frac{2}{5}$), et un léger astigmatisme.

Cette observation ne rentre pas tout à fait dans le groupe des hallucinations unilatérales par lésion sensorielle, où la lésion siège généralement dans l'œil affecté par l'hallucination. Chez ce malade, au contraire, c'est l'œil sain qui a subi le phénomène hallucinatoire. M. Régis fait remarquer que, son malade étant un alcoolique, ce sont surtout des illusions dont il a été le sujet; et rien d'étonnant qu'il n'en ait eu que de l'œil seul qui voyait encore. Cette distinction entre les illusions et les hallucinations, posée ainsi, n'est guère plus admise. Mais nous verrons tout à l'heure que ce cas est intéressant, parce qu'il paraît être un fait d'hallucination subjective.

Le deuxième cas est celui d'un homme de trente-trois ans, épileptique depuis l'enfance, atteint de strabisme convergent de l'œil gauche. A vingt et un ans, il aurait eu un rhumatisme cérébral, à la suite duquel il « s'est aperçu qu'il était un peu plus faible du côté gauche et que son œil gauche, déjà mauvais, le devenait davantage ». Après cela, il a eu des idées de nature mélancolique et des idées de persécution non systématisées. Hallucinations de l'ouïe, rudimentaires à droite et plus nettes à gauche. Cinq ans avant son entrée à Sainte-Anne, le malade se livre à des excès de boisson, qui lui occasionnent des hallucinations de la vue qui se localisent dans l'œil gauche, c'est-à-dire cette fois dans l'œil malade. A l'asile, il continue à avoir des hallucinations de la vue et de l'ouïe du côté gauche. L'examen de l'œil droit ne révéla rien de particulier. Le gauche était atteint, outre le strabisme, de diminution de l'acuité visuelle. A part quelques taies anciennes sur la partie externe de la cornée, les membranes étaient normales : « Les milieux étaient transparents. Papille *normale*, mais avec une zone centrale blanchâtre très éclatante. » En somme, cet œil était surtout atteint d'une diminution de l'acuité visuelle. L'oreille gauche ne présentait aussi qu'une diminution de l'acuité auditive. Ce malade paraît, d'après cette description, avoir été atteint d'une lésion circonscrite de l'encéphale. Il avait des attaques épileptiques, une hémiparésie gauche (dynamomètre : 65 kilos pour la main droite et 30 kilos pour la gauche), et une dysesthésie sensorielle de l'ouïe et de la vue gauches. Il ne semble donc pas devoir confirmer la théorie des hallucinations unilatérales par lésion sensorielle.

Cas III : Le jeune homme de cette observation était réellement atteint d'une lésion de l'oreille. Mais nous verrons plus loin que ce fait est en faveur de la théorie de Tamburini, qui attribue l'hallucination à l'excitation de l'écorce cérébrale. Toutefois, dans le cas de ce jeune homme, cette excitation corticale paraissait bien réellement avoir pour cause la lésion de l'organe sensoriel périphérique.

Le malade, âgé de vingt-sept ans, eut dans son enfance une otite droite, avec écoulement purulent, très tenace. Vers l'âge de vingt ans environ, il commença à avoir des hallucinations de l'ouïe qui étaient surtout nettes lorsqu'il bouchait l'oreille saine; puis il paraît avoir eu des hallucinations verbales psycho-motrices, ce qui ressort de l'étude attentive des renseignements fournis par le malade lui-même, qui s'exprime ainsi : « Ce ne fut que peu après, que, remarquant que ma pensée était exprimée, j'eus l'idée d'être devenu moi-même homme phonographe... Une maladie exprimant oralement la pensée n'est-elle pas plus merveilleuse que toute combinaison possible? » Le centre de l'articulation des mots fut, à ce moment, excité, quelque temps après celui de l'audition. Le malade avait des hallucinations consistant en images verbales motrices, qui lui faisaient croire à de réels mouvements d'articulation :

« J'imaginais, continue-t-il, qu'à chacune de mes pensées correspondait, par habitude acquise, un imperceptible mouvement des muscles de la langue qui la parlait. Appuyant sur ma langue en même temps que je formulais intérieurement quelque pensée, j'avais cru sentir ce mouvement; je me trompais...

« En tout cas, il restait acquis pour moi que ma pensée était exprimée oralement et entendue par les autres. Dans quantité de restaurants, les individus, s'entretenant avec moi, répondaient à ce langage intime, faisaient le nombre de signes de tête que je leur demandais, répondaient aux questions que je leur posais ainsi, prononçaient exactement les paroles que je les priais de prononcer. La nuit, une fois réveillé, si je reviens insensiblement au sommeil, arrivé à une demi-somnolence, *je me réveille par ma pensée exprimée trop bruyamment.* J'ai remarqué également que *ma pensée était parlée par une sorte de voix venant de l'intérieur.* »

Ces hallucinations verbales psycho-motrices qui ont été, dans ces derniers temps, bien étudiées par Séglas (1) et qui ne sont autre chose d'ailleurs que les hallucinations psychiques de Baillarger, font présumer que l'écorce, où se trouve le centre de l'articulation des mots, était excitée. Un fait à noter aussi est que la lésion sensorielle siégeait dans l'oreille droite, dont le centre cortical correspondant se trouve dans l'hémisphère gauche, où sont localisés le centre de l'articulation des mots, et les autres centres du langage, très probablement impairs. Nous pensons que c'est là une raison de plus pour admettre l'excitation de l'écorce cérébrale dans la genèse de ces hallucinations unilatérales.

L'oreille gauche était normale. La droite avait les lésions suivantes : « On retire de l'oreille une quantité de matière purulente. A l'otoscope, la muqueuse de la caisse paraît congestionnée. La membrane du tympan, un peu rouge, présente, à sa partie supérieure, une perforation de 4 millimètres environ. L'oreille interne paraît saine. La perception cranienne des sons s'opère normalement. L'acuité auditive, qui varie suivant le degré d'accumulation des produits sécrétés, est, en ce moment, de 4 à 5 centimètres. A cette distance, le malade entend lorsqu'on élève un peu la voix. Lorsque son oreille est bouchée par les produits de sécrétion, il n'entend plus de l'oreille droite. »

Cette otite fut traitée par des cautérisations ponctuées, pratiquées tous les jours derrière l'oreille, au niveau de la

(1) Séglas. Ouvr. cité.

région mastoïdienne. Au bout de trois mois, le malade était guéri de son otite et de ses hallucinations.

En résumé, des quatre observations relatées en détail par M. Régis, pour étayer sa théorie de l'origine constamment sensorielle des hallucinations unilatérales, la dernière est seule probante; elle est réellement en faveur de l'hypothèse que l'hallucination unilatérale peut être la conséquence d'une lésion de l'oreille, mais cela par l'intermédiaire de l'excitation des centres corticaux.

Dans ces dix dernières années, les cas publiés d'hallucinations unilatérales sont devenus plus nombreux; quelques-uns sont intéressants à cause des renseignements nécropsiques dont ils sont accompagnés.

M. Ball (1) a rapporté le fait d'un jeune homme de vingt-deux ans, qui, après un soufflet vigoureux, aurait eu une otite moyenne avec écoulement purulent. Il se produisit peu après des hallucinations de l'oreille malade. La guérison de l'otite aurait fait disparaître ces phénomènes.

Max Buch (2) cite un cas d'hallucinations de l'ouïe, surtout intenses à gauche et coïncidant avec une otite moyenne, avec perforation du tympan survenue dans l'enfance. Le traitement local de cette otite aurait amélioré l'état mental.

On connaît les observations présentées par M. Magnan au Congrès de Rouen de 1883. Il s'agit de malades ayant des hallucinations bilatérales, mais à caractère différent. Un homme entendait par une oreille des injures, qui furent l'origine d'idées de persécution, et par l'autre des propos gais et flatteurs, qui déterminèrent l'éclosion d'un délire ambitieux. Dans trois autres cas analogues, les hallucinations ambitieuses étaient à gauche et les hallucinations pénibles à droite. Ces faits, assez analogues à celui mentionné plus haut et appartenant à Moreau (de Tours), s'éloignent un peu des hallucinations unilatérales simples dont nous nous occupons. Elles sont en faveur de l'hypothèse de la dualité des deux hémisphères, et les expériences de M. Dumontpallier (3), entreprises à l'occasion des malades de M. Magnan, semblent lui apporter un argument de plus.

On peut rapprocher de ces expériences celles faites sur les hystériques par M. Charcot et plusieurs autres médecins (4). On détermine chez les sujets des hallucinations unilatérales, en suggérant la perte de la vision d'un œil ou même en laissant subsister la sensibilité sensorielle dans les deux yeux du sujet. M. Charcot a, en outre, observé que certaines hystériques hémi-anesthésiques avaient des hallucinations de la vue localisées dans l'œil atteint d'amblyopie. Il est difficile de tirer une conclusion de toutes ces expériences, attendu qu'on ne connaît pas les lésions de l'hystérie. Cependant, dans les hallucinations unilatérales chez les hémi-anesthésiques hystériques, on ne peut s'empêcher de voir une ressemblance avec les cas où ce phénomène est lié à une lésion cérébrale. En effet, dans ces deux ordres de faits, le sens affecté par l'hallucination n'est atteint que fonctionnellement; et il paraît légitime d'admettre que la cause de ces phénomènes hallucinatoires et sensoriels est bien la même, la lésion en foyer chez les circonscrits et la lésion dynamique, probablement de même siège, chez les hystériques.

(1) Ball. Séance de la Soc. méd.-psychol., févr. 1882, dans *Ann. méd.-psychol.*, 1882.

(2) Max Buch. *Arch. f. Psych.*, 1881, Bd. XI, p. 465.

(3) Dumontpallier. *Union méd.*, 1883.

(4) *Diction. encycl. des sc. méd.*, art. Hypnotisme et art. Hystérie.

Schule (1) cite un cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe coïncidant avec une lésion de l'oreille moyenne, lésion trouvée à l'autopsie.

M. Mabille (2) a publié une observation analogue à celles de M. Régis et de M. Ball. Une femme avait un délire mélancolique, avec des hallucinations de l'oreille droite. Une injection d'eau tiède dans le conduit auditif externe fit sortir un grain de blé entouré d'un amas de cérumen. On constata au spéculum un peu d'inflammation du tympan; pendant quelques jours, un liquide jaunâtre s'écoula. Mais dès qu'on eut enlevé le corps étranger de l'oreille, le soir même, les hallucinations cessèrent. La malade guérit peu après de son état mélancolique.

Un homme âgé de soixante-trois ans, rapporte M. Millet (3), avait des attaques épileptiformes depuis trois ans environ. A un moment, des idées délirantes de suicide le firent interner à l'asile, où l'on constata des hallucinations de l'ouïe de l'oreille droite. Il mourut peu après et l'on trouva à l'autopsie un sarcome fasciculé de la face interne de la dure-mère au niveau de l'insula droit. « On remarquera, dit l'auteur, l'existence d'hallucinations unilatérales de l'ouïe, du même côté que la tumeur » ; mais il ne dit pas si le sarcome avait lésé le nerf auditif, ce qui est possible. En résumé, ce cas est assez obscur.

Dans la séance du 1er décembre 1885 de la Société neurologique de New-York, Weber (4) a parlé d'un homme de trente-sept ans qui fut atteint, pendant quelque temps, d'hallucinations localisées à l'oreille gauche, qui n'avait aucune lésion. Hammond exprima l'avis que ce cas pouvait être expliqué par le fonctionnement indépendant des deux hémisphères. Leszynsky rapporta aussi, dans cette même séance, le fait d'une hallucination de l'oreille gauche, mais sans fournir de renseignements circonstanciés.

Hammond (5) a, dans un travail paru en 1886, rapporté quatre cas d'illusions unilatérales de la vue et de l'ouïe, qu'il compare aux hallucinations unilatérales. D'après cet auteur, elles seraient dues à une lésion du centre sensoriel cérébral, qu'il place dans la couche optique, adoptant ainsi les théories de M. Luys. Les voici résumées :

Premier cas : Un homme entendait de l'oreille *gauche* des mots et des phrases pendant le tic-tac de la pendule. L'acuité auditive des deux oreilles était égale. S'il fermait l'oreille *droite*, ces illusions disparaissaient.

Deuxième cas : Une jeune femme eut, après avoir regardé dans un livre des gravures de Grecs et de Romains, des visions de figures antiques. Chaque œil ne voyait qu'une partie de ces images.

Troisième cas : Un jeune homme reçut un coup sur l'oreille et eut, à la suite de ce traumatisme, des hallucinations de l'œil du même côté, pendant lesquelles il voyait un chat.

Quatrième cas : Une femme de cinquante ans était poursuivie par des lettres anonymes. Un soir qu'elle recherchait mentalement l'auteur de ces écrits, elle vit un homme et une femme dans la chambre, le premier avec son œil droit et l'autre avec son œil gauche.

(1) Cité par Descourtis. Ouvr. cité.

(2) Mabille. Cas de guérison d'hallucination unilatérale de l'ouïe de cause externe, *Ann. méd.-psychol.*, 1883, t. X.

(3) Millet. Cas d'hallucination unilatérale, *Id.*, 1884, p. 229.

(4) Weber. *New-York Med. Journ.*, 19 déc. 1885.

(5) W.-A. Hammond. *Id.*, 12 déc. 1886.

Ces quatre observations manquent de détails, aussi est-il difficile d'en tirer une conclusion sérieuse.

M. Ballet (1) a rapporté l'histoire d'un malade qui eut, pendant quelque temps, des bourdonnements dans l'oreille gauche, avant d'avoir des voix qui affectèrent les deux côtés. Mais, comme le fait remarquer cet auteur, ce cas n'entre pas dans le domaine des hallucinations unilatérales.

Tomaschewsky et Ssimonowitsch (2) ont donné une observation très intéressante d'hallucination unilatérale. Nous la résumons d'après la traduction du *Neurologiches Centralblatt* (3). Une femme, âgée de trente-trois ans, entra à l'hôpital d'Odessa en janvier 1886. Elle avait reçu, quelques mois auparavant, un traumatisme sur la tête et avait eu, à la suite, des attaques épileptiformes. Six mois après le début de ces crises, elle avait été prise d'un délire hallucinatoire aigu, avec excitation, illusion des sens et idées de persécution. C'est pour ces troubles psychiques qu'elle fut traitée à l'hôpital, où l'on constata que ses hallucinations n'étaient pas les mêmes pour les deux côtés. Elle entendait des deux oreilles des hallucinations diverses, notamment les voix de persécuteurs qu'elle localisait dans l'espace extérieur, et de l'oreille gauche, seulement, certaines hallucinations subjectives qui avaient été plus précoces et étaient suspendues quand on bouchait l'oreille. Cette oreille gauche présentait une diminution de l'acuité auditive; de plus, il y avait un catarrhe chronique de la trompe d'Eustache du même côté. En même temps que des hallucinations du toucher du côté gauche et peut-être aussi des illusions du sens musculaire, il y avait aussi des hallucinations de l'œil gauche existant même durant l'occlusion de l'œil. Rétrécissement du champ visuel des deux yeux (4), acuité normale. La malade était sujette, comme nous l'avons dit, à des crises épileptiformes qui, parfois, ne touchaient que le côté gauche du corps et parfois se généralisaient aux deux côtés. Souvent le bras gauche était épargné. Hémiparésie et hémi-anesthésie gauches. Les hallucinations de l'oreille gauche disparurent à un moment donné de la maladie. La malade mourut en février 1887.

Les os du crâne étaient, à droite, hyperhémiés. A droite, la dure-mère était épaissie au niveau de la moitié inférieure des deux circonvolutions ascendantes, de la moitié postérieure de la première temporale, de la pariétale inférieure et du pli courbe. En ces points, la dure-mère était adhérente à la pie-mère et même à la substance cérébrale. En outre, l'écorce cérébrale semblait plus mince. Sur le milieu de la circonvolution pariétale ascendante et dans la moitié postérieure de la première temporale, elle avait même tout à fait disparu, de telle sorte que la substance blanche du cerveau et des membranes se confondaient. Il y avait du pus dans l'oreille moyenne gauche. Les nerfs et bandelettes optiques, examinés au microscope, ne présentaient rien d'anormal. Il est probable que la lésion du pli courbe était la cause des hallucinations de la vue et il est vraisemblable aussi que la lésion de la première temporale était la cause des hallucinations de l'oreille, bien que cette dernière fût trouvée pleine de pus. En outre, la disparition des éléments cellulaires dans la première temporale et dans la partie moyenne de la pariétale ascendante expliquaient la cessation des hallucinations de l'ouïe et la disparition progressive des mouvements convulsifs dans le bras gauche.

Cette observation est très instructive. D'abord ces hallucinations de la vue, sans lésion des nerfs et bandelettes optiques et avec lésion du pli courbe, avaient certainement une origine corticale. Ensuite, ce fait montre qu'une hémianesthésie générale et sensorielle ouïe et vue, très analogue à celles observées chez des individus atteints d'une lésion du carrefour de la capsule interne, peut être sous la dépendance d'une lésion étendue de l'écorce.

M. Descourtis (1), dans son mémoire sur les hallucinations de l'ouïe, consacre aux hallucinations unilatérales un chapitre dans lequel il rappelle les faits que nous connaissons en les rattachant à une lésion unilatérale du sens.

Raggi (2) cite deux cas : Un homme, atteint de délire des persécutions sur un fond alcoolique, avait des hallucinations visuelles bilatérales et des hallucinations de l'oreille gauche, où étaient des bourdonnements, que l'auteur rattache à une lésion périphérique. Une femme, âgée de cinquante-cinq ans, commença à avoir des sensations lumineuses élémentaires (éclairs, feux rouges) dans l'œil gauche. Cinq ans après, ces visions disparurent après l'apparition d'une cataracte dans l'œil gauche, et se transportèrent dans l'œil droit. On fit, deux ans après, l'opération de la cataracte de l'œil gauche, et les mêmes phénomènes réapparurent dans cet œil. Puis, la cataracte s'étant développée dans l'œil droit, ce dernier cessa d'être affecté par les hallucinations. Peu à peu, la vision de l'œil gauche fut supprimée par une choroïdite, mais les sensations subjectives restèrent vivaces et même devinrent des hallucinations complexes (paysages, animaux). L'auteur attribue ces phénomènes hallucinatoires à la lésion périphérique du sens.

Souchon (3) a fait une revue des cas publiés d'hallucinations unilatérales, et, après avoir rapporté un cas personnel, rattache tous ces faits à des lésions périphériques.

Sepilli (4) a publié aussi deux cas d'hallucinations unilatérales. Le premier est une femme de cinquante-six ans, ayant des idées mélancoliques et mystiques. Quand elle regardait à sa gauche, elle voyait toujours le diable, rien qu'avec son œil gauche, et à 1 mètre de son œil. Ce diable était grand et noir. Dès qu'elle fermait l'œil gauche, l'apparition disparaissait. Si on mettait un écran opaque en deçà d'un mètre de l'œil de la malade, l'apparition n'était plus visible; un prisme placé devant l'œil dédoublait l'image perçue. Enfin, la malade entendait aussi des voix de l'oreille gauche.

L'auteur explique ces hallucinations par des troubles périphériques des sens, de l'hyperémie de la choroïde de l'œil gauche et des bourdonnements de l'oreille gauche. Le second cas est celui d'une femme de quarante-trois ans, atteinte du délire des persécutions. Elle entendait les voix par l'oreille gauche, et ces voix cessaient quand elle

(1) Ballet. *Ann. méd.-psychol.*, 1887.

(2) Thomachewsky et Ssimonowitsch. *Wjestnik psichiatri i nevropathologii*, 1888, t. VI.

(3) 1889, p. 22.

(4) L'amblyopie par lésion cérébrale serait toujours double, d'après Landolt (Charcot. Ouvr. cité), bien que plus accusée d'un côté.

(1) Descourtis. *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1889.

(2) Raggi. Sur deux cas d'hallucinations unilatérales, anal. dans le *Neurol. Centralbl.*, 1884, nº 4, p. 116.

(3) Souchon. D'après le *Neurol. Centralbl.*, 1890, nº 21, p. 664.

(4) Sepilli. Contribution à l'étude des hallucinations unilatérales, anal. dans le *Neurol. Centralbl.*, 1890, nº 21, p. 663.

bouchait son oreille. Même conclusion étiologique que pour la première observation.

M. Lwoff a donné, dans sa très consciencieuse étude sur les *Troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau* (1), une observation d'hallucination unilatérale, chez un homme atteint très probablement d'une lésion cérébrale en foyer. Nous allons en extraire les détails qui peuvent nous intéresser. Il s'agit d'un homme de trente-deux ans, marchand de vin et alcoolique. Dix-huit mois avant d'entrer à l'asile, il a eu une attaque congestive, pendant qu'il causait. Revenu à lui, il sentit de la faiblesse dans le bras et la jambe droite, et depuis a toujours traîné cette jambe et n'a plus pu travailler avec son bras. Quelque temps après, deux étourdissements semblables au premier. Avec cela, son état mental avait changé depuis la première attaque. « Cinq ou six mois plus tard, le malade commence à se plaindre de bourdonnements dans les oreilles, surtout du côté droit, puis apparaissent des hallucinations de l'ouïe : le malade entend des paroles, des voix, mais par l'oreille droite seulement. Presque toute la journée, il a dans cette oreille des bourdonnements, des sifflements, des sons de cloches, des roulements ; de temps à autre, dans la journée il entend des voix qui lui disent : Tu n'iras pas, tu mourras, on va t'assassiner, va-t-en, etc... Les voix sont claires et nettes, et elles viennent, comme les illusions dont nous avons parlé, toujours du côté droit, il n'entend rien du côté gauche. Le malade l'affirme avec une netteté qui ne laisse pas de doute... Quant aux hallucinations de la vue, le malade ne s'est jamais aperçu s'il voyait plus d'un côté que de l'autre. »

La main droite de ce malade est plus faible que la gauche. M. Lwoff a remarqué qu' « il l'avance, non pas comme la gauche, d'un coup, mais maladroitement, qu'il y a de l'indécision dans le mouvement ». Cette sorte d'ataxie du membre paralysé, cette perte du sens musculaire accompagne généralement ces paralysies cérébrales, comme l'a bien observé M. Magnan (2), chez les alcooliques chroniques avec lésions en foyer. La malade dont l'observation nous est personnelle, présentait ce symptôme d'une manière fort nette.

L'alcoolique de M. Lwoff avait, en outre, des symptômes d'affaiblissement intellectuel, communs chez les circonscrits, sur lesquels nous ne nous arrêterons pas. Au point de vue sensoriel, « le champ visuel, dit M. Lwoff, est normal des deux côtés, la sensibilité au contact, à la douleur et à la température également ». Il est fâcheux qu'un examen plus minutieux de l'œil et surtout de l'oreille n'ait pas été fait. Quoi qu'il en soit, ce qu'il faut retenir, c'est que c'est très nettement après la paralysie que le malade a commencé à entendre des voix. Il n'est pas donc pas douteux que la cause de ces hallucinations unilatérales du même côté que les troubles moteurs et survenues au même moment reconnaissent la même cause, la lésion cérébrale.

Nous allons maintenant résumer brièvement l'observation (3) qui nous est personnelle, et qui a été publiée ces jours derniers dans ce journal. Elle a de grandes analogies avec celle de M. Lwoff.

Notre malade était une femme âgée de quarante-quatre ans ; alcoolique chronique. A l'âge de trente-quatre ans, elle avait commencé par avoir des attaques épileptiformes avec prédominance presque absolue dans le côté gauche du corps. A peu près à la même époque, des hallucinations de l'ouïe survinrent ; elles étaient et demeurèrent par la suite localisées à gauche. A quarante-trois ans, elle eut, après une attaque, une hémiplégie gauche accompagnée d'une hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle du même côté. Il est légitime d'admettre que la lésion en foyer du cerveau avait provoqué ces divers symptômes, atteignant uniquement le côté gauche du corps et consistant en épilepsie jacksonnienne, hallucinations unilatérales de l'ouïe, hémiplégie et hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle. La lésion est-elle corticale, comme semblent le prouver les attaques épileptiformes, beaucoup plus fréquentes dans les maladies de l'écorce, ou est-elle capsulaire, ainsi que paraîtrait l'indiquer l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle ? ou existe-t-il deux lésions, l'une plus ancienne, ayant provoqué, par irritation de l'écorce, l'épilepsie jacksonnienne et les hallucinations unilatérales, et l'autre capsulaire, plus récente, ayant déterminé l'hémiplégie et l'hémi-anesthésie ? Quoi qu'il en soit, les hallucinations unilatérales doivent être rattachées à une lésion en foyer du cerveau, qui aurait irrité le centre de l'audition, soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire des filets sensoriels de la capsule interne. Il existait bien, en outre, une maladie de l'oreille, consistant en une otite scléreuse moyenne ; mais comme elle était plus accusée du côté droit, où il n'y avait jamais eu de voix, elle ne pouvait être la cause des hallucinations unilatérales, rapportées toujours par la malade à l'oreille gauche.

Enfin, tout dernièrement, M. Féré (1) a publié un cas d'hallucination unilatérale de l'ouïe, coïncidant avec une névralgie du trijumeau, avec éruption de zona sur certaines branches du nerf. Le même auteur rappelle une de ses observations antérieurement publiées d'hallucinations unilatérales de la vue provoquées par des douleurs oculaires et péri-orbitaires avec zona de la face.

II

Une étude d'ensemble des hallucinations unilatérales n'est pas chose aisée, tant les documents, quoique assez nombreux, sont peu semblables entre eux. Les 39 cas rapportés avec quelques détails se décomposent ainsi : dans 26, l'ouïe était affectée, dans 7 c'était la vue, dans 4 autres c'étaient la vue et l'ouïe ; dans le cas de Tomaschewsky, l'ouïe, la vue et le tact étaient affectés à la fois, et dans 1 dernier, le tact était seul atteint (cas de Boussat).

Nous ne connaissons pas d'hallucinations unilatérales publiées de l'odorat et du goût ; l'hypothèse de Michéa, rapportée plus haut, et voulant expliquer cette rareté des hallucinations unilatérales de ces deux derniers sens, par l'adossement dans tous leurs points des deux appareils sensoriels, est passible de plusieurs objections ; toutefois, il est malaisé d'en mettre une autre à la place.

L'ouïe est donc le sens le plus fréquemment atteint. Sur les 26 observations de ce genre que nous avons, 23 fois le sens d'un seul côté a été affecté (à peu près indifféremment le droit ou le gauche), deux fois (cas de Magnan et de Bodin)

(1) Lwoff. *Étude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau*, Th. de Paris, 1890, p. 10.
(2) Magnan. *De l'alcoolisme*, 1874, p. 218 et suiv.
(3) Ed. Toulouse. Ouvr. cité.

(1) Féré. Hallucination unilatérale de l'ouïe dans le zona, *Bull. méd.*, 5 mai 1892.

il y a eu des hallucinations bilatérales, mais à caractère différent pour chaque oreille, et une fois (cas de Moreau), les hallucinations se produisaient, tantôt à droite, tantôt à gauche, mais jamais par les deux côtés à la fois. Après l'ouïe, vient la vue, pour 7 cas, dont 1 à hallucinations bilatérales à caractère différent (cas de Hammond) et 1 à hallucinations unilatérales, ayant affecté consécutivement le sens gauche et le sens droit. Le sexe et l'âge des malades ne paraissent pas avoir une influence sur la production de ces symptômes.

Les maladies mentales dans lesquelles se sont rencontrées ces hallucinations unilatérales sont des plus diverses. Cependant, en laissant de côté tous les faits qui, par leur manque de détails ou pour d'autres raisons, ne peuvent être classés, nous rangerons les autres en trois groupes. Les hallucinations unilatérales ont coïncidé souvent avec une lésion périphérique du sens, d'autres fois elles étaient liées à un état vésanique (délire mélancolique et délire des persécutions) ou à un délire toxique (alcoolisme); enfin elles sont survenues chez des malades atteints de lésion circonscrite du cerveau. Mais il s'en faut que, dans chacun de ces groupes, toutes les observations aient la même valeur.

Sur les 11 faits d'hallucinations unilatérales par lésion sensorielle, nous remarquons que la plupart affectaient le sens de l'ouïe (7 fois sur 4). Les lésions de l'oreille constatées manquent de précision; certains auteurs parlent d'un écoulement de l'oreille; d'autres disent otite, sans trop spécifier. La plupart n'ont pas relaté d'examen otoscopique ni fonctionnel de l'oreille, si bien qu'il est difficile en ce moment de dire quelles sont les lésions qui coïncident avec les hallucinations. Il serait surtout intéressant de savoir si, dans les cas de ce genre, le nerf auditif lui-même est lésé. Pour l'œil, on a constaté une choroïdite (deuxième cas de Raggi), une amblyopie (cas de Pick), une papille blanchâtre (deuxième cas de Régis). En général, la lésion siège sur le sens halluciné, mais parfois elle siège sur celui opposé (premier cas de Régis), et d'autres fois même la lésion guérit l'hallucination (deuxième cas de Raggi). Dans ces deux derniers cas, il s'agirait d'illusions qui n'atteignent que l'œil sain et tant qu'il reste sain; nous reviendrons, d'ailleurs, sur cette question tout à l'heure.

Quel rapport y a-t-il entre ces lésions sensorielles et les hallucinations observées? Voyons d'abord les faits. Quatre ont une grande valeur; ce sont ceux de Régis (troisième cas), de Ball, de Mabille et de Buch, dans lesquels trois fois on a observé une guérison de l'hallucination avec la guérison de l'oreille, et une fois une amélioration simultanée des deux ordres de phénomènes à la suite d'un traitement local. Il semble donc qu'il doive y avoir un rapport de causalité entre une lésion sensorielle et les hallucinations du sens lésé. Mais, d'autre part, la fréquence des lésions sensorielles de la vue et de l'ouïe sans hallucination indique bien qu'il y a dans la production de ce phénomène un second facteur, qui n'est pas la seule lésion sensorielle. Quel est-il? Est-ce la prédisposition vésanique du sujet? C'est ce qu'on admet aujourd'hui, quoique cette prédisposition vésanique ne soit guère qu'un mot. Est-ce la nature même de la lésion sensorielle, qui, par son extension centrale, provoquerait à peu près fatalement l'hallucination? Des observations histologiques éclaireront peut-être ce point un jour. Quoi qu'il en soit, les lésions sensorielles sembleraient devoir déterminer les hallucinations par l'excitation périphérique des centres sensoriels de l'écorce, d'après les idées de Tamburini.

Les faits les plus intéressants et surtout les moins connus sont ceux d'hallucinations unilatérales, coexistant avec des lésions en foyer du cerveau. Nous en avons rapporté six, en comptant notre observation personnelle. Rappelons-les brièvement. Cas de Maisonneuve : hallucination de l'œil gauche, hémiparésie gauche, paralysie faciale et dysesthésie sensorielle gauches, attaques épileptiformes, abcès du cerveau sur le lobe temporal droit. Deuxième cas de Régis : hallucination de l'œil et surtout de l'oreille gauches, hémiparésie gauche, épilepsie. Cas des auteurs russes : hallucinations de la vue et de l'ouïe gauches, hémi-anesthésie générale et sensorielle, ainsi qu'hémiparésie gauches, attaques épileptiformes. Cas de M. Lwoff : hallucinations de l'oreille droite, hémiparésie droite, attaques congestives. Cas personnel : hallucinations de la vue et de l'ouïe gauches, hémiparésie et hémi-anesthésie générale et sensorielle gauches, attaques épileptiformes.

Toutes ces observations ont beaucoup de rapports entre elles; cinq sur six avaient des crises épileptiformes, le sixième avait des attaques congestives. Tous étaient atteints d'une hémiparésie, qui, cinq fois, siégeait à gauche. Ce sont là les symptômes habituels d'une lésion en foyer du cerveau.

Quel rapport y avait-il entre ces lésions cérébrales et les hallucinations unilatérales? Il faut d'abord noter que, chez tous ces malades, l'hallucination affectait le côté de l'hémiparésie et était survenue après les symptômes moteurs. En outre, tous ces malades, ayant eu des attaques épileptiformes, avaient-ils des lésions corticales, qui sont les causes ordinaires de celles-là? Au point de vue de la pathogénie de l'hallucination par irritation des centres sensoriels de l'écorce, cela a son importance.

Mais voyons de plus près les faits, relativement à l'état des organes sensoriels. L'œil du malade de Maisonneuve ne fut pas examiné; d'ailleurs, l'époque de l'observation (1805) aurait enlevé à cet examen à peu près toute valeur. Glynn trouva un abcès au niveau de la première temporale droite (siège du centre de l'audition) et attribua, malgré cela, l'hallucination de l'oreille gauche à l'inflammation du nerf auditif passant près de l'abcès, qui s'étendait dans la fosse moyenne du crâne; cependant, il ne dit rien sur l'état histologique de ce nerf. Régis a constaté chez son malade, atteint d'hallucinations de la vue et de l'ouïe gauches, des lésions peu importantes de l'œil (taies anciennes sur la partie externe de la cornée, papille normale, mais avec une zone blanchâtre très éclatante), et une simple diminution de l'acuité auditive de l'oreille, ce qui s'explique très bien par une lésion cérébrale. Le malade de Tomaschewsky offre le cas le plus net : l'œil gauche était halluciné, le nerf et les bandelettes optiques ne présentaient rien d'anormal, alors qu'il existait une lésion du pli courbe droit, où l'on localise le centre de la vision. En outre, la première temporale droite était lésée, et l'on se rappelle qu'il y avait aussi des hallucinations subjectives de l'oreille gauche; mais, comme l'oreille moyenne gauche fut trouvée contenant du pus, ce second fait n'a pas la valeur du premier. Le malade de Lwoff ne fut malheureusement pas examiné au point de vue d'une lésion possible de l'oreille hallucinée. Enfin, notre malade a une sclérose double de l'oreille moyenne, qui, par son caractère bilatéral, ne joue très probablement aucun rôle dans la genèse de l'hallucination

unilatérale, et une lésion centrale (probablement cérébrale) de l'audition gauche, qui paraît être la véritable cause du phénomène.

En résumé, il semble que, chez tous ces malades, la lésion cérébrale fut bien la cause des hallucinations unilatérales. Il est difficile d'aller plus loin et de soutenir que la lésion, ce qui n'est pas nécessaire, était toujours corticale. Au point de vue de la pathogénie de l'hallucination, dans le cas de lésion en foyer, on conçoit qu'il est nécessaire que celle-là intéresse, soit le centre sensoriel cortical lui-même, soit les fibres qui en partent, dans leur trajet à travers le centre ovale ou la capsule interne. Nous n'avons pas de faits anatomiques de ce second groupe.

Mais les cas de Glynn et de Tomaschewsky s'expliquent par nos connaissances actuelles des localisations cérébrales. On peut les rapprocher des expériences de M. Ferrier (1) qui place le centre de l'audition dans le lobe temporal et surtout dans la première circonvolution temporale, et celui de la vision dans le pli courbe, et cite plusieurs cas où les circonvolutions ont été lésées dans les cas de surdité et de cécité. D'autre part, Gowers (2) et Hughes Bennett (3) ont rapporté des faits d'épilepsie symptomatique d'une lésion de la première temporale et dont l'aura consistait en sensations auditives perçues par l'oreille opposée. On a trouvé (4) des altérations du lobe temporal chez des hallucinés chroniques. Mickle (5) a constaté, chez des paralytiques généraux ayant eu des hallucinations de la vue et de l'ouïe, des lésions du pli courbe et des deux premières circonvolutions temporales.

Ajoutons que la plupart des auteurs admettent que les centres sensoriels corticaux sont croisés par rapport aux organes sensoriels.

Enfin, nous avons relevé dans notre travail quelques observations où les hallucinations unilatérales étaient liées à un état vésanique ou à un délire alcoolique. Encore faut-il ajouter que la constitution de cette classe est assez artificielle. Dans la division des faits que nous avions, nous avons séparé d'abord ceux où il y avait des lésions sensorielles et ceux où les malades paraissaient atteints de lésion cérébrale. Tous les autres n'ont pas grande signification, la plupart étant rapportés incomplètement si bien qu'il est difficile de les étiqueter. Cependant, parmi ces derniers, on peut mettre à part les cas d'hallucinations bilatérales à caractère différent de M. Bodin et de M. Magnan, et celui de M. Moreau (deuxième cas), où les hallucinations se produisaient tantôt à gauche et tantôt à droite, mais jamais des deux côtés à la fois; l'explication du fonctionnement indépendant des deux hémisphères s'applique à eux.

Dans les vésanies, les hallucinations unilatérales n'ont pas la netteté, la fixité, que l'on constate dans les deux autres groupes. Bien qu'on ne connaisse pas l'anatomie pathologique de ces maladies, il est fort probable que les hallucinations sont provoquées par des troubles hyperhémiques des centres corticaux, ne laissant pas de traces durables après la mort. Ces lésions fonctionnelles doivent être symétriques, car les hallucinations sont ordinairement bilatérales. On conçoit, au contraire, que, dans le cas d'une lésion en foyer atteignant un seul centre sensoriel ou les fibres qui en partent, ou encore dans le cas d'une lésion sensorielle périphérique, retentissant sur le centre cortical, l'hallucination puisse rester unilatérale. Cependant, malgré que la lésion soit unilatérale, les deux centres symétriques peuvent très bien réagir tous les deux.

(1) Ferrier. Ouvr. cité.
(2 et 3) Gowers, H. Bennett. Cités par M. Ferrier, Ouvr. cité.
(4) Soc. psych. de la prov. du Rhin, *Arch. de neurol.*, nov. 1885, p. 448.
(5) Mickle. Anal. dans les *Arch. de neurol.*, 1882, p. 396.

Luciani (1) a noté que l'extirpation d'un centre de l'audition donne des troubles dans les deux sens, mais surtout dans celui opposé à la lésion expérimentale. Cet auteur et Tamburini, d'accord en cela avec M. Ferrier, pensent même que les nerfs auditifs subissent une semi-décussation comme les nerfs optiques, si bien que chaque oreille a des connexions avec les deux centres auditifs, mais principalement avec celui du côté opposé.

Les conditions physiques et physiologiques des hallucinations unilatérales sont mal connues. Les auteurs, à part quelques rares exceptions, se sont contentés d'enregistrer le phénomène sans chercher à déterminer toutes les circonstances où il se produisait. Il est vrai que les expériences, auxquelles nous faisons allusion, ne sont pas toujours commodes ni possibles, car les aliénés ne sont pas des malades ordinaires. Il aurait été pourtant utile, dans le but d'une classification future et même d'un diagnostic étiologique, de savoir si l'occlusion des yeux faisait, dans tous les cas, disparaître le phénomène, si la pression oculaire amenait le dédoublement de l'image, si l'objet occupait dans l'espace un point fixe, on suivait le regard du malade, etc. Voici quelle serait, d'après M. Binet (2), la signification de ces différents cas. Cet auteur divise les hallucinations en centrales, qu'il cite à peine sans les caractériser, en objectives et en subjectives. Les objectives correspondent aux illusions, dont le point de départ serait un objet extérieur perçu réellement par le sens; les subjectives seraient des hallucinations proprement dites, mais dont l'origine serait toujours dans une excitation du nerf sensoriel, par exemple dans les modifications de pression du sang des vaisseaux rétiniens; — ce qui fait, en résumé, qu'il n'y aurait pas de limites tranchées entre l'illusion et l'hallucination, sinon que pour la vue, et dans le premier cas, l'objet perçu, mais plus ou moins modifié, serait visible, et, dans le second, l'objet serait invisible, *latent*, comme dit excellemment M. Ball (3).

On comprend alors que des hallucinations objectives, visuelles par exemple, dont l'objet est extérieur au sens, doivent avoir pour caractères : la cessation de l'hallucination par occlusion du sens (fermeture de l'œil par exemple), dédoublement de l'image par pression oculaire, qui détruit le parallélisme des axes visuels, situation déterminée dans l'espace de l'image extériorisée. Les hallucinations subjectives auront pour caractères de subsister et même parfois de se produire pendant l'occlusion des yeux, de ne pas se dédoubler, et de se déplacer avec le regard du malade, puisqu'en somme l'origine de ces hallucinations est dans une sensation subjective de la rétine.

Nous avons cherché s'il y avait, d'après les documents que nous possédions, un rapport entre certaines formes d'hallucinations subjectives ou objectives et leur cause, une lésion sensorielle ou cérébrale. Ce serait un utile élément de diagnostic dans certains cas douteux. Malheureusement la

(1) Luciani. Localisations sensorielles dans l'écorce du cerveau, dans le *Brain*, 1885, p. 154.
(2) Binet. L'hallucination, *Rev. philosoph.*, avril 1884.
(3) Ball. Cité par Binet, Ouvr. cité.

plupart des observations manquent de ces renseignements spéciaux; et nous-même n'avons pas pu les rechercher chez la malade, dont nous avons cité l'observation. La malade de Tomaschewsky, qui avait une lésion cérébrale en foyer, paraît avoir eu des hallucinations subjectives de l'ouïe et de la vue; car l'occlusion de ces deux organes n'empêchait pas le phénomène de se produire. Le cas le plus intéressant, à cet égard, est la malade de Sepilli qui souffrait d'une hyperhémie de la choroïde et avait des hallucinations visuelles unilatérales; un écran opaque placé à moins de 1 mètre de la malade faisait disparaître l'hallucination, un prisme posé devant son œil dédoublait l'image, l'occlusion de l'œil faisait cesser l'hallucination. Est-ce que les lésions cérébrales détermineraient des hallucinations surtout subjectives, et les lésions périphériques des hallucinations surtout objectives? C'est peu probable, car les hypnotisés, qui n'ont pas de lésions sensorielles, ont justement des hallucinations objectives.

L'hallucination unilatérale est, en résumé, un symptôme d'une grande valeur. Quand elle est bien nette et constante, elle doit faire penser à deux hypothèses principales, celle d'une lésion sensorielle ou celle d'une lésion cérébrale. Dans le premier cas, il est parfois facile de porter le diagnostic en examinant le sens affecté. Dans le second cas, on pourra ne trouver que des lésions fonctionnelles du sens atteint; mais alors on aura des troubles moteurs et sensitifs plus ou moins généralisés, et le diagnostic de lésion cérébrale en foyer pourra être porté.

Le pronostic varie naturellement dans les deux groupes de faits. Les lésions sensorielles, notamment de l'oreille, sont parfois curables, et le traitement périphérique doit être institué. Les lésions cérébrales en foyer ne le sont généralement pas. On voit donc que l'hallucination unilatérale n'est pas d'une étude purement spéculative, et qu'elle peut servir en clinique à faire poser un diagnostic plus précis, à établir un pronostic plus ou moins grave, et, enfin, à dicter dans certains cas un traitement curatif.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

167. M. Desche. Contribution à l'étude et au traitement de la péri-arthrite scapulo-humérale. — 168. M. Blondeau. Recherches sur l'urémie fébrile. — 169. M. Dercheu. Étude sur l'empyème des sinus frontaux. — 170. M. J. Ricordel. Étude sur une phase de l'évolution de l'ozène. — 171. M. G. Fourrey. Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse. Scarification, grattage et brossage. — 172. M. Pascal. Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge. — 173. M. Pachon. Recherches expérimentales et cliniques sur la fréquence et le rythme de la respiration. — 174. M. Marchand. De l'eczéma de la moustache; ses rapports avec les affections nasales. — 175. M. Baumgarten. La leontiasis ossea (hyperostose des os de la tête). — 176. M. Chapdelaine. Contribution à l'étude du traitement de l'hydrocéphalie vraie. — 177. M. Chérot. Du molluscum pendulum de la vulve. Faux hermaphrodisme par pseudo verge latérale. — 178. M. Moity. Du cœur dans la chorée de Sydenham. — 179. M. Baumann. Les bains populaires. — 180. M. Réville. Grossesse et hystérie. — 181. M. Dorel. Du rôle thérapeutique de l'hydrothérapie dans quelques affections nerveuses (chorée, épilepsie, neurasthénie, hystérie). — 182. M. Magrez. De la claudication intermittente. — 183. M. Godet. Contribution à l'étude clinique des laryngites rubéoliques. — 184. M. Boeteau. Troubles psychiques dans le goître exophthalmique. — 185. M. Taft. De l'histogénèse des fibres du grand sympathique chez l'homme et les mammifères.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le concours de l'adjuvat vient de se terminer par les nominations suivantes : MM. Delbet, Glantenay, Walch, Bouglé et Wassilief.

— *Hôpitaux de Marseille.* — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. Castueil, Reynaud, Keasing-Hart Waller.

— *Hôpitaux de Rouen.* — Par suite de la mise à la retraite de M. le docteur Laurent, atteint par la limite d'âge, le mouvement suivant a lieu dans les hôpitaux de Rouen :

M. Petitclerc passe à l'Hôtel-Dieu (division B); M. Gargam passe à l'Hôtel-Dieu (division C).

M. Brunon passe à l'hospice général (division A) et M. Boucher est nommé médecin-chef à l'hospice général (division C).

— M. le ministre de la Marine vient d'accorder un témoignage officiel de satisfaction à M. le médecin principal Cotte, sous-directeur de l'École principale du service de santé de la marine, à Bordeaux, pour le zèle et le dévouement dont il fait preuve dans ses fonctions.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs E. Girard (d'Aulnay-sur-Odon); V. Guyon (de Vaire-le-Grand).

— Place vacante de médecin-adjoint pour un docteur s'occupant des maladies mentales, dans une maison de santé des environs de Paris. — On est défrayé de tout. — Appointements : 5 à 6000 francs. — S'adresser à M. Beaudouin, 20, rue de Grenelle, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Bretonneau et ses correspondants, ouvrage comprenant la correspondance de Trousseau et de Velpeau avec Bretonneau, publié avec une biographie et des notes par Paul Triaire et précédé d'une introduction de L. Lereboullet, membre de l'Académie de médecine. 2 vol. in-8°. — Prix : 25 francs. — Paris, F. Alcan.

Études de thérapeutique expérimentale et clinique, par le docteur Ch. Quinquaud, médecin de l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Traité des affections vénériennes, par le docteur Edmond Lesser, privat docent à l'Université de Leipzig, traduit sur la 4e édition, par le docteur A. Bayet. 1 vol. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.

De la bile à l'état pathologique (Étude physique, micrographique et bactériologique), par M. le docteur Auguste Létienne, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, G. Steinheil.

Notes et observations cliniques, par le docteur Boissard, ancien chef de clinique d'accouchements, accoucheur des hôpitaux. — 1° De l'état de la menstruation chez les femmes qui allaitent; 2° des enfoncements et des fractures produits sur le crâne du fœtus pendant l'accouchement. — Grand in-8° de 52 pages avec une figure. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Considérations sur la résection du genou, d'après 140 opérations pratiquées à l'hôpital de Strasbourg,

par le docteur Jules Bœckel, chirurgien des hôpitaux civils de Strasbourg. Broch. in-8° de 52 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Félix Alcan.

Vin Durand diastasé — *Affections de l'estomac.*

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*, 2 ou 3 à chaque repas.

Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*

Savons hygiéniques du Dr Delabarre — Boîte de 3 savons : 3 fr. — *Savon blanc* pour l'enfance, — *vert* pour tous les âges. — Dr Fumouze-Albespeyres, 78, faubourg Saint-Denis, Paris.

Contrexéville-Pavillon — Goutte, gravelle, diabète, voies urinres.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux Bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans l'ablation des grosses tumeurs fibreuses de l'utérus par la voie abdominale, les chirurgiens se sont toujours préoccupés du traitement du pédicule de ces tumeurs. De là plusieurs méthodes, suivant que ce pédicule est fixé à l'angle inférieur de la plaie (méthode extra-péritonéale) ou suivant qu'on le réduit dans la cavité abdominale, après l'avoir ou non recouvert du péritoine voisin (méthode intra-péritonéale). M. Péan, qui, depuis plus de vingt ans qu'il a mis en œuvre ces différents procédés, n'a pas cessé de chercher à les perfectionner, vient de faire connaître à l'Académie une méthode à laquelle il a eu recours il y a déjà longtemps, mais qu'il vient de simplifier et qui lui a donné de beaux succès. Voici en quoi elle consiste : Une fois la tumeur enlevée par la voie abdominale et le pédicule lié, aussi bas que possible, dans un lien métallique, M. Péan referme le ventre et enlève ce pédicule et son lien par la voie vaginale, après avoir pincé les ligaments larges selon la méthode qu'il a imaginée pour l'ablation des tumeurs par cette voie de petit ou de moyen volume. C'est donc là un procédé d'ablation *totale* des tumeurs fibreuses utérines, quel que soit d'ailleurs leur volume, à la fois par la voie abdominale et par la voie vaginale. On trouvera ci-contre la communication de M. Péan. Cette méthode nous paraît réaliser un grand progrès dans le traitement chirurgical des grosses tumeurs fibreuses de l'utérus, car elle supprime tous les dangers inhérents à la présence du moignon utérin dans la cavité abdominale.

Au mois de juillet dernier, M. Semmola (de Naples) faisait à l'Académie une communication sur l'analyse biologique des urines dans les maladies infectieuses (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 848). M. Semmola a continué ces recherches. Pendant la dernière épidémie d'influenza qui a sévi à Naples, il a inoculé à des lapins l'urine de malades présentant des phénomènes infectieux particuliers, tels qu'une élévation excessive de la température, une dyspnée considérable; et les animaux ainsi inoculés ont été atteints des mêmes accidents. La conclusion à tirer de ces faits intéressants est que l'examen chimique des principes toxiques éliminés par les urines, dans les maladies infectieuses, est insuffisant et qu'il faut y joindre l'analyse biologique, beaucoup plus concluante.

Deux lectures ont été faites, l'une par M. D'Espine (de Genève) sur un streptocoque particulier qu'il a découvert, avec M. Marignac, dans le sang d'un malade atteint de scarlatine; l'autre par M. Pilière (de Charleville) sur le traitement de la diphthérie par les badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent au 30e et par des pulvérisations, répétées toutes les deux heures, avec une solution de sublimé au 500e ou au 1000e, suivant l'âge de l'enfant.

L'Académie de médecine s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Hervieux sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'accouchements. La liste de présentation porte : en première ligne, M. Pinard; en deuxième ligne, M. Porak; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Auvard, Doléris, Maygrier et Ribemont-Dessaignes.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

De l'ablation totale de l'utérus pour les grandes tumeurs fibreuses et fibro-cystiques de cet organe.

Depuis que nous nous sommes occupé du traitement des tumeurs fibreuses et fibro-cystiques de l'utérus, nous avons constamment poursuivi la recherche des moyens les plus propres à rendre leur ablation facile et peu dangereuse.

Après avoir démontré qu'il est possible d'enlever, sans trop de danger, les tumeurs pédiculées, sous-muqueuses, du col et du corps de l'utérus, nous sommes arrivé à imaginer des méthodes qui nous ont permis d'extraire, presque aussi simplement, les fibromes interstitiels et sous-péritonéaux du corps de cet organe.

Pour les *petites tumeurs*, c'est-à-dire pour toutes celles dont le volume ne dépasse pas sensiblement celui d'une tête de fœtus à terme, nous avons prouvé qu'on peut les enlever presque sans danger par la voie vaginale en conservant ou non l'utérus, suivant les indications.

Mais lorsque le volume de la masse morbide dépasse celui que nous venons d'indiquer, le chirurgien recourt habituellement à la voie abdominale.

Pour ces *grandes tumeurs*, en effet, nous avons démontré

le premier, par des faits suffisamment nombreux, qu'on peut les enlever avec des chances sérieuses de succès en les mettant à découvert par une incision médiane faite à la paroi abdominale, en les attirant au dehors, après avoir détaché leurs adhérences et les avoir morcelées, si cela est utile, en les liant aussi bas que possible et en les réséquant au-dessus du lien.

Et alors, si la tumeur est sous-péritonéale et pédiculée, l'opération n'offre pas plus de danger que s'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire ou des ligaments larges (*myomectomie*).

Si, au contraire, la tumeur est interstitielle, il faut placer le lien sur le corps de l'utérus et ses annexes et les enlever. En pareil cas, le col et une petite portion du corps sus-jacente à la ligature forment un moignon plus ou moins long qu'il convient, suivant les cas, de fixer à l'angle inférieur de la plaie abdominale (*méthode extra-péritonéale*), ou de réduire après l'avoir ou non recouvert du péritoine voisin (*méthode intra-péritonéale*).

La méthode extra-péritonéale a sur l'autre, quand elle est applicable, les avantages suivants : elle est d'une exécution rapide, n'expose pas le péritoine a être souillé par les surfaces de section et permet au chirurgien de surveiller l'hémostase et les pansements.

C'est pour tous ces motifs et aussi parce qu'elle a donné des guérisons plus nombreuses, que cette méthode a été considérée comme la méthode de choix par la plupart des chirurgiens, depuis que nous l'avons créée.

Cependant, il est des malades chez lesquelles le moignon est tellement large, tellement court, que la méthode extra-abdominale n'est pas applicable. En pareil cas, nous avons démontré qu'il était préférable de réduire le pédicule après l'avoir lié en deux moitiés et après avoir fermé la surface de section par quelques points de suture à anses séparées.

Quelques chirurgiens ont cherché à généraliser cette méthode aux dépens de la précédente, en l'appliquant à tous les cas, mais ils n'ont pas obtenu des résultats assez favorables pour justifier leur conduite.

Enfin, pour les cas où la tumeur occupe à la fois le corps et le col de l'utérus, nous avons démontré, dans le travail que nous avons publié en 1873, avec mon interne, M. Urdy, qu'il ne faut pas hésiter, dans cette circonstance, à pratiquer l'ablation totale de l'organe.

Dès 1869, j'ai mis le premier cette méthode à exécution. L'année suivante, la malade fut présentée à l'Académie de médecine; l'opération avait été faite pour une grosse tumeur fibro-cystique. Depuis cette époque, nous avons eu maintes fois recours à cette méthode opératoire et nous en avons obtenu de bons résultats.

Voici comment nous procédions autrefois chez ces malades : Après avoir mis à découvert la tumeur par une incision abdominale, nous saisissions de chaque côté, avec nos pinces à mors longs, droits ou courbes, les ligaments larges, que nous coupions entre deux rangées de pinces; puis, après avoir lié et réséqué ces ligaments, nous placions un lien métallique au-dessous de la tumeur, aussi près que possible du col. Nous coupions ensuite l'utérus au-dessus du lien. Nous avions soin, au préalable, quand cela était nécessaire, de détacher la vessie et le rectum. Il ne nous restait plus alors qu'à ouvrir les culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin, soit de haut en bas par l'abdomen, soit de bas en haut par la voie vaginale; à enlever le col, après avoir placé, sur la partie inférieure des ligaments larges, d'autres pinces plus petites, dont l'extrémité libre sortait par la vulve : ces dernières suffisaient pour assurer l'hémostase préventive et définitive.

Cette méthode nous a donné de bons résultats : elle a trouvé, dans divers pays, de chauds partisans.

Après y avoir mûrement réfléchi, nous avons toutefois pensé que son manuel pouvait être encore simplifié. Voici comment nous procédons aujourd'hui.

Après avoir ouvert l'abdomen, nous attirons la tumeur au dehors, suivant notre coutume, à l'aide d'un trocart long et courbe de notre modèle ; nous plaçons ensuite un lien en caoutchouc au-dessous d'elle, le plus près possible du col, nous fixons ce lien avec nos pinces à mors longuets et nous réséquons toute la portion sus-jacente de la tumeur, à quelques centimètres au-dessus de lui. S'il y a plusieurs lobes, nous les enlevons après avoir successivement appliqué des liens de caoutchouc, le plus bas possible.

Lorsqu'il ne reste plus que le col et la partie inférieure du corps de l'utérus, nous avons soin, quand cela est nécessaire, de dégager la vessie et le rectum et de pincer ou de lier les petits vaisseaux qui leur appartiennent.

Nous plaçons ensuite, soit au-dessous, soit au-dessus du lien de caoutchouc, suivant les cas, un fil métallique que nous serrons fortement et que nous tordons à l'aide d'un ligateur de notre modèle : grâce à ce ligateur, le lien métallique se rompt, après quelques tours de torsion, juste à 1 centimètre en dehors de l'utérus. Nous réséquons alors le moignon aussi près que possible du lien métallique, en ayant soin d'évider la muqueuse, de façon à diminuer le plus possible son volume, sans exposer cependant ce lien à l'abandonner, puis nous réduisons le moignon et nous fermons, *par suture*, la plaie abdominale.

Il ne nous reste plus alors qu'à enlever le col de l'utérus, le moignon et le lien métallique. Cette extirpation se fait aisément par la voie vaginale, en suivant les règles que nous avons, depuis longtemps, posées pour l'ablation des petites tumeurs utérines, c'est-à-dire en ayant recours au pincement des ligaments larges et au morcellement.

En raison des résultats que nous avons obtenus, dans ces dernières années, de cette nouvelle méthode d'ablation totale de l'utérus, nous en sommes arrivé à poser les conclusions suivantes :

1° Toutes les fois qu'il est indiqué d'enlever une grande tumeur fibreuse ou fibro-cystique interstitielle du corps de l'utérus, il convient de recourir à notre méthode d'ablation totale de cet organe par la voie abdominale et par la voie vaginale combinée ;

2° Cette méthode permet d'enlever plus rapidement l'utérus malade et ses annexes que les méthodes intra et extra-péritonéales ;

3° Elle agrandit le domaine de la chirurgie, en augmentant le nombre des guérisons.

PHYSIOLOGIE

Effets physiologiques d'un liquide extrait des glandes sexuelles et surtout des testicules.

Par M. Brown-Séquard.

(Travail communiqué à l'Académie des sciences, le 23 mai 1892.)

J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie les résultats principaux observés sur moi-même et sur un nombre extrêmement considérable de personnes, après des injections sous-cutanées ou

intra-rectales (1) de liquides extraits des testicules ou des ovaires. Ces injections, depuis trois ans que j'en ai proposé l'usage, ont été employées dans presque toutes les parties du monde, et, comme on le verra, non sans succès, contre la faiblesse dépendant d'un âge avancé ou des maladies les plus variées.

Déjà, en 1869, dans un cours à la Faculté de médecine de Paris, j'avais émis l'idée que les glandes ont des sécrétions internes et fournissent au sang des principes utiles sinon essentiels. Je croyais, dès lors, que la faiblesse chez les vieillards dépend non seulement de l'état sénile des organes, mais aussi de ce que les glandes sexuelles ne donnent plus au sang des principes qui, à l'âge adulte, contribuent largement à maintenir la vigueur propre à cet âge. Il était donc tout naturel de songer à trouver un moyen de donner au sang des vieillards affaiblis les principes que les glandes sexuelles ne lui fournissent plus. C'est ce qui m'a conduit à proposer l'emploi d'injections sous-cutanées d'un liquide extrait de ces glandes.

Les testicules et les ovaires ont au moins trois grands usages distincts consistant : le premier, dans leur rôle bien connu dans la génération; le second, dans l'influence aussi très connue qu'exercent les principes résorbés dans ces glandes sur les centres nerveux et qui donnent à l'homme et à la femme les caractères physiques, moraux et intellectuels qui appartiennent en propre à l'un et à l'autre; le troisième, dans une action tonifiante spéciale qui augmente certaines puissances d'action de la moelle épinière et du cerveau.

C'est ce dernier point qui fait l'objet de ce travail. J'y ai surtout été conduit par les faits bien connus que, chez les individus des deux sexes privés, dans la première enfance, des testicules ou des ovaires, de même que chez ceux qui s'épuisent par la masturbation ou des excès sexuels, les centres nerveux perdent considérablement de leur puissance. On sait aussi que, chez ceux qui, naturellement vigoureux, se privent absolument de relations sexuelles, les puissances de la moelle épinière et du cerveau s'exagèrent jusqu'à atteindre souvent un état morbide.

Après m'être assuré, chez des animaux, de l'influence tonifiante d'injections d'extrait liquide de testicules et de l'innocuité de cette opération faite avec certaines précautions, j'ai fait, en 1889, sur un savant bien connu, âgé de soixante-douze ans, des injections dont les résultats ont dépassé tout ce que j'en espérais. Je n'indiquerai ici que les principaux de ces résultats.

Depuis mars 1860 où ce savant a commencé, à l'aide du dynamomètre universellement employé par les médecins, à mesurer la force des muscles fléchisseurs, à son avant-bras droit, cette force avait graduellement diminué jusqu'en mai 1889, où les premières injections ont été faites. Le poids maximum, d'après les indications de l'index, a été, en 1860, de 50 kilogrammes. En 1863, il était de 46 kilogrammes et, en 1882 (du 5 au 15 mai), de 37 kilogrammes. La moyenne d'un très grand nombre d'essais durant les dix jours qui ont précédé la première injection, faite le 15 mai, a été de 34k5 (de 32 à 37 kilogrammes). Dès le lendemain de cette injection, cette moyenne s'était élevée à 41 kilogrammes (de 39 à 44 kilogrammes). Il y avait donc eu un gain très évident de force (de 34k5 à 41 kilogrammes). Le maximum de force marqué par le dynamomètre, en 1863, avait été de 46 kilogrammes. Ce chiffre a été presque atteint vingt-six ans après, puisque le maximum en 1889, après les injections, a été de 44 kilogrammes, chiffre bien plus considérable que celui qui avait été observé avant la première injection, lequel, au maximum, n'avait été que de 37 kilogrammes. Le sujet de l'expérience, âgé aujourd'hui de soixante-quinze ans, a pu, en présence de plusieurs membres de l'Académie, mouvoir encore 44 kilogrammes.

Le sujet de l'expérience avait notablement perdu de ses forces durant les dix ou douze années qui l'avaient précédée. Avant le 15 mai 1889, il était si faible qu'il lui fallait toujours s'asseoir après avoir travaillé debout, une demi-heure, au laboratoire. Même en restant assis, il était épuisé après trois ou quatre heures d'expérimentation et quelquefois même après deux heures seulement. Très fréquemment, depuis plus de dix ans, l'épuisement était tel, le soir, lorsqu'il quittait le laboratoire, qu'il était obligé de se mettre au lit, où le sommeil lui faisait défaut à cause de l'excès de fatigue. Dès le lendemain du jour de la première injection, mais plus encore les jours suivants (cinq injections avaient été faites en trois jours, les 15, 16 et 17 mai), un changement radical avait eu lieu en lui et il avait recouvré autant de force que nombre d'années avant. Au grand étonnement de ses assistants, MM. d'Arsonval et Hénocque, il était devenu capable de faire des expériences pendant plusieurs heures, en se tenant debout, sans ressentir le besoin de s'asseoir. En rentrant du laboratoire, il était si peu fatigué qu'il était devenu capable de s'occuper longtemps de la rédaction de mémoires sur des sujets difficiles, ce qu'il n'avait pu faire depuis un très grand nombre d'années (1).

Le jet de son urine, mesuré avec grand soin dans les dix jours qui ont précédé et les vingt jours qui ont suivi sa première injection, a montré un gain de plus d'un quart. Je n'ai pas besoin de dire que les circonstances étaient les mêmes, dans tous les cas, avant et après cette injection : les émissions avaient lieu à la même heure, après un repas se composant d'aliments semblables et de la même quantité de boisson. Ici, comme pour la force des membres, on a la preuve que la puissance de sa moelle épinière était considérablement augmentée. Il en a été de même à l'égard de la défécation qui, chez lui, était devenue extrêmement laborieuse et même quelquefois impossible sans moyens artificiels. Dans les quinze jours qui ont suivi la première injection, un changement radical est survenu chez lui : l'acte réflexe de la défécation avait repris son état normal.

Enfin, le travail intellectuel, qui était devenu très pénible, est redevenu facile dès après les premières injections.

Ceux qui connaissent la puissance des auto-suggestions se demanderont si tous les effets montrant une augmentation de force, chez le vieillard dont j'ai donné l'histoire, n'ont pas été produits par une simple influence du moral sur le physique. Que cette influence ait eu une part dans la production de ces effets, ce n'est pas moi qui le nierai. Mais des faits extrêmement nombreux et absolument décisifs se sont accumulés depuis trois ans, montrant que c'est bien à une action physique et directe du liquide testiculaire sur le centre cérébro-rachidien et surtout sur la moelle épinière qu'il faut attribuer, dans l'immense majorité des cas, les augmentations de force qu'on observe après l'injection sous-cutanée de ce liquide. Une expérience de M. Variot en a donné la preuve pour la première fois. Dans un service d'hôpital où nombre de vieillards avaient réacquis de la force après l'injection du liquide testiculaire, on annonça à un vieillard très affaibli qu'on allait lui donner de la force comme aux autres et par le même moyen; mais sans qu'il le sût, au lieu du liquide tonifiant on lui injecta de l'eau pendant nombre de jours, sans qu'il y eût chez lui la moindre apparence d'augmentation de force. A l'improviste et sans que le malade pût savoir qu'on avait fait un changement, on fit une injection de liquide testiculaire. Dès le lendemain, la vigueur générale avait augmenté et elle continua à croître après d'autres injections de ce liquide. Je connais un grand nombre de faits plus ou moins analogues à celui-là, et nombre d'autres d'un caractère bien différent, mais conduisant à

(2) J'ai fait usage, en 1890, d'injections intra-rectales et souvent avec presque autant de succès que par des injections sous la peau; mais, pour obtenir des effets favorables par ce procédé, il importe d'employer un liquide très concentré et contenant tout ce que l'on peut retirer de deux testicules entiers, c'est-à-dire de dix à vingt fois plus que par l'autre procédé.

(1) Le sujet de l'expérimentation, le 28 octobre dernier, se disposant à partir pour Nice, où il devait passer six mois, a eu à rester debout ou à marcher pendant plus de seize heures, surveillant l'emballage de livres, de manuscrits, d'instruments, etc.; il est arrivé à Nice le lendemain soir, ayant à peine dormi, et néanmoins « il ne ressentait aucune fatigue ». Il était à ce moment âgé de soixante-quatorze ans et huit mois.

la même conclusion. Ainsi des individus affaiblis par l'âge ou la maladie et qui étaient soumis à des injections de morphine ou de strychnine ou d'atropine, sans changement dans leur vigueur, ont eu, sans en avoir le moindre soupçon, des injections de liquide testiculaire, après lesquelles la force leur est revenue à un très notable degré. De plus, chez des centaines de malades affaiblis par les causes les plus variées, qui avaient un très grand espoir d'acquérir de la force par des injections de liquide testiculaire, le retour de la vigueur n'est venu qu'après plusieurs et même un grand nombre d'injections et souvent avec lenteur. Très fréquemment donc, l'auto-suggestion ne joue aucun rôle dans la production des effets des injections de liquide testiculaire et ces effets doivent être attribués surtout ou entièrement à une influence dynamogénique ou tonifiante de ce liquide, s'exerçant sur les centres nerveux.

La durée des effets produits par le liquide testiculaire chez les vieillards est considérable quelquefois. Pour abréger, je me bornerai à dire que la vigueur de moelle épinière montrée par la force des membres peut durer un mois et même plus après la cessation des injections et que la force de la vessie et du rectum peut persister encore davantage.

Je crois devoir montrer, par quelques cas remarquables, combien est grande l'influence dynamogéniante du liquide testiculaire.

Un vieillard de quatre-vingt-neuf ans était affaibli à un tel degré qu'il pouvait à peine monter ou descendre l'escalier de sa maison, bien qu'il demeurât au premier étage. Après un certain nombre d'injections de liquide testiculaire, faites par M. le docteur Variot, il avait recouvré tant de force qu'il pouvait faire de longues promenades à cheval sans fatigue. Ce retour à la vigueur persistait encore après deux ans, pendant lesquels M. le docteur Variot n'avait pourtant pas fait un très grand nombre d'injections.

Chez un vieillard mourant de cachexie paludéenne, ne pouvant plus même ouvrir les yeux, une injection de liquide testiculaire de singe, faite par le docteur Laurent, de Port-Louis (île Maurice), a eu un tel effet que le malade a pu, le lendemain, se lever seul, après avoir été plusieurs années confiné au lit. Dans une lettre qui m'a été communiquée par M. le docteur Tholozan, ami du malade, celui-ci, après plusieurs injections de liquide testiculaire de cobaye et de singe, déclare qu'il est « complètement rétabli et plus fort qu'il y a trois ans ».

Un physiologiste de grand mérite, plusieurs fois lauréat de l'Académie, M. E. Gley, m'a fourni l'histoire d'une jeune malade, femme d'un médecin de Paris, qui a été tirée quatre fois, dans l'espace de quatre ou cinq mois, d'un état de profonde anémie consécutif à de profuses hémorrhagies pulmonaires, à l'aide d'injections de liquide séminal. La première fois, en juillet 1889, la faiblesse était telle que la malade ne pouvait plus dire que quelques mots et à voix basse. Quelques heures après une seule injection du liquide spécial qui était employé (Voir *Archives de physiologie*, 1890, p. 641), l'état adynamique avait disparu, et déjà, les jours suivants, la malade avait pu supporter sans fatigue des excursions à la campagne et des visites prolongées à l'Exposition.

L'expérimentateur, sur lequel les premières recherches sur le liquide testiculaire ont été faites, a été très malade à Nice, en janvier 1891. Bien que soigné par notre éminent confrère, M. Bouchard, il était arrivé presque à l'agonie.

Affaibli d'abord par une entérite extrêmement intense, qui avait résisté à un traitement très énergique pendant plus de dix jours et qui s'était montrée chez lui au quinzième mois d'une coqueluche violente, il avait été atteint de contracture rhumatismale des muscles du thorax (intercostaux et autres) et parfois aussi du diaphragme. De plus, l'état morbide du bulbe, dû à la coqueluche, après avoir causé du hoquet d'une manière presque non interrompue pendant deux ou trois jours, déterminait parfois du spasme de la glotte et d'autres fois, simultanément : 1° de l'arrêt des échanges entre les tissus et le sang, montré par le fait que le sang était rouge dans les veines, malgré une cessation complète de tout mouvement respiratoire (durant souvent plus de deux minutes) ; 2° une diminution considérable (en force et en vitesse) de l'action cardiaque. M. Bouchard ayant été obligé de le quitter, il était soigné par M. le docteur Frémy, qui, le trouvant mourant, voulut bien lui faire une injection de 2 grammes d'un liquide testiculaire très fort, préparé tout exprès quelques jours avant par M. d'Arsonval. Deux heures après l'injection, tous les phénomènes morbides dépendant de l'état du bulbe, ainsi que les contractures rhumatismales des muscles respiratoires, disparurent complètement et ne se sont plus rencontrés depuis lors. Quant à la faiblesse qui, avant l'injection, était telle que le malade ne pouvait soulever sa tête, qu'il ne pouvait se tourner dans son lit et encore moins en descendre et y remonter, elle avait cessé à ce point que tous ces actes étaient devenus faciles.

En présence d'un fait si remarquable, il y a lieu de se demander si c'est vraiment l'injection qui a fait disparaître si rapidement les manifestations des états morbides divers qui existaient. Je ne puis pas l'affirmer, mais ce qui est certain, c'est que la faiblesse, si considérable, qui avait envahi depuis nombre de jours presque toutes les parties du corps et atteint depuis vingt-quatre heures le degré d'une paralysie à bien peu près complète, a promptement cessé sous l'influence tonifiante du liquide injecté.

Les faits que j'ai rapportés et un très grand nombre d'autres montrent clairement la puissance du liquide extrait des testicules pour augmenter les forces d'action des centres nerveux. Mais la question reste de savoir par quel mécanisme ce liquide agit pour produire cet effet, après son entrée dans le sang, par absorption. Je suis obligé, aujourd'hui, de me borner à affirmer que ce liquide n'agit pas comme un excitant, comme un stimulant, mettant en jeu les forces qui préexistent et amenant nécessairement par là un épuisement plus ou moins grand. Jamais l'emploi du liquide testiculaire n'a été, après un temps plus ou moins long, suivi de la déperdition de forces que l'on peut constater après l'usage de certains stimulants. Ce qui a lieu, ainsi que je le montrerai dans un travail spécial, c'est une augmentation de ces transformations de forces auxquelles nous devons les puissances diverses de la moelle épinière et du cerveau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juin 1892. — Présidence de M. Regnault.

LECTURES

Le streptocoque de la scarlatine. — M. D'ESPINE (de Genève), en son nom et au nom de M. Marignac, fait une communication sur un streptocoque spécial, qu'ils ont trouvé dans le sang d'un malade atteint de scarlatine. Ce streptocoque présente des caractères particuliers qui permettent de le distinguer du streptocoque pyogène, de celui de l'érysipèle et même des streptocoques courts auxquels il appartient.

Traitement de la diphthérie. — M. PILIÈRE (de Charleville) fait connaître les résultats d'un traitement qu'il emploie, avec succès, contre la diphthérie et même contre le croup. Ce traitement consiste en badigeonnages avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent au trentième. Ces badigeonnages sont suivis de pulvérisations, à l'aide d'un appareil de Richardière, d'une solution de sublimé à 1 p. 500.

M. Pilière emploie cette solution chez tous les enfants âgés de plus de deux ans. Au-dessous de cet âge, il emploie la liqueur de Van Swieten. Jamais il n'a constaté d'intoxication mercurielle, l'obligeant à interrompre le traitement. Il se sert d'une canule à courbure spéciale, qui lui permet de faire pénétrer le liquide jusque dans le larynx. Ces pulvérisations sont faites toutes les deux heures le jour, et toutes les trois heures la nuit.

De janvier 1890 à février 1891, M. Pilière a traité, par cette méthode, 98 diphthéritiques sur lesquels il compte 94 guérisons. Il n'a dû pratiquer la trachéotomie que sur six de ces malades. Il a presque toujours pu aussi éviter la propagation de la maladie au larynx, et il a même guéri plusieurs cas de croup au début.

COMMUNICATIONS

Ablation totale de l'utérus pour les grandes tumeurs de cet organe. — M. PÉAN fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, page 621.)

Étiologie de la pleurésie. — M. BÉCHAMP communique la première partie d'un travail sur ce sujet.

Examen biologique des urines dans l'influenza. — M. SEMMOLA (de Naples) rappelle la communication qu'il a faite en octobre dernier, sur l'analyse biologique des urines. Il a, depuis, continué ses recherches, qui n'ont fait que confirmer sa conviction première, à savoir que l'examen chimique des urines ne suffit pas et que son étude biologique peut jeter un grand jour, tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue du traitement.

On avait constaté que les urines de malades atteints de tétanos contenaient des toxines particulières qui, injectées à des animaux, étaient capables de donner lieu à des attaques de tétanos.

M. Semmola a eu l'occasion, lors de la dernière épidémie d'influenza, d'observer à Naples plusieurs faits qui sont venus confirmer ses premières recherches. Une femme, accouchée depuis six semaines, est prise d'influenza à forme névralgique; elle a des accès de fièvre dans lesquels la température monte jusqu'à 42 degrés, tandis que le pouls reste à 80, et que le nombre des respirations n'est que de 20. L'urine de cette malade, recueillie pendant un accès, est injectée à un lapin, dont la température monte immédiatement à 39°7. Cette urine contenait donc une toxine spéciale à l'influenza, et capable d'amener l'élévation de la température.

On sait que, pendant la convalescence de l'influenza, on observe fréquemment des congestions pulmonaires, des pneumonies, des dyspnées. Or, l'urine de malades atteints de dyspnée fut injectée à des lapins, qui furent pris aussitôt d'accès de dyspnée considérable et succombèrent peu de temps après.

M. Semmola croit pouvoir conclure de ces faits que l'examen biologique des urines peut devenir un précieux moyen de diagnostic dans les maladies infectieuses.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Hervieux, sur les titres des candidats pour la place vacante dans la section d'accouchements.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er juin 1892. — Présidence de M. CHAUVEL.

CORRESPONDANCE

Tumeurs abdominales. — M. BOIFFIN (de Nantes), à propos de la communication faite récemment par M. Monod, adresse l'observation d'une femme de quarante ans, qui s'aperçut que son ventre grossissait en même temps que ses règles se supprimaient. Un médecin consulté entend les bruits du cœur du fœtus, sent des parties fœtales et prédit un accouchement prochain. Peu de temps après, cette femme est prise de douleurs utérines, mais n'accouche pas. Elle vient à Nantes consulter M. Boiffin qui diagnostique un kyste multiloculaire et propose une laparotomie. Celle-ci est pratiquée et l'on met à nu une grosse tumeur rougeâtre ressemblant à un utérus gravide. M. Boiffin s'est demandé un instant s'il ne lui faudrait pas revenir au premier diagnostic porté ; mais, après un examen plus attentif, il ne tarda pas à reconnaître qu'il avait affaire à un kyste multiloculaire qui fut enlevé. Les suites de l'opération furent simples. Ce fait vient donc de nouveau à l'appui de cette opinion soutenue par plusieurs membres, dans la dernière séance, à savoir que, dans certains cas, le diagnostic des tumeurs abdominales présente les plus grandes difficultés.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. JALAGUIER a fait 14 fois la laparotomie, pour des péritonites purulentes généralisées : 13 fois pour des péritonites consécutives à des perforations du cæcum ou de l'appendice, 1 fois pour une péritonite d'origine traumatique. Sur ce nombre, M. Jalaguier a eu 12 décès et 2 guérisons. Il attribue ces mauvais résultats à l'époque trop tardive de l'intervention. Tous ces malades, en effet, étaient dans un état désespéré lorsqu'il les a opérés. Il n'est intervenu que du troisième au cinquième jour. Pour M. Jalaguier, l'état du pouls est un élément très précieux au point de vue du pronostic opératoire. Quand il est filant, irrégulier, difficile à compter, et surtout quand ses anomalies coïncident avec un abaissement de la température, le pronostic opératoire est des plus graves, et cependant, comme ces malades sont irrémédiablement perdus si l'on n'intervient pas, il faut les opérer. Chez les deux malades opérés par M. Jalaguier, qui ont guéri, le pouls ne présentait pas ces altérations et la température était encore assez élevée.

Au point de vue de la technique opératoire, voici comment procède M. Jalaguier : il a recours au chloroforme, mais il l'emploie avec la plus grande prudence et il en donne très peu. On trouve généralement, dans ces cas, un œdème du tissu cellulaire sous-péritonéal, des adhérences épiploïques ; il faut donc prendre les plus grandes précautions en pratiquant l'incision abdominale, sans quoi on s'exposerait à ouvrir une anse d'intestin. Le ventre ouvert, on peut se trouver en présence de deux formes distinctes de péritonite : tantôt on trouve les anses intestinales formant un paquet unique, flottant à la surface de l'épanchement purulent, tantôt on trouve des foyers multiples, disséminés, dans le petit bassin, surtout au niveau du cæcum, dans l'angle iléo-cæcal.

M. Jalaguier pense qu'il faut être très sobre dans la recherche de l'appendice. Dans les deux cas qui se sont terminés par la guérison, il n'a pas été à la recherche de l'appendice. Selon lui, le lavage est indispensable et il doit être fait largement. Enfin, M. Jalaguier a toujours eu recours à un drainage méthodique. Il déplore d'avoir à présenter une statistique lamentable, mais il faut encore se féliciter en songeant que les deux enfants qui ont guéri après l'intervention étaient voués à une mort certaine s'ils n'avaient été opérés.

M. BERGER fut appelé, il y a une quinzaine de jours, auprès d'un jeune homme de dix-huit ans, qui souffrait atrocement de douleurs abdominales, et chez lequel on croyait à l'existence d'un étranglement interne. Il vit ce jeune homme, pour la première fois, un dimanche à une heure. Il souffrait depuis le vendredi. Quelques années auparavant, il avait eu une fièvre typhoïde et, depuis, il éprouvait, par intervalles, des souffrances dans le ventre. Ayant diagnostiqué une perforation de l'appendice, M. Berger se fit un devoir de faire immédiatement préparer tout ce qu'il fallait, et, vers quatre heures de l'après-midi, pratiqua l'opération. Il fit l'incision au niveau de la fosse iliaque, trouva un épanchement séro-purulent abondant, arriva sur le cæcum qui était rouge et tuméfié, trouva l'appendice perforé à sa base et en partie gangrené, qu'il lia et réséqua. Il nettoya la région, draina et referma le ventre. Ce malade a succombé peu de temps après l'opération.

M. Berger a pratiqué quatre fois cette opération dans les mêmes circonstances, et les quatre opérés sont morts. Dans une dizaine de cas, au contraire, où il n'est pas intervenu, les malades ont guéri, quelques-uns même après plusieurs récidives. En présence de ces faits, il est difficile de dire s'il convient d'opérer de bonne heure, alors qu'il n'y a pas de signes de perforation de l'appendice. D'ailleurs, celui-ci peut être perforé sans qu'aucun signe puisse le révéler. L'appendicite est encore une

maladie trop peu connue pour qu'on puisse formuler des conclusions fermes à l'égard de son traitement chirurgical.

M. QUÉNU distingue les typhlites et les pérityphlites qui, généralement, ne sont pas justiciables de l'intervention, des appendicites aiguës pouvant donner lieu à la péritonite généralisée et des appendicites à foyer circonscrit. M. Quénu ne veut parler aujourd'hui que des appendicites à rechutes dont il apporte un nouvel exemple dans lequel la laparotomie a été suivie de guérison. Ce fait, joint à beaucoup d'autres analogues, prouve que, dans ces cas, la laparotomie peut donner d'excellents résultats, surtout lorsqu'elle est pratiquée dans l'intervalle des crises. M. Quénu estime que l'on a trop peu de tendance à intervenir, étant donné que, dans ces cas à rechutes, on n'est jamais sûr de la guérison définitive, et que, d'autre part, dans les nombreuses autopsies faites à l'étranger, on a trouvé des concrétions et des ulcérations.

Enfin, il est un criterium très important au point de vue des indications de la laparotomie, c'est la persistance, après les crises, de foyers douloureux, perceptibles dans la fosse iliaque. Lorsque ces foyers existent manifestement, il ne faut plus hésiter à intervenir.

M. CHAMPIONNIÈRE dit qu'à suivre cette discussion, il semblerait qu'on n'ait jamais guéri d'appendicites suppurées autrement que par l'intervention. Ce n'est pas une maladie si terrible et tous les chirurgiens l'ont vue souvent guérir sans opération. Aussi M. Championnière s'étonne-t-il du nombre considérable d'opérations pratiquées, dans ces cas, par Roux (de Lausanne). Enfin, lorsqu'il y a péritonite suppurée, l'ouverture large doit suffire sans qu'il soit nécessaire d'aller à la recherche de l'appendice. Qu'il y ait ou non appendicite, c'est la péritonite suppurée qu'il faut s'appliquer à traiter.

M. SCHWARTZ a été appelé auprès d'un jeune homme de vingt-six ans, qui présentait tous les accidents d'une appendicite. Ces accidents se calmèrent; M. Schwartz s'abstint d'intervenir. Quelques jours après, il fallut ouvrir un abcès de la région parotidienne. Le malade allait mieux, quand il fut pris subitement de syncope, et le lendemain on sentait une vaste collection dans la fosse iliaque : c'était une collection sanguine, qui fut ouverte, et le malade succomba vingt-quatre heures après.

M. Schwartz pense, avec M. Quénu, que si, dans l'intervalle des crises, il reste un foyer sensible dans la fosse iliaque, il faut opérer.

PRÉSENTATION

Blessure de la région temporale. — **M. BERGER** présente un malade qui a reçu une balle de revolver dans la région temporale. Il était sorti, par la plaie, du sang et de la matière cérébrale. Il y eut seulement une paralysie momentanée des sphincters anal et vésical, puis ce blessé a parfaitement guéri.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le concours pour le prosectorat s'est terminé par la nomination de MM. Mauclaire et Morestin.

— Sur le rapport de M. Paul Strauss, le Conseil municipal a voté un crédit de 59100 francs, pour la construction et l'aménagement d'un baraquement pour enfants débiles, à la Maternité. Le Conseil a approuvé la création d'une Maternité à l'hôpital Beaujon, et voté la création d'un service chirurgical-annexe aux Enfants-Assistés.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont chargés de cours complémentaires : M. Schwartz, agrégé, pathologie interne ; M. Maygrier, accouchements. — M. Contremoulins est délégué dans les fonctions de préparateur du laboratoire de microphotographie (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Un congé est accordé à M. Oui, chef de clinique obstétricale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cugnien (de Vézelise) et Gaye (de Paris).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre des inscriptions du quatrième trimestre de l'année scolaire 1891-1892 sera ouvert le mercredi 22 juin 1892, et clos le mardi 19 juillet à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Les inscriptions de première année, les mercredi 22, jeudi 23, vendredi 24 et samedi 25 juin 1892. — 2° Les inscriptions de deuxième année de doctorat, les mercredi 29 et jeudi 30 juin; les mercredi 6 et jeudi 7 juillet 1892. — 3° Les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, les vendredi 8, samedi 9, mercredi 13, vendredi 15, samedi 16, lundi 18 et mardi 19 juillet 1892. — 4° Les inscriptions de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les vendredi 8 et samedi 9 juillet 1892.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le conseil de la Faculté. Ils sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième année de doctorat, et de deuxième, de troisième et de quatrième année d'officiat, soumises au stage, ne seront distribués qu'à partir du jeudi 7 juillet 1892.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscription un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes ou d'externes pendant le troisième trimestre de l'année scolaire 1891-1892. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont absolument de rigueur: les inscriptions seront refusées aux élèves internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir. Le stage hospitalier obligatoire commence le 1er novembre, en vue de la neuvième inscription de doctorat et de la cinquième d'officiat ; il se continuera sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la seizième inscription. Les inscriptions pour le stage sont reçues, à partir du 15 octobre, à l'administration de l'Assistance publique, sur la présentation de la feuille d'inscription.

Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé : premier trimestre, novembre et décembre, cinquante-six jours; deuxième trimestre, janvier, février et mars, quatre-vingt-six jours; troisième trimestre, avril, mai et juin, quatre-vingt-six jours; quatrième trimestre, juillet à octobre, cinquante-six jours.

— M. le docteur Nicaise, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Laënnec, commencera ses conférences de clinique chirurgicale, le samedi 11 juin, à neuf heures et demie, salle du Musée, et les continuera les samedis suivants à la même heure. — Le mercredi, clinique au lit du malade.

— On demande un médecin comme assistant, pour deux mois, dans une ville d'eaux. — S'adresser à la clinique de M. le docteur Madeuf, 46, rue de l'Arbre-Sec, de trois à six heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 67. — SAMEDI 11 JUIN 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 11 JUIN 1892. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la greffe de l'uretère.

Par le docteur Trekaki,
Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

I

L'idée de l'abouchement anormal de l'uretère ne date que d'un certain nombre d'années. Cette conception de la dérivation du cours des urines n'est, en effet, qu'une acquisition moderne de la chirurgie actuelle des voies urinaires supérieures.

L'utilité de ce genre d'opération a été comprise trop tardivement, il est vrai, mais, malgré cela, la greffe uretérale a pris une extension considérable dans ces dernières années.

La greffe des canaux vecteurs de l'urine est une opération qui consiste à pratiquer la suture de ces canaux dans un des organes contigus à eux. En ce faisant, on se propose donc de faire dévier le cours naturel des urines, dans tel ou tel cas donné.

Cette opération peut, au point de vue des étapes qu'elle a suivies, être divisée en deux phases distinctes : une première, ou phase expérimentale ; et une deuxième, que nous appellerons phase clinique.

Déjà Rasidmoski, il y a un assez grand nombre d'années, a vu l'utilité des résections de l'uretère et de la fixation de ces conduits dans un point anormal de la vessie. C'était la première idée qui était conçue, au point de vue thérapeutique, dans le cas d'une oblitération de l'orifice vésical des uretères. Mais, malheureusement, les espérances de cet auteur avaient été déçues : les résultats expérimentaux ont été complètement défavorables. Ils n'ont pas été essayés de nouveau, et la question en est restée là, lorsque, malgré cet insuccès, d'autres auteurs reprennent la voie tracée par Rasidmoski. C'est à l'Italie que revient l'honneur d'avoir poursuivi et imité les expériences de ce dernier auteur, et on peut dire que les plus belles expériences sur la greffe uretérale nous viennent de ce pays.

Avec Poggi, Tizzoni, Novaro, Paoli et Busachi, paraissent de nouvelles recherches sur la fixation de l'uretère dans l'un des organes de l'abdomen, comme on le verra par la suite. Cependant, bien avant ces auteurs, des chirurgiens, comme Bardenheuer (de Cologne) et G. Simon (de Londres), ont essayé, sur l'homme, la greffe de l'uretère dans le rectum, sans succès d'ailleurs; on peut dire que la phase expérimentale a été de beaucoup plus intéressante, et surtout plus riche en documents que la phase clinique ; et, d'autre part, les résultats de cette dernière furent moins favorables que ceux obtenus chez les animaux, pour des raisons sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir plus loin. Mais, malgré l'insuccès clinique qu'ont obtenu ces deux derniers auteurs, les chirurgiens français, en particulier, n'ont nullement abandonné le terrain, mais ils ont suivi, avec plus de raison, d'autres voies pour dévier le cours normal des urines : nous voulons parler ici de la greffe de l'uretère à la paroi latérale de l'abdomen, opération que M. le professeur Le Dentu fit le premier en France, et qui fut imitée, plus tard, par M. Pozzi.

Tel est, en quelques mots, l'exposé historique de la question.

Pour la facilité de la description, nous diviserons la greffe de l'uretère dans les organes que nous mentionnerons par la suite, en deux classes : en greffe uretéro-muqueuse et en greffe uretéro-cutanée.

La première, ou uretéro-muqueuse, suppose la fixation du canal excréteur de l'urine, dans un point anormal de la vessie, dans l'intestin, dans l'urèthre, dans le vagin.

Quant à la seconde, ou greffe uretéro-cutanée, elle comprend l'abouchement anormal de ce même conduit, à la peau d'une région quelconque de l'abdomen.

II

Greffe uretéro-vésicale. — Nous avons incidemment parlé plus haut des expériences que Rasidmoski a entreprises sur les animaux, en vue d'essayer la fixation des uretères sur un point anormal de la vessie ; les résultats de cet auteur, nous l'avons dit plus haut, ont été défavorables; nous ignorons la raison de cet insuccès expérimental ; nous ne savons pas si les animaux de Rasidmoski mouraient à la suite de la non-soudure de l'uretère avec la muqueuse vésicale, ou s'ils succombaient par suite des lésions des reins. Mais cela nous importe peu, car les expériences ont été reprises, avec succès cette fois, par deux auteurs italiens que nous avons déjà eu l'occasion de citer

plus haut, Paoli et Busachi, chirurgiens des hôpitaux de Turin.

Les expériences de Paoli et Busachi sont au nombre de quatre; elles ont toutes été faites sur des gros chiens. Le manuel opératoire qu'ils ont exécuté sur leurs animaux, est le suivant : Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane, à quelques travers de doigt au-dessus de la verge. Recherche des uretères et excision de ces conduits à 1 centimètre de la vessie; on pratique ensuite une boutonnière à la paroi postérieure du réservoir urinaire; on résèque une petite parcelle de muqueuse vésicale au niveau de cette boutonnière et on suture, l'avivement ainsi fait, à l'orifice de l'uretère. Il ne reste plus qu'à suturer, d'une part, l'incision vésicale par laquelle on a pénétré dans la vessie, pour pratiquer la boutonnière précédemment indiquée; et, d'autre part, à faire la suture de la paroi abdominale. Tel est, en quelques mots, le procédé suivi par Paoli et Busachi.

Quant aux résultats que cette manière de faire leur a permis de constater, ils sont intéressants à connaître :

Le premier chien meurt le dixième jour de la greffe; cette mort a été due à une infiltration urineuse qui eut lieu à travers l'incision antérieure de la vessie, dans l'espace prévésical. Les reins étaient, dans ce cas, totalement sains.

Chez le deuxième chien, mort au vingtième jour de l'opération, on note, chez lui, la formation d'un abcès au point où l'uretère gauche était soudé à la muqueuse vésicale. Le rein de ce côté était atteint de pyélo-néphrite; il y avait également une périnéphrite de ce même côté.

Chez le troisième chien, il y a eu adhérence complète de l'uretère, greffé à la muqueuse de la vessie, c'est ce que dénotait l'autopsie faite au quarante-sixième jour de l'opération, après sacrifice de ce chien.

Le dernier chien a également fourni des résultats favorables. Sacrifié au bout de vingt-trois jours, on a pu noter chez lui la soudure complète de l'uretère à la vessie.

De sorte qu'on peut dire, en résumé, que, sur quatre expériences de greffe du canal excréteur de l'urine, dans un point anormal de la vessie, deux d'entre elles ont donné des résultats satisfaisants.

A côté de l'étude expérimentale sur les animaux, tendant à démontrer la possibiité d'une telle intervention chirurgicale, nous placerons l'opération de Lanelongue (de Bordeaux), reproduite *in extenso* dans la thèse de M. Bior (1). Ici, nous n'avons pas affaire à une greffe de l'uretère proprement dite, mais elle y ressemble tellement, que nous ne pouvons pas la passer complètement sous silence. Nous nous contenterons de quelques mots seulement.

L'opération de Lanelongue repose sur le même principe, en partie tout au moins, que celui de la greffe de l'uretère telle qu'elle a été décrite d'après la conduite tracée par Paoli et Busachi. Elle consiste à pratiquer une boutonnière à la paroi postérieure de la vessie et à faire passer par cet orifice une sonde engagée dans l'uretère, sonde qui sort par l'urèthre et déverse ainsi l'urine émise par le rein correspondant. On voit donc que ce n'est plus ici une greffe à proprement parler, mais une opération palliative qui se rapproche de beaucoup de cette dernière. C'est le seul cas clinique que nous connaissions. Il est à prévoir que l'avenir de cette entreprise serait douteux, car, malgré la tolérance de l'uretère, pour les sondes à demeure, nous ne croyons pas que cette tolérance puisse être indéfinie.

(1) Bior. Thèse de Bordeaux, 1888.

III

Greffe uretéro-vaginale. — La greffe de l'uretère à la paroi vaginale peut être rapprochée de celle que nous venons de mentionner plus haut.

Les faits expérimentaux nous font totalement défaut. Mais il existe, au contraire, quelques observations d'extirpation vésicale avec fixation des uretères à la paroi du vagin. Nous connaissons le cas de Pawlick, rapporté tout récemment dans le livre de M. Albarran (1), dans lequel il s'agit d'une cystectomie totale avec suture des uretères à la paroi antérieure du vagin. La malade de Pawlick a été présentée au Congrès de Berlin de 1890, un an après l'opération.

Le succès a été ici, on peut le dire, excellent, puisqu'il s'agissait d'une extirpation de la vessie, pour cancer de cet organe.

Jusqu'ici ce cas reste unique; mais il est à présumer que cette opération palliative, quoique inférieure à celles qui nous restent à mentionner maintenant, doit cependant garder sa place, car elle permet, malgré la trop grande infirmité qu'elle crée, une survie assez longue.

IV

Greffe uretéro-pénienne. — Un mot seulement sur la greffe de l'uretère à l'urèthre, greffe que nous avons appelée uretéro-pénienne, ou mieux uretéro-uréthrale.

Cette désignation est employée pour l'opération qui consiste à transplanter les uretères, après extirpation totale de la vessie, au niveau de la base de la verge, ou mieux, à greffer ces conduits à la muqueuse uréthrale, en deçà du col de la vessie. On se propose, en ce faisant, d'obtenir le minimum d'incontinence d'urine, le col vésical formant barrière à l'écoulement incessant du liquide de la sécrétion rénale. Malheureusement la théorie a devancé la pratique.

Malgré le succès opératoire obtenu par Sonnenburg chez un jeune garçon atteint d'exstrophie de la vessie, l'avenir ne paraît pas réserver une bien grande place à une opération de ce genre, car à côté des mauvais résultats cliniques qu'on peut obtenir, il y a également la difficulté de cette méthode dans tous les cas d'exstrophie vésicale.

Nous ignorons si l'opération de Sonnenburg a été répétée par d'autres chirurgiens, mais nous le répétons, elle ne peut avoir qu'un intérêt historique, car elle ne mérite pas une plus longue attention.

De même que dans le cas précédent, les recherches expérimentales nous font également tout à fait défaut. On comprend, du reste, la difficulté qu'il y aurait à entreprendre des expériences de cette nature, surtout chez les animaux où les règles de l'asepsie et de l'antisepsie ne sont qu'un vain mot.

Nous rapprocherons de la greffe uretéro-uréthrale, celle qu'on a tentée, chez les jeunes filles, au niveau des petites lèvres.

On en connaît deux cas : celui de Sonnenburg et celui de Van Iterson. Il s'agit, dans ces deux cas, d'un traitement

(1) Albarran. *Les tumeurs de la vessie*, p. 379, Paris 1892.

palliatif contre l'exstrophie de la vessie, comme dans l'observation précédente.

Celui de Sonnenburg a trait à une fille d'une dizaine d'années, à laquelle cet auteur fit l'abouchement des uretères en dedans des petites lèvres, près du méat uréthral. Le chirurgien allemand, après avoir fait l'extirpation du réservoir urinaire, attire, dans un deuxième temps de l'opération, les uretères, et fait quelques points de suture; il fixe ces canaux à la muqueuse de la vulve. Le résultat opératoire a été assez bon, et la petite fille a survécu pendant un certain temps, tout en conservant une incontinence incessante de l'urine.

Van Iterson, qui a répété la même opération chez une jeune enfant, a obtenu également le même succès opératoire que Sonnenburg.

Il est incontestable que la greffe que ce dernier auteur fit sur sa malade, est de beaucoup supérieure, au point de vue esthétique, à l'infirmité dont elle était atteinte de par son exstrophie vésicale. Mais il est non moins incontestable, que cette opération est inférieure à celles dont il nous reste à parler. Nous faisons allusion ici, non pas à la greffe uretéro-rectale, car elle aussi présente une foule d'inconvénients que nous mentionnerons tout à l'heure, mais plutôt à la greffe uretéro-cutanée qui, elle, nous paraît offrir, sinon des garanties sérieuses pour une longue survie, du moins des résultats opératoires et post-opératoires assez satisfaisants pour justifier une telle intervention.

V

GREFFE URETÉRO-INTESTINALE. — L'abouchement de l'uretère dans l'intestin est l'opération qui, au point de vue expérimental, a fourni le plus grand nombre de travaux de la part des auteurs. C'est la voie qui *a été considérée la meilleure* pour faire dévier le cours des urines. Les expériences de greffe de l'uretère dans l'intestin et dans le rectum en particulier ont été multipliées, surtout à l'étranger. Toutes ces expériences nous viennent, en effet, de l'Allemagne et de l'Italie; bien peu de travaux ont été faits en France.

L'étude expérimentale est plus riche en documents que l'étude clinique. C'est donc par elle que nous commencerons.

Gluck et Zeller (de Berlin) communiquent, au Congrès de chirurgie allemande en 1881, leurs résultats sur l'extirpation de la vessie et la fixation des uretères dans le rectum, chez le chien. Tous les chiens soumis à l'expérience mouraient au bout de quelques jours, les uns de pyélonéphrite, les autres de différentes complications; autrement dit, leurs résultats furent très défavorables. C'est, d'ailleurs, ce qu'ils avouaient eux-mêmes et ils condamnaient complètement la greffe uretéro-rectale.

Malgré cet échec complet, subi par les auteurs allemands, d'autres expérimentateurs voulurent reprendre les tentatives de Gluck et Zeller.

Ceci, en 1887, publie, dans un journal périodique italien (1), ses expériences de greffe de l'uretère dans le rectum. Les résultats obtenus par l'auteur italien furent meilleurs que ceux des deux auteurs cités. Ceci conclut donc à la possibilité d'une telle opération, mais ses conclusions ne semblent pas bien convaincre l'esprit du lecteur.

(1) CECI. *Riforma med.*, 1887.

Bardenheuer, de son côté, renouvelait les expériences de ses prédécesseurs. Ce dernier auteur ne fit l'abouchement, dans le rectum, que d'un seul uretère. Les animaux opérés purent survivre pendant un assez long temps. Mais à l'autopsie de ces animaux, il avait observé le rétrécissement de l'uretère au niveau du point d'abouchement; consécutivement à cette oblitération du canal excréteur de l'urine, il s'était fait une hydronéphrose qui aurait pu emporter l'animal si elle eût été double. Jusqu'ici donc, nous voyons qu'à la suite de la fixation des uretères dans la partie terminale du gros intestin, deux ordres de lésions ont lieu du côté du rein; les unes suppuratives tenant probablement, comme nous tâcherons de le démontrer par la suite, à une infection du rein, ayant son point de départ dans l'intestin; les autres aseptiques, si on peut ainsi dire, ayant leur origine dans la stase de l'excrétion de l'urine. Nous verrons ce dernier fait se renouveler dans une expérience de M. Tuffier, sur le même sujet.

Tous les auteurs que nous venons de citer faisaient leurs essais en un seul temps, c'est-à-dire que, dans la même séance, ils pratiquaient l'extirpation vésicale et la greffe de l'uretère dans le rectum. Novaro, qui reprit ces expériences, suivit une autre conduite : il fit son opération en deux temps : il détachait d'abord les uretères de la vessie et les fixait dans l'intestin; il extirpait ultérieurement le réservoir urinaire (1).

Les expériences de l'auteur italien furent au nombre de trois. Sur ces trois faits, deux chiens ont succombé au bout de peu de jours. Quant au troisième, il était bien portant trois mois après : l'urine venait de temps à autre humecter l'anus, et une grande quantité en était expulsée pendant la défécation.

Un an après la publication des résultats de Novaro, M. Tuffier (2), en France, revient sur ces mêmes faits et entreprend de nouveau les expériences des auteurs précédents. Les deux animaux sur lesquels il fixa l'uretère dans le rectum moururent, l'un le troisième jour, l'autre le cinquième. Tous deux succombèrent à la suite d'une péritonite généralisée, et chez tous les deux on a trouvé les uretères remplis de pus. Donc, là aussi, il y a eu suppuration, et cela malgré une antisepsie minutieuse.

Tels sont donc tous les faits connus entrepris sur les animaux, par les différents auteurs. Le manuel opératoire qu'ils ont suivi est identiquement le même ou à peu près, pour chacun d'eux. Après incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane, on va à la recherche des uretères. Ces conduits dénudés sur une étendue de 1 à 2 centimètres de leur orifice vésical, on les excise. Puis on extirpe la vessie; on sectionne ce réservoir au niveau de son col et le premier temps de l'opération est ainsi terminé; dans un deuxième temps, on fait une incision linéaire à la face antérieure du rectum et on y fixe les lèvres de l'orifice uretéral. Il ne reste plus qu'à refermer la plaie abdominale, et si le péritoine a été incisé pendant l'opération, à en faire la suture.

Nous avons dit plus haut et nous le répétons encore que Novaro seul fit cette opération en deux temps : la greffe uretéro-rectale comprenait le premier temps; puis, dans une deuxième séance, il pratiquait l'extirpation de la vessie.

M. Tuffier, dans ses deux cas, se contenta seulement de

(1) NOVARO. Congr. chir. ital., 1888, et *Bull. méd.*, 1889, p. 185.
(2) TUFFIER. *Ann. gén.-urin.*, avril 1888.

la fixation des uretères dans le rectum, sans l'ablation vésicale. De plus, ce dernier auteur suivit une manière de faire qui nous paraît défectueuse; car au lieu de suturer muqueuse contre muqueuse, il fixa ces conduits, à la boutonnière rectale, à 1 ou 2 centimètres environ de leur orifice, de sorte que cette partie terminale de l'uretère restait libre dans la cavité même du rectum; la réunion des canaux excréteurs de l'urine aurait été difficile, croyons-nous, avec ce procédé.

La greffe uretéro-rectale a été tentée chez l'homme. Malgré le peu de valeur des résultats expérimentaux, malgré les insuccès obtenus par le plus grand nombre des expérimentateurs, on a cependant essayé, à l'étranger, à ouvrir les uretères dans la partie terminale de l'intestin.

Les observations sont au nombre de deux et sont dues à Kuster et G. Simon (de Londres).

Le premier de ces deux chirurgiens intervint dans un cas de cancer de la vessie, qui comprimait les orifices des uretères. La mort étant imminente, le professeur Kuster [de Marbourg (1)], après avoir extirpé la prostate et la vessie, chez un homme de cinquante-trois ans, fit aboucher ces conduits dans l'intestin. Les suites immédiates de l'opération de Kuster furent bonnes; mais le malade succomba le cinquième jour d'une pneumonie lobulaire consécutive à un catarrhe bronchique d'ancienne date. L'autopsie de ce malade démontra aussi que la cavité péritonéale était absolument libre et intacte. Malgré cet insuccès, Kuster se propose de revenir à nouveau sur cette opération qu'il considère comme très bonne dans les cas de cancer ayant envahi toute la base de la vessie. Quant au manuel opératoire qu'il exécuta sur son malade il ne diffère que peu de celui que nous avons décrit sur les animaux.

D'autre part, G. Simon entreprit, lui aussi, l'opération de Kuster. Mais l'indication opératoire était tout autre, dans ce cas. Il ne s'agissait plus ici d'un épithélioma de la vessie ayant produit l'anurie par compression uretérale, mais d'une exstrophie de la vessie. Sur un malade atteint de ce vice de conformation congénitale, Simon, en 1852, fit aboucher les uretères dans le rectum. Son malade a survécu neuf mois, au bout desquels il succomba. La cause de la mort n'est pas indiquée, ici; mais, comme le fait remarquer M. Le Dentu, elle aurait été le résultat d'une pyélo-néphrite chronique (2).

Ces deux cas de greffe uretéro-rectale, dus l'un à Kuster et l'autre à Simon, n'ont pas entraîné la conviction des chirurgiens. On n'en connaît, jusqu'à aujourd'hui, aucun exemple nouveau.

Telles sont nos connaissances actuelles sur la greffe de l'uretère dans le rectum. Avant d'entreprendre la discussion et d'exposer les avantages et les inconvénients d'une semblable opération palliative, il nous reste à passer en revue les autres lieux d'abouchement de l'uretère dans l'intestin.

En 1888, Tizzoni, professeur de pathologie générale à Bologne, et Poggi communiquent leurs résultats sur la *reconstitution de la vessie* (3). Leurs expériences consistaient à faire une vessie au moyen d'une anse intestinale. L'opération que ces auteurs ont entreprise chez une chienne a été excutée en deux temps. Dans le premier temps, on isole 7 centimètres d'intestin grêle maintenu par son mésentère. On résèque cette portion qui doit servir de nouvelle vessie et après avoir fait la suture de deux bouts de l'intestin, on ferme le ventre. Dans le deuxième temps, on extirpe la vessie en respectant le col vésical. L'extrémité antérieure de l'anse intestinale isolée est alors suturée à ce col vésical; les uretères sont fixés à la partie inférieure de cette même anse. L'opération est ainsi terminée. Entre le premier temps et le second on laisse un intervalle de six mois.

La chienne de Tizzoni et Poggi a survécu deux mois avec la nouvelle vessie. Celle-ci pouvait contenir jusqu'à 12 à 14 centimètres cubes d'urine; au bout de quinze jours environ, après l'expérience, l'animal pouvait retenir ses urines pendant une heure. Les auteurs terminèrent leur communication en disant : « Qu'ils se proposaient d'isoler par la suite, chez un autre animal, une plus longue partie d'intestin, afin d'obtenir une vessie plus spacieuse et d'exécuter l'opération en une seule séance. »

Nous ne connaissons pas, jusqu'à présent, les résultats éloignés de cette première expérience. Il est, cependant, à présumer que le succès en est aussi douteux.

En passant, nous mentionnerons la tentative que Smith (1) fit sur un malade atteint d'exstrophie de la vessie. Cet auteur choisit le côlon, au lieu du rectum comme l'ont fait ses prédécesseurs, pour greffer l'uretère. Il est très probable que sa tentative serait restée infructueuse, car les mêmes inconvénients qui résultent de l'abouchement de l'uretère dans le rectum, peuvent être la conséquence de la greffe uretéro-colique; ceci nous amène à passer en revue, en quelques mots, les résultats défavorables obtenus jusqu'ici par la greffe uretéro-intestinale, et leur cause.

Outre les inconvénients multiples d'exécution que présente une semblable opération, la greffe intestinale est, en effet, au point de vue clinique, une intervention chirurgicale dont l'avenir ne peut être brillant. Dans le cas même où les expériences auraient donné, sur les animaux, des résultats favorables, cette opération était manifestement impossible chez l'homme. Cette impossibilité tient à ce que d'une part, le manuel opératoire aurait été toujours délicat, d'autre part, et surtout, parce que le nouveau réservoir urinaire serait un danger permanent pour le rein.

Le rectum, le côlon ou l'intestin grêle sont habités, en effet, par une foule de micro-organismes qui vivent à l'état de saprophyte. Parmi ceux-ci on rencontre constamment le bacillus coli, qui, quoique saprophyte, peut devenir, on le sait, à tout moment un microbe d'une virulence considérable. Mais ce qui plus est, ce même bacille est, comme les dernières recherches de MM. Achard et Renaud tendent à le démontrer (2), le micro-organisme de l'infection urinaire. On comprend donc facilement que l'infection du rein peut être réalisable, car la porte d'entrée est tout ouverte pour la pénétration du coli-bacille. Il y aurait là le même processus d'envahissement microbien, comme le dit très bien M. Albarran (3), que celui qui se fait dans les voies biliaires par l'orifice intestinal du canal cholédoque.

Cette vue de l'esprit est d'autant plus solide, si on peut ainsi dire, que la preuve expérimentale a été à peu près faite. Nous avons, en effet, vu plus haut que presque tous les animaux possédant une greffe uretéro-intestinale mou-

(1) Kuster. XXe Congr. de la Soc. allem. de chir., avril 1891, et *Semaine méd.*, 8 avril 1891, p. 147.
(2) Le Dentu. *Affections des reins et des uretères*, p. 802.
(3) Tizzoni et Poggi. *Bull. méd.*, 1888, p. 1387.

(1) Cité par Bouilly. *Manuel de pathologie externe*, p. 371.
(2) Voy. *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1891.
(3) Albarran. Loc. cit., p. 385.

raient tôt ou tard avec tous les signes de pyélo-néphrite. C'est une pyélo-néphrite identique à celle d'origine vésicale.

VI

Greffe uretéro-cutanée. — De tous les modes de déviation de l'excrétion urinaire, celui de la greffe de l'uretère à la paroi abdominale est, sans contredit, le meilleur au point de vue de ses résultats expérimentaux et cliniques. A part quelques fâcheuses circonstances survenues pendant l'opération, on peut dire que la greffe uretéro-cutanée a donné plein succès entre les mains de tous les chirurgiens et des physiologistes. Il semble, en effet, comme on essaiera de le prouver plus tard, que la fixation du canal excréteur de l'urine à la peau réalise tous les desiderata. C'est ce qui est en vérité, car, on le conçoit, il est incontestablement plus facile, pour le rein, de se mettre à l'abri de toute infection, en faisant dévier le cours des urines par cette voie que par toute autre.

La greffe de l'uretère à la peau de l'abdomen a, en effet, à plusieurs reprises, donné ses preuves. Bien avant qu'on ait imaginé de suturer l'uretère à la peau dans telles ou telles circonstances, les malades atteints de fistule rénale ou uretérale pouvaient survivre pendant très longtemps sans grande danger pour l'émonctoire rénal. Les cas d'individus porteurs, à la région lombaire ou du flanc, d'une fistule urinaire ne sont pas rares. La longue survie de ces mêmes individus n'est ignorée de personne. Il se réalisait là une greffe uretérale semblable à celle qu'actuellement on se propose de pratiquer pour faire dériver le cours des urines.

La première idée d'une greffe uretéro-cutanée nous vient d'Allemagne. Gluck et Zeller, que nous avons eu l'occasion de citer plus haut, entreprennent des expériences sur les chiens, en vue de démontrer l'innocuité et la possibilité de la fixation de ces conduits à la paroi du ventre.

La voie que ces deux auteurs ont suivie, dans toutes leurs expériences, est la voie hypogastrique; c'est la même que celle qu'ils ont choisie pour la greffe de l'uretère dans le rectum. C'est par la voie extra-péritonéale qu'ils opéraient tous leurs animaux.

Après avoir fait une incision à l'hypogastre et enlevé la vessie, ils fixaient les uretères aux lèvres de la plaie abdominale à quelque distance l'un à l'autre. Dans quelques cas, ils faisaient, pour se donner plus de jour, au préalable, une résection de la symphyse pubienne. Quoi qu'il en soit, ils proclamaient leurs résultats, devant le Congrès de chirurgie allemand, comme très favorables : leurs animaux soumis en expérience survivaient très longtemps, et l'autopsie ne leur faisait découvrir aucune lésion du parenchyme rénal. Gluck et Zeller allaient même plus loin : ils soutenaient que la greffe uretéro-cutanée est la plus favorable de toutes les greffes de l'uretère. Nous verrons, par la suite, que leur assertion est conforme à la nôtre.

Les recherches de ces deux derniers auteurs n'ont été poursuivies par aucun autre expérimentateur.

En 1888, M. Dastre, au dire de M. Tuffier (1), aurait répété, sur les animaux, les expériences des auteurs allemands. Mais nous devons aussi reconnaître, avec M. le professeur Le Dentu, que le professeur de la Sorbonne, quoique incidemment cité par M. Tuffier, ne nous donne aucun renseignement sur la manière dont il a procédé et sur le lieu d'élection de la greffe. Ce dernier auteur se contente de nous rappeler que les animaux de M. Dastre sont tous morts de pyélonéphrite. Nous ne savons pas non plus dans quelles conditions d'asepsie il a opéré. Nous devons donc considérer les expériences de M. Dastre comme ne portant aucune notion nouvelle sur le sujet qui nous occupe.

(1) Tuffier. Loc. cit.

En février 1891, nous avons entrepris des recherches sur la greffe de l'uretère à la peau de la paroi abdominale. Nous avons cru que le chemin le plus court pour rechercher ce conduit serait le flanc ou la paroi postérieure de l'abdomen. C'est la première de ces deux régions que nous avons choisie. La route, en effet, la plus accessible c'est le flanc, car il présente, en outre des commodités pour la facilité de la recherche de l'uretère, cet autre avantage d'offrir une déclivité suffisante pour le cours des urines.

Nos expériences sont au nombre de trois : nous avons opéré sur deux chiens; chez le premier, nous avons pratiqué deux greffes uretéro-cutanées, l'une à droite, l'autre à gauche, à quelques jours d'intervalle l'une de l'autre.

Dans nos expériences, nous avons procédé de la même manière, c'est-à-dire qu'après avoir fait une incision verticale du flanc, nous allions à la recherche du hile du rein, et reconnaissant, parmi le paquet vasculaire, le conduit vecteur de l'urine, nous le suivions jusqu'à une étendue de 7 à 8 centimètres. Cela fait on appliquait deux pinces à forcipressure, et on faisait la ponction entre ces deux pinces. Il ne restait plus qu'à jeter un fil de catgut au fragment inférieur de l'uretère, et à attirer le bout rénal au niveau de la plaie cutanée pour l'y fixer au moyen de un ou deux fils de soie. La suture de la plaie du flanc terminait ainsi l'opération (1).

Le résultat opératoire chez notre premier chien a été défavorable en ce qui concerne tout au moins la greffe du côté droit. La plaie cutanée ayant suppuré et l'uretère fistuleux étant baigné dans le pus, il s'est réalisé là une pyélo-néphrite ascendante absolument semblable à celle d'origine vésicale. C'est ce que l'autopsie du chien, faite vingt-huit jours après la greffe droite et trente-huit jours après la greffe gauche, nous a démontré. Nous ne savons pas si cette pyélo-néphrite était due aux microbes vulgaires de la suppuration ou au coli-bacille, l'agent infectieux le plus fréquent des suppurations rénales. Quoi qu'il en soit, on ne peut incriminer ici comme cause de cette pyélo-néphrite ascendante que la suppuration de la plaie de l'abdomen. Cette assertion est d'autant plus fondée que le rein du côté opposé, chez ce même chien, était indemne, plus de cinq semaines après l'établissement de la fistule uretérale. De ce côté, en effet, la plaie cutanée n'a présenté qu'une *très légère suppuration*, dont la durée a été très courte : ce n'est que les premiers jours qui ont suivi l'opération, que cette dernière plaie nous a offert une petite quantité de pus au niveau de son angle inférieur.

Le rein du côté gauche, disons-nous plus haut, a été trouvé exempt de lésion, par notre maître, M. Brault, qui a fait l'examen histologique. Cet examen, en effet, n'a révélé qu'une très légère infiltration de cellules lymphatiques au niveau du sommet des pyramides de Malpighi, infiltration

(1) Voir, pour plus de détails, les *Bull. de la Soc. anat.*, séance du 4 mars 1892.

ayant eu son point de départ à la région pyramidale des calices. En somme, des lésions minimes qui n'auraient nullement entravé les fonctions du rein et susceptibles de se résoudre.

Nous avons, quelques mois plus tard, répété cette première expérience chez un autre chien de même taille, pesant 8 kilos environ. Les résultats de nos recherches ont été communiqués à la Société anatomique. Chez ce chien, nous n'avons pratiqué qu'une seule greffe cutanée. Chez ce dernier, la plaie de l'abdomen n'ayant pas suppuré, le résultat obtenu a été très satisfaisant. Plus de sept semaines après, notre chien se portait à merveille. Les urines rendues par l'uretère greffé et les voies naturelles étaient identiquement semblables au point de vue de leur composition chimique. Des analyses de l'urine émise par la fistule, faites à plusieurs reprises, dénotaient la présence, en quantité normale, de tous les éléments organiques et inorganiques de cette urine. En d'autres termes, les fonctions du rein se faisant normalement, on a pu conclure à l'intégrité du parenchyme rénal qui était en rapport avec l'uretère fixé à la paroi abdominale.

On voit, par ce qu'on vient de dire, que la greffe de l'uretère, que nous avons pratiquée chez nos deux chiens, diffère complètement des expériences de Gluck et Zeller. Ces expériences diffèrent, en effet, sur plusieurs points : le lieu d'élection de la greffe des auteurs allemands n'est pas le même que le nôtre. Il en est de même du manuel opératoire que ces deux auteurs ont suivi. Leur opération comprend deux temps : l'extirpation de la vessie et la greffe proprement dite. Or, dans nos expériences, nous n'avons jamais fait l'extirpation vésicale, car nous croyons ce temps de l'opération inutile. De fait, si l'ablation totale du réservoir urinaire est chose facile chez le chien, elle comporte, au contraire, un pronostic fâcheux chez l'homme, et, comme l'étude expérimentale est une introduction à la clinique, il nous semble que ce temps de l'opération est complètement inutile dans l'espèce.

La dérivation du cours des urines par la voie uretéro-cutanée a été pratiquée chez l'homme. Cette opération, de date récente, a été, pour la première fois, préconisée en France par M. le professeur Le Dentu. L'indication opératoire étant formelle, il fallait intervenir au plus tôt. M. Le Dentu procéda donc de la façon suivante : Après avoir incisé la région du flanc sur une grande étendue, il va à la recherche de l'uretère au point où les vaisseaux utéro-ovariens croisent ce conduit. Il l'attire au dehors et après section, il le fixe par quatre points de suture à la plaie cutanée. Il ne lui restait plus qu'à introduire un tube en caoutchouc qui lui servait de sonde et qui devait traverser le pansement.

Les suites immédiates ont été excellentes; malheureusement, la malade a succombé le treizième jour de l'opération à une affection indépendante de l'appareil urinaire. L'autopsie a démontré, en effet, que le rein et l'uretère greffé n'étaient atteints que de lésions anciennes de néphrite partielle. On n'observait, à l'examen microscopique, aucune lésion récente.

La pratique de M. Le Dentu a été suivie par M. Pozzi dans un autre cas. L'indication de l'intervention a été ici différente : il ne s'agissait plus d'une obstruction de la lumière du conduit excréteur de l'urine, mais d'une rupture complète de ce conduit dans le cours d'une laparotomie. Il restait donc, dans ce cas, soit à extirper, séance tenante, le rein correspondant, soit à fixer l'uretère à la peau ou dans l'intestin. M. Pozzi prit le parti de suivre la première de ces deux voies. Mais au lieu de faire l'abouchement de ce conduit à la région du flanc, il l'aboucha à la région lombaire et modifia quelque peu le manuel opératoire enseigné par M. le professeur Le Dentu.

Dans ce deuxième cas de greffe uretéro-cutanée, la survie a été considérable ; elle a été de trois mois ; au bout de cette époque, M. Pozzi pratiqua la néphrectomie du rein correspondant. Du reste, l'examen du rein enlevé a montré nettement que son parenchyme était complètement sain, ou plutôt il ne présentait aucune lésion pouvant incriminer la greffe uretérale.

Dans les cas de MM. Le Dentu et Pozzi, un autre élément, nécessaire dans l'espèce, a été examiné; nous voulons parler de l'analyse des urines rendues par les deux voies. Or, les substances solubles du liquide d'excrétion ont été trouvées sensiblement égales de deux côtés : dans l'un comme dans l'autre cas, la variation porte parfois sur l'urée qui est en moindre quantité dans l'urine de la fistule. Mais ce qui varie moins, c'est le rapport qui existe entre les deux liquides rendus par les différentes voies, chez le même individu. Ce qui nous amène à penser que ce rapport seul est le point le plus important dans les analyses d'urines émises par les deux voies d'excrétion.

Nous voyons donc que la greffe de l'uretère à la paroi de l'abdomen nous donne des résultats expérimentaux et cliniques très satisfaisants, bien plus favorables que toutes les greffes que nous venons de passer en revue, car la greffe uretéro-cutanée met à l'abri, comme nous le disions plus haut, de l'infection du rein.

A priori, on doit penser que la fixation de l'uretère dans le rectum, le côlon, le vagin, etc., est une opération qui présente une foule d'inconvénients que nous avons mentionnés plus haut. On n'ignore pas, en effet, que le vagin et le rectum sont des réceptacles de micro-organismes qui ne demandent qu'à franchir la porte tout ouverte que leur offre le rein, dans le cas de greffe uretéro-vaginale ou uretéro-intestinale. Ce rein est d'autant plus exposé à l'infection que la décomposition et l'altération de l'urine est plus facile dans le vagin et le rectum que dans le réservoir urinaire normal. De plus, nous avons dit plus haut que l'orifice de l'uretère était trouvé considérablement diminué dans son diamètre, de sorte que, par la stase urinaire qui pourrait en résulter, il y aurait un appel, une résistance moindre à l'infection rénale.

Si on ajoutait à cela la difficulté d'exécution d'une telle opération, chez l'homme, on comprendra que la greffe uretéro-cutanée est de beaucoup supérieure aux greffes uretéro-muqueuses et à celle de l'uretère avec l'intestin, en particulier.

VII

Il nous reste maintenant, avant de terminer cette étude, à jeter un coup d'œil d'ensemble sur les indications d'une greffe uretéro-cutanée ou uretéro-intestinale.

Nous avons déjà dit plus haut que la dérivation du cours des urines par la voie uretérale a été entreprise par quelques auteurs allemands dans le cas de tumeur vésicale ayant comprimé les orifices de ces conduits. L'obstruction de ces orifices est, en effet, passible d'une telle intervention pour arracher le malade à une mort imminente. La fixation de

l'uretère, de préférence à la peau du flanc, s'impose donc, car ce faisant, on permettra au patient une survie suffisante, au lieu d'une mort certaine, par anurie.

Nous avons également vu plus haut que quelques auteurs, G. Simon en particulier, ont préconisé la greffe uretéro-rectale dans le cas d'exstrophie de la vessie. Nous n'avons pas à revenir sur ce que nous avons dit précédemment, sur les dangers qu'il y aurait dans le cas de greffe de cette nature. Nous nous contentons de les rappeler.

Bien autrement importantes sont les indications d'une greffe uretéro-cutanée dans les obstructions du conduit excréteur de l'urine relevant d'une cause utérine. Ici, en effet, l'intervention chirurgicale s'impose pour lever l'obstacle siégeant sur un point quelconque du trajet de l'uretère.

Deux grandes affections de l'utérus peuvent, par compression de l'uretère, produire une anurie plus ou moins durable et menaçant par cela même la vie de la malade, ce sont : le cancer et les fibromes de l'utérus.

La première de ces deux affections est de beaucoup la plus fréquente, comme on le sait. L'uretère peut être pris au milieu des masses épithéliomateuses et son calibre plus ou moins diminué.

Or, il résulte de cette diminution du calibre, un ensemble de lésions du rein, différentes selon les cas, mais capables d'entraver le fonctionnement de l'organe sécréteur de l'urine, avec toutes ses conséquences. Si la compression uretérale est double, la mort ne tarde pas à arriver au milieu du syndrome de l'insuffisance rénale.

L'indication formelle, dans ce dernier cas, c'est de lever, au plus tôt, l'obstacle au passage de l'urine pour parer aux nombreux inconvénients.

A côté du cancer de l'utérus, nous placerons les fibromes utérins qui, eux aussi, peuvent, dans certaines circonstances, offrir une indication à l'intervention par la greffe.

Ici aussi, la mort, dans quelques cas de corps fibreux de l'utérus inopérables, peut être la conséquence de la compression uretérale.

L'indication d'une greffe de l'uretère peut être également posée dans certaines obstructions de la partie moyenne de ce conduit; c'est ce qui eut lieu dans le cas de M. Le Dentu, qui créa une greffe uretéro-cutanée, venant ainsi au-devant d'une mort certaine par anurie.

Il s'agissait, en effet, ici d'un cancer sous-péritonéal qui englobait, dans sa masse, la portion pelvienne de l'uretère (1).

Nous avons dit plus haut que, dans le cas de compression du canal vecteur de l'urine par le cancer de l'utérus ou par fibrome, on observait tôt ou tard des lésions du rein, bien étudiées par M. Lancereaux (2). Ces lésions du rein peuvent être plus ou moins profondes, on le conçoit. Il s'agit donc de savoir si le rein, dont on se propose de greffer l'uretère, est sain totalement ou partiellement atteint dans sa structure. Si l'émonctoire rénal est, en effet, complètement détruit, si l'altération est profonde, il n'y a pas lieu d'intervenir et de créer une voie anormale à l'urine. Mais si l'altération est peu intense, si le rein n'est lésé que partiellement, ou bien si ses lésions sont au début de leur évolution, dans ce cas, alors, on peut intervenir utilement;

(1) Le Dentu. Loc. cit., p. 803.
(2) Lancereaux. *Ann. gén.-urin.*, 1884.

ce qui entretient la lésion rénale, c'est, en effet, cette compression uretérale.

En d'autres termes, les lésions légères du rein ne sont pas des contre-indications à l'établissement d'une greffe uretéro-cutanée; elles seraient même une indication formelle pour quelques auteurs (Bozeman et Albarran). Les ruptures complètes de l'uretère ne sont pas moins passibles de l'intervention chirurgicale. Or, on sait que ces ruptures, sans être très fréquentes, ne sont pas excessivement rares. Elles peuvent survenir soit par un traumatisme direct de la paroi postérieure ou même de la paroi antérieure de l'abdomen, soit, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent, dans les manœuvres d'énucléation d'une tumeur abdominale ou pelvienne, par arrachement, en même temps que la tumeur d'une portion d'uretère. Dans ce cas, donc, il faut intervenir de toute façon. Jusqu'aujourd'hui, on procédait de la manière suivante : on extirpait, séance tenante, le rein correspondant à la rupture de l'uretère. C'était la seule ressource. Mais actuellement, depuis l'observation de M. Pozzi, on suit une autre conduite. Ce dernier auteur ayant, en effet, blessé l'uretère dans le cours d'une laparotomie pour tumeur parovarienne, sutura le fragment rénal de ce conduit à la peau de la région abdominale (1).

C'était, comme on le voit, l'opération de M. Le Dentu légèrement modifiée dans le manuel opératoire et surtout par le lieu d'élection de la greffe uretérale.

La même conduite a été suivie, dans un autre cas où il s'agissait d'une rupture de l'uretère pour tumeur du mésentère, par Laurenzi [de Rome] (2). Mais ici la greffe fut faite non pas à la paroi postérieure ou latérale, comme dans l'observation de M. Pozzi ou de M. Le Dentu, elle a été pratiquée à la paroi antérieure de l'abdomen, à quelque distance de l'ombilic.

Une dernière indication de la greffe uretéro-cutanée, c'est celle qui a été conseillée par Hayes Agnew, chirurgien américain. Dans l'année 1881, cet auteur publiait, dans le *Philadelphia Medical Times*, ses résultats *cadavériques* sur la greffe uretéro-cutanée. Il préconisait cette opération dans quelques formes de cystite grave menaçant, par leur durée, d'infecter le rein. Mais Hayes Agnew n'a jamais exécuté cette greffe sur le vivant. Il suivit un manuel opératoire que nous avons décrit ailleurs (3) et qui ressemble, sur plusieurs points, à celui de la colotomie lombaire pour l'opération de l'anus contre nature.

On voit donc, par ce qui vient d'être dit, que les indications de la greffe uretéro-cutanée sont assez nombreuses et, qu'au contraire, celles de la greffe uretéro-intestinale ou uretéro-vaginale ou vésicale sont très peu nombreuses. Nous osons même espérer qu'elles seront nulles, lorsqu'on étudiera de plus près les inconvénients que présentent ces dernières greffes. Il est incontestable que de toutes celles à qui l'on doit donner la préférence, ce sont : la greffe uretéro-cutanée en première ligne et la greffe uretéro-vésicale. Elles réalisent, seules, l'idéal de la dérivation du cours des urines par la voie uretérale.

(1) Pozzi. Congr. franç. de chir., 1891.
(2) Voy. Bertini. *Bull. del la Reale Acad.*, 1888-1889.
(3) Trekaki. Th. de Paris, 1892.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 juin 1892. — Présidence de M. Chauvel.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. TERRILLON appelle l'attention sur une complication particulière de la typhlite ou de la péri-typhlite qu'il a eu l'occasion de rencontrer trois fois. Il veut parler de la pleurésie purulente qui accompagne ou qui suit ces affections. En mars 1891, il fut appelé auprès d'un jeune homme de dix-huit ans qui, cinq jours auparavant, avait été pris d'accidents aigus du côté de la fosse iliaque droite. Il avait 39°5 de température et se trouvait dans une dépression considérable. On sentait dans le côté droit du ventre une masse indurée, large comme la main, au-dessus de la fosse iliaque et remontant jusqu'aux fausses côtes. M. Terrillon proposa l'opération qui fut acceptée. Sous l'influence du chloroforme, on sentait cette masse beaucoup plus nettement. Il y avait une sonorité qui indiquait que le côlon passait en avant d'elle. M. Terrillon fit une incision, arriva sur le gros intestin qui était adhérent et qu'il détacha, puis pénétra dans une poche d'où il sortit 450 à 500 grammes de pus. Cette poche semblait remonter surtout du côté des fausses côtes. Il la lava avec de l'eau salée, plaça un gros drain et referma la plaie. Le lendemain, contre toute attente, la température restait à 39°5, l'état général s'aggravait. M. Terrillon défit le pansement, fit un second lavage de la poche et replaça un nouveau pansement. Le jour suivant, l'état restait toujours aussi grave, la température monta même jusqu'à 40 degrés. On s'aperçut alors que la respiration était difficile, haletante. Examinant alors attentivement la malade, M. Terrillon reconnut qu'il existait du côté droit de la poitrine de la matité, de l'égophonie, en un mot, tous les signes d'une pleurésie avec épanchement. Il fit une ponction qui donna issue à du pus. Il pratiqua alors immédiatement l'empyème et retira plus d'un demi-litre de pus. Les phénomènes s'amendèrent aussitôt, la température tomba, le pouls revint à 90 et le malade put s'alimenter. Peu de jours après, il était complètement guéri.

M. Terrillon cite un second fait analogue, dans lequel il s'agissait d'un enfant très gravement atteint; l'opération qu'il proposa ne fut pas acceptée et l'enfant mourut au moment même où on allait lui pratiquer une ponction dans la plèvre.

M. Terrillon rapporte enfin l'histoire d'un de ses confrères et amis qui, en 1880, fut pris d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite; on sentait à ce niveau une petite tumeur comme une boule; M. Guyon, qui vit ce malade, diagnostiqua une appendicite. Deux mois après, nouveaux accidents assez bénins; puis, quelques mois plus tard, ce médecin fut pris brusquement d'un violent frisson, sa température monta à 40 degrés et, en même temps, il se plaignait d'un violent point de côté à droite. Le lendemain, il y eut une vomique dans laquelle on reconnut des débris de poumon sphacélé. Ces accidents durèrent cinq à six jours et tout rentra dans l'ordre. M. Bouchard reconnut chez ce malade que le côlon était volumineux et attribua la vomique à un abcès parti de cette région. Depuis cette époque, ce confrère a eu cinq autres poussées, mais sans formation apparente de pus, ni sans troubles gastro-intestinaux. Actuellement, on sent encore, dans la fosse iliaque du côté droit, une masse indurée.

M. Terrillon estime que, dans ces cas, le devoir du chirurgien est de combattre ces affections en intervenant *à froid*, c'est-à-dire dans l'intervalle des crises. Ce sera toujours sa conduite à l'avenir; il détachera les adhérences et ira à la recherche de l'appendice, convaincu que sa résection, dans ces cas, sera encore le meilleur moyen de débarrasser les malades.

M. TERRIER, après avoir rappelé les deux observations d'appendicite tuberculeuse qu'il a communiquées, fait connaître les résultats de sa pratique, relativement aux autres variétés d'appendicites. Il estime qu'il faut faire entre elles la même division qu'entre les salpingites. Il y a d'abord les appendicites aiguës généralisées, apparaissant brusquement, avec grand fracas, mettant rapidement les malades en grand danger; dans ces cas, le chirurgien appelé doit intervenir immédiatement, sans hésitation.

M. Terrier a constaté que, dans ces cas, la mortalité était de 50 p. 100. Il cite une observation qui appartient à cette catégorie : Il s'agissait d'un jeune homme de vingt et un ans qui, en mai 1891, fut pris d'accidents péritonitiques, brusques, sans fièvre très vive, ainsi qu'il arrive généralement dans les péritonites infectieuses. Dès le lendemain, M. Terrier fit la laparotomie sur la partie latérale droite de l'abdomen. La première chose qu'il rencontra, et ce qu'il a toujours rencontré tout d'abord en pareil cas, ce fut l'épiploon adhérent à la paroi abdominale et aux anses intestinales sous-jacentes; il l'écarta, le détacha, le dissocia et arriva dans un foyer purulent stercoral, infect; les anses intestinales étaient agglutinées les unes aux autres et, entre elles, on trouvait du pus. Il put néanmoins arriver sur le cæcum, l'isoler des parties voisines, rechercher l'appendice qu'il attira au dehors, lia et réséqua.

Le malade succomba après quarante-huit heures. L'autopsie révéla une épiploïte suppurée, une suppuration abondante entre les anses intestinales et un abcès en avant du cæcum. Les tissus formant l'appendice étaient déchirés, en voie de ramollissement, et c'était la muqueuse seule qui avait pu être attirée au dehors.

Pour les faits de ce genre, tous les chirurgiens sont d'accord sur la nécessité d'intervenir, l'intervention, si grave soit-elle, étant la seule chance de salut.

M. Terrier croit également qu'il est du devoir du chirurgien d'intervenir dans les formes chroniques d'appendicite. En cela, il se sépare complètement de quelques-uns de ses collègues. A l'appui de cette manière de voir, il pourrait citer plusieurs observations. Une femme de vingt-quatre ans avait été prise, en mai 1890, d'accidents typhoïdiques. A la suite de cette fièvre, qui dura plusieurs semaines, il persista une douleur assez vive dans la fosse iliaque droite. M. Terrier, qui vit cette malade pour la première fois cinq mois après cet état typhoïdique, constata, dans la fosse iliaque droite, l'existence d'un cordon dur, gros comme le doigt et se prolongeant jusque vers le fond de l'utérus. Il fit une laparotomie médiane, trouva, comme dans le cas précédent, l'épiploon adhérent à la paroi et aux parties profondes, le dissocia, en réséqua une partie et arriva sur des anses intestinales adhérentes au côlon ascendant. Il finit par trouver cette bride, qui n'était autre que l'appendice iléo-cæcal, et qui s'étendait jusque vers le fond de l'utérus, derrière lequel elle venait adhérer à une anse d'intestin grêle. En détachant cette adhérence, l'intestin fut ouvert. M. Terrier sutura successivement la muqueuse, la musculeuse et la séreuse, puis il appliqua plusieurs points de Lembert. Il réséqua ensuite cette longue bride. Les suites de l'opération furent des plus simples; il n'y eut pas d'accidents et la malade est complètement guérie. C'est là un exemple d'intervention à froid dans un cas d'appendicite chronique. Cette opération est repoussée par de nombreux chirurgiens. M. Terrier est convaincu qu'elle est utile et qu'il faut la pratiquer dans ces conditions.

Dans une troisième observation, il s'agit d'un homme plusieurs fois atteint d'appendicite à rechutes, qui entra dans le service de M. Terrier, le 8 mars 1892, après avoir présenté un assez grand nombre de poussées. On sentait une tumeur dans la fosse iliaque droite. Cet homme, ne pouvant plus travailler, accepta l'opération qui lui fut proposée. M. Terrier fit une incision latérale, trouva l'épiploon adhérent à la paroi et aux parties profondes, arriva sur la face antérieure du cæcum, chercha et trouva l'appendice qu'il disséqua et réséqua. La guérison fut parfaite.

Dans ces deux derniers cas, l'opération n'aurait pas été proposée par tous les chirurgiens. Or, M. Terrier pense qu'il faut intervenir dans ces cas comme pour les salpingites septiques. Chaque fois qu'il s'agit d'affections de ce genre, accessibles au chirurgien, il est de son devoir d'intervenir pour prévenir des accidents septiques, pouvant compromettre d'un moment à l'autre la vie des malades. L'appendicite est donc une maladie du ressort des chirurgiens et non du ressort des médecins.

M. ROUTIER lit un travail sur le même sujet, dans lequel il relate un certain nombre d'observations dans lesquelles il a pratiqué la laparotomie en pleine péritonite purulente généralisée. Il ressort de ces observations que l'intervention, au cours d'accidents d'appendicite aiguë généralisée, est toujours très grave et fournit une mortalité considérable. Aussi M. Routier pense-t-il, avec MM. Terrier et Terrillon, qu'il est de beaucoup préférable d'opérer à froid, dans l'intervalle des crises, quand on le peut. Mieux vaut donc, chaque fois qu'on le peut, réséquer l'appendice dans l'intervalle des crises.

M. QUÉNU a pu recueillir 42 observations, tant à l'étranger qu'en France, dans lesquelles l'opération a été pratiquée à froid. Sur ces 42 opérations, on compte 42 guérisons.

M. Quénu appelle ensuite l'attention sur un point d'anatomie pathologique, qui permet d'expliquer la façon dont se produisent les ulcérations de l'appendice iléo-cæcal.

LECTURE

Hématurie. — **M. CAILLÉ** communique une observation dans laquelle il s'agit d'une forme rare d'hématurie. (Comm. M. Delorme.)

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine (1), publié sous la direction de MM. Charcot et Bouchard, membres de l'Institut, professeurs à la Faculté de médecine, et Brissaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Le tome III du Traité de médecine renferme : les maladies de la bouche, du pharynx et de ses annexes, par M. Ruault ; les maladies de l'estomac et du pancréas, par M. Albert Mathieu ; les maladies de l'intestin et du péritoine, par M. Courtois-Suffit ; enfin, les maladies du foie et des voies biliaires, par M. A. Chauffard.

Le tome III compte 974 pages de texte : il est donc aussi important par son volume que par l'intérêt et le rôle en pathologie des matières qui y sont traitées. Dans le tome précédent, les auteurs avaient été obligés d'écourter un peu trop certains chapitres importants ; les collaborateurs du présent volume ont eu largement la place voulue pour donner à leur description toute l'ampleur désirable. Peut-être, si l'on voulait chercher la petite bête, pourrait-on dire que certains d'entre eux ont été plus avantagés à cet égard. C'est ainsi que M. Ruault a eu 247 pages pour traiter les maladies de la bouche et du pharynx et M. A. Chauffard 330 pages seulement pour décrire les maladies du foie. Ne semble-t-il pas *a priori* que le foie et les voies biliaires réclament, dans un traité de cet ordre, un nombre de pages du double au moins supérieur au nombre de pages consacrées à la bouche et au pharynx ? Je sais bien que la diphthérie, grosse et lourde question, prend pour elle seule 86 pages.

Les lecteurs de l'article de M. Ruault ne se plaindront sans doute pas qu'on lui ait attribué une place relativement étendue. Il a fait l'histoire des maladies de la bouche et du pharynx avec la compétence qu'on lui sait. On trouvera là des chapitres qui ne se rencontrent pas habituellement dans les traités de pathologie, les uns parce qu'ils n'ont pris que récemment une importance suffisante, les autres parce que ces chapitres demandent à être écrits par des spécialistes. On trouvera ici des chapitres consacrés aux vices de la sensibilité de la bouche et du pharynx, aux lésions dermatologiques de la langue, aux amygdalites chroniques, à l'inflammation du tissu adénoïde de la base de la langue, qui ne figurent pas habituellement dans les manuels.

La diphthérie, et c'était justice, a été traitée d'une façon étendue, avec tous les détails que réclament et l'importance clinique de la maladie et les travaux bactériologiques et thérapeutiques qui en ont, dans ces derniers temps, remanié la face.

L'auteur de cette notice est le seul qui n'ait pas le droit de porter un jugement sur la façon dont ont été traitées la dyspepsie et les maladies de l'estomac. Il est, par contre, très bien placé pour savoir que M. A. Mathieu s'est préoccupé avant tout de concilier la clinique avec les données du laboratoire et de faire en sorte que celle-là ne soit subordonnée à celui-ci que dans la mesure de l'utile. L'opinion qu'il a exprimée, d'une façon forcément un peu concise, il se l'est faite du reste par la clinique aussi bien que par les recherches de laboratoire et d'érudition. Il n'a entendu donner qu'un tableau très sommaire des maladies du pancréas. Les notions définitivement acquises et enregistrables, relativement à la pathologie de cet organe, sont encore très rudimentaires.

On trouvera, dans la partie du volume due à la collaboration de M. Courtois-Suffit, un grand nombre de matériaux nouveaux, de telle sorte que les chapitres consacrés à l'intestin et au péritoine diffèrent sensiblement des chapitres consacrés à la maladie de ces mêmes organes dans les traités classiques. M. Courtois-Suffit a une façon d'écrire et d'exposer bien personnelle et non sans agrément.

Quant à la dernière partie du volume, rédigée par M. A. Chauffard, et relative aux maladies du foie, on peut la caractériser d'un mot : c'est un petit chef-d'œuvre. Pour un rien, je déclarerais que c'est le chapitre le mieux venu des trois volumes parus. Il est difficile de trouver, surtout en semblable matière, une conception plus nette, plus satisfaisante des choses, et une exposition à la fois plus convaincante et plus agréable. Et c'est un mérite de plus que d'avoir fait aussi bien dans un cadre relativement étroit !

Les maladies des prisonniers (1), par le docteur Emile Laurent.

L'auteur, qui est un ancien interne à l'Infirmerie centrale des prisons de Paris, a étudié sur place les maladies des prisonniers. Il décrit les principales qu'on observe dans ces milieux, les formes spéciales qu'elles prennent, et les causes hygiéniques de leur fréquence. Les statistiques qu'il fournit prouvent que les conditions sanitaires des prisons ne sont pas excellentes. Aussi, nous associons-nous aux vœux de l'auteur, qui réclame qu'il soit fait une plus large part, dans les prisons, aux médecins ; car, après tout, les détenus ne sont condamnés qu'à l'emprisonnement et non aux maladies. Ces dernières ont pour fâcheux résultat, et ce dernier au point de vue économique, de grever inutilement le budget des prisons.

La vision chez les idiots et les imbéciles (2), par les docteurs A. Marie et J. Bonnet, médecins-adjoints des asiles.

Ce mémoire a été couronné par la Société médico-psychologique de Paris (prix Belhomme, 1891).

Les auteurs ont d'abord étudié les malformations organiques de la vision et ont trouvé, parmi les plus fréquentes, le strabisme, l'hypermétropie, l'inégalité congénitale de la pupille et diverses anomalies papillaires. Parmi les lésions centrales, celles des lobes occipitaux sont souvent associées avec les lésions de l'appareil sensoriel périphérique, et peuvent se traduire sur le vivant par des déformations craniennes.

L'étendue du champ visuel est fréquemment diminuée ; l'achromatopsie existe pour certaines couleurs, notamment pour le violet.

Le chapitre sur la vision mentale des idiots est très intéressant. Pour les auteurs, ce n'est point tant l'imperfection de l'or-

(1) Tome III. Prix : 20 francs. — Paris, G. Masson.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

(2) In-8°. Prix : 4 franc. — Paris, O. Doin.

gane périphérique, que l'arrêt de développement intellectuel qui est la vraie cause du mauvais état de la vision chez ces malades. « L'idiot et l'imbécile ne forment que des jugements incomplets et défectueux sur leurs impressions visuelles; chez eux, l'image ne suscite pas l'idée; c'est qu'il manque l'attention volontaire avec laquelle commence véritablement la vie de l'intelligence, comme dit Esquirol. »

Traitement des pleurésies purulentes (1), par G.-M. Debove et Courtois-Suffit.

L'utilité de ce petit manuel du traitement des pleurésies purulentes ne sera pas contestée. La bactériologie nous a fait beaucoup mieux connaître la nature et l'origine des épanchements purulents de la plèvre; elle nous a permis de mieux comprendre leur évolution; elle a fourni aux indications thérapeutiques des points de repère plus précis. La question a été ainsi complètement renouvelée dans ces dernières années; les médecins seront donc certainement heureux de trouver un exposé clair et méthodique des indications dans le traitement des pleurésies purulentes des divers types cliniques.

Le volume de la Bibliothèque médicale, consacré à ce sujet, se divise en trois parties :

1° L'historique.

2° L'exposé des différentes opérations par lesquelles on peut attaquer la pleurésie purulente; la thoracentèse, la pleurotomie, l'opération d'Estlander.

3° Indication de la méthode qui convient à chacune des variétés de l'empyème.

Nous ne pousserons pas plus loin cette analyse, ayant l'intention de donner à nos lecteurs une Revue générale sur le traitement des pleurésies purulentes.

Étude sur quelques symptômes des délires systématisés et sur leur valeur (2), par le docteur A. Marie, médecin-adjoint des asiles de la région de Paris.

L'auteur entend, par délires systématisés, les délires de persécution à évolution progressive, ou ceux qui surviennent chez les dégénérés. Le terme systématisé est surtout opposé aux idées délirantes des vésanies générales, telles que la mélancolie et la manie, dont le délire est toujours plus ou moins diffus et sans coordination.

Les symptômes étudiés dans ce livre sont les moyens de défense des persécutés. Ceux-là sont des plus divers et pourraient être confondus avec des actes extravagants de maniaques, alors qu'ils ont un but raisonné. Les plus curieux sont les modifications du langage et de l'écriture, inspirées par des idées de lutter contre des ennemis imaginaires. Certaines attitudes, un costume particulier, des gestes spéciaux sont aussi employés par les persécutés dans la même intention. M. Marie décrit avec beaucoup de détails ces divers moyens de défense, et donne de curieux fac-simile d'écritures et de dessins.

Au point de vue de leur interprétation clinique, l'auteur voit dans ces symptômes des signes d'une évolution avancée de la maladie. Ils apparaissent au moment de la systématisation complète du délire, et, dans les cas de délire des persécutions progressif, au moment de l'éclosion des idées ambitieuses, c'est-à-dire dans la période pré-démentielle. Enfin, ils seraient généralement l'indice d'une débilité mentale congénitale, le plus souvent de nature héréditaire.

(1) In-16. Bibliothèque Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

(2) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur, est désigné comme commissaire du gouvernement pour assister, au Sénat et à la Chambre, à la discussion du projet sur l'assistance médicale gratuite.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 juin 1892, un concours s'ouvrira le 6 décembre 1892, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de médecine de Besançon.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Brousse, agrégé, est chargé d'un cours d'hygiène, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Bertin.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Guillaumont est nommé préparateur de médecine légale, en remplacement de M. Trèche, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Deneffe, professeur à l'Université de Gand, vient d'être promu officier de l'Ordre de Léopold.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Consignations.* — 1° Les élèves-docteurs, ajournés à la session de novembre 1891 et à celle de janvier 1892, au premier examen de doctorat, et les élèves-officiers de santé ajournés aux premier, deuxième et troisième examens de fin d'année (officiat), devront consigner le jeudi 9 juin, aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 20 au 25 juin.

2° Les élèves de première année, qui désirent subir le premier examen de doctorat avant les vacances, devront consigner les mercredi 15 et jeudi 16 juin. (Ils prendront la quatrième inscription du 24 au 27 juin inclus et seront appelés à subir l'examen à partir du 27 juin.) Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre. Les aspirants à l'officiat sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année; ils consigneront en prenant, selon le cas, la quatrième, la huitième ou la douzième inscription; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du conseil de la Faculté.

3° En cas d'ajournement au premier examen de doctorat et aux examens de fin d'année, les élèves-docteurs de première année et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 17 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 10 ou le mardi 11 octobre 1892, dernier délai. (Ces dispositions sont applicables aux élèves-docteurs de première année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.)

Ostéologie. — Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 17 octobre 1891. MM. les étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat ou le premier examen de fin d'année d'officiat devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (bureau du chef du matériel). A cet effet, le bureau sera ouvert tous les jours de midi à trois heures, pendant la période des examens : avant les vacances, à partir du 20 juin; et à la session d'automne, du 17 au 31 octobre.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

93

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.112	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre....................	1.33
Silicate acide / Arséniate » / Phosphate » / Sulfate » (sesqui-oxyde de fer); — de chaux..................; Chlorure de sodium................; Matières organiques................	0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

60

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

72

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre; 2° le catgut n°s 1, 2, 3, 4, **1** fr. **25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre; 4° le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

79

PILULES SUISSES

Pilules de coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

92

OREZZA EAU MINERALE FERRUGINEUSE GAZEUSE

CHLORO-ANÉMIE — GASTRALGIES

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.

Paris, **Collin et Cie**, 49, r. de Maubeuge, et phies.

41

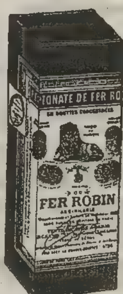
FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

77



PEPTONATE DE FER

ROBIN

15 à 20 gouttes par repas.

Le plus assimilable des ferrugineux.

SE PREND ÉGALEMENT SOUS FORME DE

VIN, DRAGÉES ÉLIXIR

Paris, 13, r. Grenier-St-Lazare, et toutes Pharmacies.

79

ANTISEPTIQUES GRANULÉS BERTHIOT

Benzonaphtol Berthiot GRANULÉ

Naphtol B. Berthiot GRANULÉ

Béthol Berthiot GRANULÉ

Salol Berthiot GRANULÉ avec NaO2Co²

Salicylate de bismuth Berthiot GRANULÉ

Salicylate de magnésie Berthiot GRANULÉ

Leur emploi supprime émulsions et cachets toujours acceptés avec répugnance par les malades. Pas de dégoûts, pas de nausées à craindre. Administration facile, même chez les enfants. Chaque flacon est accompagné d'une mesure contenant 2 gr. de granules antiseptiques, qui représentent 20 centigr. de l'antiseptique prescrit. — Dépôt général : Phie Berthiot, 107, faub. Saint-Antoine, Paris.

4

VIN DE BELLINI (ET QUINA COLOMBO)

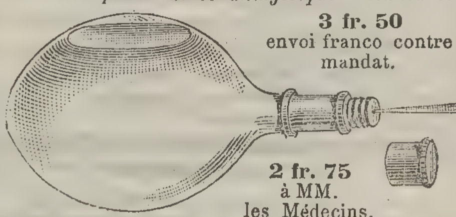
Fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

DETHAN, à Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger. *Bellini*

42

CHLORÉTHYLE DU Dr BENGUÉ

anesthésique local et analgésique instantané.



3 fr. 50 envoi franco contre mandat.

2 fr. 75 à MM. les Médecins.

Dr Bengué, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

39

SOLUTION DE BIPHOSPHATE DE CHAUX DES FRÈRES MARISTES

Employée avec succès pour combattre les *scrofules*, la *débilité générale*, le *ramollissement* et la *carie des os*, les *bronchites chroniques*, les *catarrhes invétérés*, la *phtisie*, surtout aux 1er et 2e degrés.— Notice fo.— 5f le litre, 3f le 1/2 litre.

Exiger les signatures L. Arsac et Fre Chrysogone.

Dépots : Chez les Frères Maristes : à St-Paul-Trois-Châteaux (Drôme); à St-Genis-Laval (Rhône); à l'Hermitage, par St-Chamond (Loire); à Aubenas (Ardèche); à Beaucamps, près Lille (Nord); à Lacabane, par Terrasson (Dordogne); à Varennes-sur-(Allier Allier) et ds les phies. Remises par quantité.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

52

VICHY, SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS

GRANDE-GRILLE

HOPITAL

Avoir soin de désigner la source.

PASTILLES AUX SELS NATURELS

SAISON DES BAINS

DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

33

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux**, du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, phien, ex-préparatr à l'Ecole de médecine et de pharmacie, rue Victor-Hugo, 14, LYON.

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boites fer blanc de 50 et 100g.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

55

GOUTTE

LIQUEUR DU Dr LAVILLE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 13 juin 1892.

Un docteur hollandais a fait paraître récemment un livre sur ses impressions de voyage à travers les principales cliniques infantiles d'Europe. Son opinion ne nous est guère favorable, et l'auteur nous croit dans un état certain d'infériorité. Cependant, son jugement ne vient pas d'un esprit hostile à la science française. Ses appréciations sont empreintes de bienveillance, il a séjourné longtemps chez nous plus longtemps qu'ailleurs, mais les lacunes qu'il signale existent, et ses critiques portent juste, le plus souvent. Sachons donc accepter les leçons qu'on veut bien nous donner, profiter des conseils, s'ils sont bons, et quand un homme a beaucoup vu et qu'il compare, sachons lui être reconnaissant de ce qu'il veut bien nous apprendre, même si la comparaison n'est pas à notre avantage.

Ce n'est pas à dire que nous approuvions en tout point les opinions du livre du docteur Voûte. Étranger, il n'a pu voir les choses que superficiellement, il a été enclin à juger beaucoup d'après l'extérieur, et le fond même a pu souvent lui échapper. Est-ce une raison pour rejeter d'un bloc toutes ses observations et ne point faire notre profit de celles qui sont bonnes?

C'est en médecin, et non en chirurgien, que le docteur Voûte a visité les principales cliniques infantiles d'Europe, c'est en médecin qu'il juge les maîtres parisiens. Aussi, n'est-il point étonnant que, dans son livre, il ne parle point de la grosse lacune de notre organisation française, nous voulons parler de l'enseignement de la chirurgie infantile. Il y a quelques années, la lutte a été vive, on parlait de créer une chaire de clinique infantile. Cette chaire serait-elle médicale ou chirurgicale? Médicale, disaient les médecins! Chirurgicale, disaient les chirurgiens! Chacun ayant grande envie de voir dans sa spécialité une chaire nouvelle, un débouché nouveau, et toute la pléiade d'arguments étalés, à cette occasion, étaient tous plus ou moins dictés par cette considération; attendu que les uns et les autres étaient réciproquement incompétents pour juger de l'utilité de l'une ou l'autre chaire. En réalité, les deux chaires étaient nécessaires. La chirurgie infantile a une existence réelle, très différente de la chirurgie de l'adulte. Nos voisins l'ont compris, et leurs instituts orthopédiques auraient dû, depuis longtemps, attirer l'attention sur ce point.

A la vérité, il existe quelques services de chirurgie infantile, dans nos hôpitaux parisiens.

Mais ces services n'ont pas été créés pour y faire une chirurgie spéciale, l'administration de l'Assistance publique n'en a jamais eu l'idée. Ce sont des services où l'on admet les malades à un âge déterminé, les lits y sont plus petits que dans les autres hôpitaux, on n'y fume pas dans les salles, on n'y lit pas les journaux; à part ces quelques modifications, les services n'ont aucune disposition particulière.

L'orthopédie est pourtant une grosse partie de la pathologie chirurgicale infantile; et l'orthopédie ne consiste pas seulement à faire porter des bandages, souvent mal faits, parfois inutiles et toujours coûteux. Il y a toute une thérapeutique orthopédique, toute une gamme de moyens mécaniques nécessitant une installation spéciale. Les dispensaires l'ont compris, certains industriels ne l'ont point ignoré, mais l'administration n'en a pas souci, et, sauf une tentative très modeste encore, et due tout entière à l'initiative et à l'énergie d'un chirurgien persévérant, on pourrait dire que la chirurgie infantile n'existe que de nom dans nos services hospitaliers. Il y a plus encore : on trouve dans les hôpitaux d'enfants des services dits de « chroniques », où les enfants, sous prétexte qu'ils sont peu ou difficilement curables, sont en réalité complètement délaissés. En signalant ce service des « abandonnés », nous mettons le doigt sur une plaie vive de notre organisation hospitalière. L'administration qui, dit-on, est animée de bonne volonté, devrait s'informer de ce que sont ces services et quelles réformes il convient d'y apporter. Qu'elle mette au concours cette question : « Les services chirurgicaux d'enfants à Paris et à l'étranger », et sa religion sera de suite éclairée.

M. Guyot a été chargé, pendant sept ans, du service d'isolement de l'érysipèle à l'hôpital Beaujon. Il a été étonné, dans cette longue période d'observation, de ne pas constater plus souvent la contagion hospitalière de cette maladie. En effet, il arrive trop souvent encore que des malades, atteints d'une tout autre affection, soient placés par erreur dans le service des érysipélateux. Sur 70 d'entre eux, atteints

des maladies les plus diverses, et même de plaies, il n'a jamais relevé la contagion. Il l'a vue seulement deux fois dans le personnel du service, chez deux externes atteints de varicelle : l'un d'eux a du reste succombé.

M. Guyot pense donc actuellement que la contagion de l'érysipèle est beaucoup moins obligatoire qu'il ne le pensait autrefois. Pour qu'elle ait lieu, il faut une opportunité morbide que l'organisme ne réalise que rarement.

Il ne veut pas, du reste, conclure, de ce qui précède, à l'inutilité de l'isolement des érysipélateux.

Parmi les conclusions de ce travail, citons encore les suivantes : l'endocardite est exceptionnelle à la suite de l'érysipèle; jamais il n'a vu le mal de Bright survenir sous son influence; l'action du froid est une des principales causes de récidive; enfin, aucun traitement, — et M. Guyot a essayé tous ceux qu'on a proposés, — ne paraît susceptible d'enrayer la marche de l'érysipèle.

Cette communication (Société médicale des hôpitaux, séance du 3 juin) a été suivie d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Le Gendre, Juhel-Rénoy, Laveran, Gérin-Roze, Rendu, Burlureaux et Ed. Labbé. Il en résulte, en somme, que l'érysipèle est beaucoup moins contagieux que certaines pyrexies, la rougeole par exemple. Si le transport de l'érysipèle d'un malade à un autre a pu être constaté, si on a pu en réaliser l'inoculation dans une série de tentatives faites dans un but différent, il n'est pas démontré que la transmission ne puisse pas se faire à distance. L'état de réceptivité, d'opportunité morbide des personnes exposées à la contagion est un élément important, et dans le service d'isolement de l'hôpital Saint-Antoine, où il y a en même temps des malades atteints de rougeole, de scarlatine et d'érysipèle, où séjournent assez souvent des individus envoyés par erreur, et, assez fréquemment aussi, de nouvelles accouchées, la contagion hospitalière est rare, soit sous forme directe d'érysipèle, soit sous forme de fièvre puerpérale.

Il est possible, du reste, — ce qui complique les choses et rend le jugement plus difficile, — que la transmission se fasse sous une autre forme, sous celle par exemple de phlegmon érysipélateux, ainsi que l'a fait remarquer M. Laveran. L'organisme pathogène de l'érysipèle est, du reste, un streptocoque morphologiquement semblable au streptocoque de la suppuration; il existe constamment à la surface de notre peau et dans les cavités bucco-pharyngées, où il attend sans doute qu'une érosion, une diminution de la résistance de l'organisme, une élévation de sa virulence, vienne le faire passer de l'état inoffensif à l'état agressif et pathogène.

Quant au traitement, signalons la pratique de M. Burlureaux, qui fait faire de grands lavages, à l'aide de l'eau boriquée chaude, des cavités naso-pharyngiennes; il a l'intention d'agir ainsi au niveau même de la porte d'entrée. Signalons encore le bon effet des bains froids ou progressivement refroidis, surtout lorsqu'il y a des accidents généraux graves et particulièrement de l'hyperthermie.

Les pulvérisations d'éther chargé de sublimé n'ont pas donné de résultat sensiblement favorable à M. Guyot. Le sublimé aurait, dans quelques cas, provoqué la dermite.

— Continuation des discussions pendantes à la Société médicale des hôpitaux (10 juin). Tout d'abord, les rapports du tabes et de la paralysie générale : M. Rendu lit deux observations dans lesquelles il a vu nettement des signes de paralysie générale succéder à des signes de tabes ataxique, et entraîner rapidement la mort des malades. L'auteur de cette note a vu un fait analogue; un malade, considéré au dehors comme un simple ataxique, est allé mourir dans un asile d'aliénés, dans lequel on le considérait comme un paralytique général.

M. Rendu pense donc que le tabes et la paralysie générale sont des processus similaires, et que les lésions de la moelle et du cerveau qui se succèdent parfois chronologiquement, dérivent d'un même principe causal.

Dans l'étiologie, il faut considérer deux éléments : la prédisposition que crée l'hérédité névropathique, et, en seconde ligne, la syphilis et l'alcoolisme. La technique histologique n'est pas suffisamment perfectionnée, nos connaissances micrographiques ne sont pas suffisamment avancées pour que l'on puisse dès maintenant décider quelle est la lésion initiale : lésion des cellules, des tubes nerveux ou du tissu interstitiel. Il ne peut pas y avoir, dès maintenant, de conclusions définitives, mais, en somme, les opinions exprimées sont beaucoup moins divergentes qu'elles ne le paraissent au premier abord; on est d'accord sur les points essentiels en clinique et en étiologie; c'est le principal.

Passons maintenant à l'érysipèle. M. Galliard, chargé pendant six mois du service d'isolement de Saint-Antoine, a vu passer dans ses salles 350 cas d'érysipèle. Comme dans ce service, dit d'isolement, il y a en même temps des malades atteints de rougeole et de scarlatine, il en résulte une promiscuité bien faite pour favoriser la contagion : malgré cela, il n'a vu cette contagion se produire que dans trois cas. Et cependant, certains malades présentaient des plaies, et des femmes récemment accouchées ont dû séjourner dans ce pandémonium microbique. La contagiosité de l'érysipèle est donc assez restreinte, dans un milieu médical tout au moins.

M. Galliard a employé, comme traitement interne, le sulfate de quinine, le salicylate de soude, et surtout l'alcool à haute dose. Comme traitement local, la vaseline et la glace en application continue. Il a obtenu de très bons résultats des bains froids, dans les cas graves avec hyperthermie.

M. Sevestre, dans un cas grave d'érysipèle de la face, qui avait gagné le tronc, a donné avec succès des bains tièdes ou froids, additionnés de 300 grammes de borate de soude.

M. L. Labbé se déclare très partisan des grands lavages des cavités nasales et bucco-pharyngées, par l'eau boriquée, ainsi que les pratique M. Burlureaux; il lui paraît très logique d'agir au niveau même de la porte d'entrée.

A la même séance, présentation, par M. Pierre Marie, d'une malade atteinte d'ostéite déformante de Paget. Cette curieuse affection du système osseux amène des déformations bien caractéristiques. La taille des malades est abaissée, le corps incliné en avant, les épaules arrondies, la tête portée en avant, la poitrine enfoncée, les cuisses écartées et incurvées, les malléoles surplombées par les jambes, la marche est lente et maladroite, le crâne augmenté de volume. Les malades sont, à cause de cette dernière particularité, obligés de changer très souvent de chapeaux; leurs coiffures deviennent rapidement trop étroites. L'augmentation du volume du crâne est probable, mais non absolument évidente, chez la malade présentée par M. P. Marie.

Plusieurs des communications faites à la dernière séance de la Société de dermatologie et de syphiligraphie (9 juin)

sont d'intérêt général et de nature à intéresser tous les médecins.

Tout d'abord un travail de M. Jacquet sur le rhumatisme blennorrhagique. Sur douze cas observés, il a vu six fois l'ophthalmie se produire; comme l'a très bien remarqué M. Fournier, elle précède souvent d'un jour ou deux les manifestations articulaires. Dans deux cas, chez des malades atteints de douleur du talon, phénomène fréquent chez les blennorrhagiques, il a constaté une déformation du pied, due à une véritable ostéo-périostose du calcanéum.

Très souvent, le rhumatisme blennorrhagique prend les allures d'un rhumatisme fibreux; il peut ressembler de très près au rhumatisme noueux et provoquer des déformations analogues, ainsi que l'a aussi très bien vu M. Fournier.

M. Jacquet insiste encore sur l'influence de la fatigue sur l'apparition et la localisation de certaines modalités du rhumatisme blennorrhagique. Il a vu ce rhumatisme se produire chez des individus qui n'avaient plus qu'un suintement uréthral incolore et minime.

Il a étudié, au point de vue bactériologique, le liquide des épanchements articulaires; il n'a rien trouvé dans les épanchements séreux; dans les épanchements louches, séro-purulents, il a rencontré un diplocoque tout à fait analogue au microbe décrit par Neisser.

En résumé, il pense que le rhumatisme blennorrhagique comprend des faits dissemblables et, sans doute, de pathogénie différente; on y trouverait des manifestations d'origine infectieuse, les unes peut-être spécifiques, blennorrhagiques à proprement parler; les autres pyohémiques. Voilà un programme intéressant pour les recherches à venir!

M. Fournier se propose de décrire d'une façon plus complète, dans la prochaine séance, diverses modalités de ce qu'on pourrait appeler le pied blennorrhagique, dont les déformations survivent assez fréquemment à l'écoulement uréthral. Il a vu assez souvent le rhumatisme ne se montrer qu'après l'extinction de la blennorrhagie.

Au cours de la même séance, M. Gilles de la Tourette a fait voir un malade du service de M. Fournier, atteint, après seulement un mois et demi de syphilis, de céphalée intense, de paralysie faciale, d'hémiplégie passagère, puis de paraplégie spasmodique; c'est là un exemple de syphilis maligne précoce, touchant exclusivement le système nerveux.

La syphilis maligne précoce peut, comme le montre un cas que rapporte M. Fournier, toucher non seulement le système nerveux, mais aussi d'autres appareils. Une jeune fille a le malheur d'épouser un syphilitique en pleine éruption secondaire; trois mois après, elle est criblée d'accidents : syphilides papulo-tuberculeuses confluentes à placards énormes, onyxis hypertrophique de tous les ongles, alopécie totale des cils et des sourcils, ophthalmie grave provoquant une cécité absolue pendant plusieurs mois; du côté du système nerveux : céphalée atroce, douleurs fulgurantes des jambes, anéantissement total des forces, mydriase paralytique à gauche, grands accès d'hystéro-épilepsie, insomnie, cauchemars, nervosisme général, hypnotisme. Or, la syphilis du mari était aussi bénigne que possible. Actuellement, la guérison est à peu près complète, mais il a fallu un an d'un traitement énergique. Le paludisme paraît avoir été, chez cette malade, la cause de la malignité de la syphilis.

Signalons, enfin, quelques communications d'un intérêt purement dermatologique; en voici l'indication :

MM. Hallopeau et Barié : Un cas de déformation des mains par lésions lupiques. — M. Leredde : Un cas de myxœdème à symptômes très atténués. — M. Thibierge : Un cas de lichen scrofulosorum; — Un cas remarquable d'ichthyose. — M. Hallopeau : Un cas de dyhidrose du nez. — M. Estrada : Un cas d'ulcus rodens (épithélioma tubulé ulcéré, datant de dix-sept ans). — M. Barbe : Un cas de syphilide acnéique (?). — M. Morel-Lavallée : Traitement de la pelade en aires par les scarifications.

M. Pusey (de New-York) présente des préparations histologiques contenant un bacille que M. Unna (de Hambourg) considère comme le parasite pathogène du chancre mou. On fait observer qu'il ressemble beaucoup à l'organisme décrit par M. Ducrey (de Naples), et que, comme il n'y a eu ni cultures pures, ni inoculation de ces cultures, rien ne démontre qu'on est réellement en présence du microbe spécifique du chancre mou. Il faut donc réclamer de M. Unna un supplément de preuves.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Poncet.

Appendicite infectieuse aiguë sans perforation, avec péritonite suppurée généralisée; résection de l'appendice; guérison.

Par M. V. Siraud, interne des hôpitaux.

Récemment, à l'Académie de médecine (1), M. le professeur Poncet a communiqué trois observations d'appendicite, à forme anormale, caractérisée par l'existence d'une péritonite généralisée, suppurée, sans que l'appendice vermiforme offrît la moindre trace d'ulcération, de sphacèle, ou de perforation.

L'histoire pathologique suivante se rapporte au dernier malade, auquel il a été fait allusion, et qui a été opéré par notre maître à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu (de Lyon) :

Claude G..., âgé de dix-neuf ans, chaudronnier, entre à l'Hôtel-Dieu, le 20 mars 1892; il se plaint de vives douleurs abdominales et de vomissements.

Chez lui, l'hérédité morbide est nulle, et la recherche de ses antécédents pathologiques personnels est négative. De constitution assez robuste, il exerce, depuis l'âge de seize ans, la profession de chaudronnier et a été indemne de toute intoxication par le plomb ou le cuivre. Il a contracté, au mois d'octobre 1891, une chaude-pisse, dont il est imparfaitement guéri.

Le 19 mars, ce jeune homme, dont la santé était parfaite (il n'avait eu aucun trouble gastro-intestinal antérieur), était occupé à charger de la terre, quand il éprouva *subitement*, *dans un moment de repos*, une douleur aiguë, pongitive, née dans la fosse iliaque interne droite.

Rapidement la douleur s'étendit à la totalité du ventre, sous la forme de coliques intenses, qui forçaient le malade à se rouler à terre. Ramené chez lui, il eut un vomissement aqueux, glaireux, peu abondant, une heure et demie après le début des crises douloureuses. Un état nauséeux persista jusqu'au matin du 20 mars, et des efforts de vomissements pendant la nuit demeurèrent sans résultats; la nuit du 19 au 20 il n'éprouva, d'ailleurs, aucun repos, et les douleurs persistèrent, bien qu'elles se fussent atténuées.

---

(1) Séance du 19 avril 1892.

Examiné quelques minutes après son entrée, le malade présente un facies jaune pâle; ses traits sont tirés; sa respiration est courte et superficielle; il est en proie à une dyspnée assez vive; le pouls radial est mou, précipité; la langue rouge et sèche.

Le ventre est à peine ballonné; parois abdominales tendues, partout sonorité uniforme. La palpation, douloureuse, ne révèle ni empâtement ni induration dans la fosse iliaque interne droite, où pourtant la pression est particulièrement douloureuse. La douleur spontanée y est d'ailleurs plus vive dans les quintes de toux, dans les efforts, dans la marche.

Aux anneaux inguino-cruraux, l'exploration ne révèle aucune tumeur solide ou gazeuse appréciable; il n'existe rien d'anormal du côté des autres organes. Les selles sont supprimées depuis avant-hier, la diurèse est normale. La température rectale atteint 38°9.

Insomnie dans la nuit du 20 au 21 mars; persistance de l'état nauséeux (toujours pas de vomissements) et de douleurs abdominales diffuses, lancinantes; le ballonnement du ventre est plus accusé. La température est de 38°6. M. le professeur Poncet décide l'intervention chirurgicale : injection hypodermique de morphine, anesthésie à l'éther, désinfection des téguments de l'abdomen.

Laparotomie iliaque droite; rien d'anormal du côté de la peau et des plans musculo-aponévrotiques; après incision du péritoine, le cæcum apparaît énormément distendu, rouge et couvert de fines membranes fibrineuses; l'appendice, attiré au dehors, est entouré d'une nappe purulente, qui paraît s'étendre au péritoine. Réséqué entre deux ligatures, l'appendice, rouge, turgide, simule un petit pénis en érection; il est gorgé de matières fécales liquides et dans son cul-de-sac inférieur on trouve une fibre filiforme, longue de 1 centimètre, que l'examen histologique démontre être un poil. *En aucun point, on ne trouve sur l'appendice d'ulcération ou de perforation.*

Le bout supérieur appendiculaire est fermé par deux sutures semi-circulaires et fixé à la peau. Les anses intestinales voisines sont un peu rouges, mais ne présentent pas de fausses membranes. On fait à l'eau boriquée un lavage de la plaie, des sutures profondes (catgut) et superficielles (fil métallique) réunissent les lèvres de la plaie; le drainage est assuré au moyen d'un drain en os décalcifié. Pansement antiseptique.

Le soir de l'opération, ballonnement abdominal plus accusé. A quatre reprises, vomissements aqueux, filants et verdâtres. La face est rouge, il persiste de la dyspnée; le pouls rapide et petit atteint 120 à la minute. La température est de 38°9. Traitement : extrait thébaïque à la dose de 10 centigrammes, glace, champagne.

Le 22 mars, après une nuit d'insomnie, troublée encore par deux ou trois vomissements, l'état général semble un peu meilleur, la dyspnée a diminué, le pouls est tombé à 90 et la température n'est que de 38°2 (soir). Néanmoins le météorisme augmente. Les douleurs abdominales sont modérées, bien que le malade se plaigne parfois d'un point épigastrique.

24 mars. On renouvelle le pansement, la plaie opératoire a bonne apparence, on retire les fils métalliques superficiels. Sous l'influence d'un lavement purgatif, le ballonnement abdominal et la sensation de tension disparaissent en grande partie. Température de 39 degrés (soir).

27 mars. Amélioration générale et locale : chute de la température à 37°8 (minimum) et à 38°2 (maximum); l'appétit est revenu, plus de ballonnement, plus de douleurs abdominales. Pansement.

1er avril. Depuis deux jours, le malade paraît inquiet, agité, sa température s'est élevée (39 degrés matin et soir). Il se plaint d'un point douloureux, siégeant au niveau de l'épigastre, un peu à droite de la ligne médiane, immédiatement au niveau des fausses côtes. Vers cette région existe une sorte de tuméfaction locale des parties molles, qui, palpées, donnent une sensation d'empâtement profond. Le soir de ce même jour, la douleur locale devient intolérable, pongitive, extrêmement aiguë; la dyspnée réapparaît en même temps que le pouls radial se précipite et diminue d'ampleur. Des vomissements verdâtres se produisent à trois reprises. Injection hypodermique de morphine, glace, champagne.

2 avril. Persistance du même état général. La tuméfaction locale est en saillie sur les parties périphériques, elle est mate à la percussion et nettement fluctuante. Ballonnement abdominal peu marqué.

Anesthésie à l'éther, incision verticale de 6 centimètres environ au niveau de la tumeur. Les parties molles superficielles apparaissent infiltrées, comme œdématiées; par une boutonnière faite au péritoine jaillit un liquide purulent, grisâtre, extrêmement fétide, à odeur mixte de matières fécales et de graisses en décomposition. Sa quantité peut être évaluée à 1 litre. Il provient d'une grande poche enkystée (brides péritonéales perçues au doigt) s'enfonçant sous le diaphragme, immédiatement au-dessus de la face convexe du foie, dont la superficie est couverte de fausses membranes.

Grand lavage à l'eau boriquée de cette poche purulente. Drainage au moyen d'un gros tube de caoutchouc rouge. Pansement antiseptique (à noter que les lèvres de la plaie iliaque ont été distendues par le ballonnement abdominal, elles sont couvertes d'enduit grisâtre et purulent). Le soir, cessation de la douleur, dyspnée, sueurs abondantes, pouls filiforme, pas de vomissements. Température de 39 degrés. Glace, champagne, caféine 60 centigrammes.

5 avril. Après une amélioration de quelques heures et la disparition des symptômes précédents, le malade se plaint d'un point sous-mamelonnaire droit; la dyspnée réapparaît. La température du matin est de 39°2. L'auscultation du poumon droit révèle l'existence d'un souffle doux, de l'œgophonie à la réunion du tiers inférieur et du tiers moyen du poumon. A sa base, silence respiratoire. Empyème d'urgence au niveau du septième espace intercostal, par la plaie s'écoule un peu de sang noirâtre provenant du cul-de-sac pleural. Pansement, après tamponnement à la gaze iodoformée de l'ouverture.

8 avril. Chute de la température à 37°9 (soir); amélioration notable. Plus de dyspnée, plus de douleurs. L'état des plaies est bon; le drainage existe toujours au niveau de la poche purulente sus-hépatique. Un peu de pus s'écoule au niveau de l'ouverture thoracique. Cicatrisation de l'incision primitive iliaque.

15 avril. Les pansements ont été renouvelés régulièrement tous les deux jours. L'écoulement purulent par l'ouverture épigastrique est à peu près tari. L'état général s'améliore, appétit revenu. Néanmoins, depuis trois jours, la température, le soir, atteint 38°8 et 39 degrés.

Depuis ce jour, en dépit d'oscillations intermittentes de la température entre 37°5 et 39 degrés, le malade peut être considéré comme guéri.

La guérison était définitive à la fin de mai, époque à laquelle le malade a quitté l'hôpital.

Je rapprocherai ce cas des trois observations de péritonite consécutive à une appendicite non calculeuse, non perforée, signalées par le professeur Roux (de Lausanne) dans son mémoire sur le « traitement chirurgical de la pérityphlite suppurée (1) », et mentionnée au Congrès de chirurgie (séance du 22 avril 1892).

Deux observations de M. Roux ont trait à des péritonites partielles, circonscrites au péritoine et aux anses d'intestin grêle, avoisinant le cæcum; mais dans un cas (Obs. XXX), le chirurgien de Lausanne a opéré un malade, atteint de péritonite généralisée après pérityphlite : « L'appendice, non perforé, de la dimension du pouce, apparut infiltré et noyé, comme toutes les anses visibles, dans des plaques de

(1) Roux. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 20 mai 1890 et 20 sept. 1891, Obs. XVIII, XXX et XLV.

fibrine et des adhérences épiploo-entériques, qui le fixaient nettement et constituaient avec lui le foyer principal. Dans le reste de la cavité abdominale, les anses sont libres, mais très rouges, il y a beaucoup de fibrine. » Le lavage du péritoine à l'eau salée, la résection d'un plateau d'épiploon au-devant du foyer principal furent pratiqués. Le malade était complètement guéri deux mois après l'opération (1).

Des faits consignés dans les observations de M. Poncet, de Roux et celle que nous rapportons, il résulte qu'il existe une forme d'appendicite infectieuse aiguë, suivie, à bref délai, de péritonite suppurée généralisée, en l'absence de toute ulcération, perforation, ou corps étranger inclus dans le processus vermiforme.

« Cette forme d'appendicite, que l'on ne peut diagnostiquer de l'appendicite perforante, réclame une intervention chirurgicale aussi hâtive que possible. Il faut pratiquer la laparotomie iliaque et enlever l'appendice, qui, véritable brandon, non seulement a mis le feu au péritoine, mais y entretient un incendie devant à peu près fatalement entraîner la mort à brève échéance (2). »

Le fait, dont nous avons été témoin, justifie bien cette opinion. Opéré, en effet, deux jours seulement après le début des accidents, le malade, dont nous apportons l'observation, a guéri, malgré des péripéties diverses, qui témoignent encore de la gravité de l'infection.

Dans les deux autres cas de M. Poncet, la laparotomie fut faite en quelque sorte *in extremis*. Laparotomisés quatre et six jours après les premières manifestations appendiculaires, les malades ont succombé malgré l'intervention qui n'avait qu'un tort, celui d'arriver trop tard.

THÉRAPEUTIQUE

Effets produits sur de nombreux états morbides par des injections sous-cutanées d'un extrait liquide retiré des testicules.

Par M. Brown-Séquard.

(Travail communiqué à l'Académie des sciences, dans la séance du 30 mai.)

Aussitôt après mes premières publications, relatives à l'influence d'injections du liquide testiculaire, des médecins ont pensé qu'un liquide aussi puissant pourrait être utile dans un grand nombre de maladies. Je n'étais pas, quant à moi, sans espérer que, dans les cas où il existe de la faiblesse, on pourrait avec profit faire usage de ce mode de traitement. Ce qui a été obtenu a dépassé de beaucoup mes espérances et mes prévisions. C'est ce que je vais montrer par des faits relatifs à plusieurs terribles maladies, en commençant par la tuberculose pulmonaire.

Avec l'assistance si dévouée, si généreuse de M. d'Arsonval, j'ai pu donner, à nombre de médecins des hôpitaux de Paris et de plusieurs autres villes, une quantité considérable de liquide testiculaire (3), dont la puissance a été étudiée dans un grand nombre d'affections diverses. Je parlerai d'abord de ce qui a été obtenu, à l'égard de la phthisie tuberculeuse, par MM. Cornil à l'hôpital de la Charité, Dumontpallier et Variot à l'Hôtel-Dieu, et Lemoine à Lille.

Les cas de tuberculose pulmonaire, observés et traités par des injections de liquide testiculaire, sous les yeux de ces médecins, ont donné les importants résultats généraux qui suivent : diminution presque immédiate des sueurs nocturnes, cessation de la fièvre, diminution notable ou cessation complète de la toux, retour de l'appétit et augmentation très notable des forces. Malheureusement, la plupart de ces malades, se croyant guéris, ont voulu sortir des hôpitaux et ont ainsi empêché la continuation du traitement. Ces preuves d'amélioration ont été notées, chez quatre malades du service de M. Cornil, par M. Hénocque, qui a recueilli avec le plus grand soin leur histoire ; chez sept malades sur neuf du service de M. Lemoine, chez quatre malades de M. Variot, chez cinq de M. Dumontpallier.

Nombre d'autres médecins, surtout en Russie, ont obtenu des résultats analogues ; je me bornerai à en nommer un, M. Victoroff (de Moscou), auteur d'un ouvrage très remarquable sur les injections du liquide testiculaire.

La seconde maladie dont je me propose de parler est l'ataxie locomotrice, causée, comme on sait, par une sclérose d'une partie de la moelle épinière. D'après des publications russes, américaines et autres ; d'après des lettres que j'ai reçues de médecins étrangers et d'après des faits observés à Paris ou au Havre, il est évident qu'aucun mode de traitement de cette affection n'a donné jusqu'ici des résultats aussi favorables que celui des injections qui portent mon nom. Nombre de cas de guérison complète ou d'amélioration telle qu'il ne reste plus que fort peu de chose de la maladie, sont venus à ma connaissance. Des faits d'une authenticité que personne ne peut mettre en doute ont été observés par le docteur Depoux, auquel nous devons l'un des meilleurs cas de guérison complète. L'individu qu'il a eu le bonheur de guérir était un prévôt d'armes, qui était arrivé à un tel état d'ataxie qu'il ne pouvait plus marcher. Les médecins du Val-de-Grâce, qui le soignaient, le croyant incurable, l'ont fait réformer. Du 1er mai au 20 octobre 1890, le docteur lui a fait des injections de liquide testiculaire. Une amélioration notable s'est bientôt montrée et, avant la fin d'octobre, il a pu donner des leçons d'armes. Le 5 juin 1891, il a été montré à la Société de biologie, où le professeur Laveran, qui l'avait vu au Val-de-Grâce, a fait savoir dans quel état terrible il se trouvait lorsqu'il a été réformé. Aujourd'hui, il est capable de faire jusqu'à quinze ou vingt assauts d'armes par jour.

Le docteur Depoux présentera bientôt à la Société de biologie deux autres malades, qui ont aussi été très gravement atteints d'ataxie et chez lesquels il y a déjà une amélioration des plus considérables.

Un médecin anglais de quatre-vingt-trois ans, que j'ai adressé il y a cinq ou six semaines au docteur Depoux, pour une ataxie qui n'était pas très grave, s'est rapidement amélioré sous l'influence du traitement.

Une lettre du docteur Gibert (du Havre) m'apprend qu'il a eu un succès considérable chez un ataxique très sérieusement atteint. Il en a été ainsi dans nombre de cas de MM. Brainerd, Ouspensky, Victoroff, Kosturin et d'autres médecins.

Il ne faudrait pas conclure de l'extrême fréquence des bons effets des injections du liquide testiculaire contre l'ataxie que ce mode de traitement doit toujours réussir. Il est, malheureusement, presque certain qu'on a surtout fait connaître et qu'on a surtout publié les faits favorables, négligeant les insuccès. Je connais sept cas où le traitement n'a rien produit, sur plus de trente-cinq cas où il a été employé.

Je vais dire quelques mots maintenant d'une maladie au moins aussi terrible que celles dont j'ai parlé : il s'agit de la lèpre. Un médecin de mérite, qui a été mon élève et qui eut l'honneur d'être aussi l'élève de notre illustre confrère, M. Pasteur, le docteur Suzor a vu, dans cinq cas, sous l'influence d'injections du liquide testiculaire, disparaître ou diminuer presque tous les symptômes de cette affreuse affection. J'ai eu la satisfaction, chez un lépreux soigné par le docteur Frémy, à Nice, de voir aussi s'améliorer rapidement l'état de contracture ou de paralysie, ainsi que d'autres symptômes.

Les belles recherches faites par le professeur Mairet (de Montpellier) sur le traitement de certaines formes d'aliénation men-

---

(1) Roux. Loc. cit.

(2) Poncet. Acad. de méd., loc. cit.

(3) Nous en avons fourni assez pour qu'on pût faire plus de vingt mille injections.

ale, celles de MM. Victoroff, Zsikszay, Kosturin, Variot, Waterhouse, Loomis, Crivelli, Brainerd, Lemoine, et d'un nombre extrêmement considérable d'autres médecins, ont montré que les maladies les plus variées, purement fonctionnelles ou de cause organique, ont pu s'améliorer ou même guérir sous l'influence d'injections de liquide testiculaire.

Comment s'expliquer, comment même comprendre en partie le mode d'action du liquide testiculaire, lorsqu'il détermine des effets favorables dans des cas si profondément variés que ceux des maladies si différentes qui ont été traitées par ce liquide? Je vais en donner quelques explications, dont l'une, qui est incontestablement vraie et semble bien démontrée, s'applique à tous les cas où il y a de la faiblesse, et dont l'autre, qui n'est jusqu'ici qu'une hypothèse, pourrait bien être cependant fort importante. Je vais d'abord parler de la première de ces explications et ne dirai qu'un mot de la seconde.

L'influence tonifiante du liquide des glandes séminales est assurément bien établie. Il est donc tout simple que de la force soit donnée dans les cas d'injections de ce liquide, et pour exprimer cette notion par d'autres termes, il est tout naturel que la faiblesse soit combattue avec quelque efficacité par de telles injections. *A priori*, il aurait été imprudent de supposer et surtout d'affirmer que, quelles que soient les causes organiques ou fonctionnelles de la faiblesse, celle-ci pourrait être modifiée et diminuer ou disparaître sous l'influence de ces injections. Mais, à l'heure qu'il est, le témoignage donné par l'observation des cas les plus variés, est unanime à établir que la faiblesse cesse ou diminue sous cette influence.

Mais comment comprendre qu'en outre d'une augmentation de force il y ait disparition de symptômes autres qu'une simple faiblesse?

L'explication paraît facile à donner. Si nous prenons, par exemple, les manifestations symptomatiques de la tuberculose pulmonaire, nous pouvons sans peine nous rendre compte de ce qui se passe. Tout le monde sait que les individus affaiblis par l'âge, par des maladies ou une perte de sang, peuvent avoir des soubresauts au moindre bruit soudain ou d'autres réactions réflexes sous l'influence de causes presque insignifiantes. J'ai établi par des faits nombreux, publiés il y a plus de trente-cinq ans, que la facilité de mise en jeu de la faculté réflexe est en raison inverse de la puissance des centres nerveux. Tout le monde admet maintenant l'exactitude de cette loi. Or, les symptômes de la tuberculose pulmonaire sont surtout des effets réflexes provenant de l'irritation des nerfs du viscère malade; il en est ainsi de la toux, des sueurs nocturnes, de la fièvre, des troubles gastro-intestinaux, etc. On peut donc comprendre aisément que, si la force revient dans les centres nerveux des tuberculeux, les actions réflexes morbides symptomatiques de l'irritation pulmonaire disparaissent, bien que celle-ci persiste encore, jusqu'à ce qu'une meilleure nutrition, due à l'augmentation de puissance des centres nerveux, la fasse diminuer.

Dans l'ataxie, dans la lèpre, dans le diabète, dans les paralysies et les contractures dues à des lésions organiques des centres nerveux, c'est l'augmentation de puissance de ces centres et, par suite, la cessation des actes réflexes morbides et l'amélioration de la nutrition qui font disparaître l'état symptomatique, malgré la persistance des lésions organiques. On sait que Westphal a trouvé toutes les lésions médullaires de l'ataxie, chez un malade mort de pneumonie, après guérison de toutes les manifestations du tabes ataxique.

C'est donc, je le répète, la puissance tonifiante spéciale du liquide testiculaire, qui fait de cet agent thérapeutique naturel un moyen si excellent dans tant d'affections diverses.

La seconde explication n'étant jusqu'à présent qu'une simple supposition applicable seulement à certains cas, je me bornerai à dire qu'elle consiste à admettre que, soit directement, soit indirectement et par l'influence de la nutrition, des microbes, qui produisent les états morbides que l'on combat, sont tués ou modifiés d'une façon favorable.

Je n'ai rien dit du liquide ovarique qui a été employé avec succès sur quarante-six vieilles femmes, par une dame américaine, M[me] Brown, médecin diplomée de Paris. Ce liquide agit comme le liquide testiculaire sur les deux sexes, mais avec moins de puissance.

En terminant ce travail, il importe de dire que le liquide testiculaire doit être préparé par les médecins qui veulent s'en servir. A l'aide d'un des deux appareils, si ingénieux et si simples, que M. d'Arsonval a proposés pour la filtration ou la stérilisation des divers liquides organiques, tout médecin peut aisément obtenir un liquide absolument exempt de microbes. On est sûr alors de ce que l'on emploie et l'on peut aussi en faire usage dès les premiers jours de la préparation, période où il est plus puissant que plus tard.

Conclusions. — 1° Chez les vieillards, dont les glandes spermatiques ont notablement perdu de leurs fonctions, des injections de liquide testiculaire peuvent fournir ce qui manque quant à la puissance des centres nerveux. — 2° Dans toutes les maladies, la faiblesse peut-être combattue avantageusement par des injections du liquide testiculaire. Les cas dans lesquels l'emploi de ce liquide a le plus d'efficacité sont ceux de tuberculose pulmonaire, d'ataxie locomotrice, de lèpre, d'anémie, de paralysie, etc.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 5 juin 1892, M. Sommeillier, médecin principal de première classe, médecin chef de la place et de l'hospice mixte de Toul, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 11 juin 1892, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de pharmacien en chef. — M. Degorce, pharmacien en chef de la marine en retraite.

— A l'occasion du Congrès des Sociétés savantes, ont été nommés :

1° *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs R. Collignon, Hyades et Labonne.

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Gilles de la Tourette et Mougins de Roquefort.

— M. le professeur Charcot vient d'être nommé grand-croix de l'Ordre de la couronne de Roumanie; M. le docteur Constantin Paul, commandeur, et M. le professeur Leloir, officier du même Ordre.

— Les élèves et amis de M. le professeur Guyon lui offriront, à l'occasion de sa nomination à l'Institut, un banquet, qui aura lieu, le mercredi 15 juin, à sept heures, à l'Hôtel Continental. La cotisation est fixée à 25 francs. Les adhésions sont reçues chez MM. les docteurs J. Albarran, 63, rue de Varenne, et N. Hallé, 11 bis, rue de la Planche.

— La Chambre a voté, samedi, en première lecture, le projet de loi sur l'assistance médicale gratuite.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pravaz (de Lyon).

— Dans une récente excursion en Normandie, M. le docteur Marcel Baudouin a constaté, dans l'église de Mirville, près Beuzeville, la présence de deux statuettes intéressantes. Elles représentent saint Come et saint Damien en costume de docteurs de la Faculté de Paris. Ces saints sont les patrons de la paroisse. Certaines parties de l'église remontent au XII[e] siècle.

— M. le docteur Doléris, accoucheur des hôpitaux, commencera le 21 juin, à cinq heures du soir, ses leçons sur les affections de l'appareil génital de la femme, d'origine obstétricale (pathogénie, étude clinique et thérapeutique : 1° des affections

inflammatoires; 2° lésions traumatiques et déviations). — Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis, de quatre heures et demie à cinq heures et demie du soir, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Bichat).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide pratique pour l'examen et le traitement des maladies du larynx, du nez et des oreilles, par le docteur J. Baratoux. In-8° de 340 pages avec 181 figures dans le texte et un atlas de 186 gravures. — Prix : 6 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

De l'énucléation dans le traitement du goître, par le docteur A. Reverdin, professeur à la Faculté de médecine de Genève. In-8° de 48 pages avec figures dans le texte et 8 planches en phototypie hors texte. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

Aide-mémoire de clinique médicale et de diagnostic, par le professeur Paul Lefert. 1 vol. in-16 de 315 pages, cartonné. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Technique et indications des opérations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires, par le docteur Chaput, chirurgien des hôpitaux. In-18 de 156 pages avec 72 figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Guide pratique des exercices physiques (hygiène et résultats), par M. le docteur L. Roblot. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Une visite aux principales cliniques infantiles d'Europe, impressions de voyage, par le docteur Voute (d'Amsterdam). In-18. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous n'avons à signaler, dans cette séance, qu'une lecture intéressante de M. Treille sur les prétendus hématozoaires du sang des paludiques. Il résulte des recherches de M. Treille que les éléments que l'on a pris pour des organismes caractéristiques de l'infection paludique ne sont que des formations dépendant des éléments normaux du sang, formations que l'on peut rencontrer d'ailleurs dans toute autre affection que le paludisme. D'après ce travail, le microbe de la fièvre paludéenne aurait donc joui jusqu'ici d'une réputation absolument usurpée.

Le reste de la séance a été occupé par un rapport officiel de M. Robin sur les eaux minérales et la continuation, mais non la fin, du travail de M. Béchamp sur la pathogénie de la pleurésie, travail qui a surtout pour but de démontrer que la pleurésie n'est pas une maladie microbienne.

Quant au rapport de M. Robin sur les eaux minérales, l'Académie, sur sa proposition, a décidé que dorénavant les demandes d'exploitation devraient être accompagnées de plusieurs jaugeages du débit recueillis à diverses époques. En outre, M. Armand Gautier a demandé que, pour les eaux minérales étrangères provenant de sondages artificiels, on exige les renseignements les plus précis sur la fabrication de ces eaux et les moyens employés pour assurer la constance de leur composition. Ce sont là de sages mesures dont il faut louer l'Académie, surtout aujourd'hui où la consommation des eaux minérales prend une telle extension en raison même des dangers que présentent les eaux de boisson ordinaires.

L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire pour la section d'accouchements. M. Pinard a été élu, au premier tour, avec une forte majorité. On s'est ensuite formé en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Lereboullet sur les titres des candidats à la place vacante d'associé libre. La liste de présentation est ainsi formée : en première ligne, M. Monod; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Bertillon, Blache, Commenge, Michon, Rivière; adjoint à la liste de présentation, M. Corlieu.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Després.

Plaie pénétrante du crâne par balle de revolver.

(Observation recueillie par M. Marion, interne du service.)

La nommée D.. (Louise), âgée de vingt-quatre ans, est amenée, le 16 mars 1892, à l'hôpital de la Charité, pour une plaie de la région temporale par une balle de revolver du calibre 7 millimètres, qu'elle venait de se tirer quelques instants auparavant. La malade arrive à pied, conduite par sa mère, et, bien que se trouvant dans un certain état d'hébétude, elle est capable de répondre aux questions.

A l'examen de la plaie, on trouve l'orifice d'entrée de la balle arrondi, à bords nets, noircis. Cet orifice se trouve situé à 2 centimètres en arrière du rebord osseux de la paroi orbitaire externe et à 4 centimètres et demi au-dessus de l'arcade zygomatique. Les dimensions de l'orifice ont à peine 1/2 centimètre de diamètre.

Par la plaie, il s'écoule du sang et un peu de matière blanche présentant tous les caractères de la substance cérébrale. Au moyen d'un stylet, il est permis de pénétrer, perpendiculairement à la paroi, à une profondeur de plus de 2 centimètres et demi, sans rencontrer la moindre résistance. De peur d'augmenter les dégâts, la pénétration de la balle étant certaine, l'exploration n'est pas poussée plus loin. Quant à l'état de la malade, il n'est nullement en rapport avec la gravité de la blessure. Nous l'avons dit, elle était venue à pied à l'hôpital; elle répond, bien qu'avec peine, aux questions, et ce n'est qu'en pressant autour de la plaie qu'on réveille de la sensibilité. Point de paralysie d'aucune sorte.

En face de cette blessure, M. Després, qui vit la malade le lendemain, à la visite, ne songea pas un instant à une intervention active. Les phénomènes réactionnels du côté de la malade étaient nuls; l'écoulement de sang s'était arrêté de lui-même, preuve qu'aucune artère n'avait été atteinte. On pouvait espérer que la balle s'enkysterait dans le cerveau. La plaie fut donc simplement fermée par une plaque de diachylum maintenue par une bande de flanelle formant couronne.

Les jours suivants, l'état de la malade n'offrit aucun changement notable. Seule, l'hébétude due au traumatisme se dissipa peu à peu, mais pas complètement. La malade ne souffrait pas. Sa température restait normale. Son pouls était lent; 56 à 60 pulsations, comme il arrive dans les cas de commotion cérébrale.

Le pansement, du reste, ne fut pas modifié; la plaque de diachylum ne fut pas enlevée, on se contenta simplement d'en ajouter d'autres par-dessus la première. La malade se nourrissait de lait et de bouillon.

Au bout d'une douzaine de jours, la malade commença à s'alimenter. A ce moment, bien que son état mental se fût sensiblement amélioré, que les réponses fussent plus nettes et faites plus

volontiers, il était impossible de ne pas constater des troubles de l'intelligence. Les malades des lits voisins furent les premières à s'en apercevoir. Toujours triste, la malade ne causait jamais spontanément, elle n'exprimait ses désirs que si on l'interrogeait. On pouvait donc penser que la situation de la balle dans les lobes frontaux, lobes intellectuels, était pour quelque chose dans cet état. Mais, renseignements pris, l'état intellectuel de la malade était antérieur au traumatisme. C'était, en somme, une aliénée atteinte de la manie de la persécution, cause de son suicide. Elle se croyait aimée d'un jeune homme qui ne l'avait jamais vue. Ce jeune homme, pensait-elle, avait demandé sa main qui lui avait été refusée, d'où désespoir et coup de revolver. Par conséquent, les troubles de l'intelligence ne pouvaient être attribués à la nature du traumatisme.

Au bout de dix-sept jours, tout danger était écarté. Aucun signe de méningite n'était apparu, la malade pouvait être considérée comme guérie. On enleva le premier pansement au diachylum sous lequel la plaie s'était fermée. Au-dessous de la cicatrice, on sentait une dépression de l'os.

La malade resta encore quelques jours à l'hôpital et, avec le consentement de ses parents, on la fit entrer à l'hospice de Villejuif, le 11 avril, trente-six jours après son entrée à l'hôpital.

Depuis, la malade a donné deux fois de ses nouvelles, par lettre, à M. Després et à la surveillante de la salle. La balle continue donc à rester silencieuse dans le cerveau, où elle est enkystée.

Bien que les cas de plaie pénétrante du crâne par balle, n'ayant amené aucun trouble, ne soient pas une rareté, ils sont cependant intéressants à signaler. L'observation de cette malade vient, en effet, s'ajouter aux cas rapportés par MM. Verneuil, Lannelongue, M. Sée, Le Dentu, Berra, à la séance de la Société de chirurgie du 22 juin 1887; à ceux rapportés depuis par MM. Monod, Polaillon, Berger, Reclus. Toutes ces observations prouvent la possibilité de la guérison complète, malgré la gravité de la plaie. Cette gravité semble d'autant moindre que la blessure se rapproche plus de la partie antérieure de la fosse temporale, car alors la balle, en évitant les artères méningées, pénètre dans le lobe frontal dont la lésion paraît indifférente, quand celle-ci n'atteint pas la région postérieure de ces lobes.

La guérison s'effectue, du reste, malgré le séjour du projectile dans la substance cérébrale; dans tous les cas cités, les balles n'ont pas été extraites. M. M. Sée rapporte même le cas d'un malade ayant guéri avec trois balles dans le cerveau. M. Ricard cite, d'autre part, une observation qui prouve que la guérison peut être durable; il s'agit d'un individu ayant reçu une balle en 1870, balle qu'on retrouva en 1881, dans le lobe sphénoïdal, à l'autopsie du malade mort d'une affection étrangère. Pendant onze ans, le malade était donc resté sans souffrir de sa balle.

Une autre conclusion à tirer de toutes ces observations est la nécessité de l'abstention. Acceptée par la plupart des chirurgiens, uniquement par crainte d'aggraver les lésions par des recherches intempestives, elle semble logique après les expériences faites, en 1891, par MM. Delbet et Dagron. De ces expériences, il résulte que, dans la majorité des cas, les balles, après avoir frappé la paroi du crâne opposée à celle par laquelle elles ont pénétré, les balles ricochent en sens divers pour rentrer dans la substance cérébrale. Les désordres produits par la balle n'indiquent donc en rien sa situation, puisqu'ils peuvent avoir été produits à l'aller, et une trépanation, dans ces cas, est forcément faite à l'aveugle. Le seul traitement est donc l'occlusion de la plaie.

Pour M. Després, rien ne vaut le diachylum. Dans la région temporale, il est le seul pansement capable de tenir sans être renouvelé, et, par conséquent, le seul capable d'amener une occlusion hermétique et permanente. Dans le cas de notre malade, le diachylum a réussi.

Pour terminer, signalons enfin deux idées, fruits de l'expérience personnelle de M. Després, à l'appui desquelles vient l'observation citée plus haut.

D'après notre maître, les plaies par balles de revolver actuel offrent moins de gravité que les plaies par balles des anciens pistolets. Le fait n'a rien d'étonnant, étant donné que les balles de pistolet, par suite de la plus grande longueur du canon, sont animées au départ d'une vitesse plus grande que celle des balles de revolver.

Enfin, d'après M. Després, les plaies pénétrantes du crâne sont moins graves chez les aliénés que chez les autres personnes. Notre malade aliénée a eu, en effet, une réaction des plus minimes et sa guérison s'est effectuée sans la moindre complication.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Charpentier.

Les aliénés aux séquestrations nombreuses (1).

I

Les séquestrations nombreuses d'un même individu, dans un asile d'aliénés, par placements d'office, doivent être considérées bien plutôt comme le signe du vice que comme l'indice de la folie, et exciter vivement l'attention sur la possibilité de la simulation; telle est l'idée fondamentale de la communication que nous avons l'honneur de vous soumettre et dont nous vous prions d'excuser les nombreuses réflexions qu'elle nous a inspirées.

Il nous arrive assez souvent de recevoir, dans notre service de Bicêtre, des sujets qui sont loin d'en être à leur première séquestration. Avec un peu d'habitude on peut soupçonner, rien qu'à examiner leur manière de se présenter, de s'asseoir, d'attendre les questions et d'y répondre, que ce sont d'anciens habitués d'asiles. Nous avons même fini par remarquer entre eux comme un certain air de famille, sans vouloir faire allusion aux stigmates physiques ou psychiques devenus à la mode, depuis quelques années. Préoccupés de cette similitude, nous avons examiné minutieusement leurs dossiers; nous avons fait plus, nous avons dépouillé tous les dossiers des aliénés qui, depuis 1840, avaient été séquestrés à Bicêtre au moins cinq fois; nous avons ainsi trouvé des dossiers contenant jusqu'à quatorze et même quinze séquestrations pour un même sujet.

Un premier examen rapide nous a facilement permis de remarquer que les aliénés qui faisaient l'objet de pareils dossiers se ressemblaient entre eux grâce à un grand nombre de caractères communs, et que ces caractères communs étaient les mêmes que ceux de nos sujets actuels qui ont été aussi l'objet de nombreuses séquestrations.

Malgré les changements nombreux qui sont venus modifier la population parisienne, les sujets qui nous occupent n'ont pas changé; leur évolution est restée la même à quarante ans de distance. Qui a lu vingt de ces dossiers les a lus tous.

Les caractères communs qu'ils présentent sont très nombreux :

---

(1) Communication lue à la Société médico-psychologique.

Le premier, qui est celui qui a fixé notre attention et dirigé nos recherches, c'est la multiplicité des séquestrations.

Le second caractère consiste dans la similitude du certificat déterminant à la Préfecture de police la première séquestration. Qu'il soit signé Trélat, Chambert, Lasègue, Faure, Legrand du Saulle, J. Voisin ou bien Garnier ou Legras, il mentionne avec quelques variantes de détails : délire épileptique; excès alcooliques ou délire alcoolique; hébétude, semi-stupeur, confusion dans les idées, réponses vagues, amnésie; le motif de l'arrestation n'y est pas mentionné, sauf le cas de condamnation ou d'expertise. A Sainte-Anne, depuis que Sainte-Anne fonctionne, le certificat immédiat est le même ainsi qu'à Bicêtre; mais il n'en est pas de même du certificat de quinzaine de Bicêtre; celui-ci, en général, peut être ainsi résumé : Amélioration; le malade n'a pas eu de crises, ni de vertige; la stupeur a disparu, le souvenir n'est pas revenu, le malade est calme et demande à travailler; parfois on note une crise les deux premiers jours. Au bout de six semaines, deux mois, le malade réclame sa mise en liberté; la famille se charge de le surveiller et la sortie est accordée par l'administration.

Cela se passe ainsi depuis 1840.

Parfois les certificats motivant les deuxième, troisième, quatrième séquestrations sont encore conçus dans les mêmes termes à la Préfecture de police et à Sainte-Anne. D'ailleurs, à Sainte-Anne, quand un malade en est à sa troisième séquestration, le bureau d'admission n'attend pas quinze jours pour l'observer et se hâte, dès les premiers jours, de l'expédier dans d'autres services; et, souvent à Bicêtre, le certificat immédiat constate l'absence de tout délire dès le premier jour de l'admission. Cependant, à la Préfecture de police, le certificat motivant la deuxième séquestration, quoique conçu dans les mêmes termes que le précédent, indique en une courte ligne un détail qui n'en est pas moins extrêmement important, c'est le motif de l'arrestation : vols, coups et blessures, scandale ou vagabondage. Nous avons toutefois rencontré quelques rares dossiers où, jusqu'à la septième séquestration, aucun délit n'était mentionné; mais alors le huitième certificat indiquait treize condamnations antérieures, ce qui faisait compensation. Dans d'autres circonstances, c'était une lettre administrative qui révélait ces faits au médecin de Bicêtre, lorsque celui-ci venait proposer une huitième mise en liberté.

Séquestrations multiples et uniformité du certificat de première séquestration, nulle mention de délit dans ce certificat, amnésie des faits récents expliquée par un délire, réponses vagues expliquées par la stupeur consécutive, le tout imputé à l'épilepsie et à l'alcool : voici autant de caractères communs aux sujets qui nous occupent, mais il en est d'autres encore, ce sont les délits relevés à propos des séquestrations successives, délits variés ou non, allant même souvent par degrés de l'ivresse, du vagabondage ou de la mendicité aux rébellions et outrages aux agents, au vol, à l'escroquerie, aux outrages aux mœurs ou attentats à la pudeur, aux menaces de mort et aux tentatives d'assassinat. Nous ne voulons pas dire que tous ces sujets commettent tous ces délits ou qu'ils les commettent tous dans le même ordre de succession, quoique nos dossiers en contiennent des exemples. De même que tous les phthisiques, avant de succomber, ne présentent pas tous les symptômes de la tuberculose pulmonaire, ni non plus ceux-ci dans le même ordre d'apparition, de même nos sujets ne suivent pas tous une marche réglée d'avance dans les actes délictueux qu'ils commettent, ce qui n'empêche pas l'ensemble de ces délits de constituer un caractère commun à ceux dont les séquestrations ont été très nombreuses.

D'autres caractères communs aux mêmes individus sont observables à l'intérieur de l'asile, d'autant plus marqués que le nombre de leurs séquestrations augmente; s'ils abandonnent vite, les premiers jours, leur stupeur apparente, on les voit se rechercher toujours entre eux et se grouper, d'où les complots et émeutes; ils ont des mouvements subits d'irascibilité que l'on veut bien dénommer impulsions inconscientes ou irrésistibles, mais qui se traduisent par des menaces insolentes ou des brutalités exercées sur des infirmiers ou sur d'inoffensifs malades; ils commettent des vols aux dépens des malades confiants; ils sont volontaires, fantasques, capricieux ou très obséquieux; ils sont toujours mécontents de leur salaire quand ils travaillent; ils écrivent à certains de leurs parents des lettres de menace; aux fonctionnaires, des accusations calomnieuses; au directeur de l'hôpital, des demandes pour être employés aux écritures; au médecin, des lettres dans lesquelles ils manifestent le désir de s'expatrier ou de recommencer, loin de la France, une vie honnête, tout comme leurs pendants dans l'autre sexe rêvent toujours de se refaire une nouvelle virginité.

Ils présentent chacun un fait commun que nous avons retrouvé chez presque tous, c'est la tendance aux évasions et la fréquence de leurs évasions; celles-ci sont préméditées ordinairement; elles coïncident avec les premiers jours de l'année, avec des jours de fêtes, avec des jours promis par le médecin comme jours de sortie définitive, pour leur faire prendre patience, ou à la suite de requêtes adressées par ces malades et suivies de certificats concluant au maintien; elles sont rarement isolées et se suivent à quelques jours d'intervalles; elles surviennent par séries, leurs évasions sont plus fréquentes que celles des vrais épileptiques et que celles des persécutés.

Nombre de ces individus, même placés à la Sûreté, se sont évadés.

Nous avons encore relevé trois autres faits très fréquents chez ces mêmes sujets et qui, au début de nos recherches, nous ont fort embarrassé; ce sont, ainsi que l'indiquent les certificats, les tentatives de suicide, la déclaration volontaire à un poste de police qu'ils sont poursuivis par des ennemis qui les menacent et leur arrestation dans la rue, criant, gesticulant, ou la nuit sur un banc, en partie deshabillés.

Pendant très longtemps, nous nous étions habitué à considérer de tels actes comme caractéristiques de véritable folie et surtout de la folie alcoolique ou épileptique, mais l'examen des dossiers des vétérans du vice, dont le nombre des séquestrations dépasse la dizaine, est venu jeter un jour nouveau sur ces actes si souvent mentionnés dans les premières séquestrations. De même que l'observation attentive de l'évolution complète du début à la terminaison des maladies, telles que la phthisie pulmonaire, le cancer de l'estomac, l'ataxie locomotrice permet de mieux saisir les formes frustes, atténuées ou de début de ces mêmes maladies, de même les dossiers des séquestrations très nombreuses nous apparaissent comme l'évolution plus complète des dossiers à séquestrations limitées au nombre de trois, quatre ou cinq. Le vice, chez ces sujets, ne reste pas stationnaire; il évolue, il se développe et arrive à une période que nous appellerions volontiers période de cynisme

et qui pourrait, en quelque sorte, être comparée à la période de mégalomanie consécutive au délire systématisé de persécution, sans oublier toutefois que ce cynisme, tout comme ces idées de grandeur, remontent parfois à la jeunesse de l'individu. Quand nos sujets arrivent à cette période de cynisme, ils déclarent ouvertement au médecin que toutes leurs anciennes tentatives de suicide avaient été simulées, que ces déclarations d'ennemis imaginaires étaient de leur invention et fausses, que la folie incohérente qu'ils avaient imaginée n'était pas réelle. Ils n'avaient recours, et certains le témoignent dans des écrits qui sont restés consignés à leurs dossiers, à de tels moyens, que lorsque, après un délit commis, ils craignaient d'être arrêtés ou espéraient détourner la culpabilité qui leur serait imputée grâce à ces comédies qui leur réussissaient assez souvent.

La vérité est que, dans leurs dossiers, nous n'avons jamais trouvé mentionnée une mort par suicide et que souvent le médecin traitant indique bien que le malade a tenté de se suicider, mais que la tentative ne lui a pas paru sérieuse, et il ajoute parfois que cette tentative déjouée permet de suspecter les tentatives mentionnées dans les premiers certificats. Nous avons remarqué que, lorsque les certificats des médecins de la Préfecture de police mentionnent le genre de tentative de suicide, il s'agit, pour ces sujets, de breuvages phosphorés, de strangulation, pendaison, submersion; très rarement l'emploi d'instruments tranchants ou d'armes à feu y est mentionné; il en est de même de l'asphyxie par le charbon; n'oublions pas que nos individus appartiennent au sexe masculin.

MÉDECINE PRATIQUE

Tuberculose et vaporisations antiseptiques. — M. le docteur A. Marche communique, au *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, la manière dont il traite, depuis plus d'un an, tous ses tuberculeux pulmonaires.

Dans un poêlon, d'une contenance de un à deux litres, rempli d'eau, il verse, par litre d'eau, une à deux cuillerées de la solution suivante :

Eucalyptol.	20 grammes.
Créosote.	8 —
Alcool à 90 degrés . .	q. s. p. 100 gr. de solution.

On met le tout en ébullition lente sur un fourneau à pétrole ordinaire. Quand le poêlon est presque vide on le remplit de nouveau d'eau, on ajoute la solution et on replace le tout en ébullition lente sur le fourneau, etc. Le malade doit être placé dans une chambre assez spacieuse, mais assez close; il doit y séjourner le plus possible.

Cette médication a pu être continuée pendant plusieurs mois de suite sans donner lieu au moindre signe d'intolérance. Elle mérite d'être expérimentée.

Infections avec ictère. — La puerpéralité reste une des conditions étiologiques les plus actives des infections avec ictère. Les modifications qui se passent dans la sphère génitale et paragénitale sont susceptibles de servir de préparation ou de porte d'entrée à l'infection. Il en est ainsi, par exemple, des thrombus péri-utérins sous-péritonéaux, qui peuvent être l'occasion d'une infection d'origine intestinale; cliniquement, on a affaire à des maladies générales, l'ictère est seulement le plus frappant des symptômes; ce sont des infections avec ictère. Les troubles de l'appareil rénal prennent toujours une place considérable; ils expliquent, peut-être pour une part, l'intervention de l'anasarque, et les températures basses qui, à vrai dire, peuvent être aussi en rapport avec l'espèce microbienne en cause (action cholérigène du bacille d'Escherich); anatomiquement, on peut rencontrer un foie hypertrophié et congestif, ou le type de l'atrophie jaune aiguë, dans des faits d'ailleurs peu séparables cliniquement. D'autre part, les deux types de foie peuvent offrir, à titre d'altération cellulaire élémentaire et commune, une dégénérescence vitreuse particulière, d'origine toxi-infectieuse; on observe encore des états nécrosiques ou des suppurations miliaires; l'appareil biliaire est ordinairement intact. Au milieu du polymorphisme microbien susceptible d'être mis en cause, on se trouve plus spécialement en présence du staphylococcus aureus, du streptocoque pyogène, et du bacterium coli commune. Ces microbes peuvent être mis en relief dans le foie, au contact de la cellule hépatique. La concomitance d'une atrophie jaune aiguë du foie et d'une infection à streptocoques n'est pas la moins singulière des particularités qui ressortent de l'examen des faits précédents; les variétés d'infections hépatiques, qui se rapportent à l'histoire des ictères infectieux, doivent être distinguées des infections biliaires proprement dites et sont probablement, dans la plupart des cas, d'origine hématique.

Telles sont les conclusions d'un mémoire publié, dans les *Archives de médecine*, par M. le docteur J. Girode.

Oreillons et sécrétion salivaire. — MM. Paul Simon et V. Prautois ont étudié, dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, les troubles de la sécrétion salivaire dans les oreillons.

« En résumé, disent-ils, pendant la période de résolution des oreillons, on observe souvent une salivation abondante qui, dans certains cas exceptionnels, s'exagère au point de constituer une véritable complication et qui peut persister plusieurs mois après la guérison. La salive sécrétée est plus dense que la salive normale et la quantité émise peut atteindre le chiffre de 250 centimètres cubes dans les vingt-quatre heures. Le sulfate neutre d'atropine est le médicament de choix à employer pour combattre ces accidents; dans le cas d'Eichkorst (1), comme dans le nôtre, le flux salivaire a rapidement cédé à son administration. »

Eau distillée de laurier-cerise comme véhicule des solutions de chlorhydrate de morphine. — M. Patrouillard a constaté la précipitation de la morphine, de sa dissolution dans une eau de laurier-cerise préparée conformément au *Codex*, et titrant 50 milligrammes d'acide cyanhydrique par litre. Le dépôt est cristallin, se fait lentement et adhère aux parois du vase, sans que, par l'agitation, on puisse l'en détacher : en même temps, il se fait un autre précipité amorphe, blanchâtre, facile à diviser dans le liquide par l'agitation, mais qui ne renferme pas trace d'alcaloïde.

En se servant, pour ses essais, d'eaux de laurier-cerise de diverses provenances, ce pharmacien en a rencontré une, sous un cachet assez répandu, qui renfermait 46 milligrammes d'acide cyanhydrique par litre, mais à l'état de cyanure de calcium : traitée par l'oxalate d'ammoniaque, elle donnait immédiatement un précipité blanc soluble dans les acides. Le chlorure de baryum n'y produisait aucun changement. Enfin elle laissait 29 centigrammes de résidu fixe par litre. Elle avait certainement été faite de toutes pièces avec de l'acide cyanhydrique et l'essence de laurier-cerise divisée dans l'eau à l'aide du carbonate de chaux.

Or, l'acide cyanhydrique dans l'eau distillée de laurier-cerise, qu'il soit libre ou combiné, précipite peu à peu la morphine de ses solutions neutres en un dépôt cristallin et adhérent aux parois des vases.

Ces conclusions, que nous reproduisons d'après le *Bulletin des pharmaciens de l'Eure*, prouvent que les solutions de morphine, dans l'eau distillée de laurier-cerise, doivent être employées fraîchement préparées; les solutions anciennes exposent le praticien à des erreurs de dosage qui peuvent rendre l'injection inefficace ou dangereuse.

(1) Eichhorst. *Traité de pathologie interne*, t. IV, p. 375.

Troubles de la parole consécutifs à la variole.—M. Combemale résume ainsi le travail sur les troubles de la parole, paralytiques ou ataxiques, consécutifs à la variole, qu'il vient de publier dans les *Archives de médecine* :

Dans la variole, comme dans toute maladie infectieuse, des désordres nerveux peuvent survenir, pendant et après l'éruption, affectant soit la forme paralytique, soit la forme ataxique. Ces désordres nerveux sont fréquemment localisés, sous leur forme ataxique, aux organes qui servent à l'articulation des mots, à la prononciation; sous leur forme ataxique, ils se montrent plus rarement en ces points et portent alors aussi bien sur les organes de la parole que sur tous autres organes ou systèmes. Ces troubles du langage sont liés, l'ataxie verbale à une altération organique ou fonctionnelle des centres nerveux, la paralysie verbale (personne n'entendra par là l'aphasie) à l'évolution *in situ* de pustules varioliques qui y font pénétrer les produits de sécrétion microbienne.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 juin 1892. — Présidence de M. Regnauld.

CORRESPONDANCE

Elle comprend des lettres de candidature de MM. Malassez et Hallopeau, le premier pour la section d'anatomie pathologique, le second pour la section de thérapeutique.

LECTURES

Les prétendus hématozoaires du sang des paludiques. — **M. TREILLE** (d'Alger) a souvent recherché les hématozoaires dans le sang des malades atteints de fièvres intermittentes, et il n'a jamais pu en trouver. Il en est donc venu à se demander s'ils existent réellement et s'ils sont pour quelque chose dans l'infection palustre. Il est à supposer que les auteurs qui les ont décrits ont été induits en erreur par la présence dans le sang d'éléments normaux qu'ils ont pris pour des organismes. M. Treille a récemment observé un malade qui lui a permis de confirmer l'hypothèse qu'il avait faite : il s'agit d'un homme atteint depuis plusieurs mois d'hématurie permanente, et qui n'a jamais eu la moindre atteinte de fièvre paludéenne. Or, il a rencontré, dans l'urine sanguinolente de ce malade, des flagelles ressemblant exactement aux organismes qu'on a trouvés dans le sang des paludiques et qu'on a décrits sous le nom d'hématozoaires. Ces flagelles, tantôt libres, tantôt adhérentes à des leucocytes, se rencontraient par groupes de six à huit, régulièrement disséminées autour d'un leucocyte.

Ce fait donne raison aux auteurs qui ont trouvé des hématozoaires dans le sang de malades atteints d'autres affections que le paludisme. M. Treille croit donc pouvoir conclure que les prétendus hématozoaires du paludisme ne sont que des formations banales dépendant d'altérations des éléments normaux du sang.

PROPOSITION

Prophylaxie de la syphilis. — **M. MARJOLIN**, dans le but de parer aux dangers constitués par les enfants contaminés de syphilis, demande à l'Académie de renvoyer, à la Commission chargée d'étudier les mesures à prendre pour la prophylaxie de la syphilis, la proposition suivante :

Chaque fois que, dans un établissement quelconque dépendant de l'Assistance publique, une femme syphilitique aura accouché d'un enfant vivant, si cet enfant n'est pas nourri par sa mère, il sera toujours accompagné d'un bulletin indiquant qu'il est né d'une mère syphilitique, sans que le nom de la mère figure sur ce bulletin.

Cette proposition est renvoyée à la Commission de la prophylaxie de la syphilis.

LECTURE

Origine nerveuse des maladies. — **M. CHAPMANN** lit une note sur l'origine nerveuse des maladies et sur leur traitement par l'intermédiaire du système nerveux.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'accouchements.

Le classement des candidats était le suivant : En première ligne, M. Pinard ; en deuxième ligne, M. Porak ; en troisième ligne *ex æquo*, MM. Auvard, Doléris, Maygrier et Ribemont-Dessaignes.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 66, majorité 34 ; M. Pinard obtient 57 suffrages, M. Porak 8 ; 1 bulletin blanc. En conséquence, M. Pinard est proclamé élu.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Le docteur Jourdanet.

Il y a quelques jours, un petit groupe de parents et d'amis accompagnait à sa dernière demeure le docteur Jourdanet. A voir ce peu d'affluence autour de son cercueil, un étranger ne pouvait guère se douter du rôle considérable que cet homme de bien avait joué dans la science, principalement dans la médecine.

Né à Tarbes le 3 mai 1815, Jourdanet embrasse la carrière médicale. Avant de terminer complètement ses études, il part au Yucatan exercer la médecine. Il en revient deux ou trois ans après pour passer ses derniers examens de doctorat et subir sa thèse.

De retour au Yucatan, il se marie et continue d'exercer la médecine jusqu'en 1848. Devenu veuf sans enfants, il se rend à Mexico en s'arrêtant près d'un an à Puebla.

Dans la capitale du Mexique, Jourdanet ne tarde pas à se faire une grande situation médicale. Il s'y remarie avec Mlle Beisteguy, dont le père, Espagnol d'origine, possesseur d'une très grande fortune, était directeur de la Maison de monnaie.

Les soins que réclamait sa clientèle n'empêchait pas Jourdanet de s'adonner à l'étude des hauts problèmes scientifiques, en même temps qu'il savait se concilier la bienveillance de ses nouveaux concitoyens par des recherches fort intéressantes sur les anciens Mexicains et sur tout ce qui avait rapport à la conquête espagnole.

C'est grâce à ces derniers travaux qu'il a été amené à traduire en français deux livres aussi curieux et intéressants qu'utiles et importants pour l'histoire du Mexique.

Le premier est l'*Histoire véridique de la Nouvelle-Espagne*, écrite par le capitaine Bernal Diaz del Castillo, l'un de ses conquistadores.

Le second est l'*Histoire générale des choses de la Nouvelle Espagne*, par le R. P. Fray Bernardin de Sahagun. Ces deux ouvrages sont considérables. Leur lecture est captivante et rien ne peut être plus simple, plus pittoresque, plus instructif et plus attachant que ces deux récits. L'un est écrit par un capitaine qui raconte ingénûment, et avec une franchise toute militaire, ce qu'il a vu dans ce pays entièrement neuf, et qui mélange à son récit des nombreux combats auxquels il a pris part une foule d'observations sur les habitants, leurs lois, leurs coutumes et leurs mœurs. L'autre a été rédigé par un religieux franciscain dont on ne sait pas le nom de famille, et qui expose, de la manière la plus exacte, la plus expressive, et souvent avec une forme très littéraire, tout ce qu'il a pu recueillir sur les croyances des anciens Mexicains, et cela dans le but de combattre leurs erreurs et de les amener plus facilement à embrasser la religion chrétienne.

C'est là qu'il faut étudier cette civilisation des Aztèques, que certaines splendeurs ne doivent pas faire complètement regretter

car elle était basée sur le culte des idoles, et quelles idoles! des divinités ivres de sang humain, qui réclamaient les victimes par milliers, victimes qu'on immolait avec tous les raffinements de la cruauté la plus inouïe. On leur arrachait la langue, le cœur; on coupait ensuite les extrémités des membres, enfin leur chair était exposée et vendue pour servir de nourriture comme s'il se fût agi d'animaux de boucherie. On frémit d'horreur en lisant les récits de ces atrocités et de leurs raffinements dans les livres de Bernal Diaz et de Sahagun.

Que ceux qui cherchent à déprécier la civilisation chrétienne et exaltent les civilisations païennes n'oublient jamais les atrocités dont celles-ci n'ont jamais pu se séparer, car ces atrocités étaient dans la législation et dans les mœurs. La fraternité humaine ne date que de Jésus-Christ.

Le livre de Sahagun contient un grand nombre de mots mexicains ou plutôt de la langue Na-huatl dont Rémi Siméon a donné l'explication. Il renferme également de nombreux morceaux de littérature aztèque que nos jeunes licenciés feraient bien d'exploiter en vue du doctorat.

C'est aux recherches scientifiques de Jourdanet que nous devons la publication d'un livre remarquable : *Influence de la pression de l'air sur la vie de l'homme*, climats d'altitude et climats de montagne. Cette étude est d'autant plus importante et d'autant plus intéressante que l'auteur exerçait au Mexique dans des conditions où ces recherches étaient relativement faciles. On sait, en effet, que ce pays présente des variations d'altitudes qui le font diviser en trois zones : terres chaudes, *terras calientes;* terres tempérées, *terras templadas;* terres froides, *terras frias*.

Nous ne pouvons entrer ici dans le détail de cet immense travail, ni même insister sur cette loi qu'il a promulguée : « L'altitude à laquelle la phthisie pulmonaire ne se rencontre plus est égale à la demi-hauteur entre le niveau de la mer et la limite des neiges perpétuelles en ce lieu. » C'est également à cette hauteur que commence le phénomène qu'il a appelé anoxyhémie, ce qui signifie qu'à cette altitude la raréfaction de l'air ne présente plus une tension suffisante pour que l'oxygène transforme complètement en sang artériel le sang veineux qui traverse le réseau pulmonaire.

Ces résultats, dus à l'observation dans les différentes régions du Mexique, M. Jourdanet désirait beaucoup les soumettre à une vérification expérimentale. Il désirait voir ce qui se passerait en y soumettant l'homme et les animaux dans de grandes cloches dont on ferait varier la pression.

Aussi, dès son retour en France, s'aboucha-t-il avec Paul Bert, alors professeur de physiologie à la Sorbonne, pour mettre son idée à exécution. Grâce à son immense fortune, Jourdanet fit installer au laboratoire de physiologie deux grandes cloches, dans lesquelles un homme pouvait s'asseoir, travailler, dormir, etc., pendant qu'une machine permettait d'en augmenter ou d'en diminuer la pression. Je suivais précisément, à cette époque, en 1869, les leçons et les expériences de Paul Bert, et je me rappelle très bien l'installation de ces appareils.

Jourdanet avait-il pensé faire ces recherches en collaboration avec Paul Bert? Toujours est-il que celui-ci se contenta de regarder comme un Mécène celui qui lui avait fourni, avec ces admirables instruments de travail et les sommes nécessaires à les faire fonctionner, un sujet de recherches qui devait lui ouvrir les portes de l'Académie des sciences. Il en résulta un ouvrage remarquable, *La pression atmosphérique, recherches de physiologie expérimentale,* par Paul Bert, auquel l'Institut décerna le grand prix biennal. On lit sur la première page :

« *A Monsieur le docteur Jourdanet.*

Mon cher confrère,

C'est à vous que je dois, avec l'idée première de ce travail, les moyens matériels de l'exécuter, moyens matériels si difficiles à rassembler. J'ai été bien heureux de voir l'expérimentation physiologique, sur un des points les plus importants de ces études, confirmer entièrement la théorie que votre sagacité avait déduite de nombreuses observations pathologiques recueillies sur les hauts plateaux mexicains. A tous ces titres, je devais vous dédier ce livre, et je le fais avec d'autant plus de plaisir que vous êtes de ceux qui rendraient aux natures les plus ingrates la reconnaissance légère à porter.

Paul Bert. »

Et, cependant, Jourdanet n'aimait pas à parler de Paul Bert et de ses recherches sur les variations de la pression atmosphérique. Quand, par hasard ou incidemment, la conversation revenait sur ces questions, son front s'assombrissait et laissait percer comme un regret.

Cette vérification expérimentale a montré la sagacité remarquable avec laquelle Jourdanet savait observer. Elle l'a noblement vengé des attaques dont il a été l'objet.

C'est, en somme, aux travaux de Jourdanet sur la pathologie des hauts plateaux mexicains que nous devons de connaître la façon dont s'y comporte la phthisie pulmonaire, et c'est grâce à ses études qu'on a installé depuis ces stations d'altitude destinées à enrayer le développement de la tuberculose pulmonaire ou à empêcher son évolution chez les sujets prédisposés.

Pendant son séjour à Puebla, Jourdanet avait observé une plante qui pousse dans les environs et à laquelle les habitants donnent le nom vulgaire d'herbe de chien (*Yerba del perro*). C'est une sorte de Séneçon que les chiens mangent quelquefois et qui leur donne des symptômes analogues à ceux de la rage. Il aurait voulu qu'on entreprît l'étude physiologique de cette plante, dont les propriétés pourraient, sans doute, être utilisées en médecine. Dans une visite qu'il m'avait faite à l'hôpital Saint-Joseph, auquel il s'intéressait beaucoup, il m'avait demandé d'entreprendre ce travail. Mais l'absence de laboratoire, la pénurie d'aides, et aussi le manque de matériaux, m'ont jusqu'à présent empêché de réaliser ce désir de celui que je regrette d'avoir trop peu connu, mais dont je garde le meilleur souvenir.

L'*Yerba del perro* est une espèce de Séneçon. Il y aurait donc lieu de comparer ses effets physiologiques sur le chien avec ceux que le docteur Peyrot a obtenus d'une plante voisine, la Tanaisie (*Tanacetum vulgare*), et qui communique à ces animaux une sorte de maladie que l'auteur a appelée rage tanacétique.

Que d'autres remarques nous aurions à faire sur les travaux de Jourdanet, si nous ne devions nous borner à cette trop courte notice!

A voir l'affabilité avec laquelle il accueillait ses visiteurs, ceux-ci n'ont que bien rarement soupçonné les douleurs épouvantables auxquelles il fut en proie pendant plus de vingt ans. Il souffrait surtout d'un tremblement des mains qui finit par l'empêcher d'écrire et même de signer son nom. Il y suppléait très amicalement par une machine à écrire, grâce à laquelle il ne laissait jamais une lettre sans réponse.

Dire les services que Jourdanet a rendus aux malheureux et aux savants infortunés serait chose impossible.

Il était surtout généreux pour les infortunes médicales, en dehors de ce qu'il faisait pour l'Association générale des médecins de France et pour l'Association des médecins de la Seine.

Il s'intéressait également à l'École d'anthropologie, où, dès l'origine, il fondait la chaire de géographie médicale, d'abord occupée par M. Bertillon, qui préféra ensuite celle de statistique médicale. C'est M. Bordier qui professe aujourd'hui la géographie médicale. Cette chaire pourra-t-elle subsister maintenant que Jourdanet n'est plus là pour la soutenir?

Les ouvrages de Jourdanet ont donc une très grande importance. Ils ont été édités par M. Georges Masson.

Tous ceux qui ont connu cet homme de bien, cet observateur si sagace, n'oublieront jamais son affabilité.

Puissent ces quelques lignes adoucir la douleur et les souffrances de celle qui pleure une si grande perte!

Dr Tison,

Médecin en chef de l'hôpital Saint-Joseph.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La première série des épreuves du concours d'agrégation, pour les sciences accessoires, vient de se terminer. Sont déclarés admissibles :

Anatomie. — *Paris* : MM. Jonnesco, Pilliet et Sébileau. — *Bordeaux* : MM. Conil, Princeteau et Mouret. — *Lille* : MM. Curtis, Laguesse et Mouret. — *Nancy* : MM. Mouret et Prenant.

Physiologie. — *Lille et Toulouse* : MM. Abelous et Bédard.

Histoire naturelle. — *Paris* : MM. Chauveau, Heim et Dewevre. — *Lyon* : MM. Dewevre, Heim et Roux. — *Montpellier* : MM. Dewevre, Heim et Planchon.

— Par décret, en date du 13 juin 1892, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Flaud, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — M. Lannois, ancien pharmacien de deuxième classe de la marine, pharmacien universitaire de première classe.

— Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 13 juin 1892, a décidé que l'hôpital de Lourcine s'appellera désormais « Hôpital Broca » et recevra les malades de toutes sortes, et non plus exclusivement des femmes syphilitiques.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dhomé, aide-major au 9e régiment d'infanterie de marine, au Tonkin, disparu dans la Rivière Noire, le 16 mai dernier.

— M. le docteur Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques, à l'hospice de la Salpêtrière, sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 19 juin 1892, à dix heures du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la spléno-pneumonie (Maladie de Grancher).

Par L. QUEYRAT,
Ancien chef de clinique de la Faculté.

I

A l'époque où l'on croyait aux signes pathognomoniques, il en existait deux pour la pleurésie avec épanchement : c'étaient l'*absence totale de respiration* et l'*égophonie*.

« L'absence totale de respiration, après quelques heures de maladie, a écrit Laënnec, est un signe tout à fait pathognomonique de la pleurésie avec épanchement abondant (1); » et plus loin il ajoute : « A ces signes il faut encore joindre... l'égophonie, signe tout à fait pathognomonique (2). » Ces affirmations absolues de Laënnec ont eu force de loi dans la théorie et dans la pratique et, jusque dans ces dernières années, un malade qui se présentait avec de la matité dans un côté du thorax, de la disparition des vibrations, de l'absence de respiration et de l'égophonie, était considéré comme étant, à coup sûr, porteur d'un épanchement pleural. Malheureusement pour la certitude des choses de la médecine, le dogme de Laënnec n'est qu'une approximation et nous connaissons aujourd'hui nombre de cas où, avec cette symptomatologie réputée certaine, il n'existe pas une goutte de liquide dans la plèvre. Cette connaissance fort importante, puisqu'elle nous permettra d'éviter et des erreurs de diagnostic et des erreurs d'intervention thérapeutique, nous la possédons depuis peu, car elle date de la communication que fit notre maître M. Grancher, en 1883, à la Société médicale des hôpitaux (3). Il va sans dire qu'avant cette époque, il était arrivé à plus d'un médecin de se croire en présence d'un épanchement pleural parfaitement caractérisé, puis ayant jugé la thoracentèse nécessaire, de faire une ponction sèche; mais ces erreurs étaient d'ordinaire considérées comme résultant d'une fausse interprétation des symptômes et la responsabilité en retombait uniquement sur le médecin et non pas sur la doctrine. Aussi est-ce un réel service que M. Grancher a rendu à la médecine et aux médecins en établissant qu'il existe un état spécial du poumon, qui simule à s'y méprendre la pleurésie avec épanchement, et en indiquant les signes particuliers qui permettent de le reconnaître et d'éviter l'erreur.

(1) LAENNEC. *Traité de l'auscultation médiate*, édit. de la Fac. de méd. de Paris, 1879, p. 555.
(2) LAENNEC. *Ibid.*, p. 559.
(3) GRANCHER. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1884 (année 1883), p. 14 des Mémoires.

L'éminent maître en pathologie pulmonaire déclare, qu'entre la congestion de Woillez et la pneumonie lobaire franche, à côté de la broncho-pneumonie, « il existe un état morbide du poumon, sorte de pneumonie subaiguë, qui simule une pleurésie avec épanchement moyen et qui mérite une description et une dénomination propres. » La dénomination qu'il propose est celle de *spléno-pneumonie*.

Dans la suite, un assez grand nombre de travaux ont confirmé et complété la communication de M. Grancher. Par ordre de date nous citerons les publications que nous-même avons faites sur ce sujet (1), la très bonne thèse de M. Bourdel qui est le travail d'ensemble le plus complet sur la question (2), un mémoire de Bouicli où se trouve une importante observation de spléno-pneumonie avec nécropsie (3), une leçon faite, en 1888, à l'hôpital des Enfants-Malades, par M. Grancher, sur la spléno-pneumonie de l'enfant et publiée dans le *Bulletin médical* (4), une observation publiée isolément par M. de Viville (5), la leçon que M. Grancher consacre à la spléno-pneumonie dans son Traité des maladies de l'appareil respiratoire (6), la thèse de Mlle Brandhendler qui étudie spécialement la spléno-pneumonie chez l'enfant (7), une observation publiée par M. Berthier dans la *Revue de médecine* en 1891 (8), le travail du docteur Mangiurea (de Bucarest), qui contient quatre nouvelles

(1) QUEYRAT. Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire, *Rev. de méd.*, 1885. — Note sur deux cas de spléno-pneumonie, *Ibid.*, 1886.
(2) BOURDEL. *De la spléno-pneumonie*, Th. de Paris, 1886.
(3) BOUICLI. *An. med. romane*, 1886.
(4) GRANCHER. Spléno-pneumonie chez l'enfant, leçon recueillie par M. le docteur P. Le Gendre, *Bull. méd.*, 1888, n° 85.
(5) DE VIVILLE. *Union méd.*, 1889, n° 39.
(6) GRANCHER. *Maladies de l'appareil respiratoire*, 1890, XXVe leçon, p. 492.
(7) BRANDHENDLER. *Contribution à l'étude de la spléno-pneumonie chez l'enfant*, Th. de Paris, 1890.
(8) BERTHIER. De la congestion pulmonaire active à forme pseudo-pleurétique, *Rev. de méd.*, 1891, n° 4.

observations (1), enfin, la thèse toute récente du docteur Alfaro [de Buenos-Ayres (2)]. Il nous faut également mentionner deux Revues intéressantes, l'une de M. Dreyfus-Brisac (3), l'autre de M. P. Le Gendre (4).

Dans la communication de M. Grancher, il y a deux choses : un fait clinique qui lui appartient en propre et une dénomination qu'il a empruntée à la thèse d'agrégation de M. Joffroy (5). Étudions d'abord le fait clinique et voyons quelle est la symptomatologie de cette nouvelle affection. Nous l'envisagerons en premier lieu chez l'adulte, puis chez l'enfant.

II

C'est d'ordinaire *à la suite d'un refroidissement* que débute la maladie. L'invasion en est brusque, marquée par *des frissons répétés*, en même temps qu'apparaît *un point de côté*, parfois très violent, et une dyspnée plus ou moins accusée, pouvant aller jusqu'à l'orthopnée. Le malade tousse d'une *toux pénible*, *quinteuse*, et, au bout de quelques jours, la toux s'accompagne — le plus souvent — d'une *expectoration blanchâtre*, *visqueuse*, rappelant l'aspect d'une solution de gomme. Dans deux cas rapportés par Mangiurea elle a été une fois sanguinolente, une autre fois franchement sanglante.

Le *pouls est fréquent* (90 à 100 pulsations), la *fièvre vive*, atteignant au début 39 ou 40 degrés.

L'examen du thorax fournit les renseignements suivants :

Tout d'abord, l'inspection permit de constater du côté malade — et c'est presque toujours, sans qu'on sache pourquoi, le côté gauche — *un défaut d'ampliation*, une immobilité souvent très marquée. L'ampliation dénote une *augmentation de volume* notable et, en pratiquant la mensuration avec le ruban métrique, nous avons pu trouver, dans un cas, jusqu'à 2 centimètres de différence entre le demi-périmètre du côté sain et celui du côté malade, l'excédent étant, bien entendu, en faveur de ce dernier (6).

D'autre part, dans les deux tiers inférieurs *les vibrations vocales ont disparu* et la percussion révèle *une matité*, d'ordinaire absolue; enfin, l'auscultation permet d'entendre — en général au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate — *un souffle expiratoire aigre*, véritable souffle pleurétique, c'est-à-dire donnant à l'oreille, pour rappeler la très exacte comparaison de notre regretté maître Lasègue, un son comparable à celui que produit l'émission aphone de la voyelle *i* ou de la voyelle *e*. Il existe *de l'égophonie*, de *la pectoriloquie aphone*; en un mot on trouve au complet, d'une part, les commémoratifs et le mode de début, d'autre part, les signes objectifs et subjectifs qui ont caractérisé jusqu'à ce jour l'épanchement pleural. Bien plus, lorsque la lésion est localisée à gauche, on peut, dans les cas très accusés, observer un nouveau phénomène bien fait pour dérouter complètement l'observateur non prévenu et lui faire croire à l'existence d'un gros épanchement : nous voulons parler de *la disparition du choc de la pointe du cœur*, que nous avons signalée à plusieurs reprises (1).

Si attentivement qu'on palpe la région précordiale on ne peut parvenir à percevoir le choc de la pointe et, si attentivement que l'on regarde, on ne voit point de soulèvement de la paroi thoracique. A l'auscultation, le maximum des bruits se perçoit au niveau de la quatrième ou cinquième articulation chondro-sternale.

Nous venons de passer en revue tous les signes qui peuvent prêter à la confusion, voyons maintenant s'il n'existe pas quelques particularités qui puissent nous permettre de différencier la spléno-pneumonie. Eh bien, il est un certain nombre de signes *de présomption* qui, par leur ensemble, par leur groupement, donnent au clinicien une base assez solide pour qu'il puisse, dans la majorité des cas, établir son diagnostic.

Un de ces signes différentiels et des plus importants, lorsque la spléno-pneumonie siège à gauche — ce qui est la règle — *est la persistance de l'espace de Traube*.

Traube a décrit, en 1868, une zone sonore, située à la partie inférieure et antéro-latérale gauche du thorax et dont la persistance ou la disparition sont d'une grande importance pour le diagnostic des épanchements pleuraux. Cet espace sonore a une forme semi-lunaire dont la concavité tournée en bas et à droite est constituée par le rebord des cartilages costaux, tandis que sa convexité est représentée par une ligne partant environ de la sixième articulation chondro-sternale, longeant ensuite la sixième côte pour aboutir à l'extrémité antérieure de la dixième ou onzième côte. La zone de Traube n'est autre chose, en somme, que l'espace compris entre la voûte diaphragmatique en haut et le rebord costal en bas : elle correspond à l'estomac. Il est facile de comprendre que, s'il existe un épanchement assez considérable dans la plèvre gauche, le diaphragme sera abaissé, l'estomac refoulé et que la zone sonore disparaîtra ou se trouvera notablement diminuée. Sa persistance permet donc de mettre en doute l'existence d'un épanchement pleural.

C'est à Traube que revient le mérite d'avoir mis en relief l'importance clinique de l'espace semi-lunaire; ses recherches ont été vulgarisées en France et complétées par M. Jaccoud. Depuis, la valeur séméiologique de cette zone tympanique a été étudiée par bon nombre d'auteurs. Elle a été, en particulier, l'objet d'un mémoire intéressant et très bien fait de M. Rondot, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux (2).

---

(1) Stephan-Georgescu MANGIUREA. *Contributiune la Studiul Spleno-Pneumoniei*, Bucuresci 1891.

(2) Gregorio-Araoz ALFARO. *Infecciones anomales de los organos respiratorios*, Buenos-Aires, 1892.

(3) DREYFUS-BRISAC. *Gaz. hebd.*, 1886, nº 46.

(4) P. LE GENDRE. *Conc. méd.*, 1888, nº 27.

Voir aussi, à titre complémentaire :

VERLIAC. *Remarques sur le diagnostic des épanchements pleurétiques et les indications de la thoracentèse chez les enfants*, Th. de Paris, 1865. — Lire en particulier l'Observation XXXI, p. 91.

SERRAND. Th. de Paris, 1878 (Obs. VI, p. 56-60).

ROMMELAERE. *De l'atélectasie pulmonaire*, Bruxelles 1881.

LEVISTE. De l'atélectasie pulmonaire, *Gaz. des hôp.*, 1883, nºs 91, 92, 94 et 95.

(5) JOFFROY. *Des différentes formes de la broncho-pneumonie*, Th. d'agr., 1880, p. 101.

(6) *Rev. de méd.*, 1886, p. 261.

(1) QUEYRAT. *Rev. de méd.*, 1885. — Loc. cit., Obs. I et II. — *Ibid.*, 1886. — Loc. cit., Obs. I.

(2) RONDOT. *L'espace semi-lunaire*, 1885.

Consulter aussi :

JACCOUD. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1879.

GRANCHER. *Technique de la percussion*, p. 83-84.

JACCOUD. Séméiologie de l'espace semi-lunaire, *Cliniques de la Pitié*, 1885, p. 238.

ARTIGALAS. *Séméiologie de l'aire de Traube*, 1889.

Nous venons de dire que la persistance de l'espace de Traube permet simplement de mettre en doute l'existence d'un épanchement pleural. C'est qu'en effet ce signe n'a pas une valeur absolue et, dans une communication faite à l'Académie de médecine, en 1879, M. Jaccoud a signalé des cas de pleurésie cloisonnée où le liquide se trouvait limité par des adhérences à la région sus-mamelonnaire, laissant l'espace semi-lunaire avec toute sa sonorité. De même aussi, par suite d'adhérences phréno-costales ou pour d'autres raisons encore mal connues, l'espace de Traube peut persister intact, alors qu'il existe un litre ou un litre et demi de liquide dans la cavité pleurale gauche (1).

Mais, sans vouloir insister plus que de raison sur les exceptions et pour ne parler que de la règle, la persistance de l'espace de Traube est un signe excellent en faveur de la spléno-pneumonie.

Un autre signe important est l'existence à la base ou vers le tiers inférieur du côté malade *de fines crépitations*. Ces crépitations sont disséminées, peu abondantes, assez fugitives et pour les percevoir d'une façon bien nette, il est nécessaire de faire inspirer fortement ou de faire tousser le malade. Malheureusement c'est un signe sur lequel il ne faut pas trop compter, car il fait souvent défaut, et si sa présence est une indication précieuse, on ne peut, en retour, rien préjuger de son absence. La recherche attentive des vibrations vocales fournit de son côté des indications d'une certaine importance : lorsqu'il existe un épanchement dans la plèvre, les vibrations, nulles en bas, réapparaissent *brusquement* vers la partie supérieure, au-dessus de la ligne d'épanchement ; on trouve en ce point une zone où elles sont manifestement exagérées. Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'une spléno-pneumonie ; on n'a point alors ce brusque passage de la zone inerte à la zone vibrante ; la transition se fait insensiblement, de proche en proche, si bien que les vibrations reparaissent *graduellement*, au fur et à mesure qu'on se rapproche du sommet du poumon.

On tirera également profit, pour établir le diagnostic différentiel, du procédé imaginé par M. Pitres (2) et connu sous le nom de *signe du cordeau*. Voici quel est ce procédé : à l'état normal, et chez un individu dont le thorax est bien conformé, une ligne menée du milieu de la fourchette sternale à la symphyse pubienne coupe le sternum en deux parties égales. Mais s'il se fait un épanchement dans la plèvre, le thorax exécute autour de la colonne vertébrale une rotation du côté sain, vers le côté malade. C'est ce que M. Peyrot a appelé le thorax oblique ovalaire (3). Les côtes dans leur déplacement entraînent avec elles le sternum, si bien qu'une ligne menée par le plan médian du corps ne coupe plus le sternum en deux parties égales. Pour rendre le déplacement sternal appréciable, M. Pitres étend un cordonnet du milieu de la fourchette du sternum à la symphyse du pubis, le malade étant bien placé dans le décubitus dorso-horizontal. Le trajet du cordonnet marqué au crayon dermographique indique exactement la ligne médiane du thorax : il devient, dès lors, très facile d'apprécier s'il y a ou s'il n'y a pas de déplacement du sternum, par rapport à cette ligne médiane. Or, dans les cas de pleurésie avec épanchement abondant, le sternum est fortement dévié vers le côté malade. Au contraire, dans la spléno-pneumonie, la déviation sternale est exceptionnelle. Ni M. Grancher, ni M. W. Dubreuilh (1), ni M. Hontang (2), ni nous-même, ne l'avons observée et on compte les cas où elle a été notée. L'absence de déviation sternale sera donc *une présomption de plus en faveur de la spléno-pneumonie*. C'est ce que nous disions déjà dans notre mémoire sur la congestion pulmonaire (3), et si nous tenons à souligner le fait et l'expression, c'est que M. F. Franck (4) nous a reproché d'avoir fait de l'absence de déviation sternale un signe « pathognomonique » de spléno-pneumonie. De même aussi M. Bourdel (5), probablement sur la foi de l'article de M. Franck. Or, jamais nous n'avons posé l'absence de déviation sternale comme un signe pathognomonique de spléno-pneumonie. Nous avons dit, nous avons écrit — scripta manent — que l'absence de déviation sternale constitue *un signe de présomption* en faveur de la spléno-pneumonie, ce qui est tout autre chose. Ce que nous disions, nous pouvons encore le répéter aujourd'hui, en ajoutant, toutefois, après une série d'observations confirmatives, que c'est un signe de présomption à peu près constant.

Enfin, pour terminer cette énumération des signes différentiels entre l'épanchement pleural et la spléno-pneumonie, disons que le plus souvent, dans cette dernière affection, *on ne trouve pas une égophonie aussi franche, aussi nette que dans le cas de pleurésie avec épanchement*, mais à cet égard, encore, il n'y a rien d'absolu et maintes fois on a pu observer une égophonie absolument typique. En définitive :

Expectoration gommeuse;
Persistance de l'espace de Traube;
Absence de déviation sternale;
Réapparition graduelle des vibrations vers le sommet:
Crépitations fines vers la base (quelquefois), quelquefois aussi *égophonie moins nette*, telles seront les données cliniques sur lesquelles on s'appuiera pour établir le diagnostic de spléno-pneumonie.

Nous le répétons, aucun de ces signes pris isolément n'a de valeur absolue : *ce ne sont que des signes de présomption*, mais le groupement de plusieurs d'entre eux donne déjà au diagnostic de spléno-pneumonie une très grande probabilité. Pour que cette très grande probabilité devienne certitude absolue, il reste à pratiquer *la ponction capillaire*, qui constitue le véritable criterium.

Avant de pratiquer cette ponction, il faut avoir soin de bien laver la peau du thorax, dans la zone où l'on va opérer, au savon d'abord, puis avec une solution de sublimé à 1/1000.

La seringue et l'aiguille doivent — cela va sans dire — être absolument aseptiques. Il y a quelques années, alors que le médecin n'avait à sa disposition que la seringue de Pravaz, cette stérilisation était assez délicate : il fallait avoir recours à l'immersion prolongée dans la solution phéniquée à 5 p. 100 ou au lavage à l'eau bouillante, en changeant les rondelles du piston. Mais aujourd'hui que nous avons des seringues que l'on peut faire bouillir à volonté (seringues de Malassez, de Roux, de Straus), il est

(1) *Rev. de méd.*, 1886, p. 266-267.
(2) Pitres. *Bull. de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, 1882, p. 201.
(3) Peyrot. *Étude expérimentale et clinique sur la pleurotomie*, Th. de Paris, 1876.

(1) Dubreuilh. *Rev. de méd.*, 1885, p. 35.
(2) Hontang. *Id.*, 1886, p. 264.
(3) Queyrat. *Id.*, 1885, p. 29, ligne 6.
(4) F. Franck. *Gaz. hebd.*, 6 mars 1885.
(5) Bourdel. Loc. cit., pp. 48 et 49.

très facile d'avoir un instrument aseptique. Avant d'opérer, il est indispensable de s'assurer que le piston fait bien exactement le vide dans le corps de pompe et que l'aiguille est perméable. Ces détails peuvent paraître véritablement puérils, mais on sait qu'en clinique, il n'est pas de petit détail qui n'ait son importance et, pour notre compte, nous avons vu un médecin distingué faire une erreur de diagnostic et conclure à une spléno-pneumonie, alors qu'il y avait un gros épanchement pleural, uniquement parce qu'il avait fait une ponction capillaire avec une seringue de Pravaz, dont l'aiguille était obturée.

Ces ponctions seront faites, de préférence, au niveau de la ligne axillaire postérieure, là où le souffle est le plus net, là où la matité et l'égophonie sont au maximum. Ce point correspond, en général, au septième espace intercostal.

Pour faciliter la petite opération, on fait coucher le malade sur le côté sain, le bras, du côté malade, étant levé et l'avant-bras reposant en demi-flexion sur la tête, de manière à élargir autant que possible les espaces intercostaux. L'aiguille doit être enfoncée lentement, sans précipitation, ni brusquerie et, en même temps qu'on l'enfonce de la main droite, on fait l'aspiration de la main gauche dans le corps de pompe. Tant qu'on n'a pas touché le poumon, on voit la force du vide pré-établi ramener le piston à son point de départ. Lorsque l'aiguille s'est enfoncée environ de 8 millimètres, la seringue se remplit de sang, quelquefois aussi, mais plus rarement, de bulles d'air; c'est donc bien dans le parenchyme pulmonaire qu'on a pénétré et il n'existait, malgré les signes d'épanchement pleural, aucune lamelle liquide interposée entre le poumon et la paroi thoracique. Ces ponctions sont absolument inoffensives, lorsqu'elles sont faites — comme elles doivent toujours l'être — d'une manière aseptique; jamais elles n'occasionnent, comme on pourrait le craindre *a priori*, de pneumothorax; enfin, dans plusieurs cas, elles ont paru avoir une influence favorable, en ce sens qu'elles ont fait disparaître le violent point de côté dont souffraient les malades. C'est dire que, s'il ne faut pas en abuser, il ne faut pas craindre de les pratiquer chaque fois que le diagnostic peut en tirer profit.

Lorsqu'on a fait le diagnostic de spléno-pneumonie, il ne faut pas s'en tenir là : il reste encore à voir quel est l'état du sommet du poumon malade et aussi quel est l'état du poumon du côté opposé.

Examinons d'abord le sommet du poumon malade et, pour bien nous rendre compte de son état, voyons ce qu'il nous donne à la percussion, à la palpation et à l'auscultation, dans le point où il est le plus accessible, c'est-à-dire au niveau de la région sous-claviculaire.

On sait toute l'importance que M. Grancher attache aux associations variables de ces signes physiques (1). Or, dans tous les cas de spléno-pneumonie observés jusqu'à présent et où l'on a eu le soin de chercher quel était l'état du sommet correspondant, dans tous, sauf celui de Bouicli, on a trouvé des associations mixtes, des associations pathologiques. La plus fréquemment observée est, sans contredit, celle que M. Grancher a désignée du nom de schème n° 2, et qui répond à :

Sonorité +;
Vibrations +;
Respiration —,

(1) Grancher. Soc. méd. des hôpit., 24 déc. 1881 et 13 janv. 1882.

indice de congestion pulmonaire du sommet, mais on a noté aussi, dans plusieurs observations, le schème n° 3 :

Sonorité +;
Vibrations —;
Respiration —.

Quant au poumon du côté opposé, il respire, — quand il est sain — d'une façon supplémentaire et, suivant la règle établie par M. Grancher, il présente en même temps une exagération de la sonorité et des vibrations thoraciques (1).

Dans cette esquisse symptomatique, nous n'avons eu pour objectif que les formes très accusées, tout à fait typiques, de la maladie, mais il faut savoir qu'à côté de ces cas bien tranchés, il en existe d'autres dans lesquels plusieurs des symptômes font défaut. C'est ainsi que l'expectoration, que la fièvre, que l'augmentation de volume du côté peuvent manquer; de même la dyspnée, la douleur intercostale peuvent être nulles ou presque nulles. Les signes objectifs fondamentaux (matité, abolition des vibrations thoraciques, souffle, égophonie) existent seuls.

Chez l'enfant, la spléno-pneumonie présente une symptomatologie identique à celle que nous venons de décrire pour l'adulte. C'est ce qui résulte des faits observés par M. Grancher (2) et par nous-même, c'est ce qui résulte des observations relatées par M[lle] Brandhendler dans sa thèse (3). La spléno-pneumonie de l'enfant ne mérite donc pas de description spéciale.

Notons seulement que l'expectoration a toujours fait défaut, bien qu'on ait eu affaire dans plusieurs cas à des enfants assez avancés en âge (onze ans, treize ans, treize ans et demi et quinze ans).

III

L'évolution de la spléno-pneumonie est toujours *très lente*. En général, au bout de huit à dix jours, les troubles fonctionnels et les phénomènes généraux s'amendent; le point de côté, la dyspnée disparaissent, la fièvre est moins vive, mais les signes stéthoscopiques restent à peu près les mêmes. Ce n'est, le plus souvent, qu'après un temps assez long, variant entre douze, quinze ou vingt et un jours, qu'on les voit se modifier. Le souffle, de pleurétique qu'il était, devient bronchique, l'égophonie se transforme en broncho-égophonie; la matité devient moins absolue, en même temps que réapparaissent les vibrations thoraciques et qu'on entend à la base du côté malade des crépitations, discrètes d'abord, puis de plus en plus nombreuses, de plus en plus grosses, jusqu'à constituer des râles sous-crépitants à bulles moyennes.

Au bout d'un temps variable, souffle, broncho-égophonie et râles finissent par disparaître et l'auscultation révèle l'existence d'une respiration affaiblie et qui reste telle pendant des semaines et des mois. L'augmentation de volume du côté, la diminution des vibrations et de la sonorité persistent également pendant un temps très long.

Quant au schème sous-claviculaire, dans un cas où nous l'avons cherché sept semaines après le début de la maladie, et alors que le malade avait fait un séjour de convales-

(1) Grancher. *Technique de la percussion*, p. 97.
(2) Grancher. *Bull. méd.*, 1888, n° 85.
(3) Brandhendler. Loc. cit.

cence à Vincennes, il était resté le même : c'était toujours un schème de congestion (1).

C'est dire combien lentement le poumon, atteint de spléno-pneumonie, revient à la normale et ce n'est pas un des côtés les moins intéressants de la maladie qui nous occupe.

La guérison est la terminaison *de règle*. Sur 27 cas de spléno-pneumonie que nous avons pu réunir, nous n'avons à enregistrer que 3 décès. Il va sans dire qu'il ne faudrait pas considérer les 24 cas restants comme autant de guérisons. C'est ainsi que, dans l'observation XIII de la thèse de M. Bourdel, il est dit que l'enfant est emmené par ses parents « dans un état déplorable »; dans l'observation IV de la thèse de M[lle] Brandhendler — recueillie par M. Deschamps — le malade est « mourant » au moment où l'observation est remise. Mais cette restriction faite, on peut dire que, dans l'immense majorité des cas, la spléno-pneumonie se termine par la guérison. Le pronostic immédiat est donc favorable. Reste le pronostic de l'avenir : à ce point de vue, il faut faire des réserves, car fréquemment, ainsi que nous le verrons au chapitre de l'étiologie, la spléno-pneumonie se montre chez des tuberculeux avérés ou des suspects de tuberculose.

IV

Nous avons dit que trois observations de spléno-pneumonie s'étaient terminées par décès. Ce sont :

1° Une observation qui nous est personnelle [il s'agissait d'un diabétique qui est mort, vingt-sept jours après le début de sa spléno-pneumonie, d'une gangrène pulmonaire intercurrente] (2);

2° Une observation de Bouicli [fièvre typhoïde au onzième jour, spléno-pneumonie gauche; mort trois jours après l'apparition de la complication pulmonaire] (3);

3° Une observation toute récente, que M. Chantemesse a mise à notre disposition avec une obligeance dont nous lui sommes très reconnaissant. (Il s'agit d'une vieille femme de soixante-douze ans, entrée le 22 février 1892 à l'infirmerie de l'hospice des Ménages. Cette malade, ayant fait une spléno-pneumonie gauche et une congestion pulmonaire droite, a consécutivement forcé son cœur droit et est morte en asystolie.)

Ces cas mortels vont nous permettre d'ébaucher un chapitre d'*anatomie pathologique* qui, jusqu'à ce jour, n'avait pu être abordé.

Encore, des trois cas en question, en est-il un, le premier, que nous ne pouvons utiliser, car le malade ayant succombé à une gangrène pulmonaire, cette complication avait, comme bien on pense, complètement dénaturé l'état anatomique primitif.

Restent donc le fait de Bouicli et celui de M. Chantemesse.

Dans le fait de Bouicli, l'autopsie, outre qu'elle justifia pleinement le diagnostic de fièvre typhoïde porté pendant la vie, donna au point de vue du poumon gauche les résultats suivants :

« Plèvre pariétale normale. Plèvre viscérale irritée. *Aucun liquide dans la cavité pleurale.*

Le poumon gauche, dans toute l'étendue de sa moitié inférieure, surtout en bas, est transformé en un bloc solidifié, d'une coloration rouge foncé, sans élasticité, sans crépitation à la pression.

A l'inspection de la surface de l'organe, comme sur les sections faites dans divers sens, il est facile de voir que l'*altération est lobaire comme dans la pneumonie franche :* tous les lobules sont atteints, mais un peu plus haut la lésion cesse d'être confluente; à peine voit-on, dans la partie postérieure du lobe supérieur, des foyers discrets d'induration pulmonaire. »

L'examen microscopique, fait par M. Tomescu, préparateur au laboratoire d'histologie de l'hôpital Brancovanesc, a donné lieu aux conclusions suivantes :

« L'aspect macroscopique était dû à une *congestion pulmonaire intense, une véritable inondation de sang*, autant dans les capillaires que dans les alvéoles, accusée par la présence d'un stroma fibrineux et d'un très grand nombre de globules rouges entre lesquels il se trouvait des globules blancs, mais en moindre quantité. »

Du protocole de cette autopsie il résulte, au point de vue de l'anatomie pathologique macroscopique, comme au point de vue de l'histologie, que les signes, assignés par les classiques à l'épanchement pleural, peuvent ressortir uniquement à un état pulmonaire qui, dans l'espèce, était une sorte d'hépatisation rappelant de très près le deuxième degré de la pneumonie lobaire aiguë franche.

Tout autre était l'état du poumon dans le fait de M. Chantemesse, ainsi qu'il résulte du compte rendu de l'autopsie que nous a communiqué M. René Marie, interne du service, et que nous reproduisons presque intégralement.

« Autopsie faite le 3 mars, vingt-six heures après la mort.

Poumon gauche adhérent à la paroi thoracique en plusieurs points : au sommet, vers la partie moyenne et inférieure. Ces adhérences sont constituées par de minces membranes celluleuses, se déchirant facilement. *Pas trace d'épanchement dans la cavité pleurale.* La plèvre a conservé son poli. Le poumon présente dans ses deux lobes l'*apparence d'un poumon revenu sur lui-même*, comme dans le cas d'épanchement pleural, avec cette différence que l'on voit çà et là, surtout dans le lobe inférieur, quelques lobules emphysémateux, faisant une légère saillie sur le tronc atélectasié et ayant une coloration d'un rouge un peu plus vif.

La partie supérieure de ce lobe inférieur et le lobe supérieur tout entier (à l'exception de la languette précardiaque qui, elle, est emphysémateuse) sont *entièrement revenus sur eux-mêmes, comme un poumon atélectasié* dans le cas de pleurésie avec épanchement.

Le sommet présente, dans une étendue de 2 à 3 centimètres carrés, un épaississement un peu plus marqué de la plèvre. Une section, faite à ce niveau, montre que le parenchyme du poumon a une coloration presque entièrement noire : il est sec, affaissé. Le raclage laisse sortir un suc couleur de suie délayée. En pressant ce parenchyme, on ne fait sourdre ni pus des bronches, ni sang des vaisseaux. A mesure que la section s'étend dans le sens du grand diamètre du lobe supérieur, de haut en bas et d'arrière en avant, on voit se produire une modification insensible de la couleur, qui perd sa teinte noire pour prendre une teinte grise de plus en plus rosée. Le raclage des parties moins foncées donne un suc plus rouge.

Mêmes caractères à l'incision du lobe inférieur. La coupe est sèche et luisante. En pressant le poumon, on ne fait pas sourdre de muco-pus des bronches. Seuls les gros vaisseaux donnent un sang noirâtre.

(1) *Rev. de méd.*, 1886, p. 263.
(2) *Rev. de méd.*, 1885, p. 33-35.
(3) Mangiurea. Loc. cit., p. 23-28.

Le doigt qui presse détermine une dépression qui persiste.

Les grosses bronches présentent une couleur d'un rouge vif; dès qu'elles passent aux divisions de troisième ordre, cette coloration disparaît et la muqueuse est tapissée d'un exsudat muqueux transparent. A cause de l'affaissement du tissu, les bronches paraissent très superficielles. »

M. Grancher, ayant reçu des morceaux de ce poumon, a eu l'obligeance de nous en remettre. Nous en avons fait l'examen histologique et voici ce que nous avons constaté sur un grand nombre de coupes faites sur divers points du poumon, après inclusion dans la paraffine.

Les travées inter-alvéolaires sont épaissies; elles sont, en outre, criblées de particules noires de dimensions variables. Les cavités alvéolaires sont pour la plupart rétrécies : elles ne présentent, à part cela, rien d'anormal. Quelques-unes contiennent des cellules rondes, mais en petite quantité. Dans plusieurs bronchioles, on aperçoit un léger exsudat translucide. Mais ce qui domine, c'est la congestion. Les vaisseaux apparaissent distendus et sont littéralement bourrés de globules rouges. De telle sorte qu'au point de vue de l'anatomie pathologique, on pourrait étiqueter ce cas : Sclérose, anthracose et atélectasie pulmonaire avec congestion considérable.

Les coupes qne M. Chantemesse a faites et examinées de son côté, lui ont donné des résultats identiques à ceux que nous venons d'énoncer.

Avant de discuter les résultats fournis par l'anatomie pathologique dans ces deux cas, il est bon de dire qu'au point de vue clinique, les signes d'épanchement pleural étaient si nets, dans l'un et dans l'autre, que les deux observateurs ont fait la ponction capillaire avec la conviction qu'ils allaient trouver du liquide et que ce n'est qu'après le résultat négatif de la ponction, qu'ils ont porté le diagnostic de spléno-pneumonie.

Soulignons, d'autre part, ce fait important que, pas plus dans ces deux autopsies que dans celle du cas qui nous est personnel, il n'existait une seule goutte de liquide dans la cavité pleurale, qu'il n'existait pas, non plus, comme certains ont voulu l'imaginer, de « pleurésie aréolaire ».

Ceci pour répondre d'une façon péremptoire à ceux qui prétendent que, dans la spléno-pneumonie, il y a toujours coexistence d'un léger épanchement pleural, ce qui expliquerait pour eux l'égophonie, le souffle, la matité, etc. Ajoutons qu'on ne peut même pas, dans l'espèce, émettre l'hypothèse d'un épanchement, qui aurait existé et se serait résorbé, attendu que le malade de Bouicli est mort au troisième jour de sa spléno-pneumonie, et la malade de M. Chantemesse huit jours après son entrée à l'infirmerie de l'hospice des Ménages. Donc, et une fois pour toutes, il faut mettre hors de cause, pour expliquer la symptomatologie que nous avons étudiée précédemment, l'hypothèse d'un épanchement pleural, si léger fût-il. Cette symptomatologie relève uniquement d'un état pulmonaire. Mais cet état pulmonaire, quel est-il? Et d'abord, n'y a-t-il qu'un état anatomo-pathologique du poumon qui puisse donner lieu à cette simulation d'épanchement pleural? Cela paraît peu probable, et il semble bien, au contraire, que plusieurs états anatomiques puissent aboutir à la même expression symptomatique. Nous n'en voulons pour preuve que les résultats si différents des deux autopsies que nous venons de relater.

Dans le cas de Bouicli : poumon transformé en un bloc, solidifié, rappelant l'aspect du bloc pneumonique ; dans le cas de M. Chantemesse : poumon scléreux et atélectasié. Ce sont, on peut dire, les deux extrêmes. La seule lésion qui existât dans l'un et l'autre cas, était une énorme congestion pulmonaire.

Ceci nous amène à penser que, très vraisemblablement, le syndrome clinique que M. Grancher a si bien étudié ne correspond pas à un état pulmonaire univoque, qu'il peut être le résultat d'états anatomiques différents, états que nous ne connaissons encore que d'une manière imparfaite et au sujet desquels il serait téméraire, à l'heure actuelle, de vouloir préjuger.

Ceci, d'autre part, nous amène à nous demander si la dénomination de « spléno-pneumonie » empruntée par M. Grancher à M. Joffroy, et adoptée, défendue par M. Bourdel, mérite d'être conservée.

Lorsque M. Grancher fit sa communication à la Société médicale des hôpitaux, il présentait des faits cliniques certains, mais il fut fort embarrassé lorsqu'il s'agit de donner un nom à la chose. Il eût pu choisir une dénomination basée sur les symptômes, étant donné surtout que l'état anatomique correspondant n'était pas connu. Néanmoins, ce fut une dénomination anatomique, qu'en raisonnant par analogie il crut devoir donner à la nouvelle maladie qu'il venait d'individualiser au point de vue clinique. La lésion qui, d'après lui, correspondrait aux symptômes que nous avons passés en revue, serait cet état particulier du poumon que M. Joffroy a spécifié du nom de spléno-pneumonie. Certes, nul n'était plus autorisé que M. Grancher à conclure de la symptomatologie d'un état morbide du poumon à son état anatomo-pathologique, toutefois la dénomination de spléno-pneumonie ne fut pas acceptée sans une certaine opposition de la part du public médical; on peut même dire que le nom fit tort à la chose. Un grand nombre de médecins reprochèrent à l'expression spléno-pneumonie d'être beaucoup trop précise au point de vue anatomique, alors que l'on ignorait quelles lésions correspondent aux symptômes observés. D'autres reprochèrent au néologisme créé par M. Joffroy d'exposer ceux qui débutent dans la médecine à des erreurs d'interprétation, étant donné qu'il indique, par son étymologie stricte, un état pulmonaire lié à une altération de la rate. Mais l'objection la plus sérieuse, c'est que M. Joffroy (1) indique très complètement la symptomatologie qui correspond à l'état pathologique qu'il a dénommé spléno-pneumonie, et que cette symptomatologie (absence de frissons, absence de point de côté, vibrations thoraciques peu modifiées, submatité à tonalité élevée ou même tympanique, râles sonores, sibilants, muqueux, sous-crépitants), n'est pas du tout celle de la spléno-pneumonie de M. Grancher. On voit la confusion qui peut s'ensuivre.

Enfin, nous avons vu que les deux autopsies que nous avons relatées ne correspondent pas à une même lésion pulmonaire, et pas plus dans l'une que dans l'autre, le poumon malade ne reproduisait la lésion hybride de M. Joffroy [noyaux de broncho-pneumonie au milieu d'un tissu violacé, turgescent; petites bronches remplies de mucopus vert ou jaune (2)].

Mais alors, dira-t-on, s'il est prématuré de donner à cet état pulmonaire une dénomination basée sur l'anatomie

(1) Joffroy. Loc. cit., p. 161 et suiv.

(2) Joffroy. Loc. cit., p. 101, 105, 106 et 107.

pathologique, il faut en choisir une basée sur la symptomatologie. C'est ce que nous avons tenté nous-même, et trouvant dans l'expectoration, dans l'existence assez fréquente de fines crépitations à la base, dans le schème sous-claviculaire, des indices certains de congestion pulmonaire, nous avons proposé l'appellation de *congestion pulmonaire à forme de pleurésie*. Le terme *congestion pulmonaire* a l'avantage d'être très compréhensif; d'autre part, en ajoutant : « à forme de pleurésie », ou, si l'on préfère, « pseudo-pleurétique », on indique par cela même, d'une part, quelle peut être la symptomatologie, d'autre part, quelle doit être l'erreur à éviter. Toutefois, bien que cette appellation ait été acceptée avec assez de faveur, et que même M. Dreyfus-Brisac (1) lui ait donné l'appui de son autorité, elle est loin de nous paraître parfaite; elle a d'abord l'inconvénient d'être trop longue, de plus M. Potain a décrit une forme de congestion pulmonaire, s'accompagnant d'un exsudat pleural peu abondant, le tout en imposant pour un gros épanchement (2), si bien qu'en disant « congestion pulmonaire à forme de pleurésie », on risque d'établir une confusion entre l'état pulmonaire décrit par M. Grancher et celui décrit par M. Potain.

En somme, aucune des dénominations proposées pour la nouvelle maladie n'est pleinement satisfaisante : il est prématuré de lui en donner une basée sur l'anatomie pathologique, difficile de lui en donner une basée sur les signes cliniques; nous allons voir plus loin qu'une dénomination basée sur l'étiologie n'est pas possible : il ne reste qu'un moyen de sortir de l'embarras, c'est de désigner la nouvelle maladie du nom de celui qui a eu le mérite de l'individualiser et de la dogmatiser.

Nous proposons donc de remplacer les termes de « spléno-pneumonie », de « congestion pulmonaire à forme de pleurésie », de « congestion pulmonaire pseudo-pleurétique », par la dénomination définitive de *Maladie de Grancher*. De cette façon, toute confusion sera évitée, toute discussion écartée. « Maladie de Grancher » voudra dire *état pulmonaire reproduisant la symptomatologie de l'épanchement pleural* et cette dénomination aura le grand avantage de ne rien préjuger au point de vue de l'anatomie pathologique.

V

L'étiologie de la maladie de Grancher commence aujourd'hui à être élucidée. Sans être rare, la maladie de Grancher *n'est pas très fréquente*. Elle s'observe surtout *chez l'adulte, beaucoup plus souvent chez l'homme* que chez la femme (23 fois sur 27 cas que nous avons pu réunir) ; elle intéresse bien *plus fréquemment le poumon gauche* que le poumon droit (également 23 fois sur 27). Sur les 4 cas observés chez la femme, elle s'est montrée 3 fois à gauche, 1 fois à droite.

Presque toujours, elle débute à propos *d'un refroidissement* qui, vraisemblablement, ne joue, là comme ailleurs, que le rôle de cause occasionnelle.

Nous avons fait, au point de vue étiologique, le dépouillement des 27 observations que nous avons réunies. Trois seulement d'entre elles sont inédites et nous ont été remises par M. Grancher.

Sur ces 27 observations, la maladie que nous étudions a été observée :

Chez des tuberculeux avérés.	4 fois.
Chez des tuberculeux probables	4 —
Chez des albuminuriques	3 —
Chez des diabétiques	1 —
Chez des paludiques	1 —
Au cours de la fièvre typhoïde	1 —
Au cours de la pneumonie (côté opposé). .	1 —

Enfin la maladie de Grancher peut également s'observer *au cours de manifestations arthritiques*, ainsi que le prouve la très intéressante observation qui suit et que M. Merklen a bien voulu nous communiquer (1).

Dans *onze cas*, il nous a été impossible de rattacher la maladie à un état pathologique quelconque, actuel ou antérieur. C'est dire qu'il reste beaucoup à faire dans l'étude de

(1) Dreyfus-Brisac. Loc. cit., p. 742.

(2) Potain. Congr. du Havre, 1878. — Serrand. Th. de Paris, 1878.

(1) J. D... est un fort et bel enfant, issu de père arthritique (gravelle, douleurs rhumatoïdes, tendance à l'asthme); ses deux frères, plus âgés, ont été sujets à des poussées d'urticaire et même d'urticaire bulleuse pendant leur première enfance. Étant à Cabourg, le jeune D..., alors âgé de sept ans et demi, fut pris, vers la fin de septembre, d'un érythème noueux fébrile, associé à de l'urticaire et accompagné de douleurs vagues dans la tête, le tronc et les membres; l'enfant se plaignait en même temps de nausées et était sujet à des bâillements et du météorisme abdominal, phénomènes qui annonçaient habituellement de nouvelles poussées d'érythème ou d'urticaire. Cet état persista pendant tout le mois d'octobre et fut suivi d'une convalescence difficile, le petit malade restant dolent, se plaignant parfois de respirer avec peine, bien que l'appareil respiratoire fût indemne à cette époque, et les digestions étant difficiles. La guérison ne parut complète que vers le 10 décembre et, jusqu'à la fin de ce mois, la santé resta satisfaisante.

Le 31 décembre, l'enfant accusa les mêmes malaises qui avaient annoncé et accompagné son érythème, à savoir des bâillements, des nausées et des douleurs rhumatoïdes. Le 6 janvier au matin, il se plaignit d'un point de côté à droite, et M. Ernest Besnier, qui le vit à midi, constata déjà une légère diminution de la respiration à la base de ce côté; il voulut bien me charger de suivre le petit malade. Le même soir, je trouvai une matité occupant la moitié inférieure du poumon droit avec respiration soufflante et légère égophonie. Les jours suivants, les signes physiques s'accentuèrent, la matité occupait avec des tonalités variées tout le côté droit en avant et en arrière; différents signes, en particulier quelques bouffées de râles à la base, firent rejeter le diagnostic de pleurésie avec épanchement et adopter celui de spléno-pneumonie, que M. Grancher, appelé en consultation, confirma le 16 janvier.

La marche et les symptômes généraux de cette maladie présentèrent des particularités intéressantes. Au point de vue de la forme, la spléno-pneumonie fut subaiguë, la température rectale ayant toujours oscillé entre 38 et 39 degrés, le pouls n'ayant pas dépassé 114. Les troubles fonctionnels pouvant dépendre de la lésion pulmonaire furent à peu près nuls : le point de côté disparut rapidement, et si, à plusieurs reprises, l'enfant se plaignit d'une gêne passagère de la respiration, cette dyspnée put être mise sur le compte de l'urticaire plutôt que sur celui de la spléno-pneumonie. Celle-ci fut remarquable par une certaine mobilité d'allures : le niveau supérieur de la matité variait d'un jour à l'autre, mais bien entendu dans des limites peu étendues. Cette variabilité dépendait peut-être aussi de l'urticaire, dont le petit malade eut plusieurs poussées pendant le cours de sa maladie pulmonaire, l'une surtout intense quoique localisée au creux de l'estomac, à la suite d'une violente crise gastralgique. D'ailleurs, il ne se passait pas de jour sans que l'enfant, habituellement gai, n'eût quelques heures de malaise caractérisé par de la pâleur, des nausées, du météorisme abdominal et des éructations; en même temps, il se plaignit de douleurs fugaces à la tête, dans l'oreille, au poignet, au coude, au genou.

Vers le 20 janvier, la maladie sembla entrer dans une période de décroissance, et la toux ne parut qu'à ce moment, sèche et quinteuse. Mais, à cette époque, le petit malade prit la coqueluche d'un de ses frères, et sa convalescence fut ainsi éloignée. Cette coqueluche fut de moyenne intensité et ne s'accompagna d'aucune détermination broncho-pulmonaire. La résolution de la spléno-pneumonie se fit régulièrement, laissant à sa suite, pendant plusieurs semaines, une submatité de la base. Au mois de mars, J. D... était emmené à Arcachon, où il termina sa convalescence. Il s'est toujours bien porté depuis, et sa guérison, qui date de dix-huit mois, peut être considérée comme définitive.

la maladie de Grancher, particulièrement en ce qui concerne sa pathogénie. Il est évident qu'il faudra poursuivre à ce point de vue des recherches microbiologiques attentives, voir quels micro-organismes existent dans cette expectoration gommeuse si particulière, voir aussi ce que donne, au point de vue de l'examen direct et de l'ensemencement, le sang ou la sérosité retirés du poumon par les ponctions. Il y a là une lacune qui, nous l'espérons, sera prochainement comblée.

Dans trois cas — les seuls, croyons-nous, où des recherches microbiologiques aient été faites, — les résultats ont été variables.

Dans un cas qui nous est personnel (1), M. Grancher fit faire des recherches par M. Lhomme, aide de bactériologie à son laboratoire. Le sang retiré par la ponction fut examiné et ensemencé en bouillon. Examen et ensemencement restèrent sans résultat.

Dans le cas de M. Chantemesse, les coupes du poumon ne présentaient aucun micro-organisme, mais M. Chantemesse, en examinant le mucus bronchique, a pu y trouver des organismes analogues, comme forme, à des levures et aussi un diplocoque qui n'était pas celui de Talamon-Frænkel, et dont l'étude n'a pas été poursuivie.

Dans le cas que rapporte Alfaro (2), les crachats contenaient en abondance des diplocoques de Talamon-Frænkel et de plus quelques bacilles de Friedlænder.

Quoi qu'il en soit, ce qu'il faut retenir du relevé que nous venons de faire, c'est que la maladie de Grancher peut s'observer au cours des états pathologiques les plus divers; mais qu'on l'observe de préférence chez les albuminuriques (3/27) et surtout chez les tuberculeux (8/27).

Nous avions déjà, avec notre maître M. L. Landouzy, déclaré qu'il fallait, dans bien des cas, suspecter la tuberculose derrière la pneumopathie que nous venons d'étudier (3) : les observations ultérieures sont venues confirmer notre opinion.

En résumé :

La spléno-pneumonie — ou mieux maladie de Grancher — est une pneumopathie qui simule cliniquement un épanchement pleural;

Sa symptomatologie semble ressortir à des états anatomiques divers;

La maladie évolue lentement;

Elle guérit presque toujours;

Elle se montre aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, plus souvent chez l'adulte. Sa symptomatologie est la même chez l'un et chez l'autre;

Elle est incomparablement plus fréquente chez l'homme que chez la femme;

Elle intéresse beaucoup plus souvent le poumon gauche que le poumon droit.

De sa pathologie on sait peu de chose, si ce n'est qu'elle se montre assez souvent chez des albuminuriques et très fréquemment chez des gens entachés de tuberculose.

VI

La thérapeutique qu'il convient d'opposer à la maladie de Grancher est des plus simples. Elle consiste surtout dans la révulsion faite sur le côté malade sous forme de badigeonnages de teinture d'iode, de ventouses sèches, de pointes de feu.

Il faudra, à la période de convalescence, alimenter et tonifier le malade du mieux que l'on pourra; il faudra surtout surveiller le poumon. Nous avons dit que beaucoup de ces malades sont des tuberculeux en puissance : ils relèvent, de ce chef, de la thérapeutique de la tuberculose.

(1) Brandhendler. Loc. cit., Obs. III, p. 33.
(2) Alfaro. Loc. cit., Obs. III, p. 70.
(3) *Rev. de méd.*, 1886, p, 269.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 juin 1892. — Présidence de M. Chauvel.

LECTURES

Kyste congénital du cou. — M. Martin (de Genève) communique une observation relative à un enfant nouveau-né qui était atteint d'un kyste séreux uniloculaire congénital du cou. Ce kyste, ponctionné quatre fois sans aucune précaution antiseptique et devenu séro-purulent, a guéri par l'ablation (comm. M. Berger).

Hypospadias. — M. Pousson (de Bordeaux) relate une observation d'hypospadias périnéo-scrotale, qu'il a guérie en un seul temps. Il s'agit d'un homme de trente-trois ans, chez lequel il a pratiqué l'opération de la façon suivante : pour restaurer l'urèthre pénien, il a taillé, sur le côté droit de la verge, un grand lambeau par une incision faite profondément jusqu'à la fistule périnéale ; il a disséqué la lèvre interne de cette incision, de façon à libérer ce lambeau; il a fait, de l'autre côté, une incision de façon à former un lambeau beaucoup plus petit dont il a disséqué la lèvre interne, puis il a suturé ces deux lambeaux entre eux, après les avoir retournés, par des points de suture séparés, mais très rapprochés. Cela fait, M. Pousson a reconstitué l'urèthre balanique, selon le procédé de Duplay. Il a aussi restauré complètement le canal uréthral. Il a ensuite fermé les fistules et recouvert le grand lambeau cruenté.

M. Pousson avait mis une sonde à demeure et pris les précautions antiseptiques les plus rigoureuses. Le malade ayant eu un peu de fièvre pendant les deux jours qui suivirent l'opération, il changea le pansement le troisième jour, sans qu'il eût à constater la moindre suppuration. Il renouvela le pansement, donna un léger purgatif et fit ainsi trois pansements jusqu'au douzième jour. Il avait malheureusement laissé la sonde à demeure qui ulcéra les tissus et détermina une fistule au-dessous du canal balanique. Dans tout le reste, la réunion fut complète. M. Pousson retira la sonde et fit plusieurs cathétérismes. Il s'écoulait un peu d'urine au niveau de l'union du canal pénien avec le périné, mais presque toute l'urine s'écoulait par la fistule balanique. M. Pousson déclare donc avoir commis une grosse faute en laissant trop longtemps la sonde à demeure qui a été la seule cause de cet échec partiel. A l'avenir, il ne laissera jamais la sonde plus de quarante-huit heures.

M. Bazy a opéré un jeune homme atteint d'hypospadias s'ouvrant à 3 centimètres au dessous de ce qui devait être le méat. Il a fait des lambeaux beaucoup plus petits que ceux qu'a faits M. Pousson.

M. Perier a reçu, dans son service de femmes, un homme atteint d'hypospadias si prononcée qu'on s'était trompé sur son sexe. Il l'a opéré par le procédé de M. Th. Anger. Cela lui a si bien réussi qu'il a envoyé, à M. Perier, son frère, atteint de la même infirmité, mais à un degré moindre. Même succès. Enfin, du même pays, lui a été adressé un troisième jeune homme présentant la même affection, qu'il a opéré par le même procédé et qui, comme les deux précédents, est reparti sans incontinence d'urine. M. Perier pense donc que le procédé de M. Th. Anger réunit toutes les conditions de succès.

M. Anger a opéré, par ce procédé, sept hypospadias et tous

avec succès. Il croit inutile de refaire le méat urinaire. M. Anger insiste sur la nécessité de ne laisser la sonde à demeure que quarante-huit heures au plus. Même, chez un enfant de trois ans, il l'a complètement supprimée et ne s'en est servi qu'au cours de l'opération. Cet enfant a fort bien uriné sans sonde.

FIN DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. RECLUS pense que cette discussion n'aura pas été stérile. Il constate que tous les orateurs se sont trouvés à peu près d'accord sur la plupart des points. MM. Terrier, Reynier et Bouilly ont appelé l'attention sur l'appendicite tuberculeuse, variété dont M. Reclus n'avait pas parlé, parce qu'il la considère comme tout à fait spéciale. Des observations relatées par ses collègues il rapproche la suivante : une jeune femme de vingt-trois ans est prise de douleurs aiguës dans la fosse iliaque droite et il se fait aussitôt une tuméfaction énorme. M. Reclus fait l'incision, arrive sur la tumeur, et, se trouvant en présence d'une énorme masse charnue, croit avoir affaire à un cancer; il vida la fosse iliaque, réséqua le péritoine pariétal, établit un anus artificiel et bourra la cavité de gaze iodoformée. M. Reclus augurait très mal de cette opération; cependant, les suites en furent bonnes, et après deux mois la malade se trouva considérablement améliorée. A ce moment, M. Reclus voulut rétablir le cours intestinal et fermer l'anus contre nature. La malade succomba quelques heures après cette seconde opération. Il s'agissait, dans ce cas, d'une appendicite tuberculeuse.

Dans une autre catégorie, M. Reclus range les appendicites aiguës avec péritonite généralisée. Sur ce point, tout le monde est d'accord sur la nécessité de l'intervention, si grave soit-elle, puisqu'elle constitue la seule chance de salut.

M. Terrier a parlé de 50 p. 100 de mortalité à la suite de ces opérations. La mortalité est plus considérable encore puisque, à s'en rapporter à la statistique de M. Jalaguier, qui est une des meilleures, on trouve seulement 15 p. 100 de guérisons.

Dans une seconde catégorie, M. Reclus place les appendicites à rechutes. L'union est faite également entre les chirurgiens sur ce point. Quand il existe une tumeur qui persiste après les accidents aigus, quand il reste quelques troubles dyspeptiques, enfin quand il y a eu déjà une ou plusieurs récidives, l'opération s'impose, d'autant plus que, dans ces cas, elle est absolument inoffensive, puisque, sur 42 cas relevés par M. Quénu, on compte 42 guérisons.

M. Reclus y ajoute le fait suivant : un jeune homme de vingt-neuf ans entre dans son service pour y subir une cure radicale de hernie inguinale; au cours de l'opération, M. Reclus trouve, dans l'intérieur du sac, un appendice en érection, selon l'expression de M. Roux, appendice contenant deux petites concrétions stercorales. Il en fit l'excision en même temps que la cure radicale de la hernie, et la guérison fut simple et facile. Les troubles dyspeptiques dont souffrait ce jeune homme, et qu'on attribuait à tort à la hernie, disparurent. A côté de ce fait, M. Reclus signale celui d'un jeune homme qui a eu cinq crises d'appendicites, allant toujours en s'atténuant. On ne sent pas de tumeur appréciable dans la fosse iliaque et, dans l'intervalle des crises, le malade ne ressent pas de troubles dyspeptiques. Il a donc cru devoir s'abstenir de toute intervention. Mais s'il survenait de la tuméfaction, ou si les troubles dyspeptiques paraissaient de nouveau, M. Reclus n'hésiterait pas à opérer.

Il est une troisième catégorie de faits d'appendicites avec tuméfaction, dans lesquels on est autorisé à se demander s'il ne faut pas essayer le traitement médical. On a cité nombre d'observations de ce genre, dans lesquelles les malades ont guéri sans intervention. Si on voit les tumeurs rétrocéder, ne vaut-il pas mieux ne pas intervenir? M. Reclus pense qu'en pareil cas, ces malades ne sauraient être considérés comme guéris, et qu'il vaut mieux pratiquer l'incision. Selon lui, dès qu'il existe la moindre tuméfaction dans la fosse iliaque, c'est qu'il y a du pus. La disparition des douleurs ne suffit pas, l'apyrexie elle-même n'est pas une raison de croire à la guérison. M. Reclus cite un cas de ce genre, dans lequel il a fait l'incision qui a donné 600 grammes de pus. L'absence de douleurs et de fièvre, la rétrocession de la tumeur ne prouvent donc pas qu'il n'y ait pas de pus. Tous les chirurgiens qui sont intervenus dans ces cas en ont trouvé.

Un jeune homme, à la chasse, éprouve subitement une douleur déchirante dans la fosse iliaque droite; il est aussitôt pris de fièvre et de constipation. Les médecins qui le soignent attendent quelques jours et appellent M. Reclus qui arrive, en province, auprès de ce malade au sixième jour des accidents. La température est tombée à 37,2; le malade a eu une selle abondante, il s'est fait une notable rétrocession de la tumeur, néanmoins on sentait une tuméfaction qui persistait. L'état général était bon. Malgré les renseignements favorables qui lui furent donnés par les médecins, M. Reclus opéra et trouva une collection avec 25 à 30 grammes de pus. Pourquoi, lui dira-t-on, intervenir, puisqu'il y a des exemples de guérison spontanée dans ces cas? A cela, M. Reclus répond qu'il ne croit pas à ces guérisons, elles ne sont jamais que momentanées, et ces malades sont toujours atteints, un jour ou l'autre, de récidives. La guérison n'est qu'une trompeuse apparence; on observe là une sorte de latence des microbes et un appendice malade expose toujours au retour des accidents. La démonstration est faite à ce point de vue, ajoute M. Reclus, et il faut bien savoir que l'opération en elle-même, dans ces cas, ne présente aucune gravité. Par contre, M. Schmidt a cité deux cas intéressants d'abstention qui ont été suivis de mort. Il ne faut pas oublier, en effet, que, dans certain scas, ces abcès peuvent s'ouvrir dans le péritoine, voire même dans la plèvre, ainsi que M. Terrillon en a cité deux exemples. M. Brissaud a cité, de son côté, l'observation d'un jeune homme de quinze ans, qui avait eu trois crises d'appendicite en un an et qui était resté dans une sorte d'insécurité abdominale. Un jour, à quatre heures, il fut pris d'une douleur très vive, son ventre se météorisa et il succomba dans la nuit.

M. Reclus maintient donc ses premières conclusions, à savoir que, lorsqu'il existe la moindre tuméfaction dans la fosse iliaque, il faut opérer.

M. QUÉNU communique une nouvelle observation. Il s'agit d'un enfant de neuf ans, qu'il a opéré il y a huit jours. Il a eu une première atteinte légère. Le 7 avril, il est pris d'une douleur dans la fosse iliaque droite, d'inappétence, de nausées. Tout rentra dans l'ordre. Le 4 juin, nouvelle douleur vive apparaissant brusquement dans la fosse iliaque. Pas de fièvre pendant trois jours. Le lundi 7 juin il vomit. Le mercredi il a encore plusieurs vomissements et rend des lombrics. Les traits sont altérés. Le ventre est météorisé. La température est seulement à 37 degrés. Il y a 110 pulsations. Il y a de la douleur et de la rénitence dans la fosse iliaque droite. M. Quénu, croyant à une appendicite aiguë, propose l'opération qui est acceptée. Il s'écoule 100 à 150 grammes de liquide séreux péritonéal. Il y avait donc déjà une péritonite séreuse et, en outre, il existait un foyer purulent enkysté. En effet, M. Quénu souleva le cæcum et trouva ce foyer avec des adhérences très faibles. Lavage de la cavité, qui est bourrée de gaze iodoformée, drainage. Depuis, la température n'a pas dépassé 37 degrés et l'enfant est dans un état très satisfaisant. Ainsi, malgré l'absence de fièvre, il existait, dan sce cas, un abcès assez considérable.

M. Quénu ajoute qu'il n'est pas toujours facile de restreindre l'intervention à l'ouverture d'un abcès; il n'est pas toujours aisé de respecter les adhérences. Dans ces cas, il vaut mieux appliquer de la gaze iodoformée et attendre l'ouverture spontanée.

M. AUFFRET (de Toulon) cite l'exemple d'une malade atteinte d'appendicite avec des accidents très graves, entre autres avec régression progressive du psoas, entraînant la flexion de la cuisse sur le bassin. L'opération fut refusée. La malade va mieux mais, ainsi que vient de le dire M. Reclus, elle n'est pas à l'abri des rechutes.

(A suivre.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Mercredi soir, a eu lieu, à l'Hôtel Continental, le banquet offert à M. le professeur Guyon, à l'occasion de sa nomination à l'Institut.

M. Joseph Bertrand présidait. L'éminent secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences a ouvert la série des toasts. Il a dit avec son autorité pourquoi l'Institut a ouvert ses portes au chef de l'École Necker : toute une vie consacrée à la science et une partie de cette science renouvelée et pour ainsi dire recréée.

Dans une très fine improvisation, M. Brouardel nous a fait connaître une maladie encore peu étudiée, mais qui doit prendre place dans nos traités de pathologie. La « fièvre verte » frappe l'homme vers les cinquante ans. Elle épargne l'enfance; on ne l'a pas encore observée chez la femme. Elle est caractérisée par une grande agitation. Le malade ne peut rester en place. Son sommeil est des plus agités. Cette fièvre donne lieu à des hallucinations; le malade entend des voix, il passe son temps à les compter, etc.

M. Brouardel ne nous a rien dit de la nature contagieuse de la « fièvre verte », mais, en le voyant placé entre deux membres de l'Institut, on ne pouvait douter qu'il ne serait bientôt atteint lui-même et que nous aurions, un jour, à dire tout haut de lui ce que, tous, nous en pensons tout bas.

Après quelques mots de M. Sappey d'une bienveillance et d'une bonté extrêmes, M. Segond a pris la parole au nom des chirurgiens des hôpitaux. Ses collègues ne pouvaient, certes, prendre un interprète plus heureusement doué pour ces petites allocutions où l'esprit et le cœur font assaut.

M. Martin (de Genève) a lu alors une dépêche signée des plus éminents praticiens de cette ville et a développé les sentiments de ses compatriotes pour celui que nous fêtions.

Le condisciple de M. Guyon, le très distingué professeur Laënnec (de Nantes), a voulu apporter aussi toutes ses félicitations.

Puis la parole a été donnée à M. Albarran, représentant cette École de Necker qui jette un si grand éclat. M. Cestan, au nom de l'internat, porte un toast, toast vibrant de jeunesse et d'affectueux respect. Les malades de Necker eux-mêmes, par un superbe bouquet, viennent s'associer à la fête. Et M. Bureau rappelle, avec son cœur, les souvenirs des premières années du maître.

M. le professeur Guyon prend, enfin, la parole en ces termes :

Messieurs,

Si je ne savais que le refus des louanges peut cacher le désir d'être loué deux fois, je dirais que je ne mérite pas à beaucoup près celles qui viennent de m'être adressées. Je n'en ai cependant pas été surpris; je sais que vous avez pensé avec votre cœur sans demander à votre esprit de mesurer l'élan de vos paroles.

Aussi retiendrai-je avant tout de cette inoubliable soirée les témoignages d'affection que j'y recueille, les preuves d'amitié et de dévouement qu'on me prodigue. Ce seront désormais mes souvenirs les plus précieux.

Je n'oublierai jamais qu'ils me viennent des hommes éminents qui ont voulu m'accorder l'honneur d'être leur confrère, de mes chers collègues de la Faculté et des hôpitaux, de mes élèves si attachés, de mes meilleurs amis qui, réunis aux miens, m'ont entouré comme une véritable et grande famille.

A chacun, je voudrais montrer ma reconnaissance, dire, répéter mes remerciements; combien n'en aurais-je pas à adresser!... Mieux vaut pour vous m'en tenir à ceux qui vous ont représentés. Je ne nommerai qu'eux, mais je n'oublierai personne.

M. Joseph Bertrand nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette réunion; c'était me donner une marque nouvelle et bien grande de sa bienveillante amitié.

Qu'il me permette de lui en exprimer mon émotion et de saluer, en sa personne, l'Académie des sciences tout entière. Elle aime à être représentée par lui et j'espère qu'avec un pareil et si haut intermédiaire, elle agréera l'hommage de ma gratitude et de mon dévouement. Je ne pourrai lui apporter mieux, mais je la prie de croire que l'une sera toujours extrême, l'autre toujours absolu.

M. Brouardel sait quels liens m'unissent à la Faculté et à son doyen; aussi suis-je particulièrement heureux de pouvoir témoigner, ce soir, de mes sentiments pour elle et pour lui. Elle et lui, dans une circonstance encore récente, par la fondation de la chaire que j'occupe aujourd'hui, se sont acquis à ma reconnaissance des droits que je ne perdrai jamais l'occasion de proclamer.

En parlant au nom des hôpitaux, M. Segond ne m'a pas fait aimer ni apprécier davantage les collègues qui forment les cadres incomparables de la médecine et de la chirurgie françaises; mais, si quelque chose devait augmenter ma fierté d'être des leurs, mon orgueil de partager leurs travaux et de voir se multiplier, dans cette pépinière féconde, de si robustes rejetons, ç'aurait été la joie de l'écouter.

Par MM. Albarran et Cestan, j'ai compris une fois encore combien l'attachement de mes élèves est une de mes forces les plus vives. Je les remercie du fond du cœur, ainsi que tous ceux qu'ils représentent. Qu'ils soient anciens ou nouveaux, éloignés ou présents, plus particulièrement destinés au service de l'enseignement, aux recherches du laboratoire, à l'étude et aux soins des malades, internes ou appelés à le devenir, ils sont les parties d'un même tout, mes précieux collaborateurs, mes auxiliaires de tous les instants. Mon souhait le plus vif, c'est de leur voir ne former qu'un faisceau toujours uni, avec le souvenir de l'année passée à Necker toujours présent.

Et quand j'entends les paroles que de si loin m'envoient ceux qui ont tenu à prouver qu'ils étaient de cœur au milieu de nous, j'ai confiance que mon désir est exaucé.

Vous me laisserez dire au directeur de l'École de médecine de Nantes, à mon cher condisciple, le professeur Laënnec, la douce joie que me donne sa présence. Avec lui et par lui, revit le temps d'autrefois et je reviens au point de départ. Je retrouve l'enseignement de nos premiers maîtres, qu'il a si dignement continué et dont je m'estime heureux d'avoir gardé l'empreinte. Je me rappelle leur bonté pour le trop jeune interne, qu'effrayaient si fort les responsabilités de la visite du soir et des jours de garde, leur continuel dévouement aux malades et aux élèves. Et puisque je me retrouve dans la ville où je fus élevé, je ne puis me défendre du souvenir le plus attendri pour ceux dont les sacrifices incessants m'ont permis d'aborder la carrière médicale, pour mes chers, mes si dignes, mes si parfaits parents.

En face de tels souvenirs, devant les témoignages que je reçois de vous, mes paroles sont impuissantes à faire comprendre ce que je ressens. Vous saurez du moins où se rattache le lien qui m'unit à vous. Vous saurez qu'en portant la santé des élèves de la Faculté et des hôpitaux de Paris, celle de leurs maîtres, en y associant l'Académie des sciences, je pensais à ceux qui m'étaient les plus chers.

Une triple salve d'applaudissements accueille ce discours.

Telle a été cette réunion où les amis se confondaient avec l'élite de notre jeunesse médicale et avec ce que nos Académies, nos Facultés et nos hôpitaux comptent de plus illustres; véritable fête de famille où les allusions les plus délicates ont pu être faites et comprises.

— *Hôpitaux de Besançon.* — Un concours pour une place de chef des cliniques de l'hôpital Saint-Jacques de Besançon s'ouvrira le 20 juillet 1892. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'hôpital Saint-Jacques, à Besançon.

— *Hôpitaux de Rouen.* — Le concours pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Didier.

— M. le docteur Marcenac est élu membre du Conseil général du Lot, pour le canton de Luzech.

— M. le docteur Tratabas a été élu membre du Conseil général du Var, pour le canton de la Roquebrusanne.

Hygiène des dents et de la bouche, par le docteur A. Dam. 1 vol. in-12, élégamment relié. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 20 juin 1892.

Vendredi dernier, M. Gaucher est venu apporter l'appoint de son observation personnelle relativement à la contagion de l'érysipèle, dont la Société médicale des hôpitaux s'occupe déjà depuis plusieurs séances. Un fait l'a surtout frappé au cours des discussions antérieures, c'est que personne n'a séparé, au point de vue de la contagion, l'érysipèle chirurgical de l'érysipèle de la face. S'il est vrai qu'ils sont tous les deux produits par le même micro-organisme, il n'est pas moins certain que le premier est presque toujours contagieux, tandis que le second ne l'est pas, ou presque jamais.

M. Hardy n'a-t-il pas souvent dit qu'il n'avait pas observé un seul cas de contagion de l'érysipèle de la face? Et M. Gaucher rappelle, à l'appui de l'opinion qu'il soutient, qu'étant, à l'hôpital Saint-Louis, l'interne de M. Hillairet, il tenta à plusieurs reprises d'inoculer l'érysipèle de la face à des malades atteints de lupus, sans jamais être arrivé à reproduire la maladie. On peut rapprocher de ce fait ce qui se passe pour les eczémateux, qui offrent pourtant de nombreuses portes d'entrée à la contagion et qui ne prennent pas l'érysipèle, même lorsqu'ils couchent au voisinage de malades qui en sont atteints. On ne peut donc pas assimiler complètement, au point de vue clinique, l'érysipèle des plaies à celui de la face; et, sans nier la possibilité de la contagion de ce dernier, M. Gaucher la croit au moins infiniment rare. M. Desnos n'est pas éloigné d'être de l'avis de M. Gaucher, tandis que M. Le Gendre, qui depuis quelque temps est chargé du service des érysipélateux à l'hôpital Saint-Antoine, a déjà pu observer deux cas très évidents de contagion de l'érysipèle de la face, ce qui le force à penser que, pour se faire une idée nette de la question, il importe d'être dans le milieu où les érysipélateux sont réunis en grand nombre.

Nous ne serons pas encore fixés cette fois, mais... ne désespérons pas!

M. Galliard, — l'érysipèle est décidément à l'ordre du jour, — lit une intéressante observation d'arthrite suppurée du genou au cours de l'érysipèle de la face. Il s'agit d'une femme de vingt et un ans, qui, d'abord atteinte d'une façon qui semblait bénigne, ressentit, vers le sixième jour de sa maladie, une douleur atroce au niveau du genou droit, accompagnée de manifestations générales graves, d'accidents infectieux très intenses. Elle mourut le douzième jour de sa maladie. On trouva, à l'autopsie, des lésions avancées de l'articulation, avec une fusée purulente s'étendant jusque vers la racine de la cuisse, et des lésions infectieuses dans les poumons, le foie, le rein. L'examen bactériologique démontra, dans le pus, l'existence de très rares streptocoques, tandis que des staphylocoques existaient en très grand nombre.

Dans une communication très claire et fort spirituelle, M. Juhel-Rénoy rend compte de l'enquête qu'il a faite auprès de tous ses confrères des hôpitaux, relativement à leur opinion sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. Un fait se dégage de suite, c'est que la méthode a gagné des partisans. Actuellement, un tiers au moins des médecins des hôpitaux en sont des adeptes plus ou moins fervents. M. Juhel-Rénoy fit 80 demandes; il reçut 40 réponses. Sur ces 40 médecins, il n'en compte que 14 tout à fait opposés à la balnéation systématique, 12 complètement résolus à l'appliquer indistinctement à tous les cas; 2 restent partisans des bains tièdes; les autres sont ou des adeptes théoriques, ou des adeptes avec restrictions. Les raisons que donnent les adversaires sont connues. Ils invoquent la difficulté matérielle, la cruauté du traitement, l'illogisme d'une systématisation thérapeutique, les dangers inhérents à cette barbare coutume ! Et cependant, les statistiques des uns et des autres semblent singulièrement convaincantes.

Les opposants absolus ont eu, sur 135 cas, 29 morts, soit plus de 14 p. 100.

Les partisans avec restrictions ont soigné 39 malades; ils n'eurent qu'un seul décès, soit 2,58 p. 100.

Les adeptes de la balnéation tiède ont soigné 554 malades, dont 54 moururent, soit 9 p. 100.

Les défenseurs systématiques ont accusé 492 cas; ils ont eu 40 décès, soit 8,13 p. 100.

Il y a donc une différence, entre les premiers et les derniers, de 6 p. 100 en moins.

Ces chiffres concordent absolument avec ceux des médecins de Lyon, dont le total arrive à 8,5 p. 100.

Pourquoi ne pas appliquer systématiquement une méthode dont les résultats sont si favorables? Est-ce à cause

de la possibilité d'accidents pulmonaires? Or, M. Juhel-Rénoy, sur 202 cas, n'en a jamais observé.

Est-ce par crainte de faire subir, — ainsi que d'aucuns l'ont soutenu, — un véritable supplice aux malades? La médication est très tolérable; et, de toute façon, le mieux est avant tout de guérir.

Il faut traiter par les bains froids, hâtivement et systématiquement, car on ne sait jamais, au début d'une fièvre typhoïde, quelle en sera la fin; et, de même qu'on ne refuserait pas le mercure ou l'iodure à un syphilitique, parce qu'il est légèrement atteint, de même on ne doit pas s'abstenir de donner le bain froid parce qu'une dothiénentérie paraît légère. Rien ne permet de prévoir qu'elle ne deviendra pas extrêmement grave.

Qu'on ne vienne pas arguer des difficultés matérielles, car on peut ce que l'on veut; et M. Juhel-Rénoy a toujours pu appliquer la méthode en quelque service qu'il ait été.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. CHARPENTIER.

Les aliénés aux séquestrations nombreuses (1).

II

Legrand du Saulle avait le soin de découper et de recueillir dans les dossiers les extraits des faits-divers des journaux, relatifs à ses aliénés. C'est ainsi que nous avons retrouvé souvent la même phrase prononcée par eux au moment de leur arrestation : « Je me moque de la police; je me ferai comme les autres fois passer pour fou et les médecins finiront bien par me mettre en liberté. »

Nous retrouvons, chez ces mêmes individus, dans leurs certificats, un autre fait commun par sa fréquence et bien digne de remarque en raison de son importance. Les certificats des premières séquestrations indiquent l'épilepsie et l'alcoolisme, à Bicêtre l'épilepsie n'est pas constatée, à part une crise citée les deux premiers jours sur la foi des infirmiers, mais le certificat de sortie est net à cet égard et exprime que le malade n'a présenté ni attaque, ni vertige depuis son entrée et parfois aucun trouble mental.

A partir de la quatrième ou de la cinquième séquestration, les certificats de la Préfecture de police continuent à mentionner : alcoolisme; excès alcooliques ou même alcoolisme chronique, mais l'épilepsie n'y est plus représentée que par la mention : anciennes attaques épileptiques, ou bien : aurait été épileptique. Le fait est très important, car il y aurait chez ces individus un développement contraire aux enseignements de la clinique; la clinique, en effet, nous enseigne que l'alcoolisme aggrave l'épilepsie, que celle-ci s'accentue si l'alcoolisme continue et que la démence survient plus rapidement. Mais ces sujets ne deviennent jamais déments, l'épilepsie disparaît et l'alcoolisme persiste. Nos sujets à séquestrations multiples offriraient donc ce caractère exceptionnel de devenir plus alcooliques et moins épileptiques. Ce que nous venons de dire n'a pas pour but de critiquer les certificats médicaux de nos collègues, la possibilité de telles méprises est inévitable, étant donné les conditions d'examen au dépôt de la Préfecture; grand nombre d'individus à examiner dans un espace de temps restreint, restaient avec renseignements souvent incomplets, parfois inexacts et quelquefois nuls. Si habile et si expert que l'on soit, la surprise est possible si surtout on a affaire à des individus qui savent que la surprise peut avoir lieu. Notre but, au contraire, est de réclamer, pour les médecins de la Préfecture de police, un véritable service d'hôpital, fonctionnant comme celui du Bureau central d'admission de Sainte-Anne et surtout fonctionnant mieux, car, comme nous le disions plus haut, à part la première séquestration, ce n'est que par exception que les sujets à séquestrations multiples y séjournent plus de trois ou quatre jours, ce qui explique l'uniformité du certificat de Sainte-Anne qui est tellement stéréotypé, qu'avant la deuxième ligne, nous avons deviné la signature. C'est pour de tels sujets que les quinze jours doivent être considérés comme un minimum d'observation et que le certificat de quinzaine doit être absolument exigé.

M. Félix Voisin a noté souvent, dans ses certificats, la simulation de l'épilepsie. Legrand du Saulle qui, parfois, voyait le même individu au dépôt de la Préfecture et, quinze jours après, dans son service de Bicêtre, s'est laissé prendre au piège plus d'une fois; mais il ne craignait pas, après avoir certifié que son sujet, examiné à la Préfecture de police, était épileptique, de déclarer que le même sujet n'en avait présenté aucun symptôme dans son service, et parfois il ajoutait, en s'appuyant sur d'autres circonstances, que tout le portait à croire à la simulation de l'épilepsie.

Nous n'avons jamais vu, dans les certificats de ces individus, indiquée la morsure de la langue, et pourtant nous savons avec quels soins ce signe est relaté chaque fois qu'il est constaté, du moins à la Préfecture de police.

Ces sujets simulent donc l'épilepsie; mais ils s'en lassent bientôt, car leur expérience des asiles ne tarde pas à leur montrer qu'il est plus facile de simuler l'incohérence, l'agitation, les idées vagues de grandeur et de persécution avec ou sans hallucinations; en tous cas, ce qu'ils simulent rarement, c'est le refus d'aliments, le refus de tabac s'ils sont fumeurs et surtout le refus d'être mis en liberté. L'an dernier, M. Froment, dans un travail sur la simulation, citait l'exemple d'un de ses malades qui avait été, autrefois, dans notre service à la Sûreté, dans le même préau qu'un vieux persécuté aux hallucinations et interprétations délirantes systématisées; son malade, qui était jeune et n'était qu'un vicieux, avait emprunté le délire du vieux persécuté et c'est la jeunesse du sujet, contrastant avec un délire trop stéréotypé pour appartenir à cet âge, qui a permis à notre confrère de dépister la ruse et d'en reconnaître l'origine.

Avec l'expérience, ces individus simulent aussi des idées de grandeur, se disent inventeurs, inspirés par une mission divine, destinés à régénérer leur pays; c'est un pur délire fictif, mais ce qui peut tromper l'observateur, c'est qu'à côté de cette fiction, il y a, chez eux, une perversion morale remontant souvent à la jeunesse, se traduisant d'abord par la haine contre les sergents de ville, les commissaires de police et la Préfecture, puis contre les magistrats, les médecins et les asiles d'aliénés, souvent alors, ou plus tard, contre leurs parents, quoique ceux-ci aient vivement réclamé leur sortie lors des premières séquestrations, et, finalement, contre l'État, le gouvernement, la société. C'est le miséonisme dans sa période de complet épanouissement. Si l'observateur prend une telle perversion morale pour de la folie, tandis qu'elle n'est que le couronnement du vice, il tient alors pour vraies et réelles les divagations

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 650.

simulées et voulues de ces mêmes sujets sur les idées de persécution et de grandeur. Mais, en réalité, il n'y a là que l'union de mensonges et de divagations simulées à un état moral qui n'a de pathologique que le nom qu'on veut bien lui donner. Nous l'avons déjà répété, et on l'a dit bien longtemps avant nous : le vice, la passion, la folie, peuvent se trouver réunis chez un même individu, mais le vice et la passion ne sont pas de la folie et existent souvent sans trace de folie.

Que deviennent ces sujets à séquestrations multipliées ? Nous ne le savons pas; ce que nous pouvons dire, c'est qu'ils meurent rarement dans nos services et il est plus que probable qu'ils ne meurent pas davantage dans les autres asiles d'aliénés; ils finissent toujours par quitter notre service, ou mis en liberté, ou enlevés par les autorités administratives ou judiciaires. Nous ne les voyons jamais figurer dans le contingent des déments séniles. Au contraire, souvent des jeunes vicieux tombent dans la démence précoce, comme M. Falret l'a très bien fait remarquer, ou encore sont enlevés par une phthisie rapide; les premiers, parce que leur capacité intellectuelle ne peut suivre les exigences du vice dans son développement; les autres, parce que leur capacité respiratoire ne peut continuer à subvenir aux combustions d'un organisme épuisé par les excès vicieux de tout genre.

On a dit que quiconque simulait la folie était déjà un peu fou; si cette opinion pouvait être accréditée dans le monde des simulateurs, nous ne verrions aucun inconvénient à l'admettre, mais comme la simulation n'est pas exclusive de l'intelligence, nous n'y pouvons souscrire.

En définitive, que sont les sujets qui nous préoccupent, en raison de la multiplicité de leurs séquestrations dans nos asiles ? Sont-ce des aliénés ? A voir le nombre et la variété des dénominations contenues dans leurs certificats, l'embarras est grand pour les classer; tour à tour, ils figurent dans l'épilepsie, le délire alcoolique, l'excitation maniaque, la fureur, la mélancolie agitée ou dépressive, dans les idées confuses de persécution ou de grandeur. Il est même curieux, en parcourant leurs dossiers depuis 1840 jusqu'à nos jours, de voir que les noms qu'ils ont reçus reflétaient la succession des efforts scientifiques tentés en pathologie mentale. Aux temps de Leuret, Ferrus, Moreau (de Tours), Félix Voisin, Delasiauve, Marcé, quand ils avaient plus de trois séquestrations, ils étaient désignés sous le nom de manie chronique, manie rémittente. A partir de 1855, avec Lasègue, ils reçoivent celui de manie folie intermittente, folie périodique, délire transitoire, délire d'accès; le même aliéniste en fait plus tard des cérébraux, puis il trouve qu'ils ont éprouvé, autrefois, des traumatismes craniens. Avec Legrand du Saulle, ils sont dénommés épilepsie larvée, délire vertigineux. Morel en avait fait, bien entendu, des héréditaires. Bigot les a fait rentrer dans ses formes raisonnantes de la folie; on les a classés ensuite dans les dipsomanes; M. Bourneville leur applique l'épithète d'instables. C'est un côté incontestable de leur caractère, mais ce n'est qu'un côté. Avec MM. Magnien, Garnier, Legrain, Saury, ils deviennent des dégénérés. Quand l'hystérie mâle a été mise au jour par M. le professeur Charcot, nous avons espéré que c'étaient des hystériques mâles; nous avons essayé de les hypnotiser, ils simulaient le sommeil et quand nous leur avons témoigné brusquement qu'ils étaient des imposteurs, ils nous répondaient immédiatement par un éclat de rire, un pied de nez ou quelque autre extravagance gesticulée; la recherche des zones était toujours mal reçue et nulle; beaucoup étaient anesthésiques, parce qu'ils le voulaient bien et non par suggestion. Nous leur avons souvent donné, faute de mieux, le nom de folie morale; quand on songe aux discordances si accentuées des philosophes sur les morales, si ces sujets ne sont pas atteints d'une variété de folie, ils présentent au moins une morale particulière; pourvu que ce ne soit pas la morale de l'avenir ! ce qui est à craindre en voyant leur nombre augmenter rapidement, en voyant se multiplier à leur égard les témoignages d'indulgence suivis d'acquittement ou d'ordonnance de non-lieu et en présence des mesures d'assistance, que quelques esprits, par une philanthropie téméraire, sont disposés à proposer pour un grand nombre d'entre eux, tels que les mendiants et les vagabonds.

Si l'on remarque leur tendance à nier le bien, le mal, le vrai, le juste, à nier leurs délits et la justice de leurs condamnations, à nier toute espèce de devoir autre que celui de satisfaire immédiatement leurs désirs, peut-être ira-t-on jusqu'à les faire figurer, à titre de variété, dans le fameux délire de négation qui nous paraît en train de prendre son envolée.

Mais à quoi bon, comme disait Rabelais, se matagraboliser la cervelle à tenter de décorer d'un terme scientifique, emprunté à la pathologie mentale, un état qui, pour psychologique qu'il soit, n'est point pathologique du tout!

Ce que ces sujets ne peuvent nier, et là-dessus nous sommes tous d'accord, ce sont leurs habitudes d'alcooliques; ceci est hors de doute, ce sont tous des ivrognes. Cependant, combien d'ivrognes ont un domicile connu, un vrai nom, une profession réelle, ne causent aucun désordre dans la rue et rentrent tranquillement chez eux, sans éveiller leur concierge ni même leur ménage ! Chez nos sujets, leur ivresse est toujours accompagnée de ces circonstances opposées qui constituent précisément les motifs de leur arrestation. Ils ont l'ivresse mauvaise conseillère, dit-on; il reste à savoir si, en dehors de l'ivresse, ils sont accessibles aux bons conseils et surtout s'ils se les assimilent. Il y a beaucoup de préjugés et d'erreurs sur les effets de l'alcool. L'alcool n'a jamais fait parler hébreux un individu qui ne possédait aucun mot de la langue hébraïque. L'alcool intervient dans le développement et même dans l'éclosion des germes des sentiments, des idées et des actes; il reste étranger à la genèse même de ces germes; il ne les crée pas. L'alcool ne fait pas naître des bonnes idées, ni des mauvaises idées; il ne fait que mettre au jour ce qui était à l'état latent; c'est l'engrais qui ne fait développer de plantes dans le sol qu'à la condition que leurs graines y soient déposées.

Pour en revenir à nos sujets, ils sont vicieux, même en dehors de l'ivresse, mais plus circonspects; l'alcool émousse leur circonspection, mais même pour ceux qui admettent le libre arbitre, circonspection et libre arbitre sont deux actes ou deux états différents, quoique souvent limitrophes; les termes qui les désignent suffisent déjà pour les distinguer.

Il est donc prudent de les reconnaître comme responsables sinon comme punissables, car la punition, en dehors de son action immédiate, n'a pas sur eux d'effet sérieux, ni durable. Elle ne les améliore pas.

THÉRAPEUTIQUE

Des injections sous-cutanées ou intra-veineuses d'extraits liquides de nombre d'organes, comme méthode thérapeutique.

Par MM. Brown-Séquard et d'Arsonval.

(Note communiquée à l'Académie des sciences, dans sa séance du 13 juin 1892.)

Nous avons l'honneur de communiquer à l'Académie les principaux résultats d'expériences physiologiques et de faits cliniques, qui nous ont conduits à établir une méthode de thérapeutique nouvelle, celle des injections sous-cutanées ou intra-veineuses d'extraits liquides de divers organes.

Cette méthode a pour objet de donner au sang, à l'aide de ces injections, des principes qui lui manquent par suite de l'absence d'action de glandes ou d'autres organes. Déjà, en 1869, l'un de nous, dans un cours à la Faculté de médecine de Paris, avait émis l'idée que toutes les glandes, celles qui ont des conduits excréteurs comme celles qui n'en ont pas, donnent au sang des principes utiles, sinon essentiels, dont l'absence se fait sentir quand elles ont été extirpées par une maladie (1). Étendant cette notion, nous avons pensé que les organes non glandulaires et que les diverses parties élémentaires distinctes dans l'organisme animal, sont, comme les glandes, des foyers de production de quelque chose d'utile, soit pour d'autres parties, soit pour l'être tout entier. Nous avons ainsi été conduits à proposer d'employer, chez l'homme, en injections sous-cutanées, des liquides extraits de l'organe dont les actions sont altérées ou manquent plus ou moins complètement et pris chez des animaux en bonne santé.

Pour que cette méthode thérapeutique pût entrer dans la pratique, il est évident qu'il fallait, avant tout, s'assurer que les injections sous-cutanées ou intra-veineuses d'extraits liquides des divers organes peuvent être faites sans danger. A l'époque où nous avons commencé nos recherches, les faits connus semblaient montrer que nombre de ces extraits liquides causent la mort. Nos propres expériences, avec des extraits de poumons, de foie, de rein, de capsules surrénales, de rate, de muscles, de cerveau et d'autres parties encore, avaient, d'abord, presque toujours montré que la mort a lieu après des injections, non seulement dans les veines, mais aussi sous la peau. Deux organes seulement avaient toujours fait exception : les testicules et les ovaires. L'injection sous-cutanée même de quantités énormes d'extraits liquides de ces derniers organes n'a jamais causé la mort, bien que le nombre de nos expériences ait été extrêmement considérable.

Des expériences faites par Wooldridge, Ewald, Langendorff, Fao et Pellacani et aussi par M. Bouchard et, plus tard, par son élève, M. Roger, avaient aussi montré combien peuvent être dangereuses des injections intra-veineuses ou sous-cutanées d'extraits liquides de nombre d'organes.

Le danger, dans quelques-uns des cas, a été dû à l'eau employée. L'eau de Seine, en particulier, si elle n'a pas été bouillie, est quelquefois meurtrière, même en quantité peu considérable, lorsqu'on l'injecte sous la peau. Mais, en suivant toutes les règles de l'asepsie et faisant usage d'eau bouillie, le danger est souvent très grand encore si l'on se sert du filtre en papier. Avec de bons filtres de cette espèce, cependant, nous avons, le plus souvent, pu injecter impunément sous la peau des extraits liquides de presque tous les organes, et surtout de ceux qui peuvent être le plus utiles en thérapeutique. En employant ce mode de filtration, nous avons pu injecter dans les veines, sans causer la mort, des quantités quelquefois très grandes de liquides retirés du pancréas et de quelques autres organes. Il était admis, cependant, que ces liquides déterminaient toujours la mort par la coagulation du sang, ce qui était une erreur, car les animaux qui sont morts après nos injections ont survécu beaucoup trop longtemps pour que des formations emboliques aient pu les tuer. Quoi qu'il en soit, la filtration est un point tellement important, qu'aujourd'hui nous pouvons déclarer qu'en nous servant de l'appareil à stérilisation par l'acide carbonique à haute pression, avec le filtre en alumine qui porte le nom de l'un de nous (M. d'Arsonval), tous les extraits liquides essayés jusqu'ici ont pu être injectés, sans danger, dans le sang. Nous continuons cette recherche et nous en ferons l'objet d'une communication spéciale à l'Académie.

Les extraits liquides de toutes les glandes, ceux des centres nerveux, des muscles, de nombre d'autres parties, sortant de cet appareil, ont pu être injectés sans aucun mauvais effet, sous la peau de lapins et de cobayes. Ce point est absolument hors de question, même dans les cas où des injections de quantités d'extraits liquides, de vingt à trente fois plus considérables que celles qu'il faudrait injecter chez l'homme, ont été employées.

On peut donc, sans crainte aucune, employer en injections sous-cutanées chez l'homme tous les liquides organiques, dont la physiologie ou la clinique peuvent montrer l'utilité. Nous en savons déjà assez, quant aux injections intra-veineuses, pour dire qu'il nous semble certain que nous pourrons bientôt déclarer qu'elles sont aussi d'une innocuité absolue ; mais nous préférons attendre un peu pour faire cette affirmation.

Quant aux extraits liquides à employer, nous bornerons notre démonstration d'aujourd'hui à l'étude des liquides de la glande thyroïde et des capsules surrénales.

Les arguments sont maintenant surabondants et établissent que les glandes ont toutes une sécrétion interne par laquelle elles donnent quelque chose d'utile ou d'essentiel à l'organisme et que l'on peut, quand cette sécrétion fait défaut, la remplacer par des injections de sucs dilués, retirés d'organes similaires pris chez les animaux sains. La démonstration est absolument complète, quant aux testicules et aux ovaires; mais, bien qu'il ne puisse y avoir de doutes à cet égard, nous n'en voyons pas moins assez souvent, beaucoup trop souvent, hélas! des femmes chez lesquelles les ovaires sont altérés ou ont été extirpés et dont la santé physique et morale est profondément troublée, alors qu'il serait si facile, en général, à l'aide d'injections sous-cutanées de suc d'ovaire dilué, de leur donner ce qui leur manque et de rétablir ainsi l'état normal !

La preuve de l'importance des injections sous-cutanées du suc dilué d'un organe, pris chez un animal sain, dans les cas où celui-ci est altéré ou manque chez l'homme, est donnée, aujourd'hui, en ce qui concerne la glande thyroïde, d'une manière aussi complète qu'à l'égard des glandes sexuelles. Un médecin italien, M. G. Vassale, conduit par les mêmes idées générales qui avaient été exposées par l'un de nous au sujet de toutes les glandes, un an auparavant, a eu le mérite de faire les premières injections sous-cutanées ou intra-veineuses d'un liquide extrait de la thyroïde. Depuis lors, M. Gley, qui a eu un prix de l'Académie pour ses belles recherches sur cette glande, a rapporté des faits ayant

(1) Dans l'une des premières publications de l'un de nous (M. Brown-Séquard) sur les injections de liquide testiculaire (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, p. 421-422, juin 1889), il disait que les glandes à conduit excréteur, comme les glandes dites *sanguines*, ont une sécrétion interne. Parlant des inflammations ou d'autres maladies du rein, il concluait que les phénomènes urémiques dépendent non seulement de l'insuffisance de l'élimination de certains principes, mais aussi de trois causes, qui sont : 1° l'insuffisance ou l'absence d'une modification chimique du sang qu'exerce le rein normal; 2° l'existence de changements chimiques morbides du sang remplaçant la sécrétion interne normale; 3° des influences provenant de l'irritation des nerfs du rein. Depuis lors, l'un de nous à Paris, l'autre à Nice, ont, chacun de son côté, fait des expériences qui démontrent que le rein a une sécrétion interne d'une grande utilité. Chez des lapins et des cobayes ayant eu les deux reins enlevés, dont quelques-uns ont reçu des injections sous-cutanées de suc dilué des reins, nous avons trouvé que la survie était d'un à deux jours de plus pour ces derniers que pour ceux qui n'avaient pas eu d'injections. De plus, les phénomènes urémiques ont tardé à se montrer chez ceux qui ont eu une survie plus grande, grâce à l'injection du suc rénal dilué. Nous poursuivons ces recherches et nous en ferons l'objet d'une communication spéciale à l'Académie.

une importance capitale sur le point qui nous occupe. On sait qu'après l'ablation de la glande thyroïde chez les chiens, un état morbide très complexe se montre rapidement et que la mort arrive bientôt. Or si, comme l'a vu M. Gley, après avoir constaté, sur un chien privé de thyroïde, des symptômes très graves annonçant une mort prochaine, on fait une injection intra-veineuse d'un extrait très dilué de glande thyroïde (de chien ou de mouton), on voit disparaître, déjà au bout de quelques minutes, plusieurs des manifestations morbides. Les accès convulsifs diminuent d'intensité et bientôt cessent complètement, la respiration reprend son rythme ordinaire, l'animal se relève et bientôt marche bien. En d'autres termes, il revient promptement à l'état normal. La démonstration est donc claire : ce que la glande donnait au sang et que l'animal ne recevait plus depuis l'ablation, est fourni par l'injection et la santé revient.

Des médecins anglais, guidés sans doute (bien qu'ils ne le disent pas) par la doctrine émise depuis trois ans par l'un de nous, ont fait chez l'homme, avec succès, des injections sous-cutanées de suc dilué de la thyroïde pour combattre une des plus affreuses maladies que nous connaissions, le myxœdème, affection causée par la perte des fonctions de la thyroïde. L'un de ces médecins, M. Murray, après avoir préparé, en suivant à peu près les règles que nous avions données, un extrait aqueux et glycériné de thyroïde de mouton, a obtenu des effets favorables extrêmement remarquables dans un cas très avancé de myxœdème. Un autre, M. Beatty, rapporte que, dans l'espace d'une semaine, il a obtenu, par des injections d'extrait aqueux de thyroïde de mouton, une amélioration considérable dans l'état d'une femme atteinte de myxœdème. Peu de temps après, la guérison était à bien peu près complète.

L'un de nous a vu avant-hier, à l'hôpital de la Charité, deux malades qui y étaient entrées pour être traitées de myxœdème et dont l'état s'est amélioré à tel point, dans l'espace de dix jours, qu'il ne reste plus que des vestiges de la maladie. C'est dans le service de notre confrère, M. Bouchard, et sur sa demande que son élève, M. Charrin, a traité ces malades par des injections sous-cutanées de liquide thyroïdien provenant du mouton. Nous espérons que ces faits si importants seront bientôt communiqués à l'Académie, dans tous leurs détails, par MM. Bouchard et Charrin. Voilà donc des faits absolument décisifs, démontrant la vérité du principe que nous soutenons, à savoir que les effets morbides dépendant de l'absence d'action d'une glande, chez l'homme, peuvent disparaître et même avec une merveilleuse rapidité sous l'influence du remplacement, dans le sang, d'éléments que lui fournissait la glande absente ou malade, par des éléments semblables qui proviennent du même organe pris chez un animal.

En 1856, l'un de nous avait trouvé que, chez les cobayes, les lapins et les chiens, la mort suit toujours et très rapidement l'ablation de deux petits organes, les capsules surrénales, que l'on considérait bien à tort comme ne servant à rien. La conclusion qu'il avait tirée de ces faits était que ces organes sont essentiels à la vie. Cette conclusion semblait d'autant plus bien établie, que la mort, après leur ablation, avait lieu toujours en bien moins qu'une journée, tandis que l'extirpation des reins ne la cause qu'après plusieurs jours. Quelques physiologistes, MM. Philipeaux, Gratiolet et d'autres montrèrent bientôt que si, au lieu de faire le même jour l'ablation des deux capsules, on les enlève successivement, laissant un intervalle d'un ou deux mois entre les deux opérations, les animaux survivent. Fallait-il donc conclure des résultats si différents de nos expériences et de celles de ces physiologistes, que les fonctions de ces petits organes peuvent être complètement et pour toujours remplies par d'autres organes? Il n'en est pas ainsi : dans ces dernières années, Tizzoni, et après lui un Alsacien, le docteur Stilling, ont montré que, chez les animaux qui survivent aux ablations successives des capsules surrénales, il survient lentement, mais sûrement, des altérations organiques des centres nerveux qui amènent fatalement la mort. Ces petits organes sont donc essentiels à la vie, ce qu'on aurait pu, du reste, conclure aussi du fait bien connu que, dans la maladie, jusqu'ici incurable, qui porte le nom de son découvreur, Addison, les capsules surrénales sont presque toujours profondément altérées, sinon détruites. Nous avons tout lieu d'espérer que cette maladie cessera désormais d'être toujours fatale, si l'on veut bien lui appliquer la méthode thérapeutique nouvelle que nous proposons et qui consiste à faire des injections sous-cutanées de l'extrait liquide de l'organe malade ou manquant. Dans la maladie d'Addison, lorsqu'elle est entièrement due à une lésion des capsules surrénales, nous avons les plus sérieuses raisons de croire que les phénomènes morbides disparaîtraient sous l'influence d'injections sous-cutanées de l'extrait liquide de capsules surrénales d'animaux.

Nos expériences, en effet, et celles un peu différentes, mais très variables aussi, de MM. Abelous et Langlois, ont donné des résultats très nets, montrant que, lorsque des animaux ayant perdu, par ablation, leurs capsules surrénales, vont mourir, on leur fait rapidement recouvrer à bien peu près leur état normal en leur injectant sous la peau de l'extrait liquide de ces organes.

Nous croyons donc que c'est un devoir impérieux pour les médecins ayant à traiter cette affection, toujours fatale jusqu'à présent, la maladie d'Addison, d'avoir recours aux injections sous-cutanées de cet extrait liquide. Dans un cas du service de M. Bouchard, M. Charrin est sur le point de faire l'essai de cette méthode de traitement.

Conclusions. — 1° Les extraits liquides de tous les viscères, des glandes et d'autres parties de l'organisme, passés au filtre en alumine de l'un de nous (M. d'Arsonval), peuvent être injectés sous la peau, même en quantité très considérable, en parfaite sécurité.

2° Des faits expérimentaux, d'accord avec des faits cliniques, montre la puissance curative d'injectious sous-cutanées de liquide thyroïdien, dans des cas de grave maladie dépendant de l'absence d'action de la thyroïde, et donnent un appui considérable à la méthode thérapeutique que nous avons depuis longtemps proposée.

3° Il y a tout lieu de croire, d'après des faits expérimentaux que nous rapportons, que la mort, dans les maladies des capsules surrénales, pourrait être retardée, sinon absolument empêchée, par des injections de l'extrait liquide de ces glandes, pris sur des animaux en bonne santé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 juin 1892 (*fin*). — Présidence de M. Chauvel.

COMMUNICATIONS

Ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus, désarticulation intra-scapulo-thoracique. — M. DELORME présente à la Société un blessé auquel il a pratiqué, il y a deux mois et demi, une amputation intra-scapulo-thoracique pour un ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Il s'agissait d'un artilleur qui, deux ans auparavant, avait été atteint d'une entorse de l'épaule et qui, à plusieurs reprises, depuis cette époque, avait subi des traumatismes de cette jointure. Les signes présentés par l'articulation blessée étaient ceux d'une ostéo-arthrite : douleurs intermittentes, modérées, tuméfaction légère, mouvements limités, pas de sensation de crépitation, pas de vascularisation anormale, M. Delorme proposa l'arthrotomie suivie d'évidement ou de résection. C'était également cette opération qu'avait conseillée un chirurgien de renom qui avait porté le même diagnostic.

L'incision faite, la plaie saigne abondamment, on tombe dans une cavité osseuse, on pense alors à un ostéo-sarcome et le diagnostic est confirmé par un examen histologique fait sur-le-champ. Le premier plan opératoire fut dès lors abandonné, et M.Delorme

pratiqua l'amputation intra-scapulo-thoracique, en suivant les indications données par MM. Chauvel, Berger et Farabeuf : double raquette, résection de la partie moyenne de la clavicule, ligature préalable des vaisseaux sous-claviers, etc. L'ablation du membre fut rapidement faite et l'hémorrhagie très peu abondante; cependant, le choc traumatique fut intense et quelques heures après l'opération, la température était descendue à 35 degrés dans le rectum. Le blessé resta dans cet état jusqu'à dix heures du soir, moment où, grâce à des excitants employés avec persévérance, la température remonta à 36 degrés dans le rectum. Le lendemain elle était de 37. Ce blessé guérit par première intention, présentant des eschares au niveau des points où des piqûres d'éther avaient été faites, et des eschares superficielles et peu étendues au niveau de la plaie.

Le résultat obtenu est satisfaisant, la cicatrice linéaire, non adhérente. Le moignon est sensible et on ne constate pas de déviation du tronc.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome embryo et fibro-plastique et l'examen macroscopique permit de constater que la synoviale était intéressée jusqu'à ses insertions à l'omoplate et que le sus-épineux était envahi.

M. KIRMISSON trouve l'intervention bien grave, étant donné le cas auquel a eu affaire M. Delorme. L'omoplate est intacte. La désarticulation de l'épaule aurait donc suffi, quitte à abattre la cavité glénoïde si l'état de la synoviale l'avait nécessité. Le malade de M. Delorme n'est pas plus à l'abri de la récidive que s'il s'en était tenu à la désarticulation.

M. QUÉNU pense que, quand le néoplasme est bien encapsulé à l'extrémité supérieure de l'humérus, la désarticulation suffit. Tout cela dépend de plus ou moins d'intégrité des muscles.

M. PEYROT est d'accord avec M. Quénu. Quand il n'y a pas d'infiltration de voisinage, il n'est pas nécessaire d'étendre outre mesure l'intervention. Il a opéré, il y a six ans, un sarcome du maxillaire inférieur bien encapsulé. Il n'y a pas eu jusqu'ici de récidive.

M. MARCHAND a opéré, il y a six ans, un fibro-sarcome du dos. Dix-huit mois après il y eut une récidive, nouvelle intervention; quatre mois après, nouvelle récidive, troisième intervention; quatre ans après seulement, apparition d'un sarcome abdominal, mais aucune récidive locale.

M. DELORME répond à M. Kirmisson qu'en pratiquant la désarticulation intra-scapulo-thoracique, il n'a fait que suivre la règle acceptée par la Société de chirurgie. Les lésions présentées par son blessé au niveau des muscles péri-articulaires imposaient cette opération au lieu de la désarticulation de l'épaule, laquelle l'eût exposé à laisser dans le moignon des tissus malades, car aucun des procédés de désarticulation ne permet de mettre à découvert et d'enlever le sus-épineux, dont l'altération a été démontrée par l'examen de la pièce. L'amputation intra-scapulo-thoracique n'est pas une opération si grave que M. Kirmisson le pense et si le blessé présenté a subi un état de choc alarmant, cette complication est rare, ainsi que le démontrent les recherches de M. Berger. Son observation vient donc affirmer l'excellence de la pratique qui consiste, dans les tumeurs malignes de l'extrémité supérieure de l'humérus, surtout dans celles qui ne sont pas purement intra-osseuses, à faire l'ablation totale du membre supérieur.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les troubles du langage chez les aliénés (1), par le docteur SÉGLAS, médecin suppléant de la Salpêtrière.

Ce livre est une étude d'ensemble de tous les troubles du langage, pris dans son sens le plus étendu, chez les aliénés. L'auteur divise son travail en trois parties principales : le langage parlé, le langage écrit et le langage mimique. L'idée qui a présidé à ce plan est celle de la différenciation anatomo-clinique du langage en quatre centres physiologiques distincts : l'audition, la vision, l'écriture et la lecture des mots. Aussi, ferons-nous ici une petite critique. Pourquoi l'auteur n'aurait-il pas analysé séparément la pathologie de chacun de ces quatre centres? Avec cette division, il n'aurait pas décrit, dans les troubles du langage parlé, les hallucinations verbales visuelles et auditives, qui n'ont pas plus de relations avec la parole que les hallucinations graphiques étudiées à part. Le groupement de toutes les lésions fonctionnelles et organiques de ces deux centres, l'audition et la vision du langage, aurait fait deux chapitres nettement distincts et comportant, outre les hallucinations et les aphasies, les amnésies visuelles et auditives, que M. Séglas a d'ailleurs étudiées chez les mélancoliques.

Dans la première partie de l'ouvrage, l'auteur s'occupe du langage parlé et en étudie les modifications tenant aux troubles intellectuels généraux, aux troubles de la fonction même du langage, et à ceux de la parole proprement dite. Le plan suivi est très simple, quoique comportant de nombreuses subdivisions, et permet de classer la plupart des cas cliniques sous des étiquettes commodes et groupant les faits d'une façon assez naturelle. Les modifications du langage parlé, portant sur la rapidité, la forme (diction), la syntaxe et le contenu (logique), sont tour à tour analysées. Un chapitre intéressant est celui consacré aux troubles fonctionnels des divers centres du langage et notamment aux hallucinations verbales. C'est là une question toute récente, qui se rattache étroitement aux découvertes modernes des localisations du langage et à la théorie corticale des hallucinations. M. Séglas, qui s'était déjà occupé des hallucinations du centre de la parole, les a appelées psycho-motrices, épithète un peu vague qui englobe aussi les hallucinations graphiques et même celles du sens musculaire. Quoi qu'il en soit, ces phénomènes sont bien étudiés. On sait que Baillarger les avait décrites sous le nom d'hallucinations psychiques; il est maintenant admis par tous les aliénistes que ce ne sont là que des hallucinations de la parole qui, à un degré plus élevé, deviennent des impulsions verbales, très fréquentes chez les dégénérés.

La deuxième partie du livre comprend d'abord les modifications du langage écrit, dépendant des troubles intellectuels et se manifestant par la rapidité plus ou moins grande de l'écriture, par le nombre et l'aspect général des écrits (forme, syntaxe, logique, etc.). On trouve là des indications diagnostiques de l'état mental des malades, surtout des déments, des paralytiques et des persécutés. Parmi les modifications du langage écrit, dues aux troubles de la fonction du centre cortical, M. Séglas décrit, outre les impulsions graphiques des spirites et aussi l'écriture involontaire et inconsciente, des hallucinations motrices graphiques, qui doivent exister pour compléter le tableau des hallucinations verbales, mais dont la réalité clinique n'est pas encore affirmée par beaucoup d'observations.

La troisième partie contient les troubles du langage mimique. Bien que ces derniers ne donnent que des renseignements grossiers et incomplets sur l'état mental des aliénés, il est bon de ne pas les négliger; et M. Séglas a bien fait de les décrire avec soin, en en tirant des déductions séméiologiques justes.

En somme, l'ouvrage de M. Séglas est des plus documentés et comble une lacune dans la littérature psychiatrique. Nous aurions désiré y voir un chapitre consacré aux troubles du langage musical, notamment aux hallucinations musicales auditives et aux impulsions au chant que l'on observe assez fréquemment chez les aliénés; aussi un paragraphe sur les tatouages exécutés par les malades sur eux-mêmes, et reproduisant le thème délirant comme les dessins avec lesquels ils se rapprochent beaucoup du langage écrit; et enfin quelques idées générales sur les rapports entre certaines dissociations du langage écrit ou parlé et sa formation anthropologique. Malgré ces petites omissions, cette

(1) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

œuvre, très soignée, est une mise au point originale d'une question qui n'a pas encore été traitée en France sous cette forme synthétique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Lille. — M. Combemale, agrégé, est prorogé dans les fonctions de chef du laboratoire des cliniques.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le professeur Bernheim est nommé assesseur du doyen.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lacourtiade (de Blaye); Rouquette (de Saint-André de Sangonis); Roussel, décédé à Nancy, à l'âge de quatre-vingt-sept ans. Dans sa jeunesse, notre vénéré confrère avait fait la campagne de Pologne. S'étant fixé à Nancy, il était devenu professeur d'accouchements à l'hospice départemental, puis professeur à l'École de médecine. Il fut nommé professeur adjoint à la translation de la Faculté de Strasbourg à Nancy, et professeur honoraire, au moment où il prit une retraite bien méritée ; — Sabathier (de Saint-Jean d'Illac).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

41

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

65

NI GASTRALGIES, NI ENTERALGIES !

ROB LECHAUX

La cuillerée à soupe contient :

Iodure de potassium recristallisé.	0gr 40
Extrait de quinquina calisaia. . .	0 20
Extrait de salsepareille	0 25

RACHITISME, SYPHILIS
ANÉMIES GRAVES
MALADIES DE LA PEAU
ADÉNOPATHIES STRUMEUSES

Envoi gracieux d'échantillons aux médecins.

164, rue Ste-Catherine, BORDEAUX, et phies.

31

SIROP RAIFORT IODÉ (A FAIT A FROID)

de J. BUCI

L'IODE, combiné aux *sucs des plantes antiscorbutiques*, rend aux **enfants malades** les plus grands services pour combattre les **Glandes du cou, — Rachitisme, — Mollesse des chairs**.

Il remplace les huiles de foie de morue; outre que c'est un **fluidifiant**, c'est encore un **dépuratif énergique**.

PARIS, 19 ET 22, RUE DROUOT, PARIS. Dr J. Buci

33

RÉVULSIF JOUY IODÉ

LARYNGITES, CATARRHES, BRONCHITES, etc.

Le **Révulsif iodé** tient le milieu entre le vésicatoire et le sinapisme, il a une action plus profonde et moins fugace que le sinapisme, il agit moins énergiquement que le vésicatoire et ne produit à la longue qu'une vésication superficielle.

Dépôt : MICHELAT et LESUEUR, 9, rue des Guillemites, Paris, et toutes pharmacies.

39

SOLUTION DE BIPHOSPHATE DE CHAUX DES

FRÈRES MARISTES

Employée avec succès pour combattre les *scrofules*, la *débilité générale*, le *ramollissement* et la *carie des os*, les *bronchites chroniques*, les *catarrhes invétérés*, la *phtisie*, surtout aux 1er et 2e degrés.— Notice fo.— **5f** le litre, **3f** le 1/2 litre. *Exiger les signatures* L. ARSAC et Fre CHRYSOGONE.

DÉPOTS : Chez les Frères Maristes : à St-Paul-Trois-Châteaux (Drôme); à St-Genis-Laval (Rhône); à l'Hermitage, par St-Chamond (Loire); à Aubenas (Ardèche); à Beaucamps, près Lille (Nord); à Lacabane, par Terrasson (Dordogne); à Varennes-sur-(Allier Allier) et ds les phies. Remises par quantité.

77

ASTHME, PAPIER FRUNEAU

le seul papier anti-asthmatique récompensé à l'Exposition universelle de 1889. 45 ans de succès.

Entrepos. : E. FRUNEAU, Nantes, et toutes Phies.

64

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie,** *la* **dyspepsie atonique,** *les* **fièvres intermittentes,** *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds*, on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café d'**ELIXIR de BOLDO-VERNE.**—Dépt: VERNE, phien, Grenoble (France), et ds les princip. phies de France et de l'Étranger.

LE BROMIDIA

DANS LE DÉLIRE DE LA PNEUMONIE

Aucun médicament ne peut être comparé au **BROMIDIA** comme calmant et comme hypnotique certain. Mais c'est dans l'état typhique accompagné de délire, qu'on observe dans certaines formes de pneumonie, que j'ai surtout constaté ses bons effets. Les opiacés ne doivent pas être employés pendant cette période, afin de ne pas diminuer la force cardiaque. Il en est de même de l'aconit, de la digitale et du *veratrum viride*. Employé avec le sulfate de quinine et le carbonate d'ammoniaque, le **BROMIDIA** procure le sommeil et agit comme un puissant tonique cardiaque. Il n'y a pas dans ces cas de meilleur médicament, et MM. Battle ont rendu un véritable service à l'humanité en proposant cette préparation.

J'ai employé le **BROMIDIA** dans 15 cas de pneumonie avec les meilleurs résultats. En employant le sulfate de quinine comme antiseptique et tonique cardiaque, le carbonate d'ammoniaque comme stimulant, l'aconit comme sédatif, le lait et les œufs comme aliment, et le **BROMIDIA** contre le délire et l'insomnie, le médecin aura plus de succès en traitant la pneumonie que s'il avait employé les méthodes anciennes.

Dr JESSE E. THOMPSON.

Salem, Mo., États-Unis.

UNE BROCHURE ET ÉCHANTILLON

DE

BROMIDIA

seront envoyés franco sur demande

aux Médecins.

DÉPOT GÉNÉRAL

Pour la France et ses Colonies :

ROBERTS & Co,

PHARMACIENS-DROGUISTES

5, RUE DE LA PAIX, 5

PARIS

Prix au public : 5 francs.

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPOT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30o.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

62

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

66

EUCALYPTOL VOIRY

LE SEUL CHIMIQUEMENT PUR

Récompenses obtenues par R. VOIRY, pharmacien de 1re classe, pour ses travaux sur l'**Eucalyptol:**

Médaille d'OR, Société de pharmacie de Paris
Prix LAROZE, Ecole supér. de pharm. de Paris.

ÉLIXIR D'EUCALYPTOL VOIRY

Adopté ds les HÔPITAUX DE LA MARINE ET DE L'ÉTAT

Médicament présentant à MM. les Médecins toute garantie de pureté. — Prescrit toujours avec SUCCÈS DANS LE TRAITEMENT DES **affections des voies respiratoires**, *Catarrhes pulmonaires, Bronchites chroniques, Tuberculoses, etc.*

5, boulev. de Courcelles Paris, et ttes phies.

23

(VOSGES) PLOMBIÈRES (VOSGES)

SAISON DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

Maladies du tube digestif.
Affections nerveuses et rhumatismales.
Maladies des femmes, Hydrothérapie.

Étuves romaines, Bains, Douches, Massage.

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

« La pepsine et la diastase, insolubles dans « l'alcool qui les précipite de leur dissolution « dans l'eau ou les y rend inactifs, ne doivent « pas être administrées dans un liquide alcoolique « (vin, élixir, etc.) » (BOUCHARDAT.)

Les **Cachets Mourrut,** mélange exactement dosé et à létat de pureté absolue de ces deux ferments digestifs, constituent leur mode d'administration le plus actif et le plus rationnel.— 39, r. de Clichy.

22

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MM. Dujardin-Beaumetz et Nocard sont venus demander à l'Académie d'appuyer de toute son autorité le récent arrêté du Préfet de police relatif aux chiens, arrêté qui, comme on sait, exige la destruction de tous les chiens errants et l'obligation de la laisse ou de la muselière pour les chiens domestiques. Comment se fait-il que cette mesure si sage, dont on a déjà pu apprécier les bons effets en d'autres temps, qui donne de si bons résultats dans les pays où elle est appliquée dans toute sa rigueur, rencontre aujourd'hui de si vives oppositions ? Les chiffres fournis par M. Dujardin-Beaumetz, les arguments invoqués par M. Nocard, sont bien faits cependant pour entraîner la conviction. Aussi l'Académie a-t-elle voté, à l'unanimité, la proposition suivante formulée par M. Nocard :

« L'Académie, affirmant de nouveau que la suppression des chiens errants est le seul moyen efficace de faire disparaître la rage, émet le vœu que les prescriptions des articles 51 et 54 du décret du 22 juin 1882 (mesures pour la prophylaxie de la rage) soient constamment et rigoureusement appliquées. »

Que les amis des chiens se rassurent et qu'ils veuillent bien comprendre que le meilleur moyen de les garantir contre ce terrible danger qui les menace constamment, contre la rage, est encore de leur infliger certaines petites misères, telles que la laisse et la muselière, auxquelles d'ailleurs ils s'habituent très vite.

A l'occasion d'un rapport pour le prix Civrieux, M. Mesnet s'est livré à une discussion intéressante sur la valeur du mot « pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique ». Il conteste l'existence de ces pseudo-paralysies. L'alcoolisme et le saturnisme peuvent mener à la vraie paralysie générale, ou bien ils conduisent aux dégénérescences caractéristiques de l'alcoolisme ou du saturnisme chroniques. Mais, entre ces deux états, M. Mesnet ne voit pas place pour un état intermédiaire, et la dénomination nouvelle de pseudo-paralysie générale ne sert qu'à masquer l'embarras dans lequel se trouve parfois le clinicien en présence de certaines expressions cliniques d'origines diverses.

Signalons une courte communication de M. Péan relative à la technique de la trachéotomie, communication dans laquelle M. Péan revendique, à juste titre, la priorité de l'invention de la canule trachéale avec mandrin, dont la canule de Krishaber et celle de Glover, qui vient d'être présentée à l'Académie par M. Labbé, ne sont que des modifications plus ou moins avantageuses.

Enfin, M. Fabre a présenté un insufflateur à air chaud créosoté, à température constante et progressive, à l'aide duquel il dit avoir obtenu de bons résultats dans le traitement des affections des voies respiratoires, et en particulier de la phthisie pulmonaire.

L'Académie a procédé à l'élection d'un membre associé libre. M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur, a été élu avec une forte majorité. La Compagnie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Le Dentu sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire. La liste de présentation porte : en première ligne, *ex æquo*, MM. Berger et Nicaise ; en deuxième ligne, M. Horteloup ; en troisième ligne, M. Terrillon ; en quatrième ligne, M. Reclus ; en cinquième ligne, M. Lucas-Championnière.

HOPITAL NECKER. — M. Rendu.

Un cas d'ulcère de l'estomac compliqué de pneumonie grippale.

Le 26 décembre, entrait au n° 21 de notre salle, une malade âgée de quarante-deux ans. Cette malade n'offrait d'autres antécédents morbides qu'un léger degré de nervosisme, quelques palpitations, des migraines, un peu de gêne et de flatulence passagère après les repas, une constipation habituelle. Mais bien qu'elle eût eu et de grands chagrins de famille et de grands revers de fortune, sa santé était restée passable, quand, le 24 décembre, au sortir de la messe de minuit, elle fut accostée et interpellée par des individus ivres. Sa frayeur fut intense. Elle dormit mal, souffrit d'étouffements, de douleurs dans l'estomac. Elle était d'ailleurs à un moment spécial, au point de vue pathologique ; elle attendait ses règles pour le lendemain et était, par suite, plus disposée aux émotions nerveuses et aux congestions.

Le 25, ses règles ne venaient pas. Elle souffrait pendant toute la matinée de flatulences. Puis, brusquement, elle était prise d'une hématémèse énorme, elle rejetait près d'un litre et demi de sang noir. Dans la soirée, nouvelle hématémèse. Le 26, elle avait deux autres hématémèses abondantes qui forçaient à l'apporter à l'hôpital. Là encore, elle présentait une cinquième hématémèse très abondante. Pendant ces deux jours, elle avait, en plus de ses vomissements de sang, présenté du mélœna.

A l'entrée, la malade offrait le facies des grandes hémorrhagies : pâleur, sueurs profuses, pouls petit, incomptable, défaillant, tendance à la syncope. On dut, pour la ranimer, faire des piqûres d'éther. On donna, de plus, du thé, des fragments de glace; on fit appliquer une vessie de glace sur la région stomacale.

Le 27, il n'y avait pas eu de nouvelle hémorrhagie. L'état général, malgré quelques vertiges, était assez bon. Il n'y avait ni nausées, ni vomissements, ni douleurs stomacales, soit spontanées, soit provoquées. Le cœur, les poumons, les reins étaient sains. Je discutai avec vous les deux diagnostics d'hémorrhagie supplémentaire des règles ou d'ulcère simple, soit de l'estomac, soit du duodénum. L'hémorrhagie avait été bien abondante pour admettre le premier diagnostic. D'autre part, l'absence totale de douleur était peu en faveur du second. Restant donc sur la réserve, je me contentai de continuer le lait glacé et de donner 10 centigrammes d'opium.

Le 28, fatigue, malaise, céphalée, dont l'explication nous est fournie le soir par une nouvelle selle sanglante.

Le 30, réapparition des règles qui avaient été reculées de cinq jours. Malgré cette réapparition, la malade avait une nouvelle selle sanglante avec hémorrhagie dans la journée.

Le 31 décembre, l'affection entrait dans une phase nouvelle. La malade était prise d'excitation, de fièvre. Elle avait 40 degrés le soir. Le 1er janvier, la température était encore de 39°5. Ces accidents s'expliquaient mal par les hémorrhagies et l'anémie cérébrale consécutive. Mais, à la base droite, on trouvait du souffle et quelques râles diffus. Cette pneumonie prenait une extension rapide. Le 4 janvier, la malade succombait dans l'adynamie.

A l'autopsie, du côté des poumons, on trouvait une pneumonie double, suppurée à la base droite avec congestion hypostatique, noyaux de broncho-pneumonie. Ce sont bien là les lésions de la pneumonie grippale.

Du côté de l'estomac, au niveau de la face antérieure de la grande courbure, existait une légère érosion, n'intéressant que la muqueuse seule. Le fond de l'érosion était déjà granuleux et l'ulcération n'atteignait pas la tunique musculaire. Mais on apercevait, sur le fond de l'ulcération, les deux bouts béants d'une artériole où un crin assez gros pouvait pénétrer. Il y avait donc deux maladies superposées, ulcère de l'estomac avec lésion d'une artériole, pneumonie grippale.

Cette pneumonie grippale a été, sans doute, prise par contagion dans notre salle où nous soignions alors de nombreuses bronchites et angines, liées à l'influenza. Son évolution suraiguë si rapidement fatale s'explique par la débilitation et le défaut de résistance de la malade. Le 1er janvier, je voyais de même mourir, en vingt-quatre heures, de broncho-pneumonie un diabétique vigoureux pourtant d'apparence. Le diabète avait eu, sur la marche de la pneumonie, l'influence néfaste qu'ont eue chez notre malade ses hémorrhagies.

Pour expliquer l'ulcération si brusque, nous ne pouvons invoquer ni choc direct, ni indigestion. Le rôle de l'impression morale est incontestable. J'ai observé deux faits analogues d'hématémèses survenant brusquement : dans un cas, chez un homme ayant subi de grandes pertes d'argent; dans l'autre, chez une femme de chambre ayant eu, avec sa maîtresse, une violente discussion. Gallard a également cité deux cas semblables. Ce qui est remarquable, c'est que l'ulcère s'est fait sans douleur, que, dès le début, l'hématémèse a été formée de sang noir, preuve que malgré la lésion artérielle, le sang a dû sourdre lentement.

Relativement au mode d'action de l'émotion, on peut discuter deux hypothèses : 1° un trouble paralytique vaso-moteur ayant amené une congestion passive de la muqueuse ; 2° un trouble dans la sécrétion du suc gastrique, une hypersécrétion acide comme dans quelques cas de Mathieu. Cette hypersécrétion acide peut amener une digestion rapide de la muqueuse. Vous savez même qu'on a vu des digestions totales de la paroi entraînant la mort par perforation.

En pareil cas, le rôle de l'inflammation est médiocre. Il n'y a pas, comme dans les ulcères classiques, gastrite antérieure. Les troubles vaso-moteurs, suspendant la résistance opposée normalement par l'épithélium stomacal à l'attaque du suc gastrique, prédominent sur l'inflammation. Ce qui défend, en effet, l'épithélium contre cette auto-digestion, c'est moins le mucus stomacal que le courant alcalin formé par le sang des capillaires. Que ce courant s'arrête, qu'il y ait stagnation sanguine par paralysie vaso-motrice et la protection disparaît.

Chez notre malade, la guérison aurait sans doute été obtenue sans la pneumonie intercurrente. L'ulcération était déjà en voie de réparation. Elle semblait avoir été minime et l'abondance des hémorrhagies ne s'explique que par l'érosion artérielle. Ces hémorrhagies abondantes se retrouvent dans les rares faits analogues d'ulcérations, avec érosions artérielles, qui ont été publiées par Ricord, Gallard, Fioupe, etc.

Quelles sont, en pareil cas, les indications thérapeutiques? Au moment de l'hématémèse, employez la glace intus et extra, les injections de morphine pour triompher du stimulus émotif, en cas de défaillance cardiaque, employez les injections sous-cutanées d'éther ou de caféine. Mais évitez d'employer comme stimulants les boissons chaudes, le café, l'alcool.

Une fois l'hémorrhagie passée, vous pouvez prescrire les poudres de bismuth, de carbonate de chaux, la magnésie. Les opiacés donnés sous forme de gouttes noires ou de gouttes blanches sont très utiles. Au contraire, les astringents sont mal tolérés. Ne donnez donc ni perchlorure de fer, ni alun, ni nitrate d'argent.

Comme régime, au début, ne donnez que du lait. Plus tard, permettez les œufs, les purées de viande ou de légumes, les crèmes. Dans ces formes d'érosions superficielles, avec réparation rapide, on peut, au bout de quelques jours, se départir du régime lacté exclusif. Mais, pendant longtemps encore, défendez le bouillon, les acides et le vin qui aigrit dans l'estomac. Comme première boisson autre que le lait, la bière, le vin blanc sec de Marsala coupé d'eau sont moins offensifs que le vin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. CHARPENTIER.

Les aliénés aux séquestrations nombreuses (1).

III

La loi Bérenger nous a fait espérer qu'appliquée à de tels sujets, elle remplacerait avantageusement la première séquestration, celle où le certificat médical ne mentionne pas le délit, et dispenserait ainsi de les envoyer dans nos services. Certes de tels sujets préféreront simuler le repentir et, par suite, l'honnêteté, plutôt que la folie, en présence du bienfait immédiat de cette loi, la liberté.

Si, au contraire, ils étaient prévoyants à longue portée — mais c'est peu à craindre en raison de leur extrême tendance à satisfaire immédiatement leurs désirs — ils préféreraient être considérés comme aliénés, car ils pourraient toujours, en cas de délits ultérieurs, tenter d'exciper de leur première séquestration pour revendiquer leur irresponsabilité : ils préfèrent la liberté à l'asile, mais l'asile à la prison.

Si en prison ils simulent la folie, à l'asile ils simulent l'honnêteté ; tout trait morbide disparaît rapidement; nous sommes obligés, tôt ou tard, de les considérer comme guéris d'une maladie que trop souvent ils n'ont pas eue et, sous peine de violer la loi qui exige de ne pas conserver plus de vingt-quatre heures, dans un asile, un individu reconnu comme n'étant plus ou n'étant pas aliéné, nous sommes obligés de ne pas les garder dans nos asiles. Nous savons pourtant qu'ils reviendront; ces mises en liberté sont, en quelque sorte, des vacances qui leur sont accordées, mais quelles vacances pour la société à laquelle ils sont rendus! D'ailleurs, ils sont presque toujours, en cas de délits nouveaux, considérés comme nos pensionnaires par les autorités administratives et judiciaires, qui ne se gênent pas pour nous les renvoyer.

N'y a-t-il donc pas moyen de faire autrement que de les séquestrer dans nos asiles ? Nous avons interrogé l'histoire et celle-ci nous a répondu que cela avait été possible autrefois. Quand nous disons que nous avons interrogé l'histoire, nous sommes très prétentieux, car nos recherches n'ont pas remonté au-delà de 1776, époque la plus reculée que nous ayons trouvée dans les registres de Bicêtre, relatifs aux aliénés qui ont été séquestrés dans cet asile.

C'est ainsi que nous avons trouvé que l'on a enfermé à Bicêtre :

De 1776	à 1793	23	aliénés
1793	1815	314	—
1815	1820	300	—
1820	1825	819	—
1825	1830	1869	—
1830	1835	1869	—
1835	1838	1449	—
1838	1839	945	—
1839	1843	2474	—
1843	1848	2940	—

C'est à partir de 1820 que l'on voit figurer les ivrognes et, de 1829, les hémiplégiques dans les services d'aliénés. Les ivrognes augmentent graduellement de nombre à partir de 1825 et, en même temps, on voit graduellement se multiplier les évasions, les réintégrations et les séquestrations successives qui étaient nulles de 1776 à 1793 et extrêmement rares de 1793 à 1815. C'est vers l'époque de la loi tutélaire de 1838, sur les aliénés, que l'accroissement s'accentue le plus pour les ivrognes, les évasions, les réintégrations et les séquestrations multipliées.

C'est qu'en effet, l'article 64 du Code pénal visant l'irresponsabilité était plus net dans ses termes qu'on n'a bien voulu le dire depuis. Étaient irresponsables ceux qui avaient été entraînés au temps de l'action par une force à laquelle ils n'avaient pu résister. Remarquons qu'en ce temps les esprits sages ne se laissaient pas hanter par l'hypnotisme, ni par la magie, ni par les impulsions irrésistibles; au point de vue de l'irresponsabilité par trouble mental, le législateur n'admettait que la démence, terme sur lequel les juristes ont tant ergoté depuis ; le législateur n'avait prononcé ni le mot ivresse, ni le mot passion, ni même le mot folie, et il avait raison ; il n'avait pas prononcé les mots imbécillité, ni fureur habituelle, toutes expressions que l'on a voulu plus tard faire rentrer dans la dénomination de démence. Cependant, il n'ignorait pas ces termes, ni leur valeur, puisque, à l'article 490 du Code civil, il fait figurer, non seulement la démence, mais aussi l'imbécillité et la fureur habituelle comme motifs d'interdiction, tandis qu'à l'article 64 du Code criminel, visant l'irresponsabilité, il se borne à indiquer la démence seule. L'ivresse, la passion, toutes les folies, l'imbécillité, la fureur n'étaient donc pas spécifiées comme entraînant l'irresponsabilité.

Les ivrognes, les vicieux, les passionnés, les furieux, en tant que n'étant pas en démence, étaient donc, en cas de délits, enfermés ailleurs que dans les asiles d'aliénés ; certains fous capables d'apprécier les actes qu'ils commettaient, tels que les aliénés persécutés et les aliénés persécuteurs, n'étaient pas enfermés dans les asiles d'aliénés, car, ainsi que M. Falret le faisait remarquer, ces formes de folie n'ont été décrites ni par Pinel, ni par Esquirol qui n'auraient pas pu ne les pas remarquer. Que s'est-il donc passé de 1820 à 1838, époque de cette loi destinée à satisfaire l'opinion publique ? Il s'est passé un phénomène absolument inverse de celui qui se passe depuis 1838 jusqu'à nos jours. De 1820 à 1838, les vicieux, les ivrognes détenus dans les prisons ont simulé de plus en plus la folie. En outre, quand un persécuté ou un persécuteur commettait un délit afin d'attirer l'attention publique pour se faire rendre justice, poussant des cris séditieux ou apposant des placards analogues sur les murs, on ne considérait que le délit et on le punissait.

Au dehors, les ennemis du gouvernement — et sous tous les régimes cette espèce a existé, espèce qui a tant de caractères communs avec nos sujets qu'elle les considère comme des frères — répandaient partout que les prisons étaient remplies d'aliénés dont le nombre ne faisait que s'accroître. Depuis la loi de 1838, les mêmes individus ont changé de place, ils ont passé de la prison à l'asile ; les mêmes plaintes se sont fait entendre pour les mêmes individus, mais en sens inverse, et leurs mêmes amis ont répandu partout que l'on enfermait, dans les asiles, des gens qui ne sont pas fous et souvent je me suis senti tenté de leur répondre : « Vous avez raison, ces gens, vos amis, qui sont enfermés dans les asiles, sont des gens comme vous, ce ne sont pas des fous, ce sont simplement des coquins et des imbéciles, dont la place n'est pas dans les asiles dont ils troublent la tranquillité, mais n'est pas non plus à l'état libre dans une société civilisée. » Ce sont donc les

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 670.

mêmes sujets vicieux et leur même coterie qui, après avoir fait taxer de cruel l'article 64 du Code pénal, ont entraîné la loi de juin 1838 sur les aliénés, loi qu'ils tentent actuellement de faire passer pour loi illusoire, alors que le seul reproche qu'on pourrait lui adresser serait d'avoir été trop tutélaire pour ceux-là même qui l'ont le plus attaquée.

Dans l'état actuel des choses, plus un individu mis en état d'arrestation a été un grand nombre de fois séquestré dans un asile d'aliénés, moindre est l'hésitation pour, en cas de délits nouveaux, le considérer comme aliéné, comme irresponsable et pour le renvoyer à l'asile. Si nous sommes parvenus à établir que les individus les plus souvent séquestrés étaient les plus sujets à caution au point de vue de l'aliénation mentale, que c'étaient des vicieux, des simulateurs, des véritables délinquants, il faut en conclure que les séquestrations nombreuses doivent être considérées comme un véritable signe du vice et les signaler aux autorités administratives et judiciaires comme une circonstance aggravante et non atténuante.

Si, au contraire, de pareils sujets doivent continuer à être considérés comme aliénés, ils doivent être placés dans une section spéciale, dans un quartier spécial et n'en plus sortir, même guéris de leurs manifestations.

Les nouveaux projets de loi s'occupent des aliénés dangereux, mais ils ont oublié de préciser ce que c'était qu'un aliéné dangereux; nous serions heureux de voir les sujets à séquestrations nombreuses être assimilés aux aliénés dangereux.

Toute absence de définition dans un texte de loi est extrêmement défectueuse et, à cette occasion, nous ferons remarquer que, si le Code Napoléon n'a pas défini le mot démence, la loi du 18 juin 1838, également, n'a pas défini le mot aliéné, non plus que les nouveaux projets, et, à cet égard, le rapport le plus récent (nº 1829), déposé par M. Ernest Loffer, rapporteur sur le régime des aliénés, à la séance du Parlement (25 décembre 1891), est loin de constituer un progrès en substituant le nom d'établissements pour maladies mentales à celui d'établissements d'aliénés; il serait nécessaire que, dans le texte définitif, le terme maladies mentales fût défini ou représenté tout au moins par énumération des maladies qu'il comprend. Avec les somnambules, les hypnotisés, les voleurs à l'étalage, les exhibitionnistes et tout ce que l'on veut bien désigner sous le nom d'inversion ou de perversion du sens génital, avec les criminels par passion, les ivrognes, les mendiants, les vagabonds et les coupeurs de natte, il est à craindre que le vice ne finisse par être considéré comme une maladie et que les sept péchés capitaux ne soient érigés en autant de maladies mentales.

Il vaut mieux critiquer une loi avant sa promulgation que de la dénigrer, alors qu'il ne reste plus qu'à la respecter et à lui obéir.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juin 1892. — Présidence de M. Regnauld.

COMMUNICATION

Technique de la trachéotomie. — M. PÉAN, à propos d'une présentation faite par M. L. Labbé d'un mandrin et d'une canule à trachéotomie, qu'il a déclarés être une modification de l'instrument de Krishaber, fait remarquer que, malgré le soin qu'il a pris de décrire et de faire figurer la plupart des instruments qu'il a imaginés, il a le regret de voir que beaucoup de ses collègues n'ont appris à les connaître que de seconde main et leur donnent un nom différent du sien.

Dans la dernière séance, M. Labbé a dit que l'instrument de M. Glover était une modification de celui de Krishaber. Or, la canule avec mandrin de M. Péan a été construite par Mathieu père avant même que Krishaber fût entré dans la pratique médicale. Il met sous les yeux de l'Académie les deux instruments, afin qu'on puisse les comparer.

Il rappelle tout d'abord qu'à l'époque où il a fait construire son instrument, les chirurgiens pratiquaient la trachéotomie de deux façons différentes. Les uns, comme Trousseau, allaient, dans un premier temps, à la recherche de la trachée en incisant successivement les diverses couches qui la recouvrent et liaient, à mesure qu'ils se présentaient, les vaisseaux. Les autres, comme Maisonneuve, se servaient d'un instrument imitant l'aiguille coudée de Deschamps, tranchant sur sa concavité, et ouvraient d'un seul coup la trachée et les parties molles.

Ce dernier procédé n'est guère applicable que chez les jeunes enfants. Chez l'adulte, le volume des vaisseaux prétrachéaux oblige à plus de ménagements et rend indispensable l'opération en deux temps. C'est, en effet, pour se mettre à l'abri des hémorrhagies que, de nos jours, la plupart des chirurgiens continuent à mettre à nu la trachée dans un premier temps et sectionnent successivement les diverses couches : quelques-uns, pour mieux éviter la perte de sang, ont même recours au thermocautère ou au galvanocautère. Après avoir constaté que ces instruments ne sont pas eux-mêmes assez sûrement hémostatiques, M. Péan les a rejetés pour cette opération, comme pour toutes les autres, et il a continué à se servir du bistouri, en se contentant de faire le pincement temporaire des vaisseaux, méthode qui abrège la durée de l'opération et rend les ligatures inutiles.

Toujours à la même époque, le deuxième temps de l'opération se faisait de la façon suivante : la trachée et la partie inférieure du larynx, après avoir été mises à nu, étaient incisées avec le bistouri, puis l'incision était dilatée à l'aide d'une pince à trois branches telle que celles de Trousseau, Verneuil, Laborde, assez largement pour qu'on puisse faire pénétrer entre leurs mors une double canule dans la trachée. Le placement de ces mors dilatateurs était facile, mais ils étaient métalliques, par conséquent rigides, et obturaient en partie la plaie laryngotrachéale, ce qui gênait considérablement l'introduction des canules. C'est alors que M. Péan eut l'idée de transformer la canule interne en un mandrin conducteur et de disposer celui-ci de façon que son extrémité libre, taillée en coin, fût assez aiguë et assez mince pour passer aisément dans la plaie faite par le bistouri et pour la dilater progressivement jusqu'à son point de jonction avec la canule externe.

A ce niveau son volume se rapproche assez de celui de cette dernière pour qu'ils puissent tous deux s'engager sans efforts et sans secousses dans la trachée. Afin que le mandrin conducteur ne pût empêcher le passage de l'air au cours de son introduction, il eut soin de canaliser sa portion centrale aussi largement que possible, d'où le nom de mandrin conducteur creux aérifère qui lui a été donné par M. Poyet, dans la leçon qu'il a recueillie pour le tome II des *Cliniques chirurgicales de l'hôpital Saint-Louis*. Pour faciliter l'introduction du mandrin et de la canule, on peut adopter au mandrin un manche qui guide plus sûrement la canule et permet de mieux éviter l'inconvénient, assez fréquent et si grave, d'introduire celle-ci à côté de la trachée; ou bien on peut substituer à ce manche un autre mandrin d'un numéro supérieur ou inférieur, qui s'unit à lui en S.

Le calibre de ces mandrins diffère naturellement pour l'adulte, pour l'enfant, et même pour les différents sujets. Les mandrins réunis ont donc l'avantage de pouvoir être immédiatement utilisés l'un à la place de l'autre. Comme on le voit, grâce au pincement des vaisseaux, grâce à ce mandrin porte-canule, M. Péan a notablement simplifié la technique de la trachéotomie.

C'est ce qui explique pourquoi bon nombre de spécialistes l'ont adopté dès qu'ils l'ont connu. Krishaber n'a pas modifié le mandrin conducteur de M. Péan, il s'est servi de son premier mandrin sans manche. Il s'est contenté, de prolonger l'ouverture de la canule externe de façon à y adapter un tube de caoutchouc dans le but de faire respirer au malade de l'air chaud puisé à distance. Cette modification n'a donc aucune importance. M. Glover a repris l'idée que M. Péan avait eue et qu'il avait ensuite abandonnée, de rendre tranchante l'extrémité aiguë du mandrin afin de remplacer le bistouri pour l'ouverture de la trachée. M. Péan avait renoncé à cette disposition, parce qu'il craignait de blesser la paroi postérieure de la trachée, surtout quand celle-ci est petite ou déformée.

M. Glover pense qu'il suffit, pour éviter cet accident, d'ajouter, à l'extrémité opposée du mandrin, un petit ressort qui permet de faire disparaître la pointe dès que la canule externe a franchi les lèvres de la plaie trachéale. Cette modification est ingénieuse mais il n'en voit pas l'avantage, puisqu'elle rend le manuel plus compliqué, plus dangereux, et puisqu'elle n'abrège pas sensiblement la durée de l'opération.

Quoi qu'il en soit, M. Péan applaudit aux efforts que M. Glover a faits pour perfectionner son instrument, et, s'il a pris la parole, c'est pour démontrer que ce n'est pas l'instrument de Krishaber, qui n'est qu'une modification peu importante du sien, mais bien le sien qu'on a tenté de perfectionner.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre dans la section des associés libres. Au premier tour de scrutin, M. Monod obtient 57 suffrages, M. Rivière 14, M. Blache 6, M. Corlieu 1, M. Michon 1, M. Galezowski, 1. 2 bulletins blancs.

En conséquence, M. Monod est proclamé élu.

RAPPORT

Prix Civrieux. — M. MESNET lit un rapport sur les mémoires adressés pour le prix Civrieux. A l'occasion de ce rapport, il discute et conteste la valeur du mot pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique, inscrit dans nos cadres nosologiques depuis une quarantaine d'années.

D'où est née, se demande-t-il, la dénomination nouvelle, pseudo-paralysie?

De l'embarras dans lequel se trouve le médecin, en présence de certaines expressions cliniques d'origines diverses, saturnines, alcooliques, ou autres..., dont le complexus symptomatique revêt les caractères apparents de la paralysie générale classique, et semble, à une certaine période, se confondre avec elle.

Quelle est sa valeur? Nulle. C'est-à-dire celle d'un terme vague, qui, par son application aux diverses encéphalopathies d'origines toxiques, sert au médecin — non pas à spécifier un état défini — mais à marquer son doute et son insuffisance, en face de manifestations plus ou moins similaires, dont il hésite à faire le diagnostic différentiel.

Si les tentatives faites dans ces dernières années, pour constituer en unités pathologiques, à côté et aux dépens de la méningo-péri-encéphalite, diffuse et interstitielle, d'autres paralysies générales, alcooliques ou saturnines, n'ont pas répondu aux efforts de leurs promoteurs, c'est qu'il leur fallait — pour prendre rang dans nos cadres nosologiques — une symptomatologie distincte, et des lésions anatomiques déterminées, que l'observation et l'analyse des faits n'ont pas permis d'établir.

Toutes ces tentatives ont échoué, devant la grande et scientifique découverte que Bayle, Delaye, Calmeil avaient faite, au commencement du siècle, en dégageant leur paralysie générale du « caput mortuum » des aliénations mentales chroniques!

Assurément, le saturnisme et l'alcoolisme peuvent compter au nombre des facteurs de la paralysie générale, mais non la constituer d'emblée, et à eux seuls; de même les accidents qu'ils déterminent peuvent, à un moment donné, devenir l'occasion d'une hésitation, d'un doute qui conduit le médecin à se demander: ce malade d'allures paralytiques ne serait-il pas un alcoolique? ne serait-il pas un saturnin?

Ne vous hâtez pas de conclure, suivez l'observation, surveillez le malade, et vous trouverez dans l'évolution de sa maladie, dans sa marche, dans ses terminaisons, des indications nouvelles qui — bien mieux que ses symptômes — viendront éclairer votre diagnostic.

Vous verrez, le plus souvent, ces malades, improprement compris sous le nom de pseudo-paralytiques, retrouver l'intégrité de leurs facultés intellectuelles, après quelque temps de soins et d'un traitement qui les a soustraits à l'action nocive du plomb ou de l'alcool.

Ce ne sont donc point là des paralytiques généraux, quelle qu'ait été l'analogie apparente des symptômes communs à ces deux états, — ils n'ont eu du paralytique général que de fausses apparences — et leur symptomatologie n'a été que l'expression d'accidents essentiellement toxiques, dont l'intensité et la durée proportionnées au degré d'intoxication existant, vont s'atténuant à mesure que l'organisme se débarrasse de l'agent toxique qui les tient sous sa dépendance.

S'ils ne guérissent pas dans la période aiguë de leur intoxication, ils arrivent à l'une ou l'autre de ces deux terminaisons fatales :

Ou ils verseront dans la paralysie générale — si tel doit être l'événement — et parcourront l'évolution progressive de l'encéphalite interstitielle;

Ou ils marcheront lentement dans la voie des dégénérescences physiques et intellectuelles de l'alcoolisme ou du saturnisme chroniques.

Entre ces deux conditions, nous ne voyons pas de place pour un état intermédiaire sans détermination propre, pour une entité nouvelle sans symptômes, sans lésions définies.

Telle nous semble être la solution du problème relatif aux pseudo-paralysies générales.

Cependant, il n'en reste pas moins la question de savoir :

Si la paralysie générale classique, la méningo-péri-encéphalite diffuse, interstitielle, n'emprunte pas à l'alcoolisme et au saturnisme — lorsqu'ils ont compté au nombre de ses facteurs étiologiques — quelques caractères particuliers donnant à ses symptômes, à sa marche, à son évolution, une allure spéciale?

Ce que nous ne savons point aujourd'hui, peut-être est-il donné à l'avenir de nous l'apprendre!

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Insufflation à air chaud. — M. FABRE, en son nom et au nom de M. Henry Brulé, ingénieur des Arts et Manufactures, présente un appareil dénommé « Insufflateur à air chaud créosoté, à température constante et progressive », pour le traitement des affections des voies respiratoires, en particulier de la phthisie pulmonaire; puis, ouverture d'un pli cacheté déposé par M. le docteur A. Fabre, le 11 décembre 1890, dont les conclusions sont les suivantes :

1° Les inhalations d'air chaud créosoté sont très bien supportées par les malades à des températures variant entre 150 et 220 degrés;

2° Les premiers phénomènes observés sont : la diminution de l'expectoration (les crachats deviennent moins purulents et perdent leur odeur), de la toux et des sueurs; la disparition de la dyspnée et l'augmentation de l'appétit;

3° Dans la période finale des pneumonies, les inhalations d'air chaud créosoté empêchent la purulence de la maladie; or, nous savons que la plupart des affections tuberculeuses de poitrine ont pour origine des pneumonies se terminant par purulence;

4° Les malades, faisant des inhalations quotidiennes ou bi-quotidiennes de vingt ou vingt-cinq minutes, absorbent chaque fois en moyenne 1 gramme de vapeurs créosotées. Il est donc possible, l'acide phénique et l'hélénine se dissolvant facilement dans la créosote, l'eucalyptol se mélangeant facilement avec cette substance, de faire des mélanges qui permettent de faire absorber

aux malades, dans des proportions déterminées, soit l'un, soit plusieurs de ces produits dissous dans la créosote.

Les mélanges suivants

1°	Créosote pure de hêtre. . . .	100	grammes.
	Acide phénique	5 à 10	—
2°	Créosote pure de hêtre. . . .	100	—
	Eucalyptol.	5 à 10	—
3°	Créosote pure de hêtre. . . .	100	—
	Hélénine.	5 à 10	—
4°	Créosote pure de hêtre. . . .	100	—
	Acide phénique . . } Eucalyptol. . . . . }	*āā* 5 à 10	—
5°	Créosote pure de hêtre. . . .	100	—
	Acide phénique . . } Hélénine . . . . . }	*āā* 5 à 10	—
6°	Créosote de hêtre.	100	—
	Hélénine . . . . . } Eucalyptol. . . . . }	*āā* 5 à 10	—
7°	Créosote pure de hêtre. . . .	100	—
	Acide phénique . . } Eucalyptol. . . . . } Hélénine . . . . . }	*āā* 5 à 10	—

permettent de faire absorber, avec nos appareils, pour 1 gramme de créosote de hêtre, 5 à 10 centigrammes soit d'acide phénique, soit d'eucalyptol, soit d'hélénine, soit 5 à 10 centigrammes d'acide phénique et d'eucalyptol, d'acide phénique et d'hélénine, d'eucalyptol et d'hélénine, soit 5 à 10 centigrammes d'acide phénique, d'eucalyptol et d'hélénine;

5° L'absorption de créosote et des autres produits par la voie respiratoire faisant disparaître tous les troubles gastriques que peuvent produire ces différents agents ingérés par la voie stomacale, l'appétit revient à la fois et très rapide et très intense;

6° L'hémoptysie, loin d'être une contre-indication, guérit très rapidement et la présence, dans l'air respiré, de vapeurs antiseptiques, empêche la purulence des caillots sanguins qui peuvent être restés dans les poumons;

7° Les inhalations d'air chaud créosoté simples ou composées contribuent donc, avec l'absorption de la créosote par la voie gastrique (laquelle n'est jamais supportée au delà de quelques jours ou semaines) et les injections hypodermiques de créosote (lesquelles ne peuvent pas être continuées non plus très longtemps), un moyen à la fois et d'amélioration et d'arrêt complet, voire même de guérison définitive de la maladie;

8° Les inhalations d'air chaud créosoté simples ou composées, étant complètement aseptiques, peuvent être utilisées dans le traitement de la gangrène pulmonaire et du croup. (Comm. : MM. Hérard et Bucquoy.)

DISCUSSION SUR LA RAGE

M. DUJARDIN-BEAUMETZ demande à l'Académie qu'elle veuille bien porter son appui autorisé au sujet de l'arrêté du Préfet de police concernant les chiens. Il fait ressortir toute l'utilité de cet arrêté et la nécessité de sa bonne exécution.

Dans l'année 1891, il y a eu quatre morts par suite de rage. Ces quatre personnes n'ont pas été soignées à l'Institut Pasteur. Dans cet Institut ont été soignées 201 personnes, parmi lesquelles il n'y a pas eu un seul cas de mort. Depuis 1889, il a été soigné à l'Institut Pasteur 1,224 personnes, sur lesquelles il y a eu 12 décès, soit 0,89 p. 100. Tandis que la mortalité des personnes atteintes de rage, non soignées par la méthode de Pasteur, est de 15 p. 100.

Depuis onze ans, il y a eu 101 décès par rage, tandis qu'en Belgique, en Hollande, en Allemagne, les cas de rage sont devenus tout à fait exceptionnels, depuis qu'on exige la muselière pour tous les chiens. Il n'est donc pas nécessaire d'insister pour montrer toute l'utilité de l'arrêté pris récemment par M. le Préfet de police. C'est là une mesure qui s'impose, et il se fait, en ce moment, dans la grande Presse, une campagne vraiment déplorable contre cet arrêté. N'a-t-on pas été jusqu'à soutenir, même dans des journaux de médecine, que la muselière était un moyen de rendre les chiens enragés? On ne saurait trop protester contre de pareilles assertions. La rage spontanée n'existe pas. Notre devoir à tous et le devoir de l'Académie est donc de soutenir de tout notre pouvoir le Préfet de police et ses agents dans l'exécution d'une mesure de la plus haute importance au point de vue de la santé publique.

M. NOCARD appuie ce que vient de dire M. Beaumetz. Il n'est pas, selon lui, de mesure plus urgente, ni plus nécessaire. L'expérience en a, d'ailleurs, déjà été faite, et chaque fois que cette sage mesure a été appliquée, on a vu aussitôt les cas de rage tomber au minimum.

En 1878, parmi les personnes mortes victimes de la rage, se trouvait le fils de Montigny. La mort de cet enfant fit grand bruit et détermina une grande émotion. La Presse fit alors une campagne opposée à celle qu'elle fait actuellement, c'est-à-dire en faveur des mesures de préservation à prendre. Non seulement ces mesures portèrent leur fruit, mais le bénéfice qu'on en tira fut durable, ainsi que le prouvent les statistiques. C'est donc une mesure de salut, qui s'impose, que doivent soutenir tous les hygiénistes. Il est honteux que, de nos jours, ce soit encore la France qui paie le plus large tribut à la mortalité par la rage.

M. Nocard demande donc de soumettre au vote de l'Académie la proposition que nous avons reproduite au Premier-Paris.

M. HARDY demande comment on relève le nombre de chiens enragés, et si l'on compte parmi eux les chiens simplement suspects.

M. NOCARD répond à M. Hardy que, sous la dénomination de chiens enragés, on ne compte que ceux dont la rage a bien et dûment été constatée par les vétérinaires, soit sur l'animal vivant, enfermé, soit après une autopsie ayant révélé les lésions caractéristiques de la rage. Il ne faut pas trop s'étonner du nombre toujours croissant de chiens enragés, quand on sait qu'un chien atteint de la rage mord, en moyenne, dix autres chiens.

M. LABORDE, d'accord avec MM. Beaumetz et Nocard, pense qu'il s'agit là d'une mesure essentiellement tutélaire et dont il importe d'assurer la bonne exécution. Mais il proteste contre l'assertion émise par M. Dujardin-Beaumetz, à savoir que des journaux de médecine ont écrit que la muselière pouvait favoriser la rage. Jamais aucun journal de médecine n'a écrit pareille chose.

M. Laborde ajoute qu'il préférerait qu'on exigeât la muselière, et une vraie muselière, et que la laisse ne lui paraît pas une garantie suffisante, attendu que des chiens tenus en laisse peuvent mordre.

Enfin, M. Laborde fait observer qu'on a protesté, dans la presse, non pas contre la mesure elle-même, mais contre les procédés qui ont été employés pour en assurer l'application. Il faut bien reconnaître que ces procédés ont été appliqués avec quelque brutalité.

M. NOCARD répond à M. Laborde que la loi a laissé la faculté de la laisse ou de la muselière, parce qu'on sait qu'un chien tenu en laisse est un chien qu'on observe, que l'on soigne, dont on connaît les habitudes, qui a, pour ainsi dire, pignon sur rue. C'est là une garantie très sérieuse. Quant à la muselière, les chiens s'y habituent très vite, et il en est même qui ne veulent plus sortir sans l'avoir.

M. ALPHONSE GUÉRIN s'étonne d'entendre ainsi vanter la laisse et la muselière, et de n'entendre plus parler de la médaille qu'on a autrefois proposée.

M. NOCARD n'a pas attaqué la médaille, qu'il considère comme une mesure de plus et une mesure très avantageuse. Mais c'est là un moyen complémentaire qui ne saurait être mis sur le même plan que la laisse ou la muselière obligatoires. La médaille constitue beaucoup plus une mesure fiscale qu'une mesure

hygiénique. Il faudrait, d'ailleurs, un règlement nouveau. Or, il n'y a pas actuellement à demander de nouveaux règlements, contentons-nous de demander l'application rigoureuse des règlements existants.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la proposition de M. Nocard, qui est adoptée à l'unanimité, moins une voix.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. d'Arsonval a annoncé hier à l'Académie qu'il tenait à la disposition de ses confrères les extraits liquides destinés aux injections du procédé Brown-Séquard.

— Par décret, en date du 18 juin 1892, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Verrier de Litardière, Bazot, Piorry, Paris, Moulinier, Nicolas, Force, Barbelet, Olivié, Roulin, Abadié, Porte, Rabère, Rogée, Troquart, Cailleret et de Montfumat.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Trotabas, Vieille, Petitfour, Lacombe, Dasté, Roux, Livon, Lecuyer, Duhard, Heugas-Garat, Pellot, Balési, Pissot, Chesnel, Laurand, Salviat, Michon, Fage, Henryet de Launay, Durand, Liébaut, Bourdier, Descubes, Daniel, Caperet, Bodinier, Forest, Larebière, Tourmente, Loubaud, Buret, Audubert, Binet, Beausoleil, Ferrand, Halbout, Forgeron, Thoviste, Lallement, Goudounèche, Dutheil, Lorentz, Leneveu, Gulat, Théry, Guillon, Gilles, Boguier, Borquet, Bugeau, Bardon, Vigot, Debenais, Lesigne, Lecointre (F.-J.-L.), Lecointre (M.-L.-G.), Lavrand, Joubert, Domecq-Turon, Maynadié, Vallière, Genty, Record, Pinard, Planteau, Girat, Filhioud-Lavergne, Brothier, Olivier, Couraud, Proust, Boyer, Baranger, Révolat, Revillet, Le Villain, Caron, Benoit, Gros, Delespierre, Rocheblave, Gabriel, Dony, Turquet, Jacquelot, Thibierge, Bennezon, Caillet, Henrionnet, Ramadier, Ducamp, Portalier, Schmitt, Prévost, Birabeau, Sauve, Salvat, Boutineau, Lemoyne, Favrel, Durieux, Perrier, de Pezzer, Chauvet, Hélie, Marey, Fauchon, Laffon, Fournel, Haut, Andret, Boulanger, Gérente, Robert, Casanova, Lescarret, Leroy et Mazel.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Chalmandrier, Moissan, Cioillot et Vaillant.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. François est prorogé dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physiologie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique.

Par A. ORRILLARD, interne des hôpitaux.

I

DÉFINITION. — Sous le nom d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, on désigne un syndrome encore mal connu, caractérisé par des déformations ostéo-articulaires, marquées surtout au niveau des dernières phalanges des doigts, et succédant le plus souvent à des lésions de l'appareil pleuro-pulmonaire.

II

HISTORIQUE. — En 1868, Friedreich publia, sous le nom d'*hyperostose du squelette tout entier*, les observations des deux frères Hagner. Elles furent considérées d'abord comme des types de maladie de Paget, lorsque ce type morbide fut isolé par le célèbre chirurgien anglais. Plus tard, lorsque M. le professeur agrégé Marie eut édifié l'histoire de l'acromégalie (1), il fit entrer ces deux observations dans le nouveau cadre qu'il venait de tracer.

Bientôt, Erb ayant eu l'occasion d'observer et de revoir les frères Hagner, publia de nouveau leurs observations dans un mémoire sur l'acromégalie (2).

Ce supplément d'informations permit à M. Marie d'affirmer que ces deux malades *n'étaient pas* des acromégaliques. Bientôt il put rapprocher de ces deux malades non déterminés, les observations publiées sous le nom d'acromégalie, par Frænztel (3), Ewald (4), Saundby (5), Elliott (6), et affirmer que les malades en question n'étaient pas non plus des acromégaliques.

(1) Pierre MARIE. Sur deux cas d'acromégalie, hypertrophie singulière non congénitale des extrémités supérieures, inférieures et céphalique, *Rev. de méd.*, 1886.

(2) FRIEDREICH-ERB. Ueber Akromégalie, in *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1888.

(3) Oscar FRÆNTZEL. Sur l'acromégalie (communic. au Congr. de méd. interne), *Deuts. Med. Wochens.*, 1888.

(4) EWALD. *Berlin. klin. Wochens.*, mars 1889.

(5) SAUNDBY. *Illustr. Med. News*, 1889.

(6) ELLIOTT. Multiple sarcoma associated with osteitis deformans, *The Lancet*, 1888.

Son exemple fut suivi par M. Sollier (1), qui publia sans se prononcer, l'observation d'un malade ne se rapportant à aucun type clinique connu, au mois de juin 1889.

Enfin, au mois d'août 1889, M. Gouraud communiqua à la Société médicale des hôpitaux, sous le nom d'acromégalie, l'observation d'un malade qui ne répondait pas tout à fait au type de la maladie de Marie. M. Marie lui-même revit ce malade et constata chez lui les symptômes qui l'avaient poussé à dire que les observations citées plus haut ne répondaient pas à de l'acromégalie. Comparant tous ces malades, il put, au mois de janvier 1890, publier un travail dans lequel il isolait un nouveau type clinique, lui donnait une pathogénie probable et le nom d'*ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique* (2).

Au mois de mai de cette même année, MM. Spillmann et Haushalter publient une observation se rapportant à ce type morbide (3), tandis qu'à la même époque, M. Thibierge faisait une Revue générale sur quelques formes d'ostéopathies systématisées (4). Dans ce travail, l'auteur comparait entre eux les trois types morbides suivants : maladie de Paget, acromégalie, ostéo-arthropathie hypertrophiante et isolait nettement le type qui nous occupe des deux autres affections.

En 1891, M. Rauzier, chef de clinique à la Faculté de Montpellier, publia le premier cas suivi d'autopsie (5).

Enfin, cette même année, notre collègue M. Lefebvre fit, de cette affection, le sujet de sa thèse inaugurale, en ajoutant, aux observations déjà connues, trois nouvelles, dont une suivie d'autopsie, avec examen histologique et analyse chimique des os (6). C'est cette thèse remarquable, à laquelle nous ferons de nombreux emprunts, qui est actuellement

(1) SOLLIER. Sur une affection singulière du système nerveux, caractérisée essentiellement par l'hypertrophie des extrémités des membres, des phénomènes paralytiques et des troubles variés de la sensibilité, *France méd.*, 1889.

(2) P. MARIE. De l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, *Rev. de méd.*, 1890.

(3) SPILLMANN et HAUSHALTER. Contribution à l'étude de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante, *Rev. de méd.*, 1890.

(4) THIBIERGE. Sur quelques formes d'ostéopathies systématisées, *Gaz. hebd.*, 1890.

(5) RAUZIER. Un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante d'origine pneumique, *Rev. de méd.*, 1891.

(6) Albert LEFEBVRE. *Des déformations ostéo-articulaires consécutives à des maladies de l'appareil pleuro-pulmonaire*, Th. de Paris, 1891.

le travail le plus complet qui existe sur cette question. Elle s'appuie sur 25 observations.

Depuis, nous avons eu l'occasion de publier un nouveau cas suivi d'autopsie, dans la *Revue de médecine* (1), et tout récemment M. Gillet vient de publier un travail qui démontre que cette maladie peut se rencontrer chez l'enfant (2).

III

Symptômes. — Comme le fait fort justement remarquer M. Lefebvre, dans cette affection, ce qui est caractéristique, c'est la localisation des déformations ostéo-articulaires aux mêmes points des membres. « Il y a une véritable systématisation des ostéo-arthropathies avec variation de volume individuelle. » Aussi, commencerons-nous l'exposé des symptômes par les phénomènes les plus constants en l'espèce, nous voulons parler des déformations.

Déformations. — Elles sont si caractéristiques, qu'il est impossible de les confondre lorsqu'on les a vues une fois avec leur siège de prédilection aux articulations des mains et des pieds. Dans les types complets de la maladie, d'autres articulations participent aussi aux déformations, mais d'une façon variable.

Les mains sont volumineuses et énormes et justifient presque le terme de pattes, que leur donnent les auteurs allemands, désignant seulement ainsi l'aspect peu gracieux de la main. Si l'on y regarde de plus près, on s'aperçoit que ce volume énorme est dû à l'augmentation de quelques-unes des parties constituantes, bien plutôt qu'à l'hypertrophie totale de l'organe. Examinons donc les trois segments qui composent la main : les doigts, la région carpo-métacarpienne, le poignet.

A. *Doigts.* — Les doigts sont peu allongés, mais très élargis et non pas également dans toutes leurs parties. C'est la phalangette qui, ici, entre en cause et présente un renflement considérable qui la rend bulleuse. De sorte qu'il n'y a ici aucun rapport d'hypertrophie entre les trois segments du doigt, et par suite, qu'il y a déformation de l'organe, caractère important qui ne se trouve pas dans l'acromégalie, où la forme du doigt est conservée. Ces doigts arrivent ainsi à prendre la forme de baguettes de tambour, et même au pouce, on trouve la forme d'un véritable battant de cloche.

Cette baguette de tambour, ce battant de cloche est constitué à la fois par l'augmentation de l'extrémité des doigts à la face dorsale et à la face palmaire. « L'hypertrophie de la pulpe digitale est, dans quelques cas, rendue moins évidente par l'hyperextension de la dernière phalange notée chez quelques malades. On la rend plus nette en faisant, chez ces sujets, fléchir légèrement les doigts. Chez notre malade, il y avait presque subluxation en arrière de la troisième phalange sur la seconde. » (Lefebvre.)

Les ongles participent pour une large part à cette déformation de la phalangette. A première vue, ils paraissent trop grands, trop considérables pour ces doigts déjà si gros. Striés longitudinalement et souvent amincis, ils laissent voir par transparence les parties profondes. Leur accroissement rapide, ainsi que leur fragilité, sont notés dans presque toutes les observations. Ils ont leur diamètre transversal très élargi et sont fort bombés. Grâce à cet élargissement, il arrive que leurs bords latéraux, au lieu de rester enchâssés jusqu'à leur extrémité dans les rebords de la matrice unguéale, passent par-dessus les bourrelets cutanés, qu'ils recouvrent plusieurs millimètres avant leur extrémité libre.

Outre cette courbure horizontale, qui est des plus marquées, les ongles en présentent une seconde dirigée verticalement et qui porte leur extrémité libre à recouvrir plus ou moins l'extrémité digitale.

De plus, à cette exagération de courbure vient s'ajouter une inclinaison particulière de l'ongle, qui fait que l'extrémité supérieure est située sur un plan dépassant de 5 à 6 millimètres le niveau où se trouve l'extrémité libre. Cette extrémité supérieure fait, du reste, une saillie très nette et exagérée encore lorsqu'on appuie sur l'extrémité libre.

M. Marie, pour désigner ces déformations, a employé deux expressions très heureuses, qui en rendent bien compte. Vu par sa face dorsale, l'ongle est déformé en *verre de montre* et, en effet, la combinaison de deux courbures, transversale et verticale, donne à l'ongle la forme d'un segment de sphère, appliqué sur la face dorsale du doigt, qu'il déborde de tous côtés. Vient-on à regarder le doigt de profil, l'ongle, en se recourbant à sa partie antérieure, donne, avec la phalangette, l'apparence d'un *bec de perroquet*.

Ajoutons que, dans presque toutes les observations, ces déformations sont accentuées davantage au pouce.

Voici quelques mensurations recueillies dans diverses observations, et qui montrent bien l'énorme accroissement que peuvent acquérir les ongles :

LARGEUR.

	Friedreich-Erb.	Gouraud-Marie.	Ongle sain.
Pouce	35mm	38mm	15mm
Médius	23mm	28mm	14mm

LONGUEUR.

	Friedreich-Erb.	Gouraud-Marie.	Ongle sain.
Pouce	37mm	20mm	17mm
Médius		20mm	13mm

B. *Région carpo-métacarpienne.* — La région carpo-métacarpienne offre un peu d'hypertrophie de la tête des métacarpiens, mais elle ne s'éloigne que très peu des dimensions et du volume d'une main normale, ce qui ne fait qu'accentuer les déformations siégeant au niveau des parties extrêmes de l'organe aux doigts et au poignet.

C. *Poignet.* — Le poignet est très déformé et cela dans ses deux diamètres, transversal et antéro-postérieur. Les apophyses styloïdes, radiale et cubitale, participent souvent à l'hypertrophie. L'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras se renfle brusquement, faisant une volumineuse saillie au-dessus de la main, de façon à devenir plus grosse que la partie moyenne et même supérieure de l'avant-bras. Avec cette hypertrophie, il y a déformation de ce segment du membre, ce qui ne se voit pas dans l'acromégalie, où les modifications n'arrivent pas à changer la forme générale du membre.

---

(1) A. Orrillard. Un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, *Rev. de méd.*, 1892.

(2) H. Gillet. Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique de P. Marie chez l'enfant, *Ann. de la policlin. de Paris*, mars 1892.

CIRCONFÉRENCE.	Friedreich-Erb.	Sujet sain.
Poignet droit..........	270^{mm}	170^{mm}
Poignet gauche........	265^{mm}	150^{mm}

De ces déformations considérables siégeant à la main, nous devons rapprocher celles que présente le pied. Nous considérerons aussi trois segments : orteils, région tarso-métatarsienne, région malléolaire.

A. *Orteils.* — Aux orteils, le maximum des déformations est au gros orteil. La phalange et la phalangine, un peu élargies, sont surmontées d'une phalangette énorme, par rapport à elles et hypertrophiées dans ses trois diamètres.

Les ongles participent aussi à ce processus : striés longitudinalement et se développant très vite, ils présentent absolument les mêmes déformations qu'à la main, rappelant le verre de montre et le bec de perroquet. De plus, l'aspect en battant de cloche y est plus sensible qu'à la main.

B. *Région tarso-métatarsienne.* — La région tarso-métatarsienne est la partie du pied la moins touchée. Ses dimensions sont peu modifiées, et c'est au niveau de la tête des métatarsiens, que l'on note la plus manifeste augmentation de volume. Cette région est souvent le siège d'un œdème chronique (Fræntzel, Saundby, Elliot, Lefebvre).

C. *Articulation tibio-tarsienne.* — De même que le poignet, l'articulation tibio-tarsienne est le siège de déformations, qui font que son volume atteint et même dépasse celui de la portion moyenne de la jambe, d'où la comparaison avec un pied d'éléphant, qu'on retrouve dans plusieurs observations. C'est surtout dans le sens transversal que les déformations sont sensibles.

Telles sont les déformations, bien analogues comme siège et comme forme, que l'on trouve aux extrémités des quatre membres. D'après les observations, il semble qu'elles soient plus manifestes aux mains.

Nous venons de voir les modifications ostéo-articulaires les plus caractéristiques et qui attirent de suite l'attention, même à un examen superficiel du malade. Mais concurremment, il existe d'autres déformations, à siège multiple, sur lesquelles nous allons maintenant insister, en suivant l'ordre suivant : tronc, tête, membres supérieurs, membres inférieurs.

A. *Tronc.* — Le sternum est décrit dans certaines observations (Friedreich-Erb) comme large et massif.

Les côtes sont élargies surtout au niveau de leur insertion sternale ; elles mesuraient à ce niveau, chez le malade de MM. Spillmann et Haushalter, près de 3 centimètres.

Les os iliaques sont considérés comme normaux ; cependant on trouve, dans les observations de Saundby, Waldo, MM. Spillmann et Haushalter, que les crêtes iliaques un peu épaissies sont élargies et douloureuses.

Du côté de la colonne vertébrale, il y a des modifications très manifestes et qui existent dans huit observations sur dix-huit.

Ce qui semble prédominer, c'est l'existence d'une cyphose à siège inférieur dorso-lombaire ou bien occupant, pour ainsi dire, toute la colonne, de façon à faire faire au dos une convexité régulière, comme dans une observation de M. Marie. Pour cet auteur, le siège inférieur de cette cyphose dorso-lombaire est un signe différentiel avec l'acromégalie, où la cyphose est cervicale. Dans l'observation que nous avons publiée, la cyphose est nettement dorsale, puisque le sommet de la flèche répondait à la septième dorsale.

Cette cyphose est quelquefois seule ; souvent elle est associée à un certain degré de scoliose, qui peut, du reste, être la seule déformation existante (observation XII de Lefebvre, observation de Rauzier).

On comprend d'ailleurs les conséquences que peuvent avoir, sur la forme du thorax, ces déformations de la colonne vertébrale. La cyphose isolée amène un aplatissement du thorax dans le sens vertical ; la scoliose amène une torsion des corps vertébraux, augmentant la saillie de l'angle des côtes du côté de la convexité. Combinées, la cyphose et la scoliose déforment le thorax dans le sens vertical et dans le sens horizontal.

Ces modifications dans la statique du thorax nous expliquent cette diminution considérable de la taille des sujets : 7 centim. 50 chez l'aîné des frères Hagner, 6 centimètres chez le malade de Gouraud-Marie, 8 centimètres dans notre observation.

B. *Tête.* — On trouve citées des déformations du côté des os de la face dans deux observations seulement : celle de l'aîné des frères Hagner, où l'on note de l'hypertrophie des os malaires, des palatins et du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur ; et celle de Gouraud-Marie, où on lit dans l'observation que le bord alvéolaire du maxillaire supérieur est épaissi (11 millimètres au lieu de 8 à 9), et que cet épaississement est plus notable aux extrémités du bord alvéolaire, en arrière des dernières molaires.

De la lecture des observations se détache ce fait, important pour le diagnostic, que le maxillaire inférieur est absolument intact.

C. *Membres supérieurs.* — Outre les déformations siégeant à la main, le membre supérieur est le siège d'autres modifications au niveau des articulations et des os.

C'est ainsi que nous voyons que la clavicule présente souvent de l'épaississement, surtout au niveau de son extrémité externe.

Pour l'omoplate, on trouve parfois signalé un épaississement au niveau de l'épine et seulement vers son extrémité externe. L'articulation scapulo-humérale est peu atteinte ; dans l'observation de Gouraud-Marie, il y a des signes d'arthrite chronique. Les coudes, au contraire, ont souvent participé aux déformations. Ils sont, eux aussi, augmenté de volume, et cette hypertrophie, qui porte sur trois os, semble être moins prononcée pour le radius. Dans la plupart des observations, ces lésions du coude étaient bilatérales ; dans celle que nous avons publiée, la déformation siégeait uniquement du côté droit et s'accompagnait de modifications sur lesquelles nous reviendrons.

D. *Membres inférieurs.* — Au membre inférieur, l'articulation de la hanche semble être indemne, et c'est aussi aux genoux que l'on voit apparaître les modifications de forme. Ils font une saillie très marquée sur la face antérieure du membre en même temps qu'il y a une augmentation du diamètre transversal. Ce qui est très frappant, c'est l'exagération des dimensions de la rotule.

Avant de terminer, il est juste de dire que cette hypertro-

phie vraie des articles est rendue encore plus appréciable par ce fait, signalé dans presque toutes les observations, qu'elle est accompagnée d'une atrophie très marquée des masses musculaires.

Tous ces signes objectifs que présentent les malades porteurs de cette affection sont accompagnés d'un certain nombre de signes fonctionnels, que nous allons maintenant passer en revue.

Disons de suite que cette hypertrophie de l'extrémité épiphysaire des os, et peut-être aussi les lésions des tissus péri-articulaires, amènent une gêne considérable des mouvements, non seulement actifs, mais aussi passifs. « Les malades sont maladroits de leurs mains, et si l'on vient à leur commander de serrer la main qu'on leur tend, le commencement de l'effort semble assez énergique, mais la pression est de moins en moins forte à mesure que la main se ferme. On sent que l'effort persiste, mais un obstacle (les déformations osseuses de l'articulation) vient imposer une limite à l'application énergique de la pulpe des doigts contre la paume de la main. » (Lefebvre.)

Les coudes et les genoux ont constamment un certain degré de flexion. Vus debout, les malades ont les jambes un peu fléchies, ce qui contribue à diminuer encore leur taille. Dans notre observation, l'incomplète extension des genoux existait, mais en outre, du côté du coude droit, qui seul était malade, il y avait un phénomène intéressant. Étendu au maximum, le coude formait encore un angle de 150 degrés; mais il y avait des instants, principalement le matin, où cet angle n'était même pas atteint. Ces diminutions dans l'extension coïncidaient avec des phénomènes de gonflement des extrémités et des poussées d'urticaire.

La douleur est un des symptômes les plus variables comme siège, comme caractère et aussi comme intensité. Tantôt absolument nulle, elle peut, au contraire, arriver à être un signe des plus pénibles pour le malade. C'est ainsi que, dans notre observation, le malade ressentait, sur le trajet des sixième, septième et huitième nerfs intercostaux, des douleurs atroces qui lui faisaient prendre les attitudes les plus bizarres et, à la fin, l'empêchaient de faire le moindre mouvement. Dans d'autres observations (Elliott, Sollier, Spillmann et Haushalter), il y avait hyperesthésie au niveau du tronc, douleurs dans la colonne lombaire, faisant marcher le malade en double.

Au niveau des articulations, il y a tantôt des douleurs articulaires typiques, — puisque, dans dans certaines observations, on avait pensé à du rhumatisme, — tantôt des douleurs péri-articulaires.

Chez le malade de M. Sollier, il y avait de véritables crises de douleurs fulgurantes, siégeant dans les quatre membres à la fois et revenant par accès huit ou dix fois par jour.

Le caractère des douleurs est aussi variable que leur siège. Fulgurantes dans un cas, on les a vues térébrantes et lancinantes, et même parfois elles ne se révèlent qu'à la pression.

A côté de ce groupe symptomatique que nous venons de décrire, et qu'on retrouve plus ou moins complet suivant les malades, il existe dans les observations certaines particularités dont la valeur séméiologique pourra devenir importante, lorsque les observations seront plus nombreuses.

A la face, le nez est parfois augmenté de volume, surtout au niveau de son extrémité; de plus, on y a décrit des varicosités amenant une teinte rouge assez accentuée. Plus rarement, on a vu l'épaississement des paupières et des oreilles.

Du côté de la peau, on a décrit des modifications diverses. C'est ainsi qu'on trouve notée une sudation exagérée, surtout marquée au niveau des doigts; mais ce qui semble prédominer, ce sont des éruptions diverses : l'eczéma, l'ichtyose (Sollier), des taches pigmentaires jaunâtres (Saundby, Lefebvre), des nodules aplatis de nature indéterminée et de 1/8 de pouce de diamètre (Elliott). Enfin, notre malade présentait des poussées d'urticaire. Elles survenaient plusieurs fois par jour sans cause appréciable, si ce n'est peut-être le froid, et siégeaient tantôt en un point limité, mais très variable, tantôt, mais rarement, sur toute la surface cutanée. Elles s'accompagnaient de démangeaisons et duraient une demi-heure à une heure environ.

Chez les deux malades de Friedreich-Erb, celui de Spillmann et Haushalter, on trouve citée une matité rétro-sternale plus ou moins marquée (10 centimètres dans un cas au niveau du manche sternal). Le même symptôme se retrouve chez le malade de Ewald, mais on doit dire qu'ici on avait affaire à un carcinome des ganglions du médiastin.

Les ganglions lymphatiques se rencontrent parfois augmentés de volume, surtout au niveau du triangle de Scarpa, chez le malade de Elliott et le nôtre.

Notre malade a présenté, pendant tout le temps que nous l'avons observé, des phénomènes qui nous feraient penser que les vaso-moteurs jouaient un certain rôle dans son affection. Il avait observé et nous avons vu plusieurs fois que ces extrémités digitales augmentaient de volume. Il nous avait signalé ce fait à son entrée et il s'en était aperçu de la façon suivante : bouvier de son état, il se servait, pour marquer ses animaux, d'un instrument terminé par des anneaux. Or, pendant une séance de marquage, il lui arrivait de ne pouvoir faire pénétrer ses doigts dans les anneaux. Cette augmentation de volume des doigts coïncidait avec les éruptions d'urticaire et aussi avec une diminution dans l'angle d'extension du coude droit.

M. Marie a signalé de la polyphagie, d'autres auteurs ont rencontré la polydipsie.

Les analyses d'urine n'ont pas donné de grands résultats. Friedreich-Erb et Saundby signalent l'alcalinité de l'urine et l'abondance relative des phosphates.

Du côté de la sensibilité, on a noté de fausses sensations (engourdissement, fourmillement), de l'anesthésie, de l'hyperesthésie). M. Marie considère ces phénomènes comme surajoutés.

Les réflexes rotuliens sont tantôt supprimés (Saundby, Gouraud-Marie), tantôt exagérés (Sollier). Mais, comme le fait fort justement remarquer M. Lefebvre, il y a lieu de faire entrer en ligne de compte la gêne mécanique des mouvements articulaires.

Les organes des sens sont sains, à part une diminution de l'acuité visuelle.

Les symptômes généraux qui accompagnent ce complexus symptomatique varient forcément suivant la maladie causale. « L'ostéo-arthropathie n'est pas une maladie, c'est un état morbide survenant dans le cours d'une affection antérieure et les symptômes généraux sont tous sous la dépendance de cette affection première.

Quoi qu'il en soit, des troubles de cachexie font cortège le plus souvent à la déformation des articulations, soit que l'ostéo-arthropathie joigne ses effets cachectisants à ceux de l'affection causale, soit que, par sélection, elle ne se montre que chez des sujets condamnés à une déchéance rapide. » (Lefebvre.)

En tout cas, une observation toute récente démontre bien qu'il existe, dans ces cas, un trouble considérable de la nutrition générale. Dans l'Observation I du mémoire de M. Gillet (1), il s'agit d'un garçon de treize ans atteint d'emphysème et de dilatation bronchique avec ostéo-arthropathie hypertrophiante, qui a l'intelligence d'un enfant du même âge, mais présente un arrêt de croissance qui a débuté en même temps que les déformations ostéo-articulaires, à l'âge de six ans. Il y a en même temps des signes de dégénérescence physique (aplatissement des régions frontales, mauvais état et mauvaise implantation des dents).

IV

Marche. — Dans une affection telle que celle qui nous occupe, et qui est toujours secondaire, il est difficile de résumer en un tableau d'ensemble la marche de la maladie. Tout ce que l'on peut dire, c'est que la marche semble s'être toujours présentée avec les caractères de la chronicité.

Le début semble s'être toujours fait par les déformations des phalangettes des mains et des pieds. Chez notre malade, c'est ainsi que les choses se sont passées, et il a eu l'attention attirée du côté de l'hypertrophie de ses phalanges unguéales, parce qu'il ne pouvait plus pénétrer ses doigts dans les anneaux de l'instrument dont il se servait souvent dans l'exercice de sa profession. Les déformations digitales ont coïncidé avec l'apparition de douleurs thoraciques.

Cette déformation unguéale semble, du reste, être un des grands caractères de la maladie, car elle se retrouve dans toutes les observations, même dans celles qui sont le moins complètes comme types.

Dans quel ordre les autres déformations se produisent-elles? C'est à quoi il est impossible de répondre, de même qu'à la question de savoir jusqu'où elles peuvent aller.

M. Lefebvre a pu assister, chez un de ses malades, à une poussée d'ostéite atteignant les métacarpiens, ce qui tendrait à prouver que la marche de l'affection peut se faire par « poussées, accompagnées de gonflement et suivies d'une phase de régression temporaire, mais n'allant pas cependant jusqu'au retour complet au volume normal des articulations atteintes ».

Durée. — La durée de l'affection est aussi variable et peut donner lieu aux mêmes remarques. A part l'observation de Saundby (où l'affection dura sept mois et où les déformations se produisirent rapidement et furent généralisées), toutes les autres signalent des durées de une ou plusieurs années, quelques-unes même (celles de Friedreich-Erb et Gouraud-Marie) vingt et trente ans.

Terminaison. — La mort a été signalée comme terminaison dans plusieurs observations et, dans ces cas, elle a toujours été causée par l'affection primitive et pas du tout par l'ostéo-arthropathie. Il existe actuellement deux observations de malades, dont les déformations ont été améliorées à la suite du traitement de la lésion primitive. Elles sont dues à MM. Moussous (de Bordeaux) et Gillet. Dans les deux cas, il s'agissait de pleurésie purulente et il y avait des déformations localisées seulement aux extrémités digitales. Ces déformations ont rétrocédé dans l'observation de M. Moussous, à la suite du traitement de la pleurésie par des injections antiseptiques, et, dans celle de M. Gillet, à la suite de l'évacuation du pus par vomique. La malade de M. Moussous avait quatorze ans, celle de M. Gillet sept ans et trois mois; toutes deux étaient tuberculeuses.

(1) H. Gillet. Loc. cit.

V

Pronostic. — De ces considérations peut se déduire le pronostic. Toujours subordonné à l'évolution de l'affection pleurale ou pulmonaire, il tire sa gravité de l'affection primitive. Considérées en elles-mêmes, les déformations finissent par amener une impotence fonctionnelle de plus en plus marquée, qui force les malades, au bout d'un certain temps, à garder le lit.

En se basant sur les deux observations de guérison, on pourrait peut-être admettre que, dans le jeune âge, la maladie aurait un pronostic moins sombre; mais il est difficile de baser une conclusion ferme sur un si petit nombre de cas.

Diagnostic. — L'aspect et la forme des déformations, dans l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, sont si typiques et si caractéristiques que, lorsqu'on les a vues une fois, il est presque impossible de faire une erreur de diagnostic.

Avant que M. Marie eut isolé ce nouveau type clinique, beaucoup d'observations en ont été publiées sous l'étiquette « acromégalie »; aussi pensons-nous devoir faire une courte étude comparative de l'ostéo-arthropathie avec quelques-unes des affections qui présentent des déformations ostéo-articulaires.

L'*acromégalie*, isolée aussi par M. Marie, est une affection spontanée, primitive au lieu d'être secondaire comme l'ostéo-arthropathie, et séparée de cette dernière affection par une forme et une localisation bien spéciales des déformations. Dès qu'on se trouve en face d'un acromégalique, on est immédiatement frappé par les déformations de la face. Il y a du prognatisme très marqué et le maxillaire inférieur, en se portant en avant, fait faire au menton une très forte saillie, de sorte que les incisives inférieures sont de quelques millimètres en avant des supérieures (d'où troubles de la mastication, de la déglutition et de la parole). Consécutivement, la figure prend la forme d'un ovale allongé. De plus, le nez est augmenté de volume dans toutes ses dimensions, lès lèvres sont lippues, la langue a un volume énorme, le crâne a ses sutures fort saillantes. La saillie du menton est encore exagérée par le fait de l'existence d'une cyphose cervico-dorsale, qui donne au cou l'apparence qu'on désigne sous le nom de cou de taureau.

Le doigt acromégalique a sa forme générale conservée; il est aussi gros à son extrémité qu'à sa base; il est courtaud, en *saucisson*, et les ongles paraissent trop petits pour des doigts semblables. Que nous sommes loin des doigts en baguette de tambour avec les déformations unguéales, en verre de montre et en bec de perroquet de l'ostéo-arthropathie! L'hypertrophie acromégalique se retrouve sur tous les segments de la main, qui « est extraordinairement massive, et, fait essentiel, par suite de la prédominance de son accroissement en largeur et en épaisseur, elle prend très nettement le type camard, *main en battoir* » (1). Malgré ces

(1) Georges Guinon. L'acromégalie, Revue générale, *Gaz. des hôp.*, novembre 1889.

modifications, la forme générale de la main est conservée et les autres parties du membre ont un volume normal.

Les pieds acromégaliques ont leurs orteils énormes, gigantesques, mais sans déformation; eux-mêmes sont aussi comme les mains, gros, camards, avec des bourrelets cutanés très marqués.

On a vu survenir aussi, dans l'acromégalie, des troubles oculaires pouvant aller jusqu'à la cécité et des troubles subjectifs variés.

Ainsi donc, localisation constante des déformations sur la face, les pieds et les mains, qui conservent, malgré cela, leur forme générale, cyphose cervico-dorsale, voilà les grands traits de l'acromégalie. Au contraire, tête normale, déformation des phalangettes et des ongles aux mains et aux pieds, déformation sur d'autres articulations (poignet, coudes, genoux, articulation tibio-tarsienne), voilà ceux de l'ostéo-arthropathie. Ajoutons cependant qu'un des signes du diagnostic donné par M. Marie, le siège de la cyphose dans l'ostéo-arthropathie (où elle serait toujours dorso-lombaire, tandis que, dans l'acromégalie, elle serait cervico-dorsale) est sujet à caution, puisque chez notre malade elle était nettement dorsale et répondait à la septième dorsale.

Dans l'*ostéite déformante de Paget*, on trouve une augmentation considérable de volume et une courbure accentuée des os longs des membres, des os du tronc et de la tête, produisant un aspect très particulier. Les fémurs et les jambes sont fortement courbés en avant et, par suite de cette conformation vicieuse, les genoux et les pieds sont écartés; quelquefois les jambes sont croisées en X. Le tronc et le cou sont fixés dans une flexion antérieure très prononcée, et, par suite de lésions analogues du rachis, la respiration est gênée et à type diaphragmatique. Assez souvent, il existe des douleurs intenses rappelant les douleurs fulgurantes (Marie). Ces signes, joints à la diminution de la taille, donnent aux malades porteurs de cette affection une attitude simiesque des plus caractéristiques. Ce que nous venons de dire suffit déjà à différencier l'ostéite déformante de Paget de l'ostéo-arthropathie; cette distinction sera encore plus facile lorsque nous aurons dit que, dans la première affection, ce sont les diaphyses des os longs qui sont en jeu, et que l'invasion des différents os semble se faire au hasard, tandis que, dans la seconde, ce sont les épiphyses et les articulations qui sont modifiées, et cela d'une façon symétrique.

Nous glisserons rapidement sur le diagnostic avec le *rhumatisme chronique*, dont certaines formes portent leur action déformante et hypertrophiante sur les extrémités des membres et pourraient parfois être confondues avec l'affection qui nous occupe. Les douleurs articulaires vives, survenant par poussées, les craquements et les déformations articulaires, mais avec intégrité des phalangettes et des os, lèveront tous les doutes.

Un certain nombre d'autres affections présentent aussi des déformations osseuses ou articulaires, mais on n'y retrouve pas cet ensemble de symptômes qui fait de la maladie isolée, pour M. Marie, un type clinique bien net. Telles sont les *ostéo-arthrites chroniques*, les *hyperostoses syphilitiques*, la *leontiasis ossea* de Virchow, où il y a développement de véritables tumeurs osseuses sur la face et le crâne, qui donnent naissance à des déformations considérables et à un aspect hideux, mais avec intégrité complète des extrémités.

Il y a aussi un groupe d'affections s'accompagnant d'augmentation de volume des membres qui est, dans ces cas, surtout due à l'hypertrophie des parties molles, de sorte qu'un examen suffisant les fera éliminer sans difficulté. Tels sont le *myxœdème* ou *cachexie pachydermique* et l'*éléphantiasis*.

Ce dont les lésions des doigts se rapprochent le plus, ce sont les *doigts hippocratiques* bien connus des tuberculeux, des bronchitiques et des malades atteints de cyanose congénitale. C'est un peu la même forme d'ongles et, assez souvent, on y observe la tendance à la déformation, au bec de perroquet. Mais dans l'ostéo-arthropathie, l'hypertrophie unguéale est beaucoup plus marquée et, comme le fait fort justement remarquer M. Lefebvre, en se développant, l'ongle a tendance à se soulever, à recouvrir toute la face dorsale et l'extrémité du doigt, en supprimant et en passant par-dessus tous les bourrelets. De plus, on ne retrouve pas, dans les doigts hippocratiques, « cette déformation si curieuse qui porte la partie supérieure des ongles d'une main placée horizontalement, sur un plan supérieur à celui de l'extrémité libre ».

VI

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique, esquissée déjà dans le mémoire de M. Bamberger (1), a été complétée et mise au point par M. Lefebvre, qui a pu faire l'examen histologique et chimique des os.

Macroscopiquement, les parties molles péri-articulaires sont saines. Les surfaces cartilagineuses articulaires sont un peu augmentées dans leurs dimensions et présentent un léger dépoli avec de petites érosions. La diaphyse osseuse est augmentée en diamètre et les parois du canal médullaire sont deux ou trois fois plus épaisses que celles d'un os normal. Sur la surface de section, on aperçoit distinctement la striation de la lame compacte de la diaphyse : on voit qu'elle est formée de couches différentes de tissu osseux égales en épaisseur, et séparées les unes des autres par de la substance médullaire. La couche externe est un peu moins épaisse, adhère peu intimement au périoste épaissi et se laisse entamer par l'ongle.

Au microscope, on a trouvé l'intégrité des nerfs, des vaisseaux et des parties molles. Le cartilage articulaire est intact, il n'y a qu'à sa face profonde qu'on constate quelques vacuoles irrégulières où pénètre la moelle osseuse (cartilage de l'os en formation).

La couche compacte est creusée de vacuoles avec, par place, des lamelles osseuses plus épaisses dont les canaux de Havers sont dilatés et vont s'ouvrir dans la cavité médullaire. Autour d'eux, les ostéoblastes sont très visibles.

Le périoste est épaissi, surtout au niveau de la moelle sous-périostée, qui pénètre dans les couches osseuses sous-jacentes et rappelle ainsi l'os en voie de formation. A la périphérie de l'os, le microscope montre de l'ostéite hyperplasique.

Au contraire, du côté du canal osseux, on trouve une grande abondance de moelle, dont la partie centrale renferme de grosses gouttelettes graisseuses, tandis qu'à la périphérie, on trouve, au contraire, des éléments embryonnaires très abondants.

(1) E. Bamberger. Uber Knochenverœnderungen bei chronische Lungen und Herzkrankheiten, *Zeits. f. klin. Med.*, t. XVIII, 1890.

En résumé, ce que l'on trouve histologiquement, c'est la raréfaction par régression graisseuse du tissu osseux central et l'activité de l'ostéo-génèse des couches sous-périostées. On pourrait qualifier l'altération principale de médullite subaiguë avec hyperplasie et condensation de l'os sous-périosté (Lefebvre).

Le résultat donné par le microscope est confirmé par l'analyse chimique qu'a faite M. Chabrié, chef de laboratoire à la clinique des voies urinaires de l'hôpital Necker. Cet auteur a, en effet, constaté, dans les os de l'ostéo-arthropathie, les modifications suivantes :

1° Augmentation des matières organiques ;

2° Augmentation considérable du phosphate de magnésie ;

3° Diminution des matières minérales ;

4° Diminution du phosphate et du carbonate de chaux.

Au lieu d'être un os calcique comme l'os sain, dans cette affection l'os est devenu magnésien (29,27 p. 100 au lieu de 1,20 p. 100).

VII

Étiologie. — L'étiologie de l'ostéo-arthropathie est encore la partie la moins connue de son histoire. Sur les vingt-huit observations connues, il n'y en a que trois où l'affection se soit rencontrée chez des enfants (quatorze ans, treize ans, sept ans). Toutes les autres se rapportent à l'âge moyen de la vie.

De même pour le sexe : les hommes semblent être plus prédisposés, puisqu'il n'y a que deux observations où il soit question de femmes (Moussous, Gillet).

C'est à peu près tout ce que l'on peut dire sur les causes prédisposantes. Quant aux causes déterminantes de l'affection, on a un peu plus de renseignements. Dans la majorité des cas, il existait des affections pleuro-pulmonaires. Les vingt-huit observations se décomposent de la façon suivante :

Cinq fois, les déformations sont venues à la suite de pleurésie purulente traitée par l'empyème, avec fistule persistante (Bailly, Sollier, Rauzier, les deux observations personnelles de Lefebvre).

Deux fois, elles sont survenues à la suite de pleurésie purulente sans empyème (Moussous, Gillet).

Sept fois, à la suite de bronchite, et emphysème ou dilatation bronchique (Friedreich-Erb, Marie, Gerhardt, Gillet, trois observations de Bamberger).

Une fois, à la suite de cancer pulmonaire (Saundby).

Une fois, à la suite de gangrène pulmonaire (Bamberger).

Quatre fois, à la suite de tuberculose pulmonaire (Frænztel, Thérèse, deux observations de Bamberger).

Cinq fois, à la suite de pleurésie séro-fibrineuse ou hémorrhagique (Elliot, Ewald, Waldo, Bamberger, Orrillard).

Voilà donc vingt-cinq observations sur vingt-huit où l'on trouve une affection pleuro-pulmonaire précédant l'ostéo-arthropathie. Les trois autres qui restent sont moins significatives ; en effet, dans l'une, celle de Friedreich-Erb, sur le cadet des frères Hagner, il n'y a aucune affection pulmonaire. Dans les deux autres, celles de Gouraud-Marie et Spillmann et Haushalter, la tuberculose pulmonaire est consécutive au début des déformations. Que peut-on conclure de cette analyse ? Que, dans la grande majorité des cas, l'ostéo-arthropathie est consécutive à une lésion de l'appareil pleuro-pulmonaire, d'où le nom de pneumique ajouté à cette dénomination et signifiant, pour M. Marie. le poumon et ses annexes, bronches et plèvres.

VIII

Pathogénie. — Il n'a rien été ajouté de bien concluant à ce que disait M. Marie dans son mémoire de janvier 1890 : « Sous l'influence de micro-organismes, il se produit, au niveau de lésions de l'appareil respiratoire, des substances purulentes ou fermentées, qui, passant ensuite dans la circulation, exercent une action élective sur certaines parties des os et des articulations pour déterminer les lésions de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante. »

Justement ce qui se passe dans la tuberculose pulmonaire semble confirmatif de cette manière de voir. Ce ne sont pas là, du reste, des faits isolés, depuis que M. le professeur Bouchard a montré l'existence de *pseudo-rhumatismes* d'origine infectieuse ou toxique. Cependant, comme le fait remarquer M. Marie, le processus inflammatoire de l'ostéo-arthropathie peut manquer complètement et est toujours moindre que dans la plupart des pseudo-rhumatismes actuellement connus.

Cette explication rend à peu près compte des cas où il y avait dans l'appareil respiratoire des germes quelconques capables de produire des ptomaïnes, mais comment expliquer les cas où l'appareil respiratoire était sain et ceux, comme le nôtre, où il existait de la pleurésie séro-fibrineuse, consécutive à une lésion vertébrale s'accompagnant très proboblement de pachyméningite spinale ?

En somme, à propos de la pathogénie, on est encore réduit à des hypothèses et, ce qui est probable, c'est que l'on a affaire, dans ces cas, à des troubles trophiques dont le mode de formation nous échappe complètement.

Un fait semble incontestable et il est la conclusion de la lecture des observations publiées par M. Moussous et M. Gillet : l'amélioration dans l'état de la plèvre a amené la rétrocession non douteuse des déformations phalangettiennes. Il semblerait, comme le fait remarquer M. Gillet, que les déformations fussent en rapport plutôt avec la présence du pus dans la plèvre qu'avec la tuberculose pulmonaire, puisque, dans les deux observations, cette dernière persiste tandis que les doigts reprennent leur forme habituelle.

IX

Traitement. — Le traitement de l'ostéo-arthropathie est à peu près nul. Tout ce que l'on peut faire, c'est de chercher à soulager le malade, à faire de la médecine de symptômes. Naturellement, il faudra apporter tous ses soins à l'affection pulmonaire, puisqu'il est à peu près prouvé que son amélioration peut amener la régression des déformations.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juin 1892. — Présidence de M. Chauvel.

COMMUNICATIONS

Désarticulation intra-scapulo-thoracique. — M. **Berger**, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Delorme (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 673), déclare partager complètement l'opinion qu'il a émise sur les indications

de cette opération et son opportunité dans le cas particulier qu'il a présenté. Lorsque M. Berger a proposé cette opération, il ne s'appuyait pas sur une simple vue de l'esprit, mais bien sur l'examen des faits, et en particulier des faits de récidive. Celle-ci, en effet, dans les sarcomes de l'extrémité supérieure du bras, a toujours lieu dans les muscles scapulaires. Ce sont des sarcomes périostiques plutôt que des sarcomes centraux. Or, l'observation de M. Delorme vient tout à fait à l'appui de cette manière de voir. En résumé, dans les cas de grosses tumeurs sarcomateuses, n'étant plus limitées par une coque osseuse, il faut savoir faire de grands sacrifices, et c'est dans ces cas que la désarticulation intra-scapulo-thoracique s'impose. M. Berger est donc tout à fait de l'avis de M. Delorme.

Fistules recto-vaginales. — **M. ROUTIER** rappelle que, en 1883, M. Monod a préconisé, à l'exemple de Richet, la section du périnée jusqu'à la fistule et la périnéorrhaphie immédiate pour la cure de ces fistules. D'autres chirurgiens ont préconisé des procédés plus économiques; c'est dans ce but que M. Le Dentu a proposé son procédé par glissement. L'inconvénient de ce procédé, c'est que, si l'on échoue, on se trouve après en présence d'une fistule plus grande que la première. M. Quénu a aussi fait connaître un procédé dans lequel il épargne le périnée. M. Routier rappelle également les procédés de Guérin, Després, Verneuil; MM. Monod et Bouilly s'appliquèrent surtout à vanter les avantages de la section du périnée suivie de la périnéorrhaphie immédiate. Enfin, M. Felizet a récemment proposé un procédé, en apparence très simple, et permettant d'éviter la section du périnée.

M. Routier, dans ces derniers temps, a été appelé auprès d'une jeune femme de vingt-trois ans qui, à la suite d'un accouchement difficile, a eu le périnée fendu. L'accoucheur le sutura immédiatement. Le périnée fut ainsi très bien reconstitué; mais, un peu plus tard, on s'aperçut qu'il restait une fistule recto-vaginale. Cette fistule siégeait à 1 centimètre et demi au-dessus de la vulve et s'ouvrait dans le rectum. Il y avait aussi de la rectite. L'accoucheur aviva et sutura cette fistule, mais sans succès. M. Routier, appelé auprès de cette malade, proposa la section du périnée. Mais, devant les objections du médecin de la malade et de l'accoucheur, qui craignaient beaucoup chez elle une chloroformisation prolongée, M. Routier renonça à cette opération et eut recours au procédé de M. Felizet. Le 7 décembre 1891, il employa donc ce procédé qui, comme on sait, consiste à dédoubler le périnée, à gratter les bords de la fistule, à aviver et à bourrer la plaie périnéo-rectale de gaze iodoformée. A la fin de janvier, M. Routier put constater que le résultat de cette opération était déplorable. Le sphincter ne retenait plus les matières. M. Routier revint alors à sa première idée et fit la section du périnée. Cette fois, il réussit à boucher la fistule. Mais, par suite de la première opération, le sphincter s'est rétracté et laisse échapper les gaz. A l'avenir, chaque fois qu'il aura affaire à une fistule recto-vaginale, M. Routier se gardera bien de recourir aux procédés économiques et fera d'emblée la section périnéale, suivie immédiatement de la périnéorrhaphie.

M. POZZI dit que l'observation très intéressante de M. Routier montre l'insuccès notoire du simple dédoublement du périnée, vieille méthode française que le perfectionnement de M. Felizet n'a pas rendue meilleure; loin de là. Ce procédé ne doit pas être relevé de l'oubli où il était si justement tombé. Au contraire, la section périnéale, suivie de la périnéorrhaphie immédiate, a fait ses preuves et constitue un excellent procédé. En présence d'une fistule recto-vaginale, la périnéorrhaphie s'impose sans qu'on ait à s'occuper de la fistule. Le meilleur procédé est celui de Lawson Tait, qui permet une large mobilisation du rectum. Ce procédé a déjà donné de très nombreux succès et il est applicable dans tous les cas, même quand le périnée est intact, résistant, et que la fistule siège très au-dessus de lui, alors même qu'elle siège près du col de l'utérus. Dans certains cas, cependant, on peut essayer d'abord d'un procédé parcimonieux, de la suture directe par le vagin par exemple; puis, si cette première tentative échoue, il ne faut pas hésiter à fendre et à suturer le périnée.

M. BAZY, dans un cas de fistule recto-vaginale, a employé avec succès le procédé préconisé par MM. Monod et Bouilly, c'est-à-dire la périnéorrhaphie.

M. MARC SÉE, dans un cas où la fistule siégeait assez haut, le périnée étant intact, a fendu le sphincter et a fait un large avivement, puis il a suturé. La guérison a été obtenue.

M. TERRIER cite l'observation d'une femme chez laquelle il a eu recours à un procédé qui n'a jamais encore été employé. Il s'agissait d'un abcès du cul-de-sac recto-utérin, qui avait donné lieu à deux fistules, l'une rectale, l'autre vaginale. M. Terrier est allé à la recherche de cette collection par la voie sacrée; il a nettoyé la cavité de l'abcès, puis il a bouché la fistule rectale, toujours par la même voie. Un mois après, il y avait une récidive complète.

M. CHAMPIONNIÈRE croit que la section et la suture du périnée est une bonne opération pour remédier aux fistules recto-vaginales. Toutefois, elle ne constitue pas un progrès aussi réel qu'on a bien voulu le dire, et M. Championnière estime que la chirurgie des fistules recto-vaginales n'est pas encore si avancée. Il ne s'agit pas de la périnéorrhaphie qui, en elle-même, guérit toujours parfaitement, mais bien de l'occlusion même de la fistule, qui souvent n'est pas complète. Dans bien des cas, en effet, il reste une fistulette parfois bien désagréable.

M. MARCHAND a opéré quatre fistules recto-vaginales, l'une par dédoublement et suture, qui a échoué, et les trois autres par la périnéorrhaphie, qui a donné de très bons résultats. Dans ces cas, en effet, on détruit la fistule et on se trouve alors en présence d'une simple périnéorrhaphie. Parmi ces trois dernières fistules, il en était une pathologique chez une femme de plus de cinquante ans. M. Marchand lui a fendu le périnée et l'a reconstitué avec un plein succès.

M. REYNIER a opéré deux cas dans lesquels le périnée était détruit. Il a fait, dans les deux cas, une simple colpo-périnéorrhaphie qui a parfaitement réussi.

PRÉSENTATIONS

M. FELIZET présente une seringue chirurgicale aseptique.

M. FORGUES présente un stérilisateur.

ÉLECTION

M. Tuffier est élu membre titulaire.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'ophthalmologie (1), par le docteur E. Fuchs, traduit de la 2e édition par les docteurs Lacompte et Leplat.

L'ophthalmologiste viennois est trop modeste quand il intitule son ouvrage : « Manuel d'ophthalmologie », car c'est d'un véritable traité qu'il s'agit. L'auteur ne s'est pas borné, comme c'est de règle en Allemagne, à faire rédiger ses leçons par l'un de ses élèves, à les revoir et à les corriger plus ou moins; il a tenu à rédiger lui-même d'un bout à l'autre son traité d'ophthalmologie.

Ce livre n'est pas destiné aux ophthalmologistes de profession, c'est un guide du praticien dans le diagnostic et le traitement des affections oculaires. On n'y trouve pas décrits les cas rares, les types exceptionnels; toutefois, pour ne pas être incomplet, l'auteur a mis en petit texte certains ordres de faits utiles mais non indispensables à connaître. Ce petit texte, suivant l'expression de l'auteur, n'est pas un « chemin interdit » au débutant, au simple praticien; il indique seulement qu'il s'agit plutôt de discussions, de points de doctrines, de théories, que de choses intéressant directement la pratique.

(1) Gr. in-8°. Prix : 24 francs. — Paris, G. Carré.

Bien qu'au courant des conquêtes modernes de l'anatomie pathologique et de la bactériologie, ce manuel nous a paru surtout remarquable dans l'exposé des chapitres traitant de la symptomatologie clinique. Les affections du segment antérieur de l'œil, celles qui constituent le champ habituel d'investigations réservé au praticien, sont particulièrement bien décrites. Signalons aussi un chapitre intéressant sur la chirurgie oculaire. Un très grand nombre de figures aide à l'explication du texte. Toutes ces qualités expliquent le succès rapide de cet ouvrage.

Les amygdalites aiguës (1), par A. Sallard.

Les médecins qui nous ont précédés étaient étonnés de voir l'inflammation d'un organe aussi minime que l'amygdale donner naissance à une fièvre intense, et, dans quelques cas, à des accidents véritablement redoutables. Leur organicisme n'expliquait que difficilement ces particularités cliniques. La doctrine de l'infection et de l'intoxication infectieuse a permis de se rendre compte des choses d'une façon beaucoup plus satisfaisante. L'amygdale n'était plus, en quelque sorte, qu'une porte d'entrée, qu'un foyer premier d'infection d'où pouvaient partir les germes destinés à donner lieu au loin à des colonies microbiennes secondaires, d'où pouvaient aussi partir les toxines susceptibles d'agir rapidement sur l'organisme entier, et, plus particulièrement encore, sur le système nerveux. Ainsi sont devenus compréhensibles des faits jusque-là d'une interprétation insuffisante. Les résultats de cette révolution sont consignés dans le présent travail, qu'on lira avec intérêt et profit.

Nous ferons, cependant, à son auteur deux querelles : une querelle de mots et une querelle d'opinion.

Pourquoi appeler anormales les amygdalites qui s'accompagnent d'accidents infectieux graves ? Est-ce que toutes les amygdalites aiguës ne sont pas de nature infectieuse ? Est-ce que toutes ne s'accompagnent pas plus ou moins de phénomènes d'infection ? Est-ce que tous les degrés ne se rencontrent pas entre la fièvre plus ou moins vive de l'amygdalite aiguë et la pyohémie qui est l'expression la plus grave de l'envahissement de l'organisme, par les germes morbides et les toxines correspondantes ? L'expression n'est donc pas heureuse ; elle s'appliquerait beaucoup mieux, par exemple, aux amygdalites compliquées d'hémorrhagies de la carotide, aux amygdalites suivies de gangrène, etc.

Maintenant une querelle d'opinion : M. Sallard accepte dès maintenant, comme démontrée, l'existence d'une maladie générale, infectieuse, dont l'amygdalite est en quelque sorte la manifestation extérieure. Cette pyrexie à détermination amygdalienne serait contagieuse. Eh bien ! il n'y a rien de démontré dans cette conception, et rien ne prouve que l'amygdalite ne soit pas toujours une maladie primitivement locale, une lésion infectante. Rien ne prouve l'unité des amygdalites épidémiques, dont la contagion n'est pas, du reste, absolument démontrée ; rien ne prouve que l'amygdalite ne soit pas l'expression symptomatique, prédominante et première en date, de processus pathologiques divers, de la grippe en particulier.

Il y aurait lieu aussi de discuter, d'une façon plus suivie, les rapports de l'amygdalite, du rhumatisme et du pseudo-rhumatisme.

C'est que les amygdalites infectieuses sont multiples et que leur connaissance complète supposerait la connaissance préalable de choses dont l'interprétation exacte nous échappe encore.

Appendicite et pérityphlite (2), par Ch. Talamon.

On sait que l'histoire de la typhlite, qui paraissait définitivement acquise, a subi, depuis quelques années, une véritable révolution. Le cæcum lui-même a perdu autant de terrain qu'en a gagné l'appendice, et la tendance, on le sait, est de ne plus admettre que l'appendicite, à l'exclusion presque complète de la typhlite proprement dite, de l'inflammation localisée due à l'engorgement du cæcum par les matières stercorales, suivant l'hypothèse ancienne. Les nombreuses interventions faites par les chirurgiens ont, en effet, permis de constater, par une véritable autopsie sur le vivant, l'intégrité du cæcum et la lésion de l'appendice. On a pu lire, du reste, dans la *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 145, une excellente Revue de M. Ricard sur ce sujet.

M. Talamon avait, plus que tout autre, qualité pour traiter ce sujet ; en effet, bien que médecin, il est un de ceux qui ont fourni des arguments à l'appendicite contre la typhlite. A ceux qui le connaissent, il est inutile de dire qu'il l'a traité avec beaucoup de talent.

(1 et 2) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Phthisie aiguë (1), par L. Dreyfus-Brisac et J. Bruhl.

Très intéressante monographie de la tuberculose aiguë dans ses diverses formes cliniques et anatomo-pathologiques : tuberculose aiguë miliaire et tuberculose massive pneumonique ou broncho-pneumonique aiguë ou subaiguë. Les auteurs ont esquissé d'une façon nette et en même temps originale « le tableau d'ensemble de ces processus, qui, malgré leur identité d'origine avec la phthisie vulgaire, n'en présentent pas moins des allures toutes spéciales et, par suite, ont des droits à l'autonomie nosographique ».

Dans ce tableau, vivement enlevé, la note personnelle ne manque pas. Nous ne serions pas étonné, si ce petit volume était parmi ceux de la collection à laquelle il appartient, un de ceux qui auront le plus de succès.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique (2), publiée sous la direction de M. J. Rochard.

Le fascicule XXII termine le tome IV ; il renferme la fin de l'hygiène rurale, de M. Drouineau. (Culture et travail. Etat moral et intellectuel.)

Le tome V, que commence le fascicule XXIII, a été confié à la collaboration de MM. A.-J. Martin et Napias ; il traitera de l'hygiène hospitalière et de l'assistance publique. On connaît la compétence particulière des deux auteurs dont nous venons de donner les noms. Il sera précieux pour beaucoup de personnes, pour les législateurs, pour les municipalités, pour les directeurs des établissements de bienfaisance et des institutions de charité, de trouver réunis et commentés les règlements en usage, de trouver exposés les besoins de l'assistance publique, ses ressources, son organisation, ses desiderata.

Mères et nourrissons (4), par les docteurs A. Boissard et G. Barbézieux, préface par J. Simon, de l'Académie française.

Le nouveau volume de vulgarisation que viennent de publier les docteurs Boissard et Barbézieux, répondait à un véritable besoin. De tous les manuels destinés aux jeunes femmes et aux jeunes mères, il nous paraît le plus complet et le mieux conçu.

Les auteurs, tout en conservant à ce livre un caractère scientifique, n'ont rien négligé pour en rendre la lecture facile et attrayante. Quelques chapitres seront lus avec profit, même par les médecins et les hygiénistes. Nous sommes loin, en effet, des banalités que l'on rencontre habituellement dans les petits manuels écrits pour les mères et surtout pour les nourrices.

Le livre se divise en deux parties : l'une concernant la femme et la mère, la seconde le nouveau-né.

Dans la première partie, le premier chapitre tout entier et le chapitre III, l'un envisageant le caractère et le rôle de la femme et de la mère, l'autre traitant de l'hygiène des femmes grosses, nous ont particulièrement intéressé.

Dans la seconde partie, nous recommandons surtout la lecture

(1) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

(2) T. IV, XXII et XXIIIe fasc. Prix du fasc., 3 fr. 50 ; l'ouvrage complet à forfait (8 volumes), 150 francs ; les 20 premiers fascicules sont en vente. — Paris, Ve Babé et Cie.

(3) Petit in-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Steinheil.

du troisième chapitre, traitant de la nécessité de l'allaitement maternel, du lait et du régime de l'enfant.

Au cours des divers chapitres, nous notons de nombreuses et intéressantes diversions qui donnent, au livre de nos confrères, une véritable portée sociale. C'est ainsi que différentes questions relatives soit à l'hygiène, soit à l'assistance des femmes enceintes, sont traitées avec une grande compétence.

Enfin les auteurs ont eu l'heureuse inspiration d'écrire, dans les annexes, le texte entier de la loi Roussel, trop souvent méconnue, et une intéressante étude sur les sociétés de protection de l'enfance.

Il serait bon que ce livre, très bien pensé et très bien écrit, fût admis dans les différentes bibliothèques municipales et confié à toutes les jeunes mères.

Gynécologie; séméiologie génitale (1),
par le docteur A. Auvard.

Ce petit volume fait partie de l'Encyclopédie scientifique des aide-mémoires, publiés sous la direction de M. Leauté de l'Institut. C'est, comme l'indique son titre, un livre de séméiologie. L'auteur a pris chaque symptôme auquel peut donner lieu une maladie génitale, l'a analysé et interprété au point de vue diagnostique et pronostique.

C'est un livre clair, méthodique, un peu trop élémentaire peut-être, mais très utile aux débutants.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 18 juin 1892, M. Huet, docteur en médecine et docteur ès sciences, maître de conférences de zoologie à la Faculté des sciences de Caen, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

— Sont nommés : 1° *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. Garnier, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; Godfrin, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Nancy; Heinbach, pharmacien, professeur à l'association polytechnique de Paris.

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Daraignez (d'Hagetmau); Ficatier (de Bar-le-Duc); Guérin, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy; Picard (de Jarville); M. Juste, pharmacien à Hagetmau.

— Le classement général et la répartition, dans les services hospitaliers, de MM. les élèves en pharmacie, pour l'année 1892-1893, auront lieu : pour les élèves de deuxième, troisième et quatrième années, le samedi 25 juin, à trois heures, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3; pour les élèves de première année, le mardi 28 juin, à trois heures.

— Un concours pour la nomination à quatre places d'élèves internes en pharmacie s'ouvrira, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le 8 août 1892. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général, à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bouttier (de Paris).

— *Chemin de fer d'Orléans.* — A l'occasion de la saison thermale de 1892, la Compagnie du chemin de fer d'Orléans a organisé un double service direct de jour et de nuit, qui fonctionnera du 8 juin au 20 septembre inclus, entre Paris et la gare de Laqueuille, par Vierzon, Montluçon et Eygurande, pour desservir par la voie la plus directe et le trajet le plus rapide les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule.

Ces trains comprennent des voitures de toutes classes et, habituellement, des wagons à lits-toilette, au départ de Paris et de Laqueuille.

La durée totale du trajet, y compris le parcours de terre entre la gare de Laqueuille et les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule, est de 11 heures à l'aller et au retour.

Prix des places, y compris le trajet dans le service de correspondance de Laqueuille au Mont-Dore et à La Bourboule, et *vice versâ.*

1re cl., **53** fr. **90** — 2e cl., **36** fr. **85** — 3e cl., **23** fr. **75**.

Aux trains express partant de Paris le matin et de Chamblet-Néris dans l'après-midi, il est affecté une voiture de 1re classe pour les voyageurs de ou pour Néris-les-Bains, qui effectuent ainsi le trajet entre Paris et la gare de Chamblet-Néris, sans transbordement, en 6 heures environ.

On trouve des omnibus de correspondance à tous les trains, à la gare de Chamblet-Néris pour Néris, et *vice versâ.*

— *Chemin de fer d'Orléans* (mai-octobre 1892). — Des billets d'aller et retour de famille de 1re et de 2e classe sont délivrés toute l'année, à toutes les stations du réseau d'Orléans, avec faculté d'arrêt à tous les points du parcours, pour les stations balnéaires et thermales ci-après, du réseau du Midi :

Alet, Arcachon, Argelès-Gazost, Ax-les-Thermes, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Banyuls-sur-Mer, Biarritz, Cambo-Ville, Capvern, Céret (Amélie-les-Bains, La Preste, etc.), Couiza-Montazels, Dax, Guéthary (halte), Hendaye, Lamalou-les-Bains, Laruns (Les Eaux-Bonnes, Les Eaux-Chaudes), Oloron-Sainte-Marie, Pau, Pierrefitte-Nestalas (Cauterets), Prades (Le Vernet et Molitg), Saint-Girons, Saint-Jean-de-Luz, Saint-Flour (Chaudes-Aygues, Salies-de-Béarn, Salies-du-Salat et Ussat-les-Bains.

Avec les réductions suivantes, calculés sur les prix du tarif général d'après la distance parcourue, sous réserve que cette distance, aller et retour compris, sera d'au moins 500 kilomètres.

Pour une famille de	3	personnes.	**25**	p. 100
—	4	—	**30**	—
—	5	—	**35**	—
—	6	— ou plus.	**40**	—

Durée de validité : **33** jours, non compris les jours de départ et d'arrivée.

La durée de validité des billets de famille peut être prolongée une ou deux fois de 30 jours, moyennant le paiement, pour chacune de ces périodes, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du billet de famille.

Avis. — La demande de ces billets doit être faite quatre jours au moins avant le jour du départ.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Recherches expérimentales sur les leucocytes, par le docteur E. Maurel. Applications à la toxicologie et à la thérapeutique; 5e fascic. : Action de la strychnine, du curare et du cyanure du potassium sur nos leucocytes. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

(1) Petit in-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson et Gauthier-Villars et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

4.

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal.arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre 1.33
Silicate acide }
Arséniate » } sesqui-oxyde de fer
Phosphate » }
Sulfate » }
— de chaux....................
Chlorure de sodium...............
Matières organiques.............. } 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

38

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

99

ERGOTINE BONJEAN

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

LE MEILLEUR HÉMOSTATIQUE

Potions, Solutions, Injections hypodermiques.

DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN

15 centigr., contre

Hémorrhagies de toute nature, Dysenteries, Diarrhées chroniques, etc.

Dépôt : Labélonye et Cie, et toutes phies.

30

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée,* diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

23

(VOSGES) PLOMBIÈRES (VOSGES)

SAISON DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

Maladies du tube digestif.
Affections nerveuses et rhumatismales.
Maladies des femmes, Hydrothérapie.

Étuves romaines, Bains, Douches, Massage.

41

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

77



PEPTONATE DE FER

ROBIN

15 à 20 gouttes par repas.

Le plus assimilable des ferrugineux.

SE PREND ÉGALEMENT SOUS FORME DE

VIN, DRAGÉES ÉLIXIR

Paris, 13, r. Grenier-St-Lazare, et toutes Pharmacies.

72

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0 fr. 50** le mètre; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1 fr. 25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1 fr. 25** le mètre; 4° le macintosh, **5 fr.**

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

42

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

83

Phthisie catarrhale, Hémoptysies, Bronchites chroniques.

TERPINE PAULIAC ÉLIXIR TONIQUE HÉMOSTATIQUE PUISSANT

Dosé à 20 centigr. de terpine par cuillerée.

3 à 6 cuillerées par jour.

MODIFICATEUR ENERGIQUE des MUQUEUSES

CAPSULES DE TERPINE PAULIAC à 20cg 3 à 6 p'j.

Gros : Boury, pharmacien, 26, r. Pont-Louis-Philippe, Paris, et dans toutes les pharmacies.

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100g**. Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant,* sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

46

BULLES GLUTINEUSES

de Ch. CORNU

Ces bulles sont inaltérables et n'irritent pas le tube digestif.

PROCÉDÉ BREVETÉ S. G. D. G.

BULLES IODURÉES

à 0gr25 d'iodure de potassium pur **en solution**

Prix : 4 fr. le flacon.

BULLES A L'IODURE DE FER

à 0gr05 d'iodure de fer pur **en solution**, correspondant à une demi-cuillerée à bouche de sirop d'iodure de fer du Codex. — *Prix : 3 fr. le flacon.*

BULLES CRÉOSOTÉES

à 0gr15 de créosote pure de hêtre, parfaitement assimilable, sans irritation du tube digestif.

Prix : 4 fr. le flacon.

BULLINES AU BICHLORURE D'HYDRARGYRE

à 0gr01 de bichlorure d'hydrargyre **en solution.**

Prix : 3 fr. le flacon.

BULLES IODURÉES COMPOSÉES

contenant 0gr005 de bi-iodure d'hydrargyre et 0gr25 d'iodure de potassium **en solution,** correspondant ainsi à une demi-cuillerée de sirop de Gibert. — *Prix : 4 fr. 50 le flacon.*

Usine : 41, rue de Vanves, Paris.

Dépôts : 35, rue Bourg-Tibourg; P. Meuley, 133, rue St-Antoine, et Warin, pharm., 6, rue Guilleminot, à Paris, et toutes pharmacies.

62

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses,* des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 27 juin 1892.

Les dépenses comprises dans le sous-chapitre XVIII du budget de l'Administration de l'Assistance publique, sous le titre : *Appareils, instruments de chirurgie et objets de pansement*, ont pris, dans ces dernières années, un développement considérable.

Ces dépenses, pour les établissements à la charge de l'Administration, se sont élevées, en 1890, à 874054 francs; en 1891, les crédits qu'il a fallu ouvrir se montent à 938000 francs. Il est certain que pour l'année 1892, à la fin de l'exercice, les dépenses atteindront le chiffre de 1000000.

Or, le budget de 1892, dont les dépenses ont été arrêtées au début de l'année précédente, n'a prévu qu'un crédit de 701500 francs, qui sera très notablement insuffisant pour faire face aux besoins de l'année. C'est dire que, dans un mois ou deux, le crédit va être complètement épuisé, et l'on se demande comment, dans les quatre mois restants, les malades pourront être pansés dans les services de chirurgie.

L'Administration pousse aujourd'hui, un peu tardivement, son cri d'alarme, et l'enquête, qu'elle vient de solliciter, aurait dû depuis longtemps être faite par des administrateurs plus soucieux de la bonne gestion des deniers qui leur sont confiés.

L'enquête a démontré que cette augmentation progressive tenait en partie au développement continu de l'activité chirurgicale; et que, grâce aux pansements modernes, la mortalité, déjà fort abaissée, était tombée, en 1890, à 5,16 p. 100, de 6,14 qu'elle était en 1885.

Il y a, de ce fait, en une seule année, une économie de 342 vies. Certes, si c'était la seule cause de l'augmentation des dépenses, l'Administration n'aurait qu'à s'applaudir des sacrifices qu'elle s'impose dans ce but.

Mais, à notre avis, ce n'est pas la seule cause, et il ne faut pas chercher bien loin, pour en découvrir d'autres encore.

Et d'abord, l'Administration le reconnaît elle-même, il faut cesser de demander à des fournisseurs des objets de pansement, vendus fort chers et que la pharmacie des hôpitaux pourrait fort bien et fort économiquement préparer. L'Administration n'ignore pas que, dans certains services chirurgicaux, ce sont les surveillantes elles-mêmes, qui préparent les gazes iodoformée, salolée, et différents autres objets de pansement; que, dans certains services, l'interne en pharmacie prépare aseptiquement les éponges nécessaires aux opérations abdominales, tandis que, dans d'autres, on fait venir *à grands frais* du dehors, des éponges stérilisées chez des pharmaciens de la ville. Quelques chirurgiens n'opèrent jamais sans faire venir, de chez un fabricant, aide et instruments, dont la location se paie, en bonnes espèces sonnantes. Pourquoi tant de poids et tant de mesures? Pourquoi, en présence du déficit qui s'approche et qui menace, l'Administration, sans s'ingérer dans ces détails de la technique chirurgicale, ne dit-elle pas à ses chirurgiens de se suffire à eux-mêmes avec les instruments, les aides, les matières premières de pansement qui ont toujours été mis libéralement à la disposition de tous ?

Nous prévoyons d'ici les objections, et dans le camp chirurgical, la clameur serait grande si de telles mesures étaient prises! Mais vraiment, le chirurgien qui se sert de la gaze iodoformée, commercialement préparée, est-il si sûr de l'asepsie de cette gaze? A-t-il vérifié la propreté absolue de la main de l'ouvrier chargé de l'empaquetage, de l'étiquetage, etc. ?

Nous lui conseillons, pour son édification personnelle, une visite dans certains établissements de produits dits « antiseptiques », et il verra comment sont traitées ces gazes sacro-saintes qu'il prend, lui chirurgien, bien délicatement du bout d'une pince flambée, pour éviter toute souillure. Peut-être que ce petit voyage lui donnerait une confiance plus grande dans ce qu'il verrait préparer dans son service et sous ses yeux. Quant à la préparation des éponges, est-elle vraiment si difficile? Pourquoi les internes en pharmacie les préparent-ils, dans certains services, à la grande satisfaction du chirurgien? Parce que ce chirurgien y a veillé, y a tenu la main; en un mot, s'en est occupé lui-même, au lieu de trouver plus commode de se décharger de ce soin sur un pharmacien de la ville, payé des deniers de l'Assistance.

En d'autres termes, bien des chirurgiens dépensent sans compter, sans réfléchir que c'est dans le bien des pauvres qu'ils puisent ainsi à pleine main.

Enfin, une cause énorme de gaspillage tient certainement à la façon dont sont faits les pansements à la consultation externe, ou pour les malades qui viennent se faire soigner

à l'entrée des salles. Que de fois ne voit-on pas des monceaux de gaze iodoformée, des plaques d'ouate, pour une petite brûlure ou pour une plaie insignifiante, qui guériraient aussi bien sans être pansées avec autant de prodigalité! L'attention des chirurgiens devrait être attirée de ce côté, et bien souvent ils auraient besoin de renouveler, à leur jeune personnel médical, les recommandations de sage économie.

Il y aurait un remède à cet état de choses, remède bien facile à employer s'il ne heurtait pas de front toute la routine, accumulée depuis tant d'années par nos paperassiers administratifs. C'est de faire ce que l'on fait, avec d'excellents résultats, dans certains hôpitaux étrangers, notamment en Allemagne, c'est d'assigner à chaque chirurgien un budget dans les limites duquel il serait strictement enfermé. L'Administration, qui peut si bien compter (puisqu'elle a pu établir qu'en 1890 les objets de pansement ont coûté 874054 fr. *cinquante-deux centimes*), doit savoir quel est le prix moyen de revient par opéré et par malade et établir, d'après ces données, le budget de chaque service dans les limites duquel le chirurgien aurait toute latitude pour se mouvoir. Mais à cela il y a une grosse objection, qui empêchera toute réforme dans ce sens : abandonner à un médecin une petite part du budget, c'est un crime de lèse-administration qui n'est pas près de se commettre en France.

MM. Deny et Chouppe, en 1889, et Féré, en 1890, firent des expériences sur la toxicité des urines chez les épileptiques, mais les premiers n'étudièrent que la toxicité des urines des espaces intercalaires, c'est-à-dire à l'état normal, et M. Féré essaya de déterminer cette toxicité avant et après les crises; mais pour arriver à ce résultat, il n'injecta que les mictions d'urine avant et après les accès, au lieu d'employer toutes les urines des vingt-quatre heures; aussi son coefficient d'urotoxicité ne peut-il être certain. M. Voisin (Soc. méd. des hôpit., séance du 24 juin) a de nouveau étudié cette question; il a cherché à connaître la toxicité des urines des épileptiques avant, pendant et après les crises paroxystiques; ne s'adressant qu'à des malades atteints d'épilepsie essentielle, il a recueilli les urines des vingt-quatre heures et fait ses injections dans les veines de l'oreille du lapin. Voici les principaux résultats de ses expériences :

1° Il y a, avant les crises en série (presque toutes les malades hospitalisées sont sériées), un abaissement considérable de la toxicité urinaire. Donc, hypotoxicité;

2° Pendant la crise, cet abaissement persiste, moins marqué que dans la période préparoxystique; la courbe tend déjà à se relever;

3° Après la série, la toxicité urinaire se relève, dépasse la normale si la série est finie. Si la série n'est pas terminée, le coefficient ne s'élève pas au-dessus de la normale et les accès reparaissent. Cette hypotoxicité est donc un élément de diagnostic pour affirmer que la série n'est pas terminée et que certains cas quotidiens, qui étaient considérés comme des cas isolés, doivent être considérés comme faisant partie d'une série durant plusieurs jours. Cette hypotoxicité persiste aussi quand, après les accès convulsifs, se développe du délire ou de l'excitation maniaque;

4° Certains malades, et surtout ceux qui sont gravement atteints dans leur état mental, paraissent avoir une hypotoxicité constante; mais, néanmoins, la toxicité la plus faible répond aux périodes préconvulsives, la plus forte aux périodes post-convulsives;

5° La toxicité urinaire, en dehors des paroxysmes, est-elle normale? M. Voisin incline à le croire, avec MM. Deny et Chouppe. Cependant, il semble bien qu'il y ait des épileptiques, et ce ne sont pas les moins atteints au point de vue mental, dont l'état normal est l'hypotoxicité;

6° Le trouble mental des épileptiques paraît toujours s'accompagner d'hypotoxicité.

M. Siredey présente à la Société un malade qui vient d'entrer à l'Hôtel-Dieu annexe, porteur de lipomes multiples, très volumineux et symétriques. Ils se sont développés à l'âge de trente et un ans (le malade en a quarante-huit actuellement), et, ce qui en fait l'intérêt, leur apparition s'est faite brusquement, presque du jour au lendemain. Les renseignements fournis par le malade auraient pu paraître suspects, si l'on ne rapprochait cette observation d'une semblable publiée par M. Desnos l'an dernier, et d'un autre cas dans lequel M. Potain vit un lipome naître presque sous ses yeux.

Le malade de M. Siredey est entré à l'hôpital souffrant d'une atteinte de rhumatisme articulaire subaigu, avec purpura des membres inférieurs. Il n'en est pas à sa première attaque, c'est un rhumatisant de vieille date. Les lipomes qu'il présente sont d'un volume véritablement extraordinaire. Celui qui siège à la face antérieure du cou paraît même descendre derrière le sternum et comprimer la trachée. Sur les bras, les tumeurs sont plus diffuses, et les plus grosses semblent reliées entre elles par des tuméfactions lipomateuses petites, comme en chapelet. Il faut encore mentionner que ce malade est un artério-scléreux, avec lésion aortique.

M. Chantemesse lit, au nom de M. Raugé, un fort intéressant travail sur les centres psycho-moteurs de la parole articulée, dont nous extrayons la principale conclusion. L'auteur cherche, en somme, à faire ressortir des considérations un peu théoriques de son étude ce fait que le langage, même dans son expression limitée de langage parlé actif, est une fonction multiple et complexe dont la direction ne peut être confiée à un centre cortical unique. Les actes de détail, dont la parole articulée est la résultante, ne valent que par leur réunion et n'aboutiraient, isolés, à aucun effet physiologique utile : l'un d'eux ne produirait, en l'absence des autres, qu'une contraction de la glotte absolument improductive et sans but; l'autre, un vain mouvement de la langue ou des lèvres; le troisième, des expirations plus ou moins régulières, mais parfaitement aphones. L'accomplissement de l'acte total exige la coopération constante de chacune de ces trois composantes, et les centres qui les gouvernent doivent, durant la phonation, rester incessamment en jeu. L'un dirige, dans la parole, son rythme et son intensité; l'autre en règle l'intonation, tandis que le troisième, enfin, préside à l'articulation des mots.

M. Catrin (du Val-de-Grâce) lit un travail d'ensemble sur la mortalité dans la pleurésie et sur l'emploi de la thoracentèse. Sa statistique, qui porte sur un grand nombre de faits observés, prouve que la mortalité est plus faible, actuellement, qu'au temps d'Andral et de Bouillaud — en dépit des assertions récentes de plusieurs académiciens — que la transformation d'un épanchement séreux en un épanchement purulent ne se fait jamais.

D'après ces résultats, il semblerait que la pleurésie fût une maladie à pronostic favorable.

M. Catrin pense qu'il y a deux pronostics pour la pleurésie, l'un immédiat, bénin, l'autre ultérieur, sévère. La pleurésie est, en effet, très souvent tuberculeuse; M. Kelsch en a suffisamment donné des preuves, pour qu'il ne soit plus nécessaire d'insister. En outre, dans l'armée, fréquemment les pleurétiques guéris ne sont plus aptes à faire un bon service et fournissent un contingent sérieux dans les cas de mort subite, après une course, un effort. M. Catrin en a observé plusieurs cas.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

L'auto-infection tuberculeuse.

L'observation d'une malade, morte cette semaine dans le service, me fournit l'occasion d'étudier avec vous une question importante entre toutes, celle de l'auto-infection tuberculeuse. Le premier accident que cette malade ait présenté, il y a six semaines, est une hémiplégie. Cinq semaines plus tard apparaissaient tous les symptômes d'une granulie généralisée avec signes stéthoscopiques évidents. L'autopsie vint bien expliquer ces deux grands ordres d'accidents morbides. Elle montra, en effet, d'une part, des tubercules cérébraux anciens sans granulations, sans méningite, tubercules qui, après être restés longtemps silencieux, avaient produit l'hémiplégie, accident toujours tardif. Elle montra, d'autre part, tous les viscères, les ganglions, criblés de granulations grises, lésions récentes qui avaient rapidement entraîné la mort.

En présence de ces données cliniques et anatomo-pathologiques, l'idée toute naturelle est de rattacher les lésions nouvelles de granulie aux lésions anciennes de tuberculose cérébrale. Mais, pour accepter cette première idée, deux conditions sont nécessaires. La constitution histologique des lésions doit être de même nature. L'expérimentation doit montrer la possibilité de la production des lésions tuberculeuses récentes par les lésions anciennes. Ces deux conditions constituent tout le problème de l'auto-infection tuberculeuse.

La démonstration expérimentale a, dans cette question de l'auto-infection, précédé la démonstration histologique. En 1865, M. Villemin montrait que la granulation grise était inoculable. Dans une expérience plus en rapport avec le fait qui nous occupe aujourd'hui, fait où la lésion ancienne est constituée, non plus par la granulation grise, mais par le tubercule caséeux, Lebert, l'année suivante, montrait que la matière caséeuse était, elle aussi, inoculable. Mais il partait de ce fait pour combattre, et non pour confirmer, la découverte de M. Villemin sur l'inoculabilité de la tuberculose.

L'histologie, quelques années plus tard, démontrait définitivement l'unité de la tuberculose. Elle prouvait que les foyers caséeux n'étaient qu'une période plus avancée, période de régression de la granulation grise.

Les expériences d'inoculation avec les produits caséeux ont été, depuis, répétées bien des fois. Quel que soit le siège de l'inoculation : tissu sous-cutané, péritoine, chambre antérieure de l'œil, celle-ci aboutit tout d'abord à un tubercule local, puis, après un intervalle plus ou moins long, à une tuberculose miliaire aiguë généralisée. C'est ce qui s'est passé chez notre malade. Une lésion ancienne, longtemps tolérée, a fini par donner naissance à la granulie.

Cette rencontre fréquente de foyers tuberculeux anciens, chez les malades morts de granulie, avait déjà frappé les anciens observateurs, et en particulier Lebert. Depuis qu'on cherche ces foyers, on les rencontre d'une façon si constante qu'on peut affirmer que la granulose n'est jamais primitive, spontanée. Elle est toujours le résultat d'une auto-infection.

Sans doute, il existe des observations anciennes de granulie sans foyers caséeux. Mais on peut se demander si ces foyers n'ont pas été méconnus, faute de les avoir cherchés partout et de parti pris. Certes, les foyers qui siègent dans les ganglions, le médiastin, les poumons, ne sont pas facilement méconnus. Mais parfois le foyer est unique, profondément caché dans un os, une articulation. Dans trois observations récentes de granulie, le seul foyer existant fut trouvé dans la substance médullaire de l'un des reins pour la première, dans l'épididyme pour la seconde, dans une des trompes utérines pour la troisième. Vous voyez avec quelle facilité ces foyers uniques et dissimulés peuvent passer inaperçus à l'autopsie. L'observation de notre malade est, je crois, la première observation de granulie où le foyer initial ancien ait été un tubercule cérébral, sans méningite tuberculeuse.

Depuis 1883, la découverte du bacille de Koch a permis de mieux comprendre encore l'auto-infection. Ces bacilles existent, en effet, dans les vieux foyers comme dans les lésions récentes. Dès 1884, M. Déjerine, étudiant les vieux foyers caséeux, montrait que, alors même qu'ils étaient calcifiés en grande partie, on arrivait encore à y déceler quelques bacilles. Seuls les tubercules absolument calcifiés n'en renferment pas, et peut-être même cette dernière conclusion est-elle trop absolue. Des recherches récentes, faites par Grimm en 1889, ont montré que, quelquefois, exceptionnellement, des tubercules calcifiés renfermaient encore des bacilles. Dans notre cas particulier, il n'y a pas le moindre doute. Les tubercules étaient caséeux, non calcifiés. L'examen histologique, fait par M. Menetrier, a montré la présence de nombreux bacilles.

De quelles façons se fait l'auto-infection? Supposons d'abord le cas le plus simple, celui où le foyer initial occupe la cavité thoracique.

L'infection, dans les foyers du poumon, des ganglions du médiastin paraît se faire, d'après les recherches de Weigert, plutôt par les veines pulmonaires que par les lymphatiques. Cette transmission par les veines pulmonaires est indirecte. La tuberculose envahit les vaisseaux; les lésions sont tout d'abord limitées à la tunique interne, ce qui montre bien que l'invasion se fait de dedans en dehors et non de dehors en dedans. Cette phlébite tuberculeuse devient, à un moment donné, le point de départ d'une véritable inondation du sang par les bacilles tuberculeux.

Deux faits encore isolés paraissent démontrer que cette inondation peut se faire, non seulement par la phlébite, mais par l'irruption brusque de produits tuberculeux dans un vaisseau graduellement ulcéré de dehors en dedans. Dans le premier de ces faits, un ganglion tuberculeux s'était ouvert dans l'aorte. Dans le second, l'ouverture avait eu lieu dans l'artère pulmonaire.

Quand le foyer occupe la cavité abdominale, le mode de l'auto-infection est encore assez bien connu. La voie d'infection paraît être, en ce cas, surtout la voie lymphatique.

Ponfick, dès 1877, a bien étudié les altérations des vaisseaux lymphatiques, et en particulier du canal thoracique. C'est de cette façon que se fait l'infection si fréquente, si importante, surtout chez l'enfant, par le lait provenant de vaches tuberculeuses.

Dans le cas de foyer cérébral, le mode d'auto-infection n'a pas encore été déterminé. Les faits analogues au fait que nous venons d'observer sont d'ailleurs rares. Le fait de tubercule cérébral avec granulie, sans méningite tuberculeuse, paraît même unique dans la science.

Cette pathogénie offre un grand intérêt clinique. Seules, ces inondations brusques du sang par les produits tuberculeux, ces effractions subites, vous permettent de bien comprendre la marche extraordinairement rapide, souvent foudroyante, de certaines granulies. Dans la forme suffocante de la granulie, la mort survient en quinze jours, trois semaines au plus. Il y a deux ans, nous avons observé dans le service un jeune homme frappé en pleine santé apparente. Il succomba dix jours après le début des premiers accidents. A l'autopsie, il n'existait qu'un seul foyer caséeux, caché dans un coin du poumon gauche. M. Menetrier y trouva pourtant des bacilles. Cette mort en dix jours paraît être un minimum, même dans la forme suffocante. Mais, d'autre part, un délai de dix-huit à vingt jours est à peu près le maximum.

Vous voyez donc à quel danger terrible exposent toujours les foyers caséeux anciens. Vous retiendrez, d'autre part, qu'ils précèdent constamment la granulose. A condition de chercher suffisamment, vous trouverez toujours quelque vieille lésion caséeuse, point de départ initial de toutes les granulations miliaires, aiguës, généralisées. La granulose n'est pas une affection primitive. Elle est toujours et constamment secondaire, produite par auto-infection.

HYGIÈNE

Sur le système sanitaire adopté par la Conférence de Venise pour empêcher le choléra de pénétrer en Europe par l'isthme de Suez (1).

Par M. le professeur P. Brouardel,
Doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Jusqu'à ce jour, le système adopté pour préserver l'Europe contre l'invasion des maladies pestilentielles, notamment contre le choléra, a été celui des quarantaines, inauguré à Venise au XV[e] siècle. On isole les passagers provenant des régions contaminées dans des espaces clos appelés « lazarets » et l'on désinfecte les hardes et les objets suspects par l'aération prolongée ou par des vapeurs considérées comme douées de propriétés désinfectantes.

Ce système apporte de grandes entraves au commerce et soumet les voyageurs à une séquestration incommode et parfois prolongée. Dès que la navigation est devenue plus rapide, et surtout dès que le tonnage des navires a augmenté, les difficultés d'application se sont multipliées. On peut retenir dans un lazaret trente ou quarante passagers débarquant d'un bateau à voiles; il est presque impossible d'être organisé pour isoler mille ou douze cents personnes, pour les surveiller, les nourrir dans des conditions acceptables.

Des récriminations de plus en plus violentes se sont élevées contre le système quarantenaire. Des conférences sanitaires successives se sont réunies pour l'améliorer, à Paris, en 1851 ; à Constantinople, en 1866 ; à Vienne, en 1874 ; à Rome, en 1885. Toutes ont échoué. Celle de Venise, réunie en janvier 1892, a réussi. Depuis dix jours, la convention est revêtue de la signature de tous les ministres plénipotentiaires des puissances européennes. Il ne manque plus que la ratification définitive.

C'est le système préconisé par les délégués français MM. Barrère, ministre plénipotentiaire, Proust, Catelan et moi, qui a été adopté à Venise. Avec M. Rochard, nous en avions déjà défendu à Rome, en 1885, les parties principales.

Je désire résumer devant l'Académie les principales conditions de l'accord intervenu, car la convention a pour base les récentes conquêtes de l'hygiène.

Il est établi que les germes du choléra sont contenus dans les déjections des malades, dans les linges souillés, que ces germes y conservent une vitalité très longue, qui, parfois, a dépassé un an.

Au lieu d'attendre que le temps, l'air, le soleil les aient fait périr, nous voulons que ces germes soient rapidement et effectivement détruits, avant de pénétrer en Europe. Nous possédons, pour opérer cette destruction, des étuves à désinfection par la vapeur sous pression, dont l'efficacité a été expérimentalement démontrée par le Comité d'hygiène, et pratiquement, il y a deux ans, lors de l'épidémie de choléra en Espagne. Nous avons à cette époque, à la frontière des Pyrénées, désinfecté le linge des voyageurs, retenu dans des maisons d'isolement les cholériques et les suspects : le choléra n'a pas pénétré en France.

Depuis six ans, M. Proust et moi, assistés par M. Nicolas, directeur au Ministère du Commerce, puis par M. Monod, directeur au Ministère de l'Intérieur, avons demandé que les navires aient à bord un médecin et une étuve à désinfection, de façon que tous les objets susceptibles d'être souillés soient désinfectés pendant la traversée, avant l'arrivée au port.

C'est ce système qui a triomphé à Venise.

Lorsque les délégués français se sont rendus à la Conférence, ils ne se dissimulaient pas les difficultés de la situation.

Le Conseil sanitaire international d'Alexandrie, créé par Méhémet-Ali, comprenait neuf membres égyptiens, qui, alliés aux représentants de l'Angleterre, formaient la majorité et accordaient, depuis plusieurs années, aux navires de telle ou telle puissance, un laissez-passer à peu près absolu; tandis qu'ils appliquaient aux autres les prescriptions édictées par les réglements sanitaires. Il en résultait pour la navigation des diverses nations une inégalité désastreuse au point de vue des intérêts commerciaux de quelques-unes d'entre elles et un véritable danger pour la santé publique.

Pour modifier les réglements et le Conseil chargé de les appliquer, il nous fallait obtenir, dans la Conférence, l'assentiment unanime des puissances. En 1885, à Rome, la Grande-Bretagne était, sur ces questions, restée seule en présence des dix-huit autres puissances, mais comme son commerce représente les 80 p. 100 de la navigation totale du canal de Suez, comme sa position politique en Égypte lui assure une influence prépondérante, sa résistance avait suffi pour faire échouer les résolutions votées par toutes les autres puissances.

Enfin, la base des délibérations de la Conférence de Venise était fixée dans un protocole, signé par la Grande-Bretagne et l'Autriche-Hongrie, dont la teneur était ainsi formulée :

Les bâtiments anglais, à destination d'un port du Royaume-Uni, infecté ou non, seront libres de passer le canal de Suez en quarantaine, sous les trois conditions suivantes et sans aucune détention quarantenaire :

1° Arraisonnement du navire;

2° Présence de deux gardes sanitaires à bord pour empêcher tout contact entre le bâtiment et les personnes ou objets se trouvant sur les bords du canal;

3° Avertissement télégraphique adressé aux puissances, les prévenant que tel navire transite le canal en quarantaine.

D'après le protocole austro-anglais, les navires ayant même

---

(1) Note lue à l'Académie des sciences.

des cholériques à bord auraient donc pu traverser le canal de Suez et entrer dans la Méditerranée.

Nous avons démontré que le passage en quarantaine du canal de Suez était impossible. Le canal est étroit. Un certain nombre de chauffeurs sont pris à Ismaïlia, à Port-Saïd, pour compléter l'équipage des navires se rendant dans l'extrême Orient. Au retour, ces chauffeurs débarquent dans ces ports. C'est ainsi, d'après les rapports des docteurs Koch et Mahé, qu'est née l'épidémie cholérique de 1883 en Égypte. Les navires sont obligés de faire leur charbon à Port-Saïd. Enfin, souvent il y a des échouements, des ensablements des navires dans le canal; dans ces cas, le personnel du bord ne suffit pas, il faut faire appel à des aides étrangers. Les contacts sont donc impossibles à empêcher dans le canal. L'Égypte serait constamment menacée et quand le choléra sévit en Égypte, la Méditerranée est bientôt envahie.

Nous avons fait remarquer, de plus, que le passage en quarantaine ne pouvait être accordé aux navires d'une seule puissance, que nous ne pouvions accepter que le régime de l'égalité absolue pour tous les pavillons.

A cette convention, si pleine de périls pour la santé publique, la délégation française a réussi à faire substituer l'obligation de ne laisser passer par le canal de Suez que les navires indemnes ou ceux qui auraient été complètement désinfectés, soit pendant la traversée, soit avant leur entrée dans le canal.

Voici le résnmé de cette convention : Les navires venant de l'extrême Orient qui, depuis le point de départ, n'auront eu aucun accident cholérique à bord, recevront libre pratique immédiate.

Les navires sur lesquels il y a eu des cas de choléra pendant la traversée, mais aucun cas nouveau depuis sept jours, s'ils ont un médecin et une étuve à bord, pourront passer le canal en quarantaine, parce que, si un nouvel accident survenait, le médecin pourrait ordonner les mesures de désinfection nécessaires. Les navires de cette catégorie qui n'ont ni médecin ni appareil de désinfection, seront retenus avant l'entrée dans le canal, aux sources de Moïse, ou seront appliquées les mesures de désinfection.

Les navires infectés ayant des cas de choléra à bord ou ayant eu des cas de choléra depuis sept jours, seront arrêtés aux sources de Moïse, les malades seront débarqués et isolés. On désinfectera le linge sale, les objets à usage, les vêtements, ainsi que le navire.

Si le navire a un médecin et une étuve, certaines facilités pourront être accordées, mais sous la condition qu'il abandonne à l'établissement sanitaire des sources de Moïse ses cholériques et ses suspects.

Pour assurer l'exécution de ces mesures, la conférence de Venise a reconstitué le conseil sanitaire d'Alexandrie. Le nombre des représentants de l'Égypte a été réduit de neuf à quatre, de façon qu'aucune puissance, en s'alliant aux délégués égyptiens, ne puisse imposer sa volonté prépondérante.

La station sanitaire des sources de Moïse comprendra quatre médecins européens, des étuves dont une placée sur ponton destinée, en accostant le navire infecté, à hâter les opérations de désinfection, un hôpital d'isolement de douze lits, disposé de façon que les malades, les suspects, les hommes et les femmes soient isolés les uns des autres.

Les conditions du transit à travers le canal ont été rigoureusement déterminées.

Des règlements annexés à la convention ont fixé les diverses mesures à prendre dans toutes les hypothèses imaginables.

Tel est l'ensemble du nouveau régime sanitaire que la délégation française a réussi à faire adopter par l'unanimité des puissances européennes. Cette convention est la première acceptation internationale de la réforme quarantenaire que le Comité d'hygiène poursuit depuis sept ans, mais celle-ci ne sera complète que lorsque les nations européennes se seront organisées de façon à substituer, à l'ancien procédé quarantenaire vexatoire et incertain, celui qui comporte un outillage plus scientifique et plus sûr dans ses résultats.

La délégation française, en faisant accepter ces propositions, est convaincue qu'elle a mis l'Europe à l'abri de la pénétration du choléra par la voie du Suez; elle a émis le vœu que des conventions analogues soient appliquées au golfe Persique et aux frontières de l'Inde et de la Russie.

Elle pense qu'en donnant ainsi satisfaction aux nécessités de l'hygiène, elle n'a porté que des entraves bien faibles à la liberté des communications et du commerce. Il résulte, en effet, des relevés dressés par le Conseil d'Alexandrie que, en cinq ans, sur 16000 navires qui ont traversé le canal de Suez, d'après le système adopté, 28 auraient subi un arrêt de quelques heures pour être soumis aux opérations de désinfection et 2 un arrêt de quelques jours.

La protection de la santé de l'Europe vaut bien ce léger sacrifice.

ORGANISATION DES MOYENS DE DÉFENSE

CONTRE LES MALADIES CONTAGIEUSES DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Par M. Léon Colin.

(Rapport au Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.)

Il est une question qui, en ces dernières années, est revenue à plusieurs reprises devant le Conseil, prenant un caractère spécial d'acuité aux époques où la santé publique paraissait plus particulièrement menacée du fait, soit d'une épidémie, soit de conditions anormales de température comme celles que nous subissons depuis un mois.

Nous voulons parler de l'organisation et de l'efficacité des moyens de défense mis à la disposition de ceux à qui incombe le devoir de protéger la santé de la population parisienne.

L'énoncé seul de cette question a quelque chose d'étrange, en cette enceinte surtout, où, chaque jour, la discussion est si libéralement ouverte sur tout ce qui touche à l'état sanitaire de cette population. Ici les délibérations et les rapports les plus approfondis ont été, à chaque explosion ou menace épidémique, consacrés à la prophylaxie des maladies contagieuses; à l'application immédiate de toute mesure nouvelle de préservation relevée par les progrès de la science; à la rédaction, à l'égard de ces maladies, d'instructions prescrivant tout ce qui peut être fait conformément aux découvertes les plus récentes de l'hygiène moderne pour en conjurer le développement ou en arrêter le cours.

Il n'appartient pas à un membre de cette assemblée d'insister plus amplement sur la valeur du rôle du Conseil de salubrité. Il lui est plus agréable et plus facile d'exprimer sa reconnaissance et celle de ses collègues aux autorités, *quelles qu'elles soient*, qui ont accepté et réalisé les plus importants de nos préceptes, notamment en ce qui concerne la désinfection, l'isolement et le transport des contagieux, la pureté des eaux d'alimentation, etc.

N'est-il pas juste de rappeler, au même titre, la part considérable qui peut revenir, dans l'assainissement de Paris, au zèle des Commissions d'hygiène d'arrondissement, grâce auxquelles, je vous le rappelais récemment (1), « la détermination locale des foyers d'insalubrité, cette base essentielle de la prophylaxie des maladies populaires, a pris un caractère particulier de précision. Non seulement l'Administration connaît ainsi les quartiers et les rues dont le mauvais état réclame une vigoureuse intervention; elle sait, en outre, par leurs numéros, les maisons contaminées et suspectes sur lesquelles doit se concentrer tout spécialement sa vigilance ».

Dans son rapport sur le *Transport des contagieux et la désinfection à Paris*, notre collègue, M. Chautemps, nous a, mieux que

(1) Léon Colin. *Rapport d'ensemble sur les travaux des Commissions d'hygiène du département de la Seine en 1890.*

personne, renseigné sur les véritables richesses de notre matériel prophylactique.

Aussi est-ce moins sur l'insuffisance de nos moyens de défense que sur le meilleur mode de les utiliser que votre Commission a porté son attention ; pour elle, et sur ces deux points elle a été unanime, l'efficacité n'en sera rigoureusement assurée que le jour où ils seront centralisés sous une même direction, et où un service de renseignements rapides en permettra l'application immédiate.

Non seulement alors les secours arriveront partout et à temps, mais jamais le service compétent n'hésitera, sachant qu'il en a, seul, la pleine et entière responsabilité.

Dans une ville comme Paris, toute question prend un caractère de complexité bien autre qu'en diverses capitales, et à plus forte raison qu'en nombre de villes de province citées, et à juste titre, comme des modèles du bon résultat du concours, sous une même autorité, de tous les services intéressant de près ou de loin la santé publique. Il n'est venu à la pensée d'aucun des membres de la Commission, qu'à Paris il y ait à comprendre dans cette centralisation tels grands services comme ceux de la voirie, des eaux, des égouts même, qui touchent de si près cependant à l'hygiène de la ville, mais dont chacun, par son importance générale, dépasse les limites du programme que nous nous sommes imposé à l'égard des seules maladies contagieuses et qui se résume dans les propositions suivantes :

1° Création à la Préfecture de police d'un bureau de renseignements où aboutiront tous les avis concernant des cas ou des décès par maladies contagieuses et d'où partiront tous les ordres pour l'exécution des mesures prophylactiques.

Les lois actuelles ne rendant pas encore obligatoires les déclarations des maladies contagieuses, ce bureau pourra, dès maintenant, utiliser de nombreuses sources d'information, à savoir :

A. — Médecins de l'état civil, des crèches, des écoles, des dispensaires, des bureaux de bienfaisance, direction de la statistique municipale ; membres des commissions d'hygiène des arrondissements, des commissions des logements insalubres, hôpitaux.

B. — Maires de banlieue, commissaires de police, service des garnis.

Ce bureau de renseignements comprendrait un sous-chef, deux commis, deux expéditionnaires; il assurerait un service permanent et serait relié téléphoniquement avec les centres de transport, de désinfection et d'informations.

2° Centralisation à la Préfecture de police de la direction de tous les services de transports de malades contagieux et de désinfection.

3° Création d'un système de contrôle des désinfections (deux contrôleurs titulaires et deux adjoints).

4° Ce service fonctionnera sous la surveillance et le contrôle du Conseil d'hygiène et de salubrité qui, chaque année, déléguera à cet effet cinq de ses membres, dont les deux représentants du Conseil général.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les praticiens, qui désirent expérimenter l'injection des liquides organiques, doivent s'adresser à M. d'Arsonval au « laboratoire de médecine du Collège de France ». Tant que durera la période des essais, M. d'Arsonval, dans l'intérêt de la science et des malades traités, livrera ces liquides à titre entièrement gratuit. Il se tiendra avec le plus grand plaisir à la disposition de ses collègues qui, ayant un laboratoire dans leur service hospitalier, voudront bien le débarrasser du souci et de la perte de temps qu'occasionnent ces préparations.

— Les questions mises à l'ordre du jour pour le troisième Congrès de la tuberculose, qui aura lieu à la fin de juillet 1893, sont les suivantes :

I. Du rôle respectif de la contagion et de l'hérédité dans la propagation de la tuberculose.

II. Des maladies infectieuses comme agents provocateurs de la tuberculose. Du rôle de certaines d'entre elles dans la localisation de la tuberculose : par exemple : de la blennorrhagie dans l'éclosion de la tuberculose du testicule, de la grippe dans l'apparition ou l'aggravation de la tuberculose pulmonaire, etc.

III. Des trêves de la tuberculose. De la durée de ces trêves. Des moyens de les reconnaître et de prévoir leur cessation. Des causes de la récidive.

IV. Des divers moyens de diagnostic de la tuberculose bovine; en particulier, rechercher si l'inoculation de la tuberculine est un moyen sûr et certain d'établir le diagnostic de la tuberculose chez les bovidés.

V. Des dangers qui peuvent provenir de l'inhumation des cadavres de tuberculeux. De l'opportunité de remplacer l'inhumation par la crémation ; de la nécessité de détruire les bacilles tuberculeux dans les cadavres.

VI. Des nouveaux modes de traitement prophylactique et curatif de la tuberculose, basés sur l'étiologie.

VII. Utilité de la généralisation du service d'inspection des viandes.

Nous rappelons qu'un prix de 3 000 francs sera donné au meilleur travail sur la question suivante : « Sur les moyens de diagnostiquer la tuberculose latente, avant son apparition ou après sa guérison. »

Envoyer les mémoires, inédits et écrits en français, avant le 1er avril 1893, à M. le docteur L.-H. Petit, 76, rue de Seine.

Ces mémoires devront être accompagnés d'une enveloppe cachetée contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs H. Delavente-David (de Rivarennes); Gillé, décédé subitement à Saint-Avold (Lorraine annexée); Grosse (de Paris); N. Hoursolle (de Bayonne); Eugène Parisot, du Thillot (Vosges), décédé à l'âge de vingt-sept ans, fils de M. le docteur Parisot, maire du Thillot; Suzeau (de Thiers); Terris (d'Alleins).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Vie professionnelle et devoirs du médecin, par E. Juhel-Rénoy, médecin des hôpitaux de Paris. In-18. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Pththise aiguë (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par L. Dreyfus-Brisac et I. Bruhl. In-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Découverte des lois de la progression morbide, intelligence et indépendance des nerfs, curieuses applications. Les causes de la décadence physique et morale, moyens d'y remédier, par E. Glaize. In-18. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Les notations optiques du microscope, par le docteur Paul Raugé. In-8°. — Prix : 75 centimes. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

De toutes les hardiesses chirurgicales de notre époque, il en est une, encore très rare en France, qui a déjà fait ses preuves à l'étranger; nous voulons parler du traitement chirurgical du cancer de l'estomac. C'est à cette intéressante question qu'a été consacrée presque entièrement cette séance de l'Académie. Le chirurgien peut intervenir de deux façons en présence d'un cancer de l'estomac, soit radicalement, en pratiquant la pylorectomie ou une extirpation plus ou moins complète de l'estomac, soit, à titre palliatif, en pratiquant la gastro-entérostomie, opération destinée à établir une anastomose entre l'estomac et l'intestin.

Dans certains cas, ainsi que l'a fait M. Doyen, on peut combiner les deux modes d'intervention.

Depuis que M. Péan a fait le premier la gastrectomie en 1879, cette opération n'a été pratiquée que très rarement en France, tandis qu'elle l'a été très fréquemment à l'étranger avec plus ou moins de succès. Il en est de même de la gastro-entérostomie, dont il n'existe qu'un très petit nombre d'observations chez nous, tandis qu'elle a été faite très souvent à l'étranger. Jusqu'ici les résultats de cette dernière intervention paraissent plus satisfaisants. M. Michaux vient de nous en fournir un nouvel exemple fort intéressant. On trouvera plus loin cette observation.

Nous avons entendu ensuite, sur la même question, un rapport de M. Perier à l'occasion de plusieurs communications pratiquées par M. Doyen (de Reims) pour des lésions pyloriques. Ce chirurgien, qui a déjà fait une dizaine de ces opérations, a apporté, dans le mode de suture de l'estomac et d'union à l'intestin, certaines modifications qui paraissent avantageuses.

Le traitement chirurgical du cancer de l'estomac est encore une question à l'étude; mais, en présence d'une affection aussi cruelle, il nous semble que l'on ne saurait trop encourager les chirurgiens à entrer résolument dans cette voie d'une intervention, même simplement palliative, qui donne d'aussi bons résultats que ceux qu'a obtenus M. Michaux.

M. le professeur Germain Sée a communiqué la première partie d'un travail sur l'alimentation. Retenons seulement ce fait sur lequel a insisté M. Sée, que nous mangeons, en général, beaucoup trop de viande. Médecins et malades, nous en avons tous parfaitement conscience, mais nous ne changeons rien pour cela à notre régime trop azoté.

M. Berger a été élu, avec une forte majorité, membre titulaire dans la section de médecine opératoire. Nous sommes heureux d'adresser toutes nos félicitations à notre sympathique et distingué confrère.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Desnos sur les candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. La liste des présentations est fixée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Dumontpallier; en deuxième ligne, M. Debove; en troisième ligne, M. Hallopeau; en quatrième ligne, M. Laveran; en cinquième ligne, *ex æquo*, MM. Ferrand et Huchard; adjoint : M. Raphaël Blanchard.

HOPITAL ANDRAL. — M. Debove.

Diabète maigre chez un adolescent; perversion nutritive énorme; évolution rapide et consomptive.

Par L. Jacquet.

Le malade dont il s'agit, et que mon maître, M. Debove, m'a permis de suivre et d'étudier, est atteint à un degré exceptionnellement intense de cette viciation nutritive qui constitue le *diabète sucré*. Cette étiquette nosologique, ordinairement trop étroite, l'est particulièrement dans le cas qui va nous occuper, car le trouble morbide quel qu'il soit, formateur ou éliminateur, ne porte pas seulement sur l'évolution dans l'organisme des matières amylacées et sucrées, mais sur l'ensemble complet des actes nutritifs; on a dit de certaines infections qu'elles sont des maladies *totius substantiæ*. Cette définition convient admirablement ici : le malade est atteint, et profondément atteint dans *toute sa substance*, et ce trouble se traduit par une énorme perversion des actes vitaux.

Étudions d'abord, chez lui, les quatre symptômes cardinaux du diabète : nous pourrons grouper, chemin faisant, autour d'eux sans trop d'artifice, les symptômes accessoires. Nous verrons ensuite quelles ont été, dans ce cas particu-

lier, la chronologie et l'évolution de ces symptômes, quelle a été, en un mot, l'histoire de notre malade et nous tâcherons alors de déterminer à quelle catégorie de *diabète sucré* il convient de le rapporter. En procédant ainsi, nous irons d'un terrain solide, celui des faits cliniques, à un autre qui est singulièrement inconnu et mouvant : l'étiologie et la pathogénie.

La *polyphagie* est très frappante chez ce malade; cet homme passe positivement sa journée à manger et il a en réserve un *en-cas* de nuit, dont il use à ses fréquents réveils. Deux heures de jeûne, voilà le maximum qu'il peut supporter : il ressent alors des crampes et des tiraillements d'estomac fort pénibles. Comme il a toujours pu satisfaire à temps son appétit, il n'y a jamais eu chez lui l'irritabilité et la mauvaise humeur qu'on voit survenir parfois chez les diabétiques, sous le coup des exigences impérieuses de leur estomac, et qui avaient conduit un malade de Lasègue à de véritables accès de manie, quand le repas se faisait attendre.

Son estomac a jusque-là assez bien supporté l'énorme surcharge alimentaire qu'il lui impose : il est dilaté et sa grande courbure vient affleurer l'ombilic, mais les digestions sont parfaites, et cet organe, toujours en activité, n'a trahi encore aucune fatigue. Il est vrai que son rôle digestif est sans doute bien effacé.

L'*intestin* est, lui aussi, en bon état : comme la plupart des diabétiques, cet homme est ordinairement constipé; récemment, toutefois, il a eu une période de diarrhée; mais ses digestions, je le répète, sont excellentes; jamais une pesanteur, une gêne gastrique ou abdominale. Et, cependant, la mastication est chez lui fort difficile : non pas que ses gencives ne soient en assez bon état; il n'a pas de *gingivite*; mais ses dents sont cariées; elles s'effritent pour ainsi dire, et il est obligé de manger avec précaution, de faire, dans ses repas, de nombreuses pauses.

Il ne se plaint pas de sécheresse buccale; sa langue n'a pas l'aspect habituel aux langues diabétiques : elle n'est ni sèche, ni fendillée, ni tomenteuse, mais vernissée, dépapillée, analogue à celle des scarlatineux, tout en étant cependant étalée et humide.

La *polydipsie* est très marquée aussi, mais non au point d'être une torture : il boit en moyenne une dizaine de litres; il a été jusqu'à 20 et 25. Comme conséquence de cette surhydratation du sang, nous relevons, chez lui, un accroissement évident de la tension artérielle : son pouls est dur, bondissant, dicrote; il rappelle d'assez près le pouls de Corrigan; on perçoit des battements artériels au cou, aux artères sous-cutanées. Cette hypertension commande et explique la *polyurie* qui est énorme, elle atteint 20 à 25 litres, c'est-à-dire des chiffres exceptionnels, la moyenne des diabétiques ne dépassant guère de 5 à 10 litres. La quantité d'urines émise est, selon la règle, plus abondante la nuit. Est-elle exactement, comme d'ordinaire, proportionnelle à la somme des boissons ingérées? Nous avons vu qu'il n'absorbait guère qu'une dizaine de litres; le reste provient donc forcément de l'eau des aliments d'une part, et des tissus de l'organisme de l'autre : cet homme se *déshydrate*. Ses *urines* sont claires, deviennent rapidement opalescentes et sont fortement acides, tous caractères constants. Elles laissent, en s'évaporant, un dépôt qui empèse le linge et forme sur les vêtements des taches blanchâtres. Ce fait constitue parfois le signe révélateur d'un diabète latent jusque-là, mais non à *son début*, car il faut déjà pour le produire une forte proportion de sucre.

Chez notre malade, la *glycosurie* est *colossale*; elle atteint en vingt-quatre heures 1200 grammes; la moyenne est de 300 à 500. Il y a *azoturie* non moins exceptionnelle. L'urée est quotidiennement excrétée au taux de 130 grammes; elle tient sans doute, pour une bonne part, à la *polyphagie*, mais aussi à la désassimilation exagérée des tissus. En outre, les phosphates, les chlorures ont augmenté aussi dans des proportions très considérables, ce qui ne saurait surprendre, cette augmentation marchant ordinairement de pair avec l'*azoturie* et reconnaissant la même origine. Enfin, nous avons ici très nettement la réaction de Gerhardt, c'est-à-dire la teinte vin de Bourgogne des urines sous l'action du perchlorure de fer et cela nous révèle l'*acétonurie*, fait de haute importance pronostique, quoiqu'on l'ait peut-être exagérée, l'acétone pouvant apparaître ailleurs que dans le diabète, dans les auto-intoxications d'origine gastro-intestinale par exemple.

En revanche, absence complète d'*albumine*, ce qui nous étonne un peu chez un diabétique dont la nutrition est si profondément troublée, sans parler des altérations rénales si fréquentes dans la maladie sucrée. Nous aurions d'autant plus volontiers soupçonné ici une albuminurie notable, que notre malade a les membres inférieurs fortement œdématiés, de même que les bourses et la verge; que, de plus, il existe un peu d'*ascite*. Œdème et ascite ont eu des oscillations assez marquées. Ils ont subi, entre autres, une recrudescence notable, lors de deux séjours qu'a faits le malade, au Midi d'abord, à l'Hôtel-Dieu annexe ensuite. Or on l'avait soumis, chaque fois, à une médication destinée à faire tomber la polyurie et, en effet, la courbe urinaire s'abaissa sensiblement à chacune de ces reprises. Il n'est donc pas irrationnel de supposer que les œdèmes sont peut-être dus en partie à la diminution de l'excrétion rénale et à l'extravasation complémentaire de l'eau du sang dans le tissu conjonctif sous-cutané.

Quoi qu'il en soit de la théorie, le fait existe et nous pouvons ajouter qu'ici, où aucune médication de ce genre n'a été instituée, la polyurie a repris son chiffre élevé, en même temps qu'ont diminué les œdèmes.

Un trouble aussi profond de la nutrition, de telles pertes en sucre, en urée, en sels, insuffisamment compensées par la polyphagie, quelle que soit sa mesure, ne vont guère sans une atteinte grave à l'état général. Et en effet, cet homme a considérablement maigri; il est squelettique; son énergie musculaire est à son minimum; le moindre effort l'anéantit; il est toujours fatigué, courbaturé « comme s'il avait un lumbago ». La faiblesse nerveuse, traduite par la perte des réflexes, par l'anaphrodisie, va de pair avec cette faiblesse musculaire. Sa peau est *sèche*, ses ongles altérés, friables. Les viscères, pourtant, sont indemnes, de grosses lésions tout au moins; le foie ni la rate ne sont hypertrophiés. Ses *poumons* paraissent, jusqu'ici, avoir conservé leur intégrité.

Nous en avons à peu près fini avec l'énumération des symptômes, et certes nous sommes loin d'avoir épuisé la liste des troubles que peut engendrer le diabète. Voyons maintenant quelle a été l'évolution de la maladie chez notre homme.

Il est jeune (vingt-deux ans) et exerce, depuis l'âge de onze ans et demi, la profession dangereuse et pénible de garçon marchand de vin. Notez qu'il *boit*, depuis trois ans au moins, 2 à 3 litres de vin par jour en moyenne, deux absinthes, un ou deux petits verres d'eau-de-vie et quel-

ques autres menues douceurs. Malgré cela, il ne présente aucun stigmate bien net d'intoxication alcoolique.

Rien à relever dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Il fait remonter le début de sa maladie au 8 novembre 1891 : à ce moment-là la faiblesse qui existait, dit-il, depuis une quinzaine de jours, l'obligea à quitter son service. Gardons-nous bien d'accepter, les yeux fermés, cette date, et poursuivons l'interrogatoire. Il y a trois ans, il aurait eu une chaudepisse, diagnostiquée et traitée par un pharmacien. Jamais il n'a souffert en urinant, jamais il n'a *vu* une goutte de pus au bout de son canal. En revanche le pourtour du gland était rouge, suintant, il décalottait avec peine, et il avait remarqué des taches blanchâtres sur son linge et ses *vêtements*. Étrange chaudepisse! Nous croyons, nous, bien plutôt à une *balano-posthite*, et la considérons comme le premier symptôme de ce diabète qui, en réalité, remonte à trois ans. Rappelons maintenant que, sobre jusqu'alors, il commence à cette époque à boire davantage, et que ces excès alcooliques ne se traduisent pas par les symptômes classiques de cette intoxication : fait fréquent chez les diabétiques. Donc ce diabète a débuté, selon toute apparence, vers la dix-huitième année, c'est-à-dire à la fin de l'adolescence, et ce fait nous donne probablement la clef de son évolution particulièrement grave.

Le mot diabète sucré ne correspond point à une maladie univoque dans son origine et son évolution.

Il y a plusieurs *diabètes;* à quelle variété avons-nous affaire? Il est évident que nous sommes en présence d'un diabète à évolution grave, tant par la rapidité de sa marche que par l'intensité des phénomènes de dénutrition. A aucun degré nous n'avons ici les caractères du diabète *gras*, constitutionnel, du diabète des arthritiques, qui survient sur un terrain spécial, reste fort longtemps bénin dans sa marche et ses symptômes.

Pouvons-nous incriminer l'hérédité, le système nerveux, le foie, le pancréas?

De l'hérédité, nous ne savons rien.

Il y a quatre ans, notre homme a reçu une bouteille pleine sur la tête, nous pourrions, à la rigueur, faire jouer un rôle à cet accident, mais le diabète *traumatique* est riche d'ordinaire en complications nerveuses : névralgies, paresthésies, neurasthénie, paralysies, etc. Or, c'est justement là le chapitre le moins chargé de son histoire, et nous pouvons aussi éliminer du même coup le diabète dû à une affection *nerveuse*.

L'appareil hépatique est silencieux. Il nous reste le *pancréas*.

Sans aucun doute, nous sommes en présence d'un diabète *maigre* et qui l'a toujours été, d'un diabète à dénutrition intense et rapide. Mais nous n'avons aucune raison de soupçonner une lésion du pancréas, pas plus d'ailleurs que les ganglions nerveux qui l'entourent, et même, si la réaction de Sahli a quelque valeur, nous pouvons écarter cette hypothèse, car on a retrouvé, dans les urines du malade, les deux produits de dédoublement du salol : l'acide phénique et l'acide salicylique. Toutefois, en raison de la fréquence de ces lésions, dans les cas de diabète maigre, et des difficultés de leur diagnostic, il est prudent de faire à ce sujet quelques réserves.

Nous voilà bien peu avancés! Ce diabète est apparu à la fin de l'adolescence, et il participe, dans son évolution, des caractères du diabète des sujets *jeunes*, qui est *maigre* d'emblée, qui a une marche rapide et consomptive.

Sous quelle influence s'est-il développé? Notre homme a commencé bien jeune (onze ans et demi) le funeste métier de garçon marchand de vin. Il s'est fort surmené : toute la journée sur pied, dormant très peu pour son âge (de deux heures du matin à sept heures), précocement alcoolisé, sans doute. Voilà tout ce que nous savons.

Si la pathogénie nous échappe, le pronostic, en revanche, nous est trop connu : il est fatal. La gravité des symptômes, l'abolition des réflexes, l'acétonurie, tout concourt à nous faire craindre prochainement pour la vie de notre malade (1).

UN CAS DE GASTRO-ENTÉROSTOMIE

POUR CANCER DE L'ESTOMAC

Par le docteur P. Michaux, chirurgien des hôpitaux.

La question du traitement chirurgical du cancer de l'estomac est, dans notre pays, une des questions les moins avancées.

Sur 149 cas de pylorectomie ou d'extirpation plus ou moins complète de l'estomac, relevés dans un travail récent par notre collègue M. Guinard, 143 opérations ont été faites à l'étranger, 6 seulement ont été pratiquées en France et pourtant c'est chez nous que cette opération a été pratiquée pour la première fois par M. Péan, en 1879.

Semblablement, sur 105 gastro-entérostomies, opération palliative destinée à établir une anastomose entre l'estomac et l'intestin pour obvier à une obstruction pylorique, 103 ont été faites à l'étranger, 2 seulement en France.

Ajoutons-y l'intéressante intervention de M. le docteur Doyen (de Reims) qui vous a été communiquée récemment et qui tient à la fois de la pylorectomie et de la gastro-entérostomie.

Faut-il en féliciter la sagesse et la prudence françaises? Je serais assez tenté de le faire pour la gastrectomie ou extirpation partielle de l'estomac cancéreux, mais je n'ai pas d'expérience sur ce point et ne veux pas trancher la question que je laisse volontairement de côté.

En est-il ainsi pour la gastro-entérostomie dans le cas d'obstruction pylorique? Je ne le pense pas et j'apporte à l'appui de cette opinion les résultats remarquables que vient de me donner une opération de ce genre, que j'ai pratiquée il y a un mois et demi.

Je me bornerai à exposer, aussi brièvement que possible, d'après les notes prises par mon collègue, M. le docteur Arnould, l'histoire de ma malade, le récit de son opération et les résultats immédiats et éloignés qui ont été particulièrement intéressants.

Le 25 avril 1892, Mme M... nous est adressée au petit hôpital Saint-Michel par notre confrère, M. le docteur Goix (de la Villette), pour une tumeur de la région épigastrique, dont la nature cancéreuse ne saurait faire de doute pour personne : il s'agit bien d'un cancer de l'estomac.

On ne trouve cependant aucun antécédent héréditaire ni personnel; ces accidents ont débuté, il y a huit ou dix ans, consécutivement à l'ingestion d'une pièce dentaire portant deux fausses dents et avalée par mégarde.

---

(1) Ce malade a succombé *subitement* trois mois après la rédaction de cet article. Le pancréas était sain. Les résultats de l'autopsie seront publiés ultérieurement.

Bien que les accidents datent de cette époque et que la malade les rattache absolument à l'introduction de ce corps étranger, il n'y a aucun doute à avoir sur la nature du mal.

Depuis cinq ans, la malade est sujette à des vomissements alimentaires, d'abord éloignés, puis de plus en plus proches.

Depuis quelques mois, ce sont de véritables hématémèses que la malade compare d'elle-même à du chocolat ou du marc de café; de temps à autre, elle a eu des selles noires, des melæna. La région épigastrique est le siège d'une douleur constante, fixe, avec retentissement rachidien.

A ces symptômes déjà si probants s'ajoute, depuis deux ans, l'apparition d'une tumeur du creux épigastrique qui a pris, depuis un an, un développement considérable.

Son bord inférieur affleure l'ombilic, son bord supérieur est à 5 centimètres au-dessus, ses dimensions transversales mesurent environ 10 centimètres; elle est située un peu plus à gauche qu'à droite.

Sa consistance est dure; elle est mobile sous les téguments, mobile sur les parties profondes. L'estomac semble dilaté.

Le doute n'est pas permis, il s'agit d'une tumeur cancéreuse de l'estomac, aussi bien l'aspect seul de la malade suffirait à le dire : elle est dans un état d'épuisement et d'émaciation qui ne laisse aucun doute; elle a maigri de 56 livres en deux ans et son visage présente une coloration jaune bistre absolument caractéristique.

Le volume du foie est normal, les urines sont rares, à peine un demi-litre en vingt-quatre heures et l'analyse de l'urée ne dénote que 10 grammes par litre, confirmation de plus du cancer, si toutefois cela était nécessaire.

Du reste, la malade est très énergique, elle demande instamment à être guérie.

Après quelques jours de réflexion, nous décidons de céder à ses instances, de pratiquer une laparotomie exploratrice; puis, suivant ce que nous rencontrerons, nous nous mettrons en mesure de pratiquer la pylorectomie ou la gastro-entérostomie, ou même de refermer le ventre sans toucher au cancer, si nous croyons inutile l'une ou l'autre de ces interventions.

L'opération est ainsi pratiquée le 28 avril 1892, avec l'aide de MM. les docteurs Arnould et Legueu, prosecteur à la Faculté, en présence de M. le docteur Goix.

Premier temps : *Laparotomie exploratrice.* — Incision médiane sus-ombilicale de 12 à 15 centimètres : le diagnostic est sous nos yeux; il s'agit bien d'un cancer du pylore; il occupe toute la petite courbure, le pylore et l'antre du pylore. Consciencieusement, la pylorectomie ne nous semble pas possible; mais la tumeur est mobile, facile à attirer au dehors, il n'y a pas de végétations cancéreuses dans le péritoine, ni dans l'épiploon; pas de noyau cancéreux appréciable dans le foie.

La gastro-entérostomie nous paraît possible, facile, avantageuse, et nous la pratiquons séance tenante par le procédé de Von Hacker; c'est-à-dire que nous anastomosons la face postérieure de l'estomac à la face antérieure de la première anse d'intestin grêle, qui fait suite au duodénum et qui a été facile à trouver.

Deuxième temps : Cette anastomose se fait très facilement à travers une brèche faite avec le doigt dans le feuillet postérieur du grand épiploon.

Cette déchirure n'a pas été difficile, et, à la condition de la faire large, nous ne croyons pas qu'il puisse y avoir là une cause de rétrécissement, comme l'a prétendu notre collègue M. Chaput.

L'estomac et l'intestin, bien mis en contact hors du ventre et isolés par des compresses-éponges bien aseptiques, nous procédons à la suture.

Suture de la lèvre postérieure et supérieure.

Troisième temps : Premier étage de sutures séro-séreuses à la soie, à points séparés, dix-neuf points; plus en dedans, deuxième étage en surjet avec deux fils différents pour que la suture ne se défasse pas en entier, si un point venait à céder.

Quatrième temps : Puis, au lieu d'ouvrir, comme tous les chirurgiens, pour plus de sûreté, j'ai imité la conduite de M. Terrier dans la cholécystentérostomie, et j'ai placé sans les serrer mes deux rangées de sutures antérieures et inférieures, l'une en surjet, l'autre à points séparés.

J'ai encore serré les fils des angles, puis, écartant avec soin tous mes fils de soie, j'ai fait successivement avec le thermocautère, à l'intestin d'abord, à l'estomac ensuite, une boutonnière de 4 à 5 centimètres environ, réunissant encore les muqueuses par un ou deux points.

L'opération avait été absolument idéale, comme dans une expérience; je n'ai pas cru nécessaire de la prolonger en liant l'intestin, en créant encore une entéro-anastomose au-dessous pour éviter la pénétration de la bile dans l'estomac, et j'ai refermé le ventre.

L'opération a duré une heure et demie en tout.

Les suites ont été absolument satisfaisantes. La température n'a pas dépassé 38 degrés, la malade s'est bien réchauffée; elle n'a eu que 37 degrés les deux premiers jours, quelques envies de vomir et des coliques.

Pendant cinq jours, elle a eu des lavements nutritifs, trois à quatre par jour, puis on a commencé à lui donner un peu de lait.

Le septième jour je l'ai purgée, et, à partir du lendemain, elle a été nourrie exclusivement par la bouche.

Voici les résultats qui se passent de commentaires :

1° Depuis son opération, il n'y a pas eu le moindre vomissement, la moindre nausée;

2° Les douleurs ont également disparu, il ne reste plus qu'une petite sensation de pesanteur;

3° La malade se lève, marche, a repris des forces; elle est encore jaune, mais sa figure commence à se remplir.

En un mois elle a gagné 14 livres, dans les quinze derniers jours encore 14, soit 28 livres en un mois et demi.

Urines, 1500 grammes au lieu de 400. — 17gr5 d'urée par litre au lieu de 10 grammes.

L'examen des urines a été fait à nouveau au moment de sa sortie :

La quantité d'urine était montée de 3 ou 400 grammes à 1500.

L'urée, de 10 grammes par litre avant l'opération, est remontée à 17 grammes et demi un mois après.

Ces chiffres ont une valeur énorme et me paraissent démontrer, d'une manière indubitable, que la gastro-entérostomie est appelée, dans certains cas d'obstruction pylorique, à produire des résultats vraiment merveilleux pour le soulagement des malades. Je ne vois pas, dès lors, pourquoi on leur refuserait les bénéfices d'une pareille intervention, toutes les fois que l'opération serait bien indiquée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juin 1892. — Présidence de M. Regnauld.

PRÉSENTATION

Symphyséotomie. — M. TARNIER présente une femme de trente et un ans, rachitique, dont le bassin mesure 9 centimètres dans le diamètre promonto-sous-pubien, ayant eu quatre grossesses qui avaient nécessité la céphalotripsie. Lorsqu'elle fut arrivée au huitième mois d'une cinquième grossesse, M. Tarnier pratiqua la symphyséotomie avec un simple bistouri boutonné, dont le bouton était dirigé par le doigt introduit dans le vagin. La symphyse fut écartée de 57 millimètres. L'enfant fut facilement extrait par le forceps. Après quinze jours, la guérison était complète. Cette femme et son enfant vont très bien.

LECTURE

Gastro-entérostomie pour cancer de l'estomac. — M. MICHAUX fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 707.) [Comm. : M. Perier.]

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 77, majorité 38, M. Berger obtient 54 suffrages, M. Nicaise 22, 1 bulletin blanc. En conséquence M. Berger est proclamé élu.

COMMUNICATION

Du régime alimentaire. — M. GERMAIN SÉE fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

RAPPORTS

Hystérie chez les jeunes enfants. — M. OLLIVIER fait un rapport sur une communication de M. Chaumier relative à ce sujet. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1300.)

Opérations pratiquées sur l'estomac. — M. PERIER fait un rapport sur plusieurs communications adressées à l'Académie par M. Doyen (de Reims).

Il s'agit de 10 opérations pratiquées par ce chirurgien pour des lésions du pylore. Ces opérations se répartissent ainsi : 2 laparotomies exploratrices, 1 gastrostomie et 1 gastro-entérostomie simple pour cancer pylorique, 3 pyloroplasties (incision du pylore), 3 pylorectomies (extirpation du pylore). C'est surtout de ces trois dernières opérations que veut s'occuper M. Perier. M. Doyen, dans ces trois cas, pratiqua trois opérations différentes. Il fit d'abord une pylorectomie typique qui fut suivie de mort dans les quarante-huit heures. Dans les deux autres cas, il combina la pylorectomie à la gastro-entérostomie. L'un de ces malades guérit. Chez l'autre, le néoplasme était si étendu qu'après son extirpation, il ne restait plus que le grand cul-de-sac de l'estomac, de telle sorte que la fermeture de la plaie réduisait la capacité de cet organe à celle d'un tube du calibre de l'intestin grêle. Cette malade succomba.

M. Doyen apporta quelques modifications au procédé de Billroth. Au lieu de fermer complètement l'estomac pour y aboucher le jéjunum dans un point éloigné de la suture, il laisse à l'extrémité inférieure de la suture stomacale un orifice suffisant, qu'il réunit ensuite à une ouverture pratiquée sur le jéjunum. En outre, M. Doyen n'emploie pas les sutures entrecoupées, il préfère la suture en surjet, qu'il a modifiée de la façon suivante :

Après avoir passé trois ou quatre fois son aiguille, il revient en arrière en passant de nouveau le fil par dessus le point qui vient d'être fait. Il s'oppose ainsi au froncement et au relâchement de la suture, et dès lors celle-ci se fait beaucoup plus rapidement. Le cas échéant, M. Perier adopterait cette manière de faire.

Dans les cas où le degré d'inanition est tel qu'on n'oserait plus compter sur les lavements nutritifs, M. Doyen, au cours de l'opération, introduit une sonde par le nez jusque dans l'estomac, et de là dans le jéjunum. Cette sonde permettra d'introduire, dès les premiers jours, des liquides nutritifs dans l'intestin grêle.

Prix Amussat. — M. ROCHARD fait un rapport sur les mémoires adressés pour le prix Amussat.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret.

LIGUE CONTRE LE CANCER

Adresse au public médical

On n'a sans doute pas oublié l'échange de lettres qui a eu lieu entre MM. les professeurs Verneuil et Duplay, lettres publiées dans la *Gazette hebdomadaire* (nos des 12 et 26 mars) et reproduites par la plupart des journaux de médecine et même par quelques journaux extra-médicaux.

Dans la lettre du 12 mars, M. Verneuil engageait vivement M. Duplay à fonder une « Ligue contre le cancer », analogue à l'œuvre de la tuberculose, et à se mettre à la tête de cette entreprise.

Répondant à cette invitation, M. Duplay, aidé de M. Reclus, s'est mis en devoir de réaliser l'idée de M. Verneuil et s'est tout d'abord occupé de constituer un comité d'organisation.

Ce comité, sous la présidence d'honneur de M. Verneuil, est ainsi composé :

Président : M. Duplay.

Vice-présidents : M. Trasbot, de l'Ecole d'Alfort; M. Straus, de la Faculté de médecine; M. Metchnikoff, de l'Institut Pasteur.

Secrétaire général : M. Paul Reclus, de la Faculté de Paris.

Secrétaires : Partie chirurgicale, M. Ricard, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux; partie médicale, M. Brault, médecin des hôpitaux; partie expérimentale et anatomie pathologique, M. Cazin, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale de la Charité.

Secrétaire du comité : M. Rochard, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté.

Trésorier : M. Masson, éditeur, libraire de l'Académie de médecine.

Après en avoir délibéré, le comité d'organisation a décidé de publier une adresse au public médical afin de faire connaître le but de l'œuvre et les moyens qu'il se propose de mettre en usage pour l'atteindre.

Ainsi que le faisait remarquer M. Verneuil dans sa lettre du 12 mars, nos connaissances sur le cancer ont fait peu de progrès depuis trente ou quarante ans. Nous guérissons mieux nos opérés grâce à l'antisepsie; mais nous ne sommes guère plus avancés sur tous les autres points de l'histoire de cette terrible affection : étiologie, pathogénie, nature intime, récidives, etc... Bref, le cancer est une honte de la chirurgie contemporaine.

Le but de la Ligue est de solliciter et d'encourager de toutes manières les recherches, de les centraliser, de fournir aux travailleurs les moyens d'études et de propager les résultats obtenus, afin de parvenir à une connaissance plus complète de toutes les questions afférentes au cancer, afin surtout d'arriver à la guérison de ce fléau de l'humanité.

Nous faisons donc appel à tous les hommes de bonne volonté et nous leur demandons de joindre leurs efforts aux nôtres pour atteindre ce but. Nous sollicitons le concours des anatomo-pathologistes, des cliniciens, des histologistes, des microbiologistes et des vétérinaires.

Nous prions même les explorateurs et les géographes de vouloir bien nous éclairer sur les influences que les climats et les races peuvent avoir sur le développement de cette maladie.

Et ce n'est pas seulement dans les laboratoires des Facultés et des Ecoles de médecine, dans ceux des Ecoles vétérinaires, dans les grands services hospitaliers de Paris et de la province que

nous souhaitons de voir s'accomplir les principaux travaux; nous accepterons avec reconnaissance les observations que nous adresseraient les praticiens isolés des petites villes et de la campagne; afin d'être au courant de ce qui se fait à l'étranger, nous nous mettrons en rapport avec les sociétés similaires qui existent ou se fonderont dans les autres pays.

Pour centraliser et utiliser tous ses efforts, la Ligue contre le cancer organisera des congrès où seront communiquées les découvertes faites par ses membres, où seront étudiées et discutées certaines questions mises à l'ordre du jour.

Une publication spéciale, dirigée par les soins des secrétaires, fera connaître les travaux importants parus sur le cancer, et tiendra par des analyses et des notes bibliographiques le lecteur au courant de tout ce qui sera publié sur la matière.

Enfin, lorsque la Ligue, ainsi que nous l'espérons, sera suffisamment pourvue, des prix et des encouragements seront institués pour venir en aide aux travailleurs, stimuler leur zèle et faciliter leurs recherches.

Mais un pareil but ne peut être atteint, un aussi vaste programme ne peut être réalisé sans le secours de tous, et nous ne faisons pas ici seulement allusion au secours intellectuel qui peut nous être apporté par le plus modeste des savants; nous voulons aussi parler du secours pécuniaire indispensable à toute association.

La Ligue du cancer est non seulement une œuvre scientifique, mais, comme nous l'avons dit, elle est avant tout une œuvre humanitaire; elle ne prend naissance que pour essayer de prévenir l'extension de cette redoutable affection et d'arracher à la mort les malheureux qui en sont atteints. Aussi chacun, dans la mesure de ses moyens, peut-il nous prêter son assistance.

Un court aperçu des statuts de l'œuvre, annexé à cette adresse, montrera les bases principales de la Ligue, son organisation, son fonctionnement, les ressources dont elle pourra disposer et les moyens à l'aide desquels elle portera à la connaissance des sociétaires les résultats qui ont été obtenus.

Le Comité :

MM. Duplay, Trasbot, Straus, Metchnikoff, Reclus, Ricard, Brault, Rochard, Cazin.

EXTRAIT DES STATUTS

La Ligue contre le cancer siège à Paris; elle est administrée par le Comité de direction.

Des comités adjoints, composés des professeurs des Facultés et Écoles secondaires de médecine, des écoles de santé de la marine et de l'armée, des écoles de médecins vétérinaires, seront créés et apporteront leur concours scientifique à la Ligue.

Les comités adjoints désignent les collaborateurs et les subventions à leur accorder et sont en outre chargés de la surveillance et de la centralisation de leurs travaux.

Le Comité de direction est en même temps le bureau du Conseil d'administration. Il se réunit une fois par trimestre et délibère à la majorité des membres présents. Il a tout pouvoir pour gérer et administrer les affaires sociales, tant actives que passives, et fait encaisser par le trésorier tous les fonds appartenant à la Ligue, à quelque titre que ce soit.

Les fonds appartenant à la Ligue, placés par les soins du trésorier, restent à la disposition du Comité de direction, qui les emploiera, suivant les besoins, à l'administration, aux publications de l'œuvre et aux subventions accordées par elle.

Sont membres de la Ligue : les personnes qui ont versé à une époque quelconque une somme de 300 francs;

Les personnes qui versent une souscription annuelle dont le minimum est de 20 francs.

Cette cotisation peut être rachetée par une somme versée une fois pour toutes.

Tout membre a le droit de racheter ses cotisations à venir en versant une fois pour toutes la somme de 200 francs; il devient ainsi membre à vie.

Les membres à vie peuvent devenir membres fondateurs en versant une somme complémentaire de 100 francs.

Tout ce qui concerne l'administration de la Ligue, le résumé des résultats acquis, les progrès accomplis par la Ligue, le budget des recettes et des dépenses, dressé annuellement par le trésorier, est publié dans un recueil périodique rédigé par le secrétaire du Comité.

Les personnes qui désireraient faire partie de la Ligue du cancer ou les généreux donateurs qui voudraient bien favoriser cette œuvre, sont priés de s'adresser au trésorier, M. Masson, 120, boulevard Saint-Germain, qui est dès à présent en demeure de leur accuser réception.

La liste des dons faits à la Ligue du cancer sera publiée dans un journal de médecine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 juin 1892, la nomination de M. Doassans au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve est rapportée; M. Doassans, pharmacien de première classe, est nommé au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe de réserve.

— Le concours d'agrégation (chimie, physique et pharmacologie) vient de se terminer par les nominations suivantes :

Chimie. — Lyon : M. Bayrac; — Montpellier : M. Moitessier.
Physique. — Bordeaux : M. Sigalas; — Lille : M. Castex.
Pharmacologie. — Paris : M. André; — Lyon : M. Deroide.

— L'examen d'aptitude exigé des médecins et pharmaciens de première classe, candidats au grade d'aide-major de deuxième classe de la réserve et de l'armée territoriale, commencera le 22 août à neuf heures, à l'hôpital Saint-Martin pour les médecins et à l'hôpital du Gros-Caillou pour les pharmaciens.

Le général Saussier vient de donner des ordres pour que des conférences préparatoires soient faites par des officiers du service de santé du gouvernement de Paris, à partir du 1er août. Les candidats qui voudront les suivre devront en faire la demande, en même temps qu'ils se feront inscrire pour l'examen dans les bureaux de la direction du service de santé aux Invalides, corridor d'Arles. Ces conférences auront lieu de deux heures à trois heures aux hôpitaux indiqués comme centres d'examen.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Coulier (de Paris); Pouey, médecin-major du 40e de ligne à Privas; Waton (de Bessèges).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le massage en gynécologie, par le docteur Prochownick (de Hambourg); ouvrage traduit de l'allemand par le docteur E. Nitot et le docteur H. Keller. In-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Les déséquilibrés du ventre : entéroptosiques et dilatés (deuxième étude), par le docteur E. Trastour. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Alex. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 76 — SAMEDI 2 JUILLET 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 2 JUILLET 1892. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La méthode de Brown-Séquard et les injections de liquides retirés des divers tissus de l'organisme.

Par Jules DAURIAC,
Interne des hôpitaux de Paris.

Le 1er juin 1889, M. le professeur Brown-Séquard faisait connaître, à la Société de biologie, le résultat d'expériences nouvellement entreprises. Le but atteint par le savant physiologiste, les moyens employés étaient d'un caractère tellement nouveau que le public médical ne put se défendre d'un premier mouvement de scepticisme. La presse politique et mondaine s'empara de la question, la présenta sous ses côtés plaisants, et, n'eût été la haute autorité, la parfaite honnêteté scientifique de M. le professeur Brown-Séquard, on eût volontiers crié à la mystification.

Aujourd'hui, l'allure scientifique et parfaitement correcte de la méthode a fait revenir bien des gens de leur opinion primitive. Aux humoristiques dénigrateurs de la première heure ont fait place des esprits désireux de s'instruire, de comprendre et de s'éclairer.

On s'est dit qu'elle était peut-être là, cette thérapeutique nouvelle, dont les médicaments devaient être des produits fabriqués dans les différents tissus de l'organisme.

De divers côtés et en très grand nombre arrivent aux journaux spéciaux des demandes de renseignements appelant la lumière.

Nous croyons faire œuvre utile en nous occupant aujourd'hui, dans une Revue sans prétentions scientifiques et toute de vulgarisation, de la méthode des injections sous-cutanées de liquides retirés de l'organisme.

Nous resterons systématiquement pratiques, nous attachant de préférence à donner la technique des divers procédés employés au cours d'expériences que nous tâcherons de mettre ainsi à la portée des praticiens qui désireraient expérimenter pour leur propre compte.

De l'à-côté de la question, des théories physiologiques qu'elle a fait naître, des polémiques qu'elle a soulevées, du mode d'action des produits injectés, nous dirons seulement ce qui sera nécessaire à la bonne compréhension du sujet.

Quant à une appréciation personnelle de la méthode, on ne saurait en attendre de nous, qui n'avons nullement qualité pour porter un jugement en pareille matière.

D'ailleurs, le temps n'est pas encore venu de se faire une opinion *ne varietur*. L'état actuel de la science ne le permet pas. La clinique, les observations rigoureusement prises et systématiquement centralisées, permettront seules d'établir une statistique définitivement démonstrative.

Nous nous occuperons, en premier lieu, des recherches de MM. Brown-Séquard et d'Arsonval, les premières en date.

La seconde partie de ce travail sera consacrée aux expériences de M. le docteur Constantin Paul.

Dans un troisième paragraphe, nous attirerons l'attention sur les injections de substance extraite du corps thyroïde dont s'est particulièrement occupé M. le professeur agrégé Gley.

Pour être complets, nous terminerons en passant en revue les inoculations faites avec d'autres substances organiques très nombreuses et fort variées.

I

MÉTHODE DE BROWN-SÉQUARD, D'ARSONVAL

Dans sa communication du 1er juin 1889, M. Brown-Séquard faisait remarquer que la castration, pratiquée dans l'enfance ou dans l'adolescence, est suivie, chez l'homme, de profondes modifications dans le moral et le physique de l'individu.

Il invoquait, à l'appui de son dire, la faiblesse corporelle, le défaut d'activité physique et intellectuelle des eunuques et des personnes qui abusent du coït ou de la masturbation.

Nous ferons remarquer, à ce propos, que l'onanisme, la trop grande fréquence des rapports sexuels, doivent être inscrits au nombre des causes efficientes dans un trop grand nombre de chapitres étiologiques.

L'épuisement génital joue surtout un grand rôle dans la genèse des maladies nerveuses. Beaucoup d'enfants deviennent choréiques, hystériques et surtout neurasthéniques du fait de leurs pratiques solitaires. Beaucoup, dans les maisons d'éducation, voient leur puissance intellectuelle décliner au moment même où s'affirme leur activité génitale.

On a même pu dire, en poussant un peu trop les choses à l'extrême, que « l'avenir était aux continents ». Et, en vérité, l'exemple de Newton, de Pascal, qui vécurent dans le plus complet ascétisme, apporte un sérieux appoint à cette manière de voir.

Déjà, en 1869, M. Brown-Séquard, dans ses cours à la Faculté de médecine, émettait l'idée que s'il était possible d'injecter, sans danger, du sperme dans les veines de vieillards du sexe masculin, on pourrait obtenir, chez eux, des manifestations de rajeunissement. Dans ces dernières années, s'étant bien convaincu, par des expériences faites sur le lapin, d'une part de l'innocuité du procédé et d'autre part de sa valeur réelle, il commença sur lui des recherches qui lui parurent dignes d'être publiées.

Dans une seconde note, présentée le 15 juin 1892, M. Brown-Séquard affirme à nouveau ce fait, que la puissance de la moelle épinière et celle du cerveau présentent, chez l'homme, adulte ou vieux, des fluctuations liées à l'activité fonctionnelle du testicule. Il a, dit-il, très souvent remarqué les particularités suivantes chez deux individus âgés de quarante-cinq à cinquante ans. Sur son conseil, chaque fois qu'ils avaient à exécuter un grand travail physique ou intellectuel, ils se mettaient dans un vif état d'excitation sexuelle, en évitant toutefois toute éjaculation spermatique. Les glandes testiculaires acquéraient alors une grande activité fonctionnelle, qui était bientôt suivie de l'augmentation désirée dans la puissance des centres nerveux.

On constate de l'anémie spermatique chaque fois que l'influence du testicule cesse ou diminue. Si, au contraire, par une augmentation considérable de cette influence, le sperme s'accumule dans l'organe sécréteur, il y a une véritable pléthore. Les gens trop continents sont sous l'influence d'une excitation générale, parfois fort grande, et il suffit fréquemment d'un temps très court pour que cette excitation disparaisse (après un seul coït quelquefois). De même, il peut suffire d'une nuit sans pollutions pour qu'un individu, ayant des pertes séminales nocturnes, constate que ses forces diminuées lui sont revenues.

De là, à accorder au testicule une fonction dynamogène de la plus haute importance, il n'y avait qu'un pas et M. Brown-Séquard l'a franchi. Pour lui, la faiblesse chez les vieillards dépend de deux causes : des changements organiques et de l'absence de stimulation exercée sur les centres nerveux par des testicules actifs.

Les glandes à conduit excréteur auraient, comme les glandes sanguines, la fonction de modifier le sang par une sorte de travail sécrétoire intérieur. En ce qui concerne le rein, par exemple, les phénomènes urémiques si variables, qui résultent de son altération, doivent, en outre de l'élimination insuffisante des déchets organiques, être mis sur le compte de trois facteurs qui sont : 1° l'absence ou l'insuffisance d'une modification chimique du sang qui s'opère à l'état normal et qui est analogue à celle exercée sur le sang par la rate, la glande thyroïde, etc. ; 2° l'existence de modifications chimiques morbides du sang donnant à ce liquide une puissance délétère ; 3° des influences morbides exercées, par les nerfs du rein irrités, sur les centres nerveux et sur nombre d'autres organes par action réflexe.

Les testicules malades peuvent, comme les reins, donner lieu à des phénomènes morbides dépendant de causes analogues à celles de l'urémie.

En envisageant posément les choses, il est tout naturel d'admettre l'effet des produits de sécrétion des glandes sur les centres nerveux.

Pourquoi refuser à l'organisme le droit de sécréter des produits à actions spéciales analogues à ceux que fabriquent, de toutes pièces, certains végétaux ? La strychnine n'est-elle pas le tonique par excellence de la moelle épinière ? D'autre part, ne voyons-nous pas se produire *in vitro* une réaction chimique lorsque nous mettons en présence un albuminoïde et le produit de sécrétion des glandes de l'estomac ?

Comment agissent ces corps ? Quel est leur principe actif ? Nous l'ignorons, et la chimie avec les moyens imparfaits qu'elle met entre nos mains à l'heure actuelle n'est pas prête à nous fournir la solution du problème. Elle se trouve impuissante à isoler des substances de structure extrêmement complexe et qui, du fait même de leur complexité, sont éminemment instables.

Quoi qu'il en soit, et nous en tenant dès à présent au simple empirisme, nous allons exposer la technique des injections.

M. d'Arsonval nous fournit, dans un mémoire à l'Académie des sciences du 23 février 1892, les éléments les plus importants de notre travail :

« Tous les tissus, y est-il dit en substance, pourront et devront être employés, dans des cas spéciaux, comme mode de traitement. Les produits bactériens nous ont appris combien étaient actifs les composés chimiques élaborés par les infiniment petits ; la cellule vivante, à quelque tissu de l'organisme qu'elle appartienne, doit, par analogie, sécréter des produits dont l'efficacité n'est pas moindre. C'est l'étude de cette action physiologique que nous poursuivons, depuis qu'il nous a été prouvé que l'action de l'acide carbonique à haute pression permettait : 1° de rendre aseptiques les extraits de tous les tissus et 2° conservait aux ferments qu'ils sécrètent toutes leurs propriétés. »

Tout d'abord, il est bon de spécifier qu'on doit rejeter l'emploi de tout antiseptique mélangé à l'extrait, sous peine de voir ce dernier perdre toutes ses propriétés.

Quand le liquide doit être injecté dans les veines, on prend comme dissolvant l'eau salée à 10 ou 15 p. 1 000.

Pour l'injection sous-cutanée, le dissolvant est exclusivement de la glycérine additionnée de deux ou trois fois son volume d'eau. La glycérine à moitié est trop concentrée. Elle provoque de la douleur et des nodosités qui durent très longtemps chez certaines personnes.

La méthode dont l'exposé va suivre nécessite un outillage spécial et ne convient guère qu'aux médecins ayant à leur disposition un laboratoire bien outillé.

Nous la donnons pour être complet et eu égard aux résultats irréprochables qu'elle fournit.

Nous exposerons plus loin un procédé plus simple et à la portée de tous.

Faisons remarquer que ces deux procédés sont applicables à *la préparation d'extrait de tous les tissus.*

PROCÉDÉ DE LABORATOIRE. — Le cobaye sain et vigoureux devra être pris de préférence au lapin plus sujet que lui aux maladies parasitaires.

On le tue par section du cou et on enlève le tissu dont on veut avoir l'extrait. Ce tissu doit être divisé, avec des ciseaux, en morceaux ayant environ 1 centimètre de côté, mais non broyé finement. Il est, aussitôt après, mis à macérer pendant vingt-quatre heures au moins, dans trois fois environ son poids de glycérine officinale à 28 degrés qu'on a chauffée à 140 degrés une fois pour toutes et que l'on conserve dans un flacon bouché à l'émeri.

La glycérine, de par son grand pouvoir hygrométrique,

attire l'eau du tissu ainsi que toutes les substances solubles. Elle conserve intacts tous les ferments.

Pour filtrer la solution glycérique, on l'étend de deux à trois fois son volume d'eau récemment bouillie.

Filtration du liquide. — On lui fait subir une première filtration de la façon suivante :

Un tube métallique, de 5 centimètres de diamètre environ, porte un fond inférieur percé de petits trous en pomme d'arrosoir. On ficèle sur ce tube une peau de chamois ou une fine batiste. Le haut du tube est mis en rapport avec une trompe ou un aspirateur Potain, de façon à faire le vide dans son intérieur. En plongeant le tube dans la solution glycérique, on opère ainsi très rapidement la première filtration.

Stérilisation par l'acide carbonique. — Le liquide filtré est mis dans le stérilisateur à acide carbonique.

Il existe deux modèles de stérilisateur : le stérilisateur-filtre, le stérilisateur à acide carbonique.

Le stérilisateur-filtre se compose d'un tube métallique éprouvé à 200 atmosphères. A sa partie inférieure se visse un bouchon métallique qui porte une bougie filtrante en terre poreuse. La bougie est fixée au bouchon métallique par un simple tube de caoutchouc venant s'appuyer sur elle, et la fermeture est d'autant plus hermétique que la pression est plus grande. Le bouchon porte un robinet à pointe d'acier, qui permet de ne laisser sortir le liquide que lorsqu'on juge que le contact du liquide avec l'acide carbonique liquéfié a assez duré.

Le haut du tube est également fermé par un bouchon à vis portant un manomètre et muni d'un robinet pour laisser échapper le gaz.

Un tube latéral met le stérilisateur-filtre en communication avec l'acide carbonique liquéfié contenu dans une bouteille d'acier. Un robinet permet d'établir ou d'interrompre la communication.

Pour stériliser le liquide glycérique, on le verse dans le tube-filtre et après avoir revissé solidement le bouchon supérieur, on ouvre le robinet de communication, ce qui permet au gaz acide carbonique de se précipiter au contact du liquide. On laisse le liquide sous pression environ une heure, tous les germes organiques sont tués. Les albuminoïdes et les ferments solubles ne sont nullement altérés.

Après une heure, on ouvre le robinet inférieur et le liquide filtre rapidement à travers la bougie. On le recueille dans un vase stérilisé.

Le liquide ainsi préparé peut se conserver presque indéfiniment, si on le soustrait à l'action de l'air.

Autoclave stérilisateur à acide carbonique. — On peut, en se servant de l'appareil que nous allons décrire, procéder de la façon suivante :

La solution glycérique est simplement filtrée au papier-filtre (filtre Laurent).

Avant de l'injecter, on lui fait subir la stérilisation dans l'autoclave à acide carbonique.

Cet appareil se compose d'un récipient en cuivre rouge essayé à 120 atmosphères et fermé par un couvercle en cuivre comme un autoclave. Ce couvercle porte un manomètre, un robinet d'échappement et un tube muni d'un raccord qui permet de le réunir à la bouteille contenant l'acide carbonique liquéfié.

Le liquide filtré est placé dans l'autoclave et soumis à une pression de 53 atmosphères d'acide carbonique, la température ambiante étant de 15 degrés. En laissant agir la pression pendant deux heures, on est sûr d'avoir tué tous les micro-organismes.

Cet appareil supprime, comme on le voit, la filtration à travers la bougie poreuse.

Procédé simplifié permettant la préparation des liquides sans laboratoire. — Ce procédé a été indiqué par M. d'Arsonval dans le courant de janvier 1892.

Nous tenons à le remercier ici, pour la façon aimable et courtoise avec laquelle il s'est mis à notre disposition pour nous donner les détails qui vont suivre.

A la rigueur, le liquide testiculaire, simplement filtré au papier, peut être injecté sans danger. Il est préférable, pour la mettre à l'abri de l'inoculation possible de germes étrangers, de faire subir à la masse une stérilisation préalable par filtration à froid, à l'aide d'un petit appareil on ne peut plus simple.

Préparation du liquide. — On tue un cobaye mâle vigoureux, et rapidement on enlève les deux testicules avec la plus grande longueur possible des canaux déférents. On élimine la couche graisseuse qui enveloppe d'ordinaire l'organe sécréteur du sperme chez les animaux bien nourris.

Au laboratoire du Collège de France, MM. d'Arsonval et Brown-Séquard ont abandonné le testicule de cobaye. Ils s'adressent au bélier, dont les testicules, fort volumineux, fournissent une plus grande quantité de principes extractibles et permettent ainsi la préparation en grand.

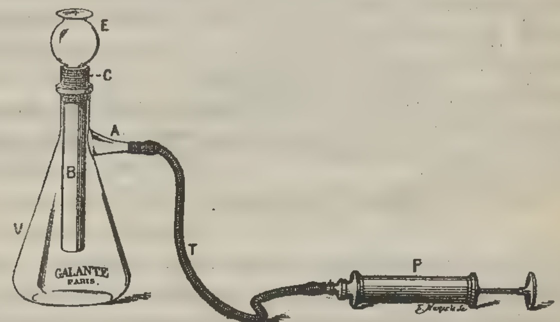
On pourra imiter cet exemple, à la condition de se transporter à l'abattoir et d'enlever le testicule immédiatement après que l'animal aura été sacrifié. Il est de la plus haute importance d'avoir un organe frais.

Les testicules sont divisés avec des ciseaux en cinq ou six petits morceaux, que l'on met macérer dans un petit flacon bouché à l'émeri, contenant 5 centimètres cubes environ de glycérine officinale à 28 degrés. On laisse macérer au moins vingt-quatre heures.

Quand la macération paraît suffisante, ce dont on juge par la diminution de volume de l'organe, on étend la glycérine de trois fois son volume d'eau bouillie et refroidie (soit 15 centimètres cubes) contenant 5 p. 100 de sel marin. On agite bien et on filtre sur filtre Laurent.

Filtration. — Il est préférable de filtrer une seconde fois à la bougie poreuse :

Le filtre se compose d'une bougie montée sur un flaçon où l'on fait le vide avec une pompe à ventouse.



La bougie poreuse reçoit un petit anneau de caoutchouc qui sert à la fixer dans le goulot d'un vase en verre mince. Ce vase porte latéralement une tubulure qui, par l'intermédiaire d'un caoutchouc, le met en rapport avec la pompe à vide d'un aspirateur de Potain.

Au préalable, on stérilise tout l'appareil à l'eau bouillante. Cela fait, on verse le liquide à filtrer dans la cavité de la bougie sur laquelle est fixé un petit entonnoir.

En manœuvrant la pompe, on fait rapidement le vide dans le vase et le liquide contenu dans la bougie passe très vite au travers d'elle.

Les règles données ci-dessus s'appliquent aussi bien à tous les autres liquides organiques, dont on peut avoir besoin.

En somme, pour nous résumer et pour être plus facilement compréhensibles, prenons un exemple :

1° Prendre 100 grammes de testicules de bélier divisés en morceaux gros comme une noix environ ;

2° Faire macérer dans 100 grammes de glycérine officinale pendant vingt-quatre heures ;

3° Ajouter 100 grammes d'eau bouillie, salée à 5 p. 100 ;

4° Filtrer au papier-filtre Laurent ;

5° Filtrer à la bougie.

Pour conserver le liquide, on devra ajouter au liquide filtré de la glycérine, jusqu'à ce qu'il marque 14 degrés à l'aéromètre. (Il faut environ 50 centimètres cubes de glycérine ajoutés à la quantité ci-dessus.)

Cette opération terminée, on mettra le liquide en flacons bien bouchés de 15 centimètres cubes environ.

Technique de l'injection. — 1° On prend une seringue à aspiration capillaire, de 1 gramme. Adopter de préférence à tout autre le système qui vous paraîtra le plus facilement stérilisable. La seringne de Pravaz ordinaire, avec son piston de cuir, son ajustement compliqué, ne remplit pas ces conditions. La seringue construite, tout récemment, sur les indications du professeur Debove, nous paraît répondre au plus haut degré à tous les desiderata de l'asepsie. Le piston est en amiante et un système de déclanchement analogue à celui qui ferme les bouteilles de bière permet, d'un coup de pouce, de démonter l'appareil. Avec cette seringue, il sera encore très bon d'employer les aiguilles de M. Debove en platine iridié, qui peuvent indéfiniment être portées au rouge sans que la pointe s'émousse.

Stériliser la seringue en la flambant, après chaque injection. Le petit cylindre en verre sera mis à bouillir dans une petite quantité d'eau.

2° Aspirer la moitié de la seringue du liquide testiculaire. Finir d'emplir avec de l'eau récemment bouillie.

3° Choisir de préférence l'abdomen comme lieu d'élection pour les injections. Avant chacune d'elles, nettoyer avec un petit tampon de coton hydrophile, imbibé d'eau phéniquée forte, la place où se fera la ponction. Flamber soigneusement son aiguille avant d'opérer. Procéder pour le reste comme pour une piqûre de morphine.

On peut injecter de 2 à 10 grammes par jour, en espaçant les piqûres à volonté ou en procédant par injections massives en deux fois.

Telle est la technique du procédé.

Exposé de quelques résultats et faits cliniques. — C'est sur lui-même que M. le professeur Brown-Séquard a fait ses premières expériences. En se reportant au n° 66 de la *Gazette des hôpitaux*, du mois de juin dernier, on trouvera, *in extenso*, la communication faite par l'éminent physiologiste devant l'Académie des sciences. On pourra y lire la relation des améliorations qui se sont produites chez lui, à la suite des injections de liquide testiculaire.

Présentons maintenant une courte analyse des résultats publiés par divers expérimentateurs.

Voici, tout d'abord, M. le docteur Variot, médecin des hôpitaux de Paris, qui arrive aux conclusions suivantes dans une note lue à la Société de biologie, le 29 juin 1889.

« Il ressort de trois faits observés par moi avec une entière indépendance d'esprit :

1° Que les injections sous-cutanées de liquide testiculaire sont douloureuses mais inoffensives, ne déterminant aucun phénomène inflammatoire quand on les fait avec des instruments bien propres ;

2° Le premier effet de l'injection est de produire une douleur locale avec malaise général, mais sans élévation thermique. Il n'est donc pas possible d'expliquer les phénomènes qui surviennent par l'excitation fébrile, comme M. Féré l'a proposé ;

3° Les injections qui suivent la première sont bien supportées et ne déterminent plus de malaise général ; elles sont, cependant, assez douloureuses ;

4° Comme effet positif, je relève un état d'excitation nerveuse générale ; augmentation de la force musculaire, excitation et régularisation de certaines fonctions viscérales, et, notamment, du tube digestif, un peu d'excitation cérébrale. L'excitation génitale s'est produite dans deux cas.

Les trois hommes en expérience ne lisent pas les journaux et ne connaissent pas les travaux de M. Brown-Séquard. Les phénomènes d'excitation nerveuse, constatés chez ces trois hommes, sont tellement semblables qu'ils se servent des mêmes termes pour caractériser ce qu'ils ont éprouvé.

M. le docteur Suzor, à l'île Maurice, a fait des injections sur deux lépreux.

Chez le premier, il a constaté une énorme amélioration : la main droite se ferme avec facilité ; la plupart des ulcères sont en voie de cicatrisation ; les pieds sont dégonflés ; les yeux beaucoup moins enflammés supportent une lumière très vive. Douleurs à peu près disparues ; sommeil meilleur ; appétit bon.

Le second malade éprouve, dès les premières injections, un sentiment inaccoutumé de vigueur. Il peut marcher longuement. Son sommeil est amélioré. L'appétit est excellent. Les yeux sont dégonflés et la lumière ne les incommode plus. L'un des ulcères est complètement cicatrisé, l'autre en voie de cicatrisation.

Un malade de Variot, le docteur X..., a récupéré absolument la puissance génitale, sa santé générale est affermie et il a repris son activité psychique ordinaire et son activité professionnelle.

Dans le *Medical World* de Philadelphie, octobre 1889, le docteur Brainerd, de Cleveland (Ohio), rapporte un certain nombre de cas d'améliorations :

Quatre cas d'hémiplégie, dans deux desquels l'amélioration n'a commencé qu'après la quatrième injection. Trois cas d'ataxie locomotrice dont l'auteur dit : « Ces cas ont fourni plus qu'aucun autre des effets favorables et de plus en plus prononcés. Dans l'un de ces cas, le malade qui ne pouvait marcher qu'avec la plus extrême difficulté, après treize injections pouvait marcher droit, les yeux fermés.

Il rapporte cinq cas de rhumatisme musculaire et quatre de sciatique, où la douleur et la difficulté de marcher ont diminué notablement ou même disparu complètement par ce mode de traitement.

Le docteur Brainerd a constaté une amélioration plus ou

moins considérable dans sept cas d'impuissance sexuelle. L'insomnie a été fort améliorée.

D'autre part, M. le professeur Mairet, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, consacre une de ses cliniques (1) aux résultats fournis par la méthode chez des malades atteints de la forme d'aliénation mentale connue sous le nom de stupeur. Il a constaté une amélioration considérable dans l'état mental des individus en expérience.

Il attire l'attention sur ce fait : que les injections de liquide testiculaire tendent à régulariser la fréquence des pulsations cardiaques. Il en est de même pour la température, du moins lorsqu'elle est au-dessous de la normale. Chez les malades atteints de stupeur lypémaniaque, la température ne dépasse pas d'ordinaire 36 degrés à 36°5; à la suite des injections, cette température tend à se rapprocher de 37 degrés.

Il y a eu, chez tous les malades de M. le professeur Mairet, augmentation de l'appétit et amélioration considérable de la nutrition.

Dans une observation de M. le docteur Suzor, on relève les bons effets éprouvés par un malade atteint de cachexie paludéenne.

M. le docteur Fremy (de Nice) a traité un lépreux par des injections rectales de liquide testiculaire. Ce nouveau mode d'administration du médicament pourrait être adopté dans la pratique, malgré les moindres effets dynamogéniques qu'on en obtient, en raison de la facilité relative des préparations pour une injection intra-rectale, comparée à une injection sous-cutanée.

Voici quels sont les conseils donnés par M. Brown-Séquard dans le cas de l'introduction du liquide testiculaire dans le rectum.

On prend des testicules de cobaye ou de bélier, on lave ces organes dans de l'eau distillée après les avoir coupés en très petits morceaux. On les écrase ensuite dans un mortier. On ajoute alors de l'eau et l'on jette tout le contenu du mortier (liquide et solides) dans un linge enfoncé dans un verre. On soulève ensuite ce linge pour que le liquide en sorte et tombe dans le verre. Enfin, on fait sortir par compression toute la liqueur que peut donner la masse solide, entourée de linges.

Il importe que tout cela se fasse promptement et que l'injection soit faite avec du liquide frais. Deux testicules (de cobaye) au moins doivent être employés pour chaque injection, et la quantité d'eau ne doit pas dépasser la moitié d'un verre à vin.

Les injections seront répétées tous les deux ou trois jours. Il faut que le rectum les garde. L'absorption est faite en moins d'une demi-heure.

II

LA TRANSFUSION NERVEUSE DU DOCTEUR CONSTANTIN PAUL

Voici comment M. le docteur Paul explique la génèse de sa découverte :

« Dans la méthode pastorienne de traitement de la rage, dit-il en substance, l'injection de moelle de lapin n'est que le support de la partie virulente. Mais, dans la rage du loup qui est beaucoup plus féroce, la méthode de traitement doit augmenter d'intensité. Babès (de Bukarest) a constamment, devant lui, des victimes de la rage du loup. Il a dû rendre la méthode de traitement plus intensive pour être efficace.

Dans ces conditions nouvelles où la quantité de liquide injecté augmente jusqu'à 20 centimètres cubes par jour, M. le professeur Babès a pensé que la substance nerveuse contenue dans l'injection n'était plus une quantité négligeable. Il a fait quelques injections de moelle saine qui lui ont semblé avoir une action réelle. »

Ce sont les expériences de M. Babès, les inoculations de M. Pasteur, qui ont décidé M. Constantin Paul à introduire dans l'organisme un liquide extrait de la substance grise du cerveau.

Préparation du liquide. — Voici la technique pour obtenir un liquide au dixième :

1° On prend dans un cerveau de mouton, récemment tué, 15 grammes de substance cérébrale, de préférence la substance grise (corps opto-striés, circonvolutions, cervelet, etc.), et on la divise en petits morceaux ;

2° On la fait macérer, pendant vingt-quatre heures, dans cinq fois son poids de glycérine officinale, c'est-à-dire 75 grammes;

3° On ajoute une quantité égale d'eau, 75 grammes;

4° On verse dans le tube de l'appareil de d'Arsonval et l'on filtre avec une pression de 40 à 50 atmosphères.

On peut ajouter les mêmes proportions de sel marin que pour le liquide testiculaire.

D'ailleurs, la méthode générale exposée plus haut et préconisée par MM. d'Arsonval et Brown-Séquard est applicable ici dans le cas particulier.

M. Constantin Paul se sert, pour la préparation de son liquide, du stérilisateur-filtre à acide carbonique. Il n'a pas employé le nouveau mode de filtration si commode et d'une installation si peu coûteuse indiqué par M. d'Arsonval. Nous croyons que, dans la pratique courante, il y aurait avantage à préparer soi-même la substance nerveuse à injecter, au moyen de cet appareil.

D'ailleurs, le liquide de M. Constantin Paul se trouve aujourd'hui dans le commerce.

Il y a avantage et il est même indispensable de s'approvisionner au jour le jour. En effet, le liquide ne se conserve guère plus de dix jours, et on n'obtient pas, affirme M. le docteur Paul, les mêmes effets avec une liqueur fraîche qu'avec celle datant d'un certain temps.

Il est nécessaire de se servir, pour la conservation du produit, de petits flacons soigneusement bouchés.

Procédé opératoire. — M. le docteur Constantin Paul a choisi, pour faire ses piqûres, les deux régions suivantes : d'une part, les côtés de l'abdomen au niveau des flancs, et, d'autre part, en arrière, le bas de la région dorsale près de la région lombaire. La stérilisation de la peau s'obtient au moyen d'une friction à l'eau phéniquée forte. L'injection sous-cutanée est faite avec une seringue stérilisée d'abord dans l'eau bouillante, puis dans l'eau phéniquée forte.

En somme, rien que nous n'ayons déjà dit.

Résultats cliniques. — Le malade sent une légère chaleur pendant quatre à cinq minutes, rarement plus, et c'est tout.

Le premier effet ressenti par les malades est une sensation de force et de bien-être qui leur donne la conscience qu'ils ont à leur disposition une somme de forces qu'ils n'avaient pas auparavant.

(1) Mairet. *Bull. méd.*, 12 févr. 1890.

L'amyosthénie et l'impotence musculaire diminuent rapidement. Rapidement, les malades marchent longtemps sans se fatiguer.

Les douleurs vertébrales et l'hyperesthésie spinale cèdent au bout de quelques injections. Même dans l'ataxie, on voit les douleurs fulgurantes disparaître.

Il en est de même de la céphalée neurasthénique et de l'insomnie.

L'impotence fonctionnelle du cerveau disparaît à mesure.

Les malades prennent de l'appétit, leur nutrition s'améliore, et s'ils sont préalablement dyspeptiques, leur nutrition se fait mieux, comme en témoigne l'augmentation rapide du poids.

Quant à l'impotence sexuelle, elle a été notablement améliorée.

« Ce qui est remarquable, dit encore M. le docteur Paul, c'est que chez l'une de mes neurasthéniques, alors que toutes les fonctions avaient énormément gagné : appétit, forces, embonpoint, poids, disparition de tous les troubles nerveux, les couleurs n'étaient pas revenues, et l'anémie restait la même. »

A cette époque, le fer a été très bien supporté et les couleurs sont revenues très rapidement ; la jeune fille, restée pâle, avait, au bout d'un mois, des couleurs fraîches superbes.

M. Constantin Paul intitule son mémoire : « Traitement de la neurasthénie par la transfusion nerveuse ». C'est, en effet, à la neurasthénie qu'il pensait, au début, limiter ses essais. Les résultats qu'il a obtenus dans le traitement de cette affection, lui donnent le droit de dire qu'on peut aujourd'hui, grâce à sa méthode, la combattre avec les plus grandes chances de succès.

Mais là ne se sont pas bornés ses efforts. Il a pratiqué et il pratique encore tous les jours la transfusion nerveuse, chez de nombreux malades atteints des affections les plus diverses. Il paraît avoir amélioré une grande quantité d'ataxiques.

On peut assister les vendredis et les mardis de chaque semaine, dans son service de la Charité, aux opérations de transfusion nerveuse.

Outre qu'on peut s'y initier aux moindres détails de la technique, on a encore la possibilité d'entendre les malades, de causer avec eux et de provoquer leurs explications.

Ajoutons que M. Paul procède par injections de 5 centimètres cubes renouvelées deux fois par semaine chez les ataxiques, plus souvent chez les neurasthéniques. On arrête un certain temps après avoir atteint le nombre de vingt injections chez un malade. On reprend le traitement après quelques jours de repos.

C'est de M. le docteur Paul lui-même que nous tenons les détails qu'on vient de lire. Il s'est prêté de la façon la plus gracieuse à la petite enquête que nous venions faire auprès de lui. Il a facilité notre tâche en nous donnant toutes les explications désirables, et a bien voulu nous permettre de compléter cette étude par la publication de la statistique de sa pratique personnelle, document qui est encore inédit.

Nous le prions d'agréer nos sincères remerciements.

STATISTIQUE AU 24 JUIN 1892

NEURASTHÉNIQUES. — Le nombre des neurasthéniques qui ont subi le traitement est de 29.

Ces cas se décomposent ainsi :

Neurasthénie cardiaque. 2

Ces 2 cas ont guéri : l'un, avec une seule injection, est remonté de 36 pulsations à 60 ; l'autre, jeune homme de dix-huit ans, atteint de tachycardie, est revenu, après quatre injections, de 126 pulsations arythmiques à 76 pulsations régulières, et a pu reprendre son travail régulier d'opticien.

Les 27 autres cas de neurasthénie se divisent ainsi :

Quinze ont éprouvé une notable amélioration de force musculaire, de l'aptitude au travail, la diminution des pollutions nocturnes sans érections ; quelques-uns, le retour des érections spontanées ;

Cinq neurasthéniques à forme hypochondriaque sont entrés dans le même état ;

Sept sont encore en traitement sans qu'on puisse encore se prononcer.

Avant de parler des ataxiques, je citerai le fait d'un négociant, M. G..., atteint depuis dix ans d'une aphasie.

Cette aphasie était simple, sans hémiplégie. Il n'y avait ni cécité verbale, le malade pouvait lire et écrire, et quand on lui dictait les mots, il les écrivait avec peine, mais ne pouvait les prononcer. L'écriture était bonne.

Après douze injections, le malade commençait à prononcer quelques mots. Un mois plus tard, il commençait à faire des phrases et a pu se remettre aux affaires.

ATAXIQUES. — Les ataxiques traités sont au nombre de 25.

L'un d'eux, au début, présentant du strabisme et de l'atrophie papillaire, souffrait d'insomnie et de douleurs. Dès la deuxième injection, il dormait mieux ; après la troisième, les douleurs sont moins nombreuses et moins intenses ; après la cinquième injection, les douleurs ont complètement disparu, l'amélioration du sommeil persiste ; après la douzième injection, l'état général est satisfaisant, mais le strabisme persiste. Il en a été de même de tous ceux qui présentaient du strabisme.

J'arrive à la période réelle de l'ataxie, celle des troubles locomoteurs. Voici les résultats obtenus :

Sur les 24 ataxiques qui restent, 4 sont encore en traitement. Sur les 20 autres, on a obtenu les résultats suivants :

Sommeil. — Sur ces 20 ataxiques, 14 se plaignaient de ne pas dormir ou de ne dormir qu'avec le chloral ou les bromures. Le sommeil est survenu :

Après	1	injection	chez	2	ataxiques.
—	2	—		4	—
—	4	—		2	—
—	5	—		1	—
—	6	—		1	—
—	8	—		1	—
—	10	—		1	—

Chez 2 autres, l'effet a été nul.

C'est, en effet, le sommeil, et le sommeil sans cauchemar et réparateur, qui est le premier bénéfice de l'injection.

Atténuation, puis cessation des douleurs fulgurantes. — Après le sommeil, le second bénéfice des injections vient de l'atté-

nuation, puis de la disparition des douleurs. Le tableau suivant en montre toute l'importance :

	Douleurs attenuées.	Douleurs disparues.
Après 1 injection . .	1	»
— 2 — . .	2	»
— 3 — . .	3	1
— 4 — . .	1	1
— 6 — . .	»	1
— 7 — . .	1	»
— 8 — . .	2	3
— 10 — . .	»	1
— 12 — . .	»	2
— 15 — . .	2	1

On voit que la plupart des ataxiques ont cessé d'être des martyrs poursuivis par les douleurs fulgurantes.

Coordination dans la marche.—Sur ces mêmes malades, on a noté un commencement d'amélioration dans la coordination dans la marche :

Après 1 injection	1 fois.
— 2 —	2 —
— 3 —	2 —
— 4 —	1 —
— 5 —	4 —
— 6 —	2 —
— 7 —	1 —
— 8 —	3 —
— 10 —	2 —
— 11 —	3 —
— 12 —	1 —
— 15 —	1 —

Puis on a obtenu une grande amélioration :

Après 3 injections.	1 fois.
— 4 —	1 —
— 5 —	1 —
— 6 —	1 —
— 9 —	1 —
— 10 —	2 —
— 13 —	1 —
— 15 —	4 —
— 16 —	1 —
— 19 —	1 —

Augmentation de la force. — On a constaté une augmentation de la force :

Après 1 injection,	chez 2 malades.
— 2 —	1 —
— 3 —	2 —
— 7 —	1 —
— 8 —	1 —
— 9 —	2 —
— 10 —	1 —
— 12 —	3 —

Chez les autres, il n'a été constaté aucun changement.

Troubles génito-urinaires. — Ç'a été une véritable surprise de voir ces phénomènes céder de bonne heure aux injections.

Sur 12 ataxiques présentant des troubles génito-urinaires, douleurs viscérales, incontinence urinaire, sensation de boule douloureuse à l'anus, etc. :

Sept ont été soulagés définitivement;
Une femme améliorée momentanément;
Quatre sans résultats.

Ces résultats ont été obtenus :

Après 1 injection	2 fois.
— 3 —	1 —
— 5 —	1 —
— 7 —	1 —
— 11 —	1 —
— 16 —	1 —

Troubles gastriques, dits crises gastriques. — Huit ataxiques se sont plaints de troubles plus ou moins intenses du côté de l'estomac. Chez quelques-uns, ces troubles étaient légers et ont cédé après quelques injections.

Voilà le bilan actuel de mes observations. Ce n'est pas la guérison de l'ataxie : on ne peut l'espérer ; mais cette amélioration considérable est fort appréciée par ces pauvres malades, que la maladie laisse vivre en leur ôtant les moyens d'existence.

Les autres malades qui ont été traités sont deux paralytiques généraux à forme dépressive qui ont été remontés : un cas de sclérose en plaques et un autre de pachyméningite spinale, qui n'ont rien gagné à la transfusion nerveuse.

III

LE MYXŒDÈME ET SON TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS DE SUC THYROÏDIEN

Schiff avait vu le premier que l'ablation totale du corps thyroïde est le plus souvent mortelle chez le chien.

Cette découverte, qui devait plus tard être féconde en résultats, passa d'abord inaperçue, et sa valeur réelle ne se dégagea que longtemps après.

M. J.-L. Reverdin (de Genève) signala, le 17 septembre 1883, à la Société médicale de sa ville natale, la fréquence de phénomènes cachectiques spéciaux se produisant chez l'homme après l'ablation du corps thyroïde.

En 1883, Kocher (de Berne) confirma, par l'examen de vingt-quatre de ses opérés de thyroïdectomie totale, la réalité des phénomènes décrits par M. Reverdin.

Ces manifestations consistent en une faiblesse des bras et des jambes, en douleurs et tiraillements musculaires. Il existe un refroidissement constant des extrémités. En même temps, la face, les bras, les jambes augmentent de volume, et cette hypertrophie atteint bientôt tout le corps. La peau devient pâle et sèche, les plis cutanés s'effacent, les cheveux tombent, les muqueuses pâlissent.

Le moral se ressent bientôt de cet état, et les myxœdémateux ne tardent pas à se montrer taciturnes, tristes, leur intelligence baisse, leur parole devient lente et difficile.

Ils sont sujets aux syncopes, à des attaques de dyspnée et de suffocation. Parfois on les voit agités de convulsions tétaniques.

M. Reverdin donna à cet état le nom de myxœdème post-opératoire. Kocher le qualifia de cachexie strumprimitive.

M. Reverdin eut encore le mérite d'appeler l'attention sur les relations qui existent entre les troubles constatés après l'ablation de la glande thyroïde et le myxœdème, décrit par Gull en 1873, dénommé plus tard par Ord, chez

une classe spéciale de crétins dépourvus de corps thyroïde à la naissance.

Les observations les plus belles d'idiotie myxœdémateuse ont été rapportées par M. le docteur Bourneville, dans le magnifique service duquel on peut voir, à Bicêtre, de nombreux spécimens du genre. MM. Fournier, Saillard, White, Virchow ont signalé des cas semblables. Disons que M. le professeur Charcot a consacré une de ses leçons magistrales à l'étude du myxœdème (1).

Horsley apporta, en 1885, la preuve expérimentale de cette analogie, en reproduisant le myxœdème chez le singe, par suppression de la glande thyroïde.

Schiff, reprenant l'étude de la question, établit à son tour que si les chiens thyroïdectomisés meurent rapidement, il n'en est pas de même pour les rats et les lapins qui, eux, survivent.

Il établit encore, point très important pour la question qui nous occupe, que l'opération perd ses dangers si l'on a introduit et fixé d'abord dans la cavité abdominale un fragment de corps thyroïde provenant d'animaux de la même espèce. Nous reviendrons plus loin sur cette opération chez l'homme.

Gley, dans une série de mémoires publiés en 1891 et 1892 dans les *Archives de physiologie*, a démontré que les animaux qui semblaient jouir de l'immunité que nous signalions plus haut, ne devaient cette immunité qu'à l'existence de petites glandes thyroïdes accessoires, que l'on n'enlevait pas au cours de l'intervention.

Les études que ce distingué et savant physiologiste a entreprises sur les fonctions du corps thyroïde l'ont conduit au raisonnement suivant :

S'il est vrai que le corps thyroïde soit une glande vasculaire sanguine, à produit de sécrétion interne, on doit pouvoir, par une injection de ce produit, supprimer ou au moins atténuer les troubles consécutifs à l'extirpation.

Voici les instructions que donne Gley pour la préparation de l'extrait destiné aux injections :

Coupez l'organe avec des ciseaux, broyez-le dans un mortier avec du sable et de l'eau salée. Soumettez le tout à l'action de la presse. Filtrez ensuite au moyen du procédé simplifié de d'Arsonval, ou bien sous faible pression en filtrant sur papier Laurent ou coton de verre.

M. Gley ajoute que, par cette manière d'agir, on obtient un liquide beaucoup plus actif et dont la teneur en albumine est bien plus considérable que dans les liquides préparés par les procédés d'Arsonval et Brown-Séquard.

M. Gley a pratiqué des injections sur 22 animaux.

Deux lapins sont morts d'embolie au cours de l'injection intra-veineuse.

Quatre animaux, 2 chiens et 2 lapins, préalablement thyroïdectomisés, ont été sauvés et grandement améliorés.

Cinq animaux ont succombé en très peu de temps malgré les injections.

Dans ce premier groupe d'expériences, le traitement suivit à brève échéance l'ablation du thyroïde, et on n'attendit pas l'apparition des accidents.

Dans une autre série de recherches, on commença le traitement après le début du processus morbide.

Très peu d'animaux retirèrent un bénéfice des inoculations. Les autres n'en ressentirent aucun soulagement.

(1) Charcot. *Gaz. des hôpit.*, 25 janvier 1881.

M. Gley dégage de ces expériences les observations suivantes :

L'injection intra-veineuse est surtout efficace.

Si on injecte directement dans le péritoine, il faut employer de très fortes doses.

Si, au contraire, la quantité du liquide employé est faible, les animaux meurent toujours.

Il en est de même quand on tarde trop à faire l'injection et que les accidents ont pu déjà devenir très violents.

Il note encore le peu d'efficacité des liquides filtrés sur porcelaine, et l'importance de la fraîcheur du produit.

Si nous passons des animaux à l'homme, nous voyons que les premières tentatives dans le sens d'une suppléance du corps thyroïde absent ont été faites par M. le professeur Lannelongue. Sa communication se trouve dans les *Bulletins de la Société de biologie* de mars 1890.

M. le professeur Lannelongue greffe dans la cavité abdominale des fragments de corps thyroïde.

Kocher (1) imita cet exemple.

MM. Bettencourt et Serrano (2), Merklen et Walther (3), firent de leurs côtés des tentatives similaires.

La greffe n'a, jusqu'ici, donné que des succès partiels.

C'est alors qu'on pensa au liquide thyroïdien. Nous allons, à ce propos, nous arrêter un instant à la belle observation de MM. Merklen et Walther, en la faisant suivre des quelques remarques que M. Merklen a bien voulu nous faire à ce sujet.

La malade qui fait l'objet de la note du médecin de Saint-Antoine n'est pas atteinte de la variété « idiotie avec cachexie pachydermique » (Bourneville). Son intelligence est suffisante, sa fontanelle antérieure fermée, sa menstruation s'est établie dans les conditions ordinaires, enfin son myxœdème ne s'est caractérisé que vers trente ans.

Ce sont même des métrorrhagies persistantes qui l'ont conduite à Saint-Antoine. M. Walther, sur la demande de M. Merklen, pratiqua la greffe thyroïdienne. Les métrorrhagies cessèrent presque immédiatement, et une amélioration notable se remarqua tant dans le physique que dans le moral de la malade. Le succès était si beau, que M. Merklen n'hésita pas à présenter le cas.

Mais quelque temps après cette présentation, nous a dit M. Merklen, les choses revinrent en l'état précédemment signalé : les métrorrhagies reparurent et la malade vint à nouveau consulter M. Merklen. Celui-ci put constater alors de la façon la plus nette que la greffe précédemment faite s'était résorbée, qu'il n'y en avait plus trace.

Ainsi, voilà une greffe qui n'a pas agi chez la myxœdémateuse de M. Merklen en s'organisant pour remplacer un corps thyroïde absent. Elle a agi tant qu'elle a pu être résorbée, se comportant en tous points comme le liquide d'une injection sous-cutanée de suc thyroïdien.

M. Merklen a fait ces injections de suc thyroïdien. Il en a fait très peu, cinq à six environ, et a dû les interrompre à cause de l'état inquiétant de sa malade.

De cette dernière tentative il ne peut donc rien se dégager de probant.

Si nous consultions la littérature étrangère, il nous serait peut-être possible de fournir les éléments d'une petite sta-

(1) Relation du *Brit. Med. News*, 5 juillet 1890.

(2) Bettencourt et Serrano. Assoc. franç. pour l'avanc. des sc., 20 août 1890.

(3) Merklen et Walther. Soc. méd. des hôpit., 14 nov. 1890.

tistique, mais cela nous entraînerait trop loin et dépasserait les limites qui nous sont assignées pour cette Revue.

Nous ne voulons point cependant passer sous silence une observation que nous lisons dans le *British Medical Journal*, à la date du 12 mars 1892. Elle est intitulée : « Un cas de myxœdème, traité avec succès par le massage et les injections de glande thyroïde de mouton », par Wallace Beatty, senior assistant physician, to the Adelaïde hospital Dublin.

L'auteur y décrit sa malade, âgée de quarante-trois ans, mariée et mère de plusieurs enfants, et qui paraît bien avoir été atteinte de myxœdème, d'après les symptômes sur lesquels il s'étend. La malade fut d'abord traitée par le massage, puis par des injections de liquide extrait des lobes thyroïdes d'un mouton. Dans la confection de ce liquide est entré un antiseptique. La macération se fit dans une solution contenant « 1/2 per cent of carbolic acid and glycerine in equal part ».

L'injection combinée au massage (qui fut continué) produisit des effets merveilleux, et le docteur Wallace Beatty termine en disant : « Nul médecin ne pourrait, en voyant cette femme pour la première fois, reconnaître qu'elle a été atteinte de myxœdème. »

Cette observation serait plus encourageante si elle ne nous paraissait passible d'une objection qui serait capitale, si l'on s'en tient aux enseignements donnés par MM. d'Arsonval et Brown-Séquard pour la préparation des liquides. Ces physiologistes, à qui l'on accordera quelque compétence en une technique qu'ils ont créée, défendent formellement d'introduire un antiseptique dans le liquide des injections. Cette pratique suffit pour enlever au suc d'extraction toutes ses propriétés.

Que resterait-il alors de la cure merveilleuse de l'auteur anglais ?

IV

INJECTIONS DANS LE SANG D'EXTRAITS LIQUIDES DU PANCRÉAS, DU FOIE, DU CERVEAU ET DE QUELQUES AUTRES ORGANES

Les seuls renseignements que nous possédions sur ces tentatives diverses, nous sont fournis par les expériences de MM. Brown-Séquard et d'Arsonval.

Des injections faites avec du liquide d'un extrait aqueux de pancréas ont amené chez 6 lapins les résultats suivants :

Trois sont restés en parfaite santé et ont gagné en poids d'une façon notable.

Deux autres sont morts, mais il semble que ce ne soit pas du fait de l'introduction dans le sang du liquide pancréatique.

En ce qui concerne les essais faits sur des lapins avec un liquide extrait du rein, MM. Brown-Séquard et d'Arsonval, s'appuyant sur un travail de M. Roger, concluent que le suc extrait du rein, à dose assez considérable, peut être injecté sans grands dangers dans le sang.

A la suite d'injections faites dans le sang avec un extrait aqueux du foie, on obtient, la plupart du temps, la mort des animaux.

Les injections de suc extrait des poumons sont extrêmement toxiques lorsqu'elles sont faites sous la peau. On obtient des effets beaucoup plus anodins, lorsqu'on les fait dans le sang.

L'introduction par la même voie d'un extrait aqueux des parois stomacales n'a pas donné de résultats bien nets.

MM. Brown-Séquard et d'Arsonval arrivent, à la fin de leur mémoire, aux conclusions suivantes :

1° Les injections dans le sang de sucs extraits du pancréas, du rein, du cerveau, du foie, de la paroi stomacale, filtrés au papier, peuvent tuer, même lorsque la quantité employée est peu considérable — 7 animaux sont morts sur 17 opérés.

2° La mort n'est pas immédiate et n'est jamais due à une coagulation du sang.

3° La fièvre n'est pas un des effets de ces diverses injections.

4° En mettant à part les injections faites avec du suc retiré des poumons, l'extrait liquide du pancréas est celui qui paraît être le moins nuisible, l'extrait liquide du rein étant le plus dangereux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 juin 1892. — Présidence de M. Chauvel.

COMMUNICATIONS

Calculs enchatonnés ou adhérents. — M. BAZY communique plusieurs observations de calculs vésicaux enchatonnés ou adhérents pour lesquels il a dû pratiquer la taille hypogastrique. Dans un premier cas, il s'agissait d'un vieillard de soixante-dix-huit ans atteint d'une rétention d'urine remontant à onze ans. Il y a quelques années, il fut pris de douleurs et de tous les symptômes de la pierre. M. Bazy lui fait une première séance de lithotritie qui fut suivie de plusieurs autres séances, de nouveaux calculs s'étant reproduits. La dernière fois, M. Bazy reconnut qu'il s'agissait d'un calcul enchatonné et proposa la taille hypogastrique. Il pratiqua cette opération et trouva un calcul logé dans une rigole au-dessus du col de la vessie, entre la paroi postérieure de la prostate et la paroi antérieure de la vessie. Celle-ci fut lavée, drainée. Le malade mourut d'épuisement trois jours après l'opération.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme de cinquante-huit ans qui avait eu deux hématuries, des douleurs, des urines légèrement purulentes. M. Bazy l'ayant examiné trouva, en explorant la vessie, de petits calculs du côté gauche et crut reconnaître l'existence d'une tumeur dure du côté opposé. Il croyait donc avoir affaire à des calculs compliqués d'une tumeur vésicale. Il fit une taille hypogastrique exploratrice et trouva une sorte de bride cloisonnant la vessie et la séparant en deux cavités inégales, dont l'une contenait les petits calculs et l'autre un gros calcul du volume d'une noix, complètement adhérent. Il en fit l'extraction, lava et draina. Cet homme, malgré des accidents pulmonaires consécutifs assez graves, guérit très bien. Enfin, dans un troisième cas, il s'agissait d'un malade ayant été déjà lithotrisé et chez lequel un nouveau calcul se développa et fut fixé contre une des parois de la vessie. Cet homme, âgé de soixante-treize ans, fut opéré par la taille hypogastrique et guérit. Ces faits démontrent que chez les prostatiques, dont la vessie se vide mal, condition favorable à la production des cystites et des calculs récidivants, on peut rencontrer certaines variétés de calculs enchatonnés ou adhérents qui nécessitent la taille hypogastrique.

M. MARCHAND cite l'exemple d'un malade qui présentait tous les symptômes d'un calcul. Il le soumit au chloroforme et reconnut, en effet, dans sa vessie la présence d'un calcul. Comme il se proposait de l'opérer, il le soumit à un nouvel et dernier examen et il ne lui fut plus possible de trouver la moindre trace de calcul. Il attendit donc et apprit ultérieurement que ce malade fut opéré par M. Guyon qui, par la taille hypogastrique, trouva deux calculs enchatonnés dans la loge antérieure de la vessie.

M. AUFFRET montre un gros calcul qu'il a extrait, par la

taille pré-rectale, de la vessie d'un vieillard de soixante-douze ans, calcul qui, ainsi que l'avait préalablement reconnu M. Auffret, était suspendu à la paroi antérieure de la vessie et complètement adhérent.

Septicémies consécutives aux otites moyennes suppurées. — **M. CHAUVEL**, de 1880 à 1890, a observé, dans son service, 1 137 cas d'otites moyennes suppurées, sur lesquels il y a eu plusieurs affections septiques consécutives; cinq de ces cas furent particulièrement graves; deux se terminèrent par la mort, dont un rapidement et l'autre lentement, et il y eut trois guérisons.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une otite moyenne suppurée gauche ayant donné lieu à des accidents septicémiques aigus. Une paralysie du bras droit avait fait penser à l'existence d'un abcès du cerveau et M. Chauvel se tenait prêt à trépaner, mais comme les symptômes n'étaient pas très nets, il attendit. Ces symptômes disparurent le lendemain, mais le malade fut pris d'un état typhoïde et de phénomènes pulmonaires, auxquels il succomba, cinq jours seulement après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on reconnut qu'il n'y avait pas d'abcès cérébral; il y avait du pus dans la caisse du tympan, mais il n'y en avait pas dans les cellules mastoïdiennes.

Dans le second cas, il s'agit d'un soldat entré le 3 mai 1888 avec une otite moyenne purulente droite; le 16 mai, la température monte à 39 et même à 40°2; il y a de la céphalée, de l'insomnie, de l'agitation; le malade présente toutes les apparences d'une fièvre typhoïde, mais il fut pris de plusieurs abcès et il s'agissait d'une septicémie qui se prolongea ainsi jusqu'au mois d'août, époque à laquelle le malade succomba. A l'autopsie, on trouva une coxalgie suppurée avec perforation de l'os iliaque et des fusées purulentes dans la cavité pelvienne.

Le troisième cas a trait également à une otite aiguë suppurée, suivie de septicémie, qui s'est terminée par la guérison, mais pour laquelle le malade a dû rester six mois à l'hôpital.

Dans le quatrième cas, il s'agit de même d'une otite moyenne suppurée, suivie d'abcès multiples; l'examen du sang et des urines y a révélé l'existence de staphylocoques. Ce cas s'est terminé par la guérison.

On voit, d'après ces faits, que l'otite suppurée peut être assez souvent le point de départ d'accidents septicémiques graves.

M. RECLUS communique une observation analogue à celles que vient de faire connaître M. Chauvel. Il s'agit d'une dame qui, à la suite d'une otite moyenne suppurée, fut prise d'une fièvre typhoïde anormale. On reconnut bientôt qu'il s'agissait d'une septicémie, qui fut surtout caractérisée par des abcès parotidiens.

M. REYNIER a observé des faits analogues. Il pense que, dans ces cas, la trépanation de l'apophyse mastoïde, faite de bonne heure, peut prévenir ces accidents septicémiques graves.

M. QUÉNU fait observer que, dans la plupart de ces cas, il s'agit d'abcès à distance, que la trépanation de l'apophyse mastoïde n'aurait pu prévenir.

M. CHAUVEL dit qu'en effet il faut distinguer les cas dans lesquels il s'agit d'accidents locaux, de ceux dans lesquels il s'agit d'accidents généraux. Dans la plupart des faits qu'il a observés, il s'agissait d'infection générale et il n'y avait rien du côté de l'apophyse mastoïde. Il n'y avait donc pas d'indications de la trépaner. M. Chauvel a surtout voulu appeler l'attention sur ces otites moyennes suppurées, qui sont le point de départ d'affections septiques et qui doivent être distinguées des otites grippales dont on a parlé.

PRÉSENTATIONS

Blessure par arme à feu. — **M. DELORME** présente un jeune soldat qui, dans une tentative de suicide, se tira une balle dans la tête il y a deux ans et demi. Cette balle déprima le crâne, fêla la table interne du pariétal, se fragmenta et s'insinua entre la surface du crâne et la dure-mère. Le blessé fut pris de douleurs assez vives. M. Delorme trépana, fit une large brèche, trouva et retira la balle étalée et fragmentée. A partir de ce moment, les douleurs cessèrent et ne reparurent plus. La brèche faite au crâne est réparée par un tissu dur, résistant.

Kyste congénital du cou. — **M. BERGER** présente un jeune homme qui était atteint d'un énorme kyste congénital du cou, qu'il a extirpé il y a trois semaines. Il dut faire une incision allant de l'apophyse mastoïde jusqu'au niveau de la clavicule. La dissection superficielle de la tumeur fut très pénible; arrivé profondément, le chirurgien put facilement énucléer la tumeur qui s'était développée dans la gaine de la veine jugulaire interne. Elle contenait un liquide séreux, citrin; la paroi était formée de tissu fibreux. Il s'agissait d'un kyste branchial. La réunion fut faite dans toute l'étendue de la plaie, sans drainage; il y eut un peu de suppuration qui amena de l'élévation de la température au cinquième jour.

Kyste du plancher de la bouche. — **M. MONOD** présente un kyste du plancher de la bouche qu'il a opéré, avec la plus grande facilité, par la région sus-hyoïdienne.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Pour éviter tout retard et des correspondances inutiles, MM. Brown-Séquard et d'Arsonval n'enverront du liquide que sur la demande d'un médecin, accompagnée de sa carte de visite et de l'*histoire du malade qui va être traité*.

Le liquide est fourni gratuitement, mais, pour couvrir les frais d'envoi et de correspondance, la demande doit être accompagnée de deux timbres de 15 centimes.

Adresser simplement : « Au laboratoire de médecine, 12, rue Claude-Bernard, Paris. »

Le médecin ayant traité le malade et faisant une nouvelle demande de liquide devra envoyer les résultats obtenus depuis le commencement du traitement, sans quoi cette demande resterait sans réponse.

— Le concours pour les prix à décerner, en 1892, aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices de Paris et la nomination aux places d'élèves internes vacantes en 1893, s'ouvrira le mercredi 12 octobre, à midi précis. Le registre d'inscription, ouvert au secrétariat général de l'Administration le lundi 5 septembre, de onze heures à trois heures, sera clos le mercredi 28 du même mois.

— Le concours pour l'externat des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 15 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3. Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 5 septembre jusqu'au mercredi 28 du même mois inclusivement.

— Le deuxième Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie aura lieu à Vienne, du 5 au 10 septembre. Nous prions ceux de nos confrères qui désireraient faire partie du Congrès, d'envoyer leur adhésion et le titre de leur communication le plus tôt possible à M. le docteur Feulard (à Paris, hôpital Saint-Louis), qui se chargera de les transmettre au comité d'organisation.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

41

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre....................	1.33
Silicate acide / Arséniate » / Phosphate » / Sulfate » (sesqui-oxyde de fer); — de chaux...; Chlorure de sodium...; Matières organiques...	0,44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

38

VIN DE BUGEAUD

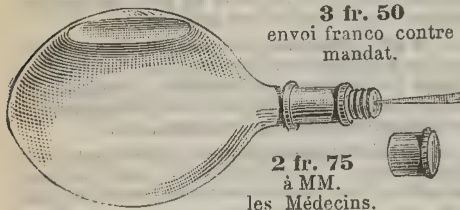
Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : 5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.

42

CHLORÉTHYLE DU Dr BENGUÉ

anesthésique local et analgésique instantané.



3 fr. 50 envoi franco contre mandat.

2 fr. 75 à MM. les Médecins.

Dr Bengué, pharm., 31, rue La Bruyère, Paris.

79

PILULES SUISSES

Pilules de coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

4

VIN DE BELLINI (ET QUINA COLOMBO)

Fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

DETHAN, à Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger. *Bellini*

16

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

37

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :

0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,

exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles**, etc.....

Doses. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,
avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

23

SIROP DE LABÉLONYE DE DIGITALE

excellent sédatif puissant diurétique.

SUCCÈS CONSTANT DEPUIS PLUS DE 40 ANS contre MALADIES DU CŒUR

Hydropisies, Bronchites nerveuses, etc.

Dans toutes les pharmacies.

42

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

23

(VOSGES) PLOMBIÈRES (VOSGES)

SAISON DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

Maladies du tube digestif.
Affections nerveuses et rhumatismales.
Maladies des femmes, Hydrothérapie.

Étuves romaines, Bains, Douches, Massage.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

77

PEPTONATE DE FER

ROBIN

15 à 20 gouttes par repas.

Le plus assimilable des ferrugineux.

SE PREND ÉGALEMENT SOUS FORME DE

VIN, DRAGÉES ÉLIXIR

Paris, 13 r. Grenier-St-Lazare, et toutes Pharmacies.

33

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux**, du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, phien, ex-préparatr à l'Ecole de médecine et de pharmacie, rue Victor-Hugo, 14, LYON.

62

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

36

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** (*caféine, iodoforme et strophantus*). Dépt Phie Cie Fg Montmartre, Paris.

92

OREZZA EAU MINERALE FERRUGINEUSE GAZEUSE

CHLORO-ANÉMIE — GASTRALGIES

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 4 juillet 1892.

L'antisepsie a beaucoup contribué à la décentralisation de la pratique chirurgicale. Autrefois, toute ou presque toute la chirurgie affluait à Paris, ou à quelques grands centres comme Lyon, Bordeaux, etc. Aujourd'hui, les choses sont un peu changées. La chirurgie moderne est devenue plus sûre dans ses résultats, l'acte opératoire, si terrible autrefois dans son pronostic immédiat, est de moins en moins meurtrier; nos jeunes confrères de province se sont enhardis; grâce à leur activité et à leur énergie, ils ont pu, en maints endroits, où n'existe même pas d'école secondaire de médecine, créer un petit centre chirurgical, d'où viennent, à nos congrès, quelques travaux appréciés.

Mais pour créer un centre chirurgical actif, il fallait une salle d'opérations avec tous les nombreux détails des installations modernes. C'est ce qui arrêta bien longtemps toutes les espérances. Jusqu'à ces dernières années, la mode était aux salles d'opérations compliquées, fermées à double tour, avec des glaces et du nickel partout, des portes massives, des vestibules où l'on entrait d'abord avec mille précautions; en Allemagne, certains chirurgiens opéraient presque dans un bain d'eau constamment renouvelée. Après l'enthousiasme des premiers résultats obtenus par la méthode de Lister, on compliqua tout, et l'acte chirurgical, ne s'accomplissant que d'après certains rites, ressemblait à une cérémonie religieuse, dont les secrets étaient réservés à quelques rares initiés. C'est ainsi que de petites chapelles chirurgicales se créèrent autour du grand dogme de l'antisepsie. Toutes avaient pour les voisines un petit air de mépris, qui fut un instant fort comique, on entendit des chirurgiens parler de « leur » antisepsie, et ne croire à la propreté des autres que par une pure condescendance.

Mais tout ceci n'eut qu'un temps, les pratiques de la chirurgie moderne sont des plus simples et des plus faciles à bien exécuter. C'est ce qu'ont maintenant bien compris nos confrères de province, un instant arrêtés par les difficultés qu'on avait accumulées devant eux. Ces salles d'opérations, hors desquelles il n'y avait pas de salut, exigeaient un gros budget, pour être construites d'après les grands principes. Or, souvent le budget du petit hôpital était maigre, et le chirurgien n'avait pas une grosse fortune personnelle.

Aujourd'hui tout est changé : ces salles d'opérations luxueuses, encombrées, coûteuses, sont une erreur du passé. On peut pratiquer *toutes* les opérations chirurgicales dans une salle *bien éclairée*, pourvue de prises d'eau, facile à laver, et possédant un mobilier opératoire des plus restreints, avec étuve, autoclave, filtre, etc. Nous ne voulons pas entrer dans le détail; mais nous conseillons à ceux que la chose intéresse la lecture d'une petite brochure intitulée : « Le pavillon d'opérations de l'hôpital de Nevers. » On y pourra lire que la Commission des hospices de Nevers, lorsqu'elle eut voté la construction d'une salle d'opérations, décida « qu'étant donné le caractère tout spécial de ce genre d'installation, le chirurgien lui-même fournirait le plan général et en surveillerait l'exécution de concert avec l'architecte, et, pour lui faciliter la tâche, elle lui donna mission préalable d'aller visiter, où il le jugerait nécessaire, les salles d'opérations récemment créées ».

C'est peut-être grâce à cela que la ville de Nevers put avoir un pavillon comprenant trois chambres d'opérés, salle de bains, salle d'opérations, laboratoire, etc., pour le prix total de 22600 francs. Le tout meublé, garni de ses appareils de stérilisation, de sa canalisation, eau, gaz, etc.

C'est là un bon exemple à imiter. Une salle d'opérations doit être construite d'après les plans et les indications fournies par le médecin; elle ne doit pas être abandonnée aux caprices d'architectes incompétents en la matière; et alors disparaîtront ces salles encombrées de tuyautages, de plomberie, de réservoirs, de glaces, etc., dont l'aménagement seul a coûté plus de 80000 francs au budget des pauvres.

Nous recevons, de notre très distingué collaborateur M. le docteur A. Mathieu, en villégiature en ce moment aux bords de la mer, les réflexions suivantes sur la méthode des injections de liquides retirés des divers tissus de l'organisme :

« On a pu lire, dans la *Gazette des hôpitaux* du 2 juillet, une Revue générale de M. J. Dauriac sur la méthode de Brown-Séquard et les injections de liquides retirés des divers tissus de l'organisme.

Les médecins ne peuvent pas ne pas prendre en très sérieuse considération une méthode préconisée par des

savants de la valeur de MM. Brown-Séquard, d'Arsonval, Constantin Paul et autres. Il faut bien reconnaître, toutefois, qu'elle n'a pas encore reçu une consécration clinique suffisante, et que les faits cités jusqu'à présent ne suffisent pas pour faire passer l'hypothèse très ingénieuse de M. Brown-Séquard du domaine de la théorie dans celui de la pratique.

On en est encore à une phase d'expérimentation particulièrement délicate. La préparation des produits demande, pour éviter des dangers de divers ordres, une manipulation très soignée. Pour juger de son efficacité, il importe d'agir sur un nombre suffisant de malades et d'écarter complètement tout élément de suggestion.

Pour cela, il est indispensable que des expériences de contrôle soient faites par une commission compétente, d'une indépendance absolue, dans des conditions qui excluent tout parti pris et toute suggestion possible pour le malade et le médecin.

D'autre part, les maladies que l'on a améliorées par ces injections spéciales sont de celles qui ont fourni des succès à toutes les méthodes proposées; la dernière et la plus célèbre a été la suspension. Le rôle de la suggestion est certainement pour beaucoup dans les résultats obtenus. Peu importe quand il s'agit de pratiques inoffensives. Il n'en est pas de même quand une préparation vicieuse peut exposer le malade à des accidents sérieux, à des phlegmons, des abcès par exemple.

Donc, tout en reconnaissant le haut intérêt de la méthode nouvelle, il importe que les praticiens et les malades ne perdent pas de vue qu'elle n'est pas sortie de la période d'expérimentation.

Il importe au bon renom de la médecine française que cette expérimentation se fasse dans des conditions d'absolue rigueur scientifique, sur une échelle suffisamment étendue. Nous souhaitons, pour notre part, que l'Académie de médecine prenne la direction de cette expérimentation. »

Et l'érysipèle était encore à l'ordre du jour de la Société médicale des hôpitaux... M. Talamon (1er juillet) lit un travail très documenté sur le traitement abortif de l'érysipèle de la face, par les pulvérisations éthérées de sublimé. Ses principales conclusions sont les suivantes : Employer une solution de sublimé dans l'éther à 1 p. 100. Se servir d'un pulvérisateur à main, de petit modèle, mais possédant une pression suffisante. Tenir compte, au point de vue de la durée de chaque pulvérisation, de la force du jet pulvérisé; la durée doit être moindre avec l'appareil de Richardson qu'avec un petit pulvérisateur ordinaire. Tenir compte aussi de la finesse de la peau du sujet et tâcher d'apprécier la profondeur de l'infiltration dermique, d'après la résistance de la plaque, la saillie au-dessus du niveau de la peau saine, l'existence ou l'absence de bulles.

Ne pas craindre la vésication de la peau, la provoquer hardiment en prolongeant la pulvérisation, si la plaque est encore peu étendue.

Arroser simplement le centre de la plaque, pulvériser toujours plus longuement et plus largement sur la périphérie, et en particulier sur le bourrelet saillant. Pulvériser systématiquement tout le pourtour de la plaque en empiétant d'un centimètre ou deux sur la peau saine. A ce niveau, il faut tracer comme une ligne vésicante pour arrêter l'extension de l'érysipèle.

Arroser seulement les paupières supérieures tuméfiées, mais pulvériser plus largement dans l'espace intersourcilier et sur le rebord orbitaire supérieur, pour barrer le passage vers le cuir chevelu.

Recouvrir ensuite le visage de compresses trempées dans l'eau boriquée et maintenues humides par un renouvellement fréquent. Une ou deux pulvérisations suffisent quand elles sont bien faites. Les autres doivent être plus courtes. On doit, en tout cas, se contenter d'arroser les parties déjà pulvérisées et insister seulement sur les points de la périphérie où l'érysipèle paraît vouloir franchir la limite tracée. Sur la nuque, sur le dos, sur le tronc et les membres, les pulvérisations doivent être beaucoup plus longues que sur la face. Avertir les malades, avant de commencer le traitement, que les pulvérisations vont produire une cuisson assez douloureuse, mais pas plus douloureuse que la tension du derme par l'infiltration érysipélateuse; que le visage se gonflera, qu'il se formera des cloques et des croûtes, toutes conséquences d'ailleurs que l'érysipèle peut déterminer et détermine souvent par lui-même.

Ne pas chercher à détacher les croûtes avec les doigts, les laisser se détacher et tomber d'elles-mêmes, sous les applications de compresses boriquées.

Dans la précédente séance, dit M. Féré, M. Voisin a lu une note sur la toxicité urinaire des épileptiques, qui contient une critique et des conclusions : « La critique ne se soutient d'aucun argument, et les conclusions s'appuient sur des observations et des expériences dont l'exposé a été mis en réserve. La discussion n'est guère possible dans ces conditions, aussi je désire seulement relever un détail qui me touche. M. Voisin pense que, si nos conclusions sont tout à fait opposées, cela tient à ce que je n'ai pas fait mes expériences avec des urines de vingt-quatre heures, ce qu'il aurait fait lui-même. Mes expériences ont été rapportées avec la plupart des détails et avec les chiffres, de telle sorte qu'il est possible de reconstituer des nyctémères dans plusieurs cas. Les résultats n'en restent pas moins diamétralement opposés à ceux de M. Voisin, puisque je trouve une augmentation de la toxicité avant le paroxysme convulsif et pendant l'excitation psychique. Je tenais d'autant plus à relever ces détails, que notre contradiction n'est pas une simple apparence ; que M. Voisin voudrait faire de la toxicité des urines un caractère diagnostic. Je crois que nous aurions besoin d'attendre, pour le suivre, des faits plus circonstanciés et plus concordants. »

La séance s'est terminée par la lecture d'un travail très intéressant de M. Huchard, sur le rythme couplé du cœur et la mort par la digitale.

Cette étude comporte les conclusions suivantes :

1° Il existe une forme souvent méconnue d'allorythmie dans le cours des cardiopathies artérielles : le rythme couplé et tricouplé alternant.

2° Ce rythme particulier est méconnu, parce qu'il est le plus souvent passager, et parce qu'il se confond souvent avec les arythmies irrégulières et non cadencées.

3° La digitale, administrée dans ces cas, peut produire la mort rapide avec accidents de cardiectasie et de cyanose, et même la mort subite.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. A. ROBIN.

Les indications de la digitale dans les affections cardiaques.

Nous venons de traiter par la digitale deux malades atteints d'affections cardiaques. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de quarante-trois ans, ayant eu comme antécédents pathologiques une chorée, une fièvre puerpérale, des pleurésies. C'est après sa fièvre puerpérale qu'elle a commencé à souffrir du cœur. Depuis, elle est entrée, à diverses reprises, dans cet hôpital. Le 7 novembre, elle était prise dans la rue d'une syncope et apportée dans notre service. A son entrée, elle était d'une faiblesse extrême; elle respirait à peine, les muqueuses étaient violacées, les extrémités froides. Il y avait de l'œdème des membres inférieurs. Le pouls radial était misérable, accéléré, incomptable; dans les jugulaires dilatées, on trouvait les pulsations rythmiques du pouls veineux vrai; le foie très hypertrophié, douloureux, débordant de quatre travers de doigt les fausses côtes; lui aussi offrait des battements de pouls veineux hépatique.

Les battements du cœur étaient désordonnés, accélérés. A l'auscultation on trouvait deux foyers morbides : le premier à la pointe, caractérisé par un léger roulement présystolique, un souffle systolique, un dédoublement du second bruit; le second, sur le bord droit du sternum, caractérisé par un souffle systolique. Il y avait donc rétrécissement et insuffisance mitrale, insuffisance tricuspidienne compliquant la lésion mitrale. Du côté des poumons, on trouvait des râles sous-crépitants d'œdème. La quantité d'urine était tombée à 200 centimètres cubes par vingt-quatre heures. Tout chez cette malade, dyspnée, œdème des jambes, œdème du poumon, battements veineux jugulaires et hépatiques, oligurie, indiquait donc une tension veineuse excessive.

Fallait-il donner aveuglément la digitale, comme on l'a fait pendant toute une période où la digitale semblait forcément indiquée dans toute affection du cœur. Fallait-il nous contenter de la caféine et du lait, si préconisés au moment de la période de réaction contre la digitale? Avant de discuter ces questions, je voudrais vous indiquer brièvement l'action physiologique de ce médicament. La digitale ralentit-elle les battements du cœur, comme l'ont soutenu Bouchardat et Hirtz? Accélère-t-elle, au contraire, ces battements, comme le croient M. Constantin Paul et Gubler. En un mot, la digitale est-elle l'opium, est-elle le quinquina du cœur?

En réalité, et c'est là l'explication de ces opinions divergentes, à doses faibles, la digitale ralentit le cœur, à doses fortes, elle l'accélère. A faibles doses, elle augmente la tension artérielle et la diurèse, à doses fortes elle les diminue. A faibles doses enfin, elle diminue, bien qu'augmentant la tension vasculaire et accélérant plutôt la respiration, les échanges azotés de l'organisme et abaisse la quantité d'urée. Aussi, chez les cardiaques soumis à la digitale, est-il utile de restreindre la quantité.

Deux autres faits doivent vous être encore signalés. L'action irritante locale de la poudre de digitale est très marquée. Aussi, dans son administration par l'estomac, faut-il donner des doses faibles fractionnées, et rejeter l'emploi des pilules qui mettent, à un moment donné, une certaine masse de poudre en contact avec la muqueuse. Deuxième point plus important encore, la digitale s'élimine très lentement, elle s'accumule dans l'organisme, son usage ne doit donc pas être trop prolongé.

En réalité, en thérapeutique, nous ne devons employer la digitale qu'à doses faibles, pour ralentir le pouls, augmenter la tension artérielle, la diurèse, l'énergie respiratoire. A doses fortes, elle constitue un médicament peu maniable, dangereux. Ce serait, par exemple, un fort mauvais moyen que d'employer une forte dose de digitale pour accélérer les battements d'un cœur ralenti.

La médication par la digitale ne s'applique donc pas à telle ou telle affection cardiaque en particulier. Ses indications résultent des accidents morbides produits par les affections cardiaques. Toute théorie serait, en pratique, un guide trompeur. On a dit, par exemple, que la digitale n'a pas d'action dans les myocardites, qu'agent neuro-musculaire elle n'agit plus quand le muscle est dégénéré. A l'hôpital des Ménages, j'ai souvent donné la digitale à des sujets très âgés, atteints de myocardites avancées. Les résultats étaient bons. C'est, qu'en effet, si dégénérées que soient les fibres cardiaques, alors même qu'à l'autopsie le cœur ne paraît plus qu'un sac fibreux, du fait même que le cœur continue à battre encore, il conserve assez d'éléments musculaires pour éprouver l'action de la digitale.

Chez notre malade, l'accélération du pouls, la diminution de la tension artérielle et de la diurèse, la surcharge veineuse indiquent pleinement la digitale. Mais je lui ai, de plus, associé l'ergotine qui a, sur la musculature des systèmes veineux et artériels, une véritable action spécifique et se trouvait indiquée par la faiblesse de la tension. J'ai associé également l'iodure de potassium, bien supporté et non toxique, à dose modérée, et qui est également un modificateur puissant de la circulation. Ma prescription comportait donc :

Poudre de feuilles de digitale. 60 centigr.

A faire macérer dans 200 grammes d'eau.

Ajoutez :

Ergotine	2 grammes.
Iodure de potassium	6 —

Édulcorer avec :

Sirop des cinq racines . . . . 30 —

Cette potion sera prise en six jours. J'ai, de plus, prescrit le régime lacté exclusif, le lait étant dégraissé.

Les résultats de ce traitement furent très rapidement favorables. La quantité d'urine atteignait, le 12 novembre, 1850 centimètres cubes, et le 14 novembre, 2750 centimètres cubes. Le 18, la malade se levait et reprenait le régime commun. Le 30, toutefois, elle eut une nouvelle syncope avec accidents d'apoplexie pulmonaire. Huit jours de traitement suffirent à la remettre en excellent état. Malheureusement, le 22 décembre, survenaient de nouveaux accidents. L'amélioration fut, cette fois, plus lente, exigea des doses plus fortes. Bien qu'elle ait encore été obtenue, le pronostic reste donc très réservé.

Le second malade entra, lui aussi, avec une asystolie très marquée, une dyspnée intense, des urines rares, hémaphéiques; un souffle systolique à la pointe; il fut d'abord traité par une injection sous-cutanée de caféine. Puis, comme le rein semblait peu atteint, je prescrivis la solution suivante :

Lactose	40	grammes.
Acétate de potasse.	1	—
Iodure de potassium. . . .	1	—
Eau	1000	—

Deux litres de cette boisson par jour. Mais n'obtenant pas d'effet, je dus encore recourir, et avec succès, à la digitale.

En résumé, prenez donc pour base du traitement par la digitale les éléments morbides, plus que la maladie. Renforcez, au besoin, son action par les divers médicaments associés que je vous ai indiqués. Surveillez soigneusement l'accumulation de la digitale dans l'organisme.

LUXATION SIMULTANÉE DES DEUX ÉPAULES

Par le docteur S. Szczypiorski, médecin des Aciéries de Longwy.

Les membres supérieurs, appelés souvent à agir symétriquement et simultanément, se trouvent parfois dans des circonstances favorables à la production du déplacement des deux humérus à la fois. Cependant, le fait est rare, et il ne sera pas superflu, croyons-nous, d'ajouter, aux cas déjà connus, une nouvelle observation qui nous est personnelle.

P..., âgé de vingt-quatre ans, ouvrier terrassier, bien constitué, aux articulations souples, à la musculature vigoureuse, avait mission de conduire un wagonnet chargé de mine, et pesant à vide 300 kil. environ. La voie formant, à un moment donné, une pente très accentuée, le conducteur devait, à cet endroit, ralentir la vitesse du wagonnet, en interposant entre les roues une barre de fer. Une fois, P... n'intervint pas à temps (septembre 1891), et le wagonnet faillit se précipiter avec une vitesse de 3 mètres par seconde. Comprenant le danger d'une telle chute, il s'accrocha derrière le wagonnet et fit un effort suprême pour ralentir la marche du véhicule. Au même moment, il ressentit un craquement et une vive douleur aux épaules. Elles furent luxées.

Six heures après l'accident, nous constatâmes la luxation double des épaules, variété sous-coracoïdienne, absolument symétrique des deux côtés. La réduction, sans anesthésie, fut facile à droite, moins facile à gauche, où la mise en place de la tête humérale ne fut exécutée qu'au moment de la quatrième reprise de la manœuvre de Kocher, pendant la rotation externe de l'humérus. Écharpe de Gosselin, fendue au milieu pour donner passage aux mains. Quinze jours après, P... occupait déjà son poste.

Il est à noter qu'un accident très analogue lui est déjà survenu il y a cinq ans. Étant debout sur une étroite plate-forme derrière un wagonnet en marche rapide, tout d'un coup il sent son pied gauche glisser; il n'a que le temps de se suspendre sur le wagonnet, les jambes pendantes. Le poids de son corps, lancé avec une certaine force, a suffi pour lui luxer les deux épaules. Au dire du blessé, la réduction dans ce cas fut très facile.

D'autres observations signalent comme cause de cette luxation la contraction musculaire brusque ou le choc direct : un homme tombe de voiture avec les bras étendus devant lui (Rawaide Pardœ et Glover Arnold); un portefaix reçoit, sur le dos, un sac de grain pendant qu'il avait le corps penché en avant et les mains appuyées à la voiture (Sanson); un charpentier tombe de l'échafaudage, ses deux coudes frappant en même temps sur le sol (Davidson, de Burkenhead); l'accident survient dans une attaque d'épilepsie (Bollingall), ou à la suite d'un accès éclamptique (Nathan Smith); une vieille femme tombe de son lit; une robuste campagnarde subit le poids du mur contre lequel elle s'est abritée et qui s'écroule (Zeuker).

Sous le rapport des variétés, il s'agit le plus souvent de variétés extra-coracoïdiennes symétriques; on a vu des sous-glénoïdiennes.

Dans quelques cas, la symétrie faisait défaut : d'un côté il s'agissait d'une sous-coracoïdienne, de l'autre d'une intra-coracoïdienne.

Quant à la réduction, celle-ci fut généralement presque immédiate, et par conséquent facile. Dans un cas, elle n'eut lieu que sept ans après l'accident.

Les méthodes employées varient suivant les opérateurs. En général, les méthodes de douceur suffisent. Nous avons employé l'excellent procédé de Kocher; Gueterbock a eu recours à la manœuvre de Mothe (élévation du bras et extension oblique en haut). Nous ne voulons pas terminer sans mentionner le cas personnel du chirurgien Fischer, dont les deux épaules étaient luxées : étant monté sur un banc, notre confrère saisit de ses deux mains une barre fixe transversalement au-dessus de sa tête et se lança en avant brusquement et de toutes ses forces. Il était de constitution athlétique. Grâce à cet effort, ses humérus reprirent leur situation normale.

VARIÉTÉS

De Amicitiâ.

S'il est vrai que la haine n'est bien souvent qu'amour contrarié, on comprend pourquoi nos confrères, si souvent passionnés et injustes dans leurs haines professionnelles, se trouvent être en même temps, par une contradiction seulement apparente, les gens qui savent le mieux aimer.

Entre rivaux de gloire, de clientèle ou de concours, on se déteste ferme en médecine et on se le prouve à l'excès. Mais de maître à élève, je ne sais pas de sentiments plus nobles et plus charmants, de liens plus délicats et plus forts que ceux qui nous unissent dans la profession. Cette amitié-là, nous savons la pratiquer comme personne et c'est là notre grand honneur.

Rien de pareil dans les autres professions libérales. Je ne puis parler savamment que de ce qui se passe dans les milieux littéraires. On y a des maîtres, c'est-à-dire des hommes qu'on admire, mais qui ne vous enseignent rien ; on se consacre à leurs louanges, on célèbre leur gloire dans les journaux où l'on débute : ils vous en sont reconnaissants jusqu'au jour où le moindre petit succès personnel fait de vous un rival possible pour l'avenir.

La communion d'idées est autrement parfaite dans la carrière médicale. Il y a je ne sais quoi de sacré dans la science dont on nous ouvre les arcanes ; nos maîtres nous prennent ignorants et s'efforcent de nous élever jusqu'à eux. Quand ils enseignent, quand ils nous donnent notre pâture intellectuelle, ils livrent sans marchander leur trésor de savoir : ils nous donnent tout ce qu'ils ont; ils apprennent tout ce qu'ils savent. Les vieux tendent la main aux jeunes : le plus fort porte le plus faible, et, non content de lui avoir inculqué la science, le maître se préoccupe de l'avenir matériel du disciple ; il s'efforce de le pousser dans la voie des honneurs, des dignités professionnelles, de la fortune noblement acquise. Comment ne pas en être reconnaissant? Comment ne pas être touché un peu avec son cœur comme avec son esprit? Et c'est ainsi que, nulle part tant qu'à l'école et dans les hôpitaux, il n'y a de solides, de profondes amitiés entre « intellectuels », pour employer l'expression à la mode.

A tous ceux que les beaux sentiments intéressent, à tous ceux-là encore qui ont souci de l'histoire scientifique du siècle, je conseille de lire les deux magnifiques volumes que M. le docteur Paul Triaire (de Tours) vient de consacrer à *Bretonneau et ses correspondants*. Je ne sais rien qui soit de meilleur style et de meilleur esprit que la biographie du vieux maître. Du coup,

M. Paul Triaire a pris place parmi les historiens du plus réel mérite. Quant à la correspondance, qui tient à elle seule un volume et demi sur deux, elle est entre Bretonneau, Velpeau, Trousseau et quelques autres esprits de premier ordre, une conversation merveilleuse, tour à tour d'une haute sagesse et d'une fougue magnifique. Bien des problèmes, d'intérêt persistant encore aujourd'hui, y sont traités de main de maître. Et c'est, en outre, le meilleur traité que je sache *De Amicitia* « in nostro docto corpore ».

J'y pensais en dînant l'autre soir au Continental où nous célébrions l'élection récente à l'Institut de notre maître et ami M. le professeur Guyon. L'école de Necker était là tout entière, et son éclatant triomphe dans une sympathie vraiment universelle était pour nous donner à réfléchir.

Cette belle phalange d'intelligences unies pour être fortes, ce groupe de jeunes chirurgiens connu du monde entier, c'est là ce que tant de jaloux et de méchants s'obstinent à nommer une chapelle, une coterie d'admiration mutuelle! Pour ma part, je ne sais rien de plus intéressant que ces groupements-là, parce que c'est l'amitié qui crée l'école, une amitié complète, faite de sentiment et de juste intérêt mêlés.

Qu'elle soit puissante ou nombreuse comme celle de Necker et celle de la Salpêtrière, qui sert d'exemple à toutes les autres, qu'elle soit restreinte ou modeste comme telle autre que je connais, elle offre invariablement ce réconfortant spectacle : d'une part, un maître assez grand pour attirer les jeunes, assez prudent pour savoir les guider et les garer de leurs « emballements », assez lucide pour comprendre qu'ils représentent le progrès, et que c'est à lui de les suivre sans cesser de les diriger; d'autre part, de brillants élèves, de studieux et sages jeunes hommes, renonçant momentanément à ne travailler que pour eux, dépensant largement leur intelligence et leur savoir au service d'un groupe, sûrs que cela leur sera compté un jour et rendu selon leurs mérites.

Les sentiments qui naissent de cette mutualité sont durables et nobles. La morale de l'intérêt, qui a contre elle les apparences, a pour elle, il faut bien le dire, une incomparable sécurité. Se lier les uns aux autres, pour un but vraiment noble, par un échange vraiment loyal de services, n'est-ce pas le meilleur moyen de protéger l'amitié contre les injures du temps?

Et, suivez la marche des choses.

Un interne passe dans votre service. Il s'y fait remarquer par ses qualités intellectuelles et morales, par-dessus tout par la rectitude de son jeune esprit scientifique. Il sait prendre une observation; il a le goût des recherches originales; il sait l'anatomie pathologique; il est à même de traduire promptement les travaux publiés en Allemagne ou en Angleterre, sur le sujet qui vous intéresse le plus. Cet interne, vous achevez de le façonner à votre manière, vous lui apprenez ce que vous savez, et juste au moment où il devient un auxiliaire vraiment précieux, juste au moment où il commence à vous comprendre, à vous aimer, il vous quitte pour passer dans un autre service !... Il faut l'en empêcher : il faut l'attacher à l'École, lui faire place, une place durable, dans le service ou le laboratoire, le charger d'un cours complémentaire, le contraindre à ne pas vous quitter. En échange de tous les services qu'il vous rendra, vous ferez tout ce qui sera en votre pouvoir pour le pousser au clinicat, aux hôpitaux, à l'agrégation pour lui procurer une nombreuse clientèle. Quand vous serez son juge dans un concours, vous ne pourrez pas ne pas souhaiter ardemment sa réussite qui est la vôtre, celle de votre École. De là cette partialité tant reprochée aux chefs d'écoles, partialité inévitable, il est grand temps de l'avouer!

Jamais l'idée d'équité ne sera assez forte pour tuer cette tendresse des chefs d'écoles pour les enfants de leur intelligence. L'équité à leurs yeux, c'est la nomination de M. Untel qu'ils connaissent, qu'ils savent être un sujet de premier ordre et dont le long passé prouve plus qu'une épreuve heureusement conduite.

Il faut bien l'avouer. Plus il y aura d'écoles à Paris, comme celle de la Salpêtrière et comme celle de Necker, plus la science française sera glorieuse et puissante au dehors. En revanche, plus il y aura d'écoles, plus les concours risqueront de ne pas être impeccablement jugés au point de vue du droit strict. Mais l'amitié qui crée l'école est plus forte que tout le reste et j'ai comme un pressentiment que c'est elle qui triomphera et qui tuera en France le mode de recrutement actuel du personnel enseignant. Un jour viendra où les chefs d'écoles se contenteront de choisir pour les suppléer ou les remplacer ceux qu'une longue fréquentation leur en aura montrés dignes. Et ce jour-là, le concours d'agrégation sera bien malade, je crois; le docteur qui le sauvera pourra se vanter d'être un bon thérapeute!

Maurice de Fleury.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La cellule animale, sa structure et sa vie, étude biologique et pratique (1), par M. Joannès Chatin, professeur adjoint à la Faculté des sciences de Paris, membre de l'Académie de médecine.

Ce n'est pas sans une certaine crainte que nous avons ouvert le livre que M. J. Chatin vient de consacrer à la « Cellule animale ». Les souvenirs que nous avaient laissés nos anciennes études sur la cellule justifiaient cette crainte. Notre surprise a donc été grande, lorsque nous avons parcouru le livre. Sa lecture n'est pas seulement très instructive ; elle est, en outre, très agréable. Le talent d'exposition de l'auteur explique le succès de son enseignement. Il ne se borne pas à étudier la cellule dans l'espèce humaine; il étend ses observations aux divers types de la série animale; il montre ainsi à l'élève comment les difficultés s'aplanissent, comment les incertitudes se dissipent, comment, enfin, les horizons s'élargissent.

Il s'est fait, depuis un demi-siècle, une profonde révolution dans les sciences biologiques. Non seulement le corps de l'animal ou de la plante se trouve formé par la réunion d'un nombre considérable de parties constituantes (éléments histiques, anatomiques, cellules, etc.), mais chacun de ces éléments représente, en réalité, un être vivant. Cet être jouit de toutes ses propriétés essentielles. Au point de vue anatomique, la plante et l'animal doivent être regardés comme une fédération de ces éléments plus ou moins variés dans leurs formes et leurs attributs.

Leur activité n'exprime, pour le physiologiste, que la somme ou la résultante de ces vies individuelles coordonnées vers une fin commune. Ces jours derniers, nous apprenions, grâce aux recherches de M. A. Gautier, que, séparé de l'être vivant et mis à l'abri de toute influence microbienne, le tissu musculaire continue à fonctionner. La science nous ménage de ces surprises; aussi rien de plus intéressant que d'interroger l'histoire des travailleurs qui nous ont précédé. Rien de plus passionnant que de suivre les chercheurs dans leurs divers essais; et, ici, nous devons remercier M. J. Chatin de rappeler la part considérable prise dans ces études par Félix Dujardin.

Après une introduction dans laquelle l'auteur nous donne la conception actuelle de l'être vivant, la théorie cellulaire, et nous montre ce qu'on peut obtenir de l'histologie zoologique, nous abordons, avec lui, l'étude de la cellule en général. Dès nos premiers pas, M. J. Chatin rectifie une erreur courante et restitue à Hooke (1665) le nom même de la cellule. Il nous en retrace l'histoire, la constitution générale, les formes, les dimensions et les colorations. Nous étudions alors successivement le protoplasma, le noyau, la membrane cellulaire et les produits de la cellule. Nous pouvons, alors, comprendre la vie cellulaire, sa durée, sa régression et la mort de la cellule.

Mais tout ce que nous venons de passer en revue, nous le devons aux observations de ceux qui nous ont précédé; nous

(1) Un vol. in-16, avec 149 figures intercalées dans le texte. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

devons, à notre tour, travailler, observer, et surtout savoir observer. De là, l'utilité du dernier chapitre de ce livre. Microscopes et accessoires, instruments et réactifs une fois connus, nous pouvons faire d'abord l'étude générale de la cellule, puis son étude spéciale. Nous passons en revue les protozoaires et les métazoaires et nous pouvons être assurés maintenant d'avoir l'idée la plus nette de nos connaissances actuelles sur la cellule animale.

En résumé, ce nouveau livre de la « Bibliothèque scientifique contemporaine » est un des meilleurs qu'il nous ait été donné de parcourir ; il suffit de le signaler ; très utile à ceux qui commencent à étudier, il sera lu avec le plus grand plaisir par ceux qui ont conservé l'amour de la science et aiment à en suivre les développements.

Traité des maladies des organes génito-urinaires (1), par le docteur Furbringer.

A la fois médical et chirurgical, le traité du professeur de Berlin comprend deux parties fort distinctes. Deux docteurs français, MM. Caussade et Hartmann, se sont donné pour tâche non seulement de traduire, mais d'annoter l'œuvre de Furbringer. Cette annotation, par son étendue, son importance, devient, dans l'espèce, une véritable collaboration ; dans la partie chirurgicale, notamment, M. Hartmann a composé des chapitres entiers. Signalons du côté médical : l'albuminurie, le rein des gravidiques, les néphrites infectieuses, les théories et le traitement de l'urémie, le régime des brightiques, les kystes, l'adénome du rein ; du côté chirurgical, mentionnons la séméiologie et l'examen chirurgical du rein et de la vessie, les opérations pratiquées sur l'urèthre, la vessie, le rein, le traitement chirurgical des pyélites, des abcès urineux et des fistules urinaires.

Cette contribution importante apportée par les annotateurs ajoute une nouvelle et légitime condition de succès à l'œuvre du médecin de l'hôpital Friedrichshain.

Traité pratique de chirurgie orthopédique (2), par le docteur Redard.

L'œuvre de M. Redard comble une lacune. Nous n'avons pas, chez nous, un seul livre de thérapeutique orthopédique comparable à ceux qui existent, depuis longtemps déjà, à l'étranger. Si nos voisins ont exagéré la spécialisation, on peut dire qu'en France nous l'avons complètement méconnue, et nous croyons trop facilement qu'un médecin doit être omniscient et que rien de ce qui touche à l'art médical ne doit lui échapper. C'est la seule façon d'enrayer la marche en avant.

M. Redard a pris pour tâche de nous apprendre ce qu'était l'orthopédie si injustement délaissée chez nous, alors que partout, en Europe et aux États-Unis, l'étude scientifique et clinique de cette spécialité est aujourd'hui en grand honneur. D'immenses progrès ont été réalisés. Le nouveau traité, en donnant l'état actuel des connaissances pratiques déjà acquises, en montrant ce qui reste à faire, vient à point combler une lacune dans notre littérature chirurgicale. Il faut féliciter l'auteur d'avoir su mener à bien une œuvre aussi importante et jusqu'ici unique chez nous.

Quand on se rend compte des progrès réalisés dans l'étude de la pathologie chirurgicale infantile, on se demande pourquoi l'enseignement officiel dédaigne à ce point tout ce côté si important de la science chirurgicale. Actuellement, c'est dans les dispensaires, dans les institutions privées que le jeune médecin doit chercher à s'instruire ; c'est en vain qu'il chercherait dans les programmes officiels un seul cours sur cette matière.

Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale (3), par le docteur Ziegler.

Ce traité du professeur de l'Université de Fribourg a été traduit de la sixième édition allemande par les docteurs Augier et van Ermengen, qui ont également pris soin de l'annoter. Ils ont pu ainsi rendre justice à certains de nos compatriotes dont les travaux ont de la peine à se faire connaître de l'autre côté du Rhin. Grâce à eux, la lecture de l'ouvrage devient possible pour ceux de nous que pourrait irriter un semblable oubli de nos œuvres, même les plus considérables. Si cet ouvrage, fort remarquable, œuvre d'un savant incontesté, a quelque chance de succès chez nous, il le devra en partie à ses annotateurs.

(1) 2 vol. gr. in-8°. Prix : 25 francs les 2 vol. — Paris, Steinheil.
(2) Gr. in-8°. Prix : 20 francs. — Paris, O. Doin.
(3) In-8°, vol. Ier. Prix : 20 francs. — Bruxelles, A. Manceaux.

Chirurgie opératoire ; cure radicale des hernies (1), par le docteur J. Lucas-Championnière.

Le livre du chirurgien de l'hôpital Saint-Louis est de ceux dont on voit avec plaisir la publication. Ce n'est pas une de ces œuvres, un peu trop nombreuses aujourd'hui, où l'auteur se contente de réunir ce qu'ont fait ses devanciers et ses contemporains, pour en donner à ses lecteurs un tableau plus ou moins complet et fidèle. L'œuvre de M. Lucas-Championnière est éminemment personnelle ; elle nous initie à la pratique même du chirurgien, elle nous fait connaître le résultat de ses travaux, ses appréciations particulières sur tel ou tel point de la cure des hernies ; elle se base sur une pratique de plus de 275 cas. C'est dire toute son importance et toute sa valeur, c'est un ensemble d'opérations tel qu'aucun chirurgien français n'en a de semblable, et l'on peut dire que si la cure radicale de la hernie est aujourd'hui acceptée si généralement en France, c'est à l'ardeur et à la ténacité avec laquelle M. Lucas-Championnière a su combattre pour cette opération, jusqu'alors si décriée, opération qui constitue aujourd'hui une des belles conquêtes de la chirurgie moderne.

Ce livre n'est pas la réédition de l'ouvrage plus modeste publié en 1886, c'est un ouvrage entièrement nouveau où l'auteur fait connaître les modifications et les perfectionnements qu'il a apportés depuis onze ans à sa méthode opératoire. La publication de ce traité de la cure radicale des hernies a pour but de fixer ces progrès, de faire connaître ce que l'expérience de si nombreuses opérations a pu apprendre à l'auteur. C'est un livre vécu, où l'auteur a parlé de ce qu'il a vu, de ce qu'il a fait et de ce qu'il a pu constater.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

51. M. Madon. Des névralgies blennorrhagiques. — 52. M. Duprat. Contribution à l'étude de l'électro-diagnostic et de l'électro-pronostic de la paralysie faciale. — 53. M. Guiet. De l'éléphantiasis des paupières. — 54. M. Bernard. Contribution à l'étude de la grippe et de ses complications oculaires. — 55. M. Depied. Des maladies pulmonaires chroniques dans leurs rapports avec la nutrition du traitement par l'air comprimé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours du clinicat médical vient de se terminer par les nominations suivantes :

Chef de clinique à la Pitié : M. le docteur Belin.

Chef de clinique aux Enfants-Malades : M. le docteur Aviraguet ; chef-adjoint au même hôpital : M. le docteur Boulloche.

— Par décret, en date du 28 juin 1892, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Morin, ancien médecin de deuxième classe de la marine.

(1) Gr. in-8°. Prix : 12 francs. — Paris, Rueff et Cie.

— Par décret, en date du 28 juin 1892, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Cassariny, Ducroquet, Hautecœur, Frey, Saint-Cyr, Simonet de Laborie, Rieffel, Mouton, Haquin, Mallet; Couder, Péchadre, Sudre, Bouffe, Duchesneau, Villebrun, Surmont, Robineau-Duclos, Marthiens, Guibert, Caron, Baseil, Tillier, Bonvalot, Huyghe, Bruhl, Petit, Momont, Verrié, Laborie, Doyon, Royet, Guillaud, Chevalier-Lavaure, Lapeyrie, Labordère, Delmez, Decoux, Chapotot, Pactet, Espiau, Hamon, Vangeon, Chevalier, Dreumont, Mandroux, Archambaud, Lombard, Cordonnier, Cousin, Ménard, Coquereau, Dubois, Martin, Vassal, Luyt, Delpont, De Massia, Barillet, Charbonneaux, Roux, Cuilleret, Rallière, Répin, Vanheuverswyn, Cuzin, Roques, Nègre, Cuvillier, Roudiroux, Fleury, Dauphant, Duprez, Vaille, Jacquemart, Gourmaud, Dhaussy, Chabalier, Bitterlin, Ballenghien, Bouessée, Cartier, Hahusseau, Riche, Prost, Grand, Courmont, Lainé, Sérégé, Delteil, Marie, Audry, Labalette, Bonnaud, Mesnard, Sureau, Murray, David, Ehrhardt, Mouret, Forgeot, Foix, Durand, Leclerc, Daléas, Baquié, Duchesne, Gaujon, Cassaigneau, De Chantreau, Dubreuil, Jouis, Voyer, Billard, Coyrard, Roux, Benoît, Damain, Toulouse, Cadéac, Springer, Marin, Carrière, Royer, Barjon, Presle Gaudier, Artières, Demay, Brun, Faure, Bichet, Bourbon, Andureau, Le Tanneur, Foutry, Debeaux, Dufour, Moitessier, Petitbon, Parmentier, Dennetière, Odin, Guillemaud, Getten, Rambert, Sigalas, Biolet, Marini, Grinda, François, Ladouce, Prioux, Rivière, Daniel, Duchesnes, Bouchez et Leplat.

— M. le docteur Gourichon est nommé médecin-inspecteur des écoles du IVe arrondissement de Paris, en remplacement de M. le docteur Mérijot, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alliot (de Meung-sur-Beuvron), Arthaux (de Villecresnes), Aubinais (de Nantes), De La Cueva (de Paris), Salviat fils (de Bordeaux) et Souligoux (de Vichy).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Par ces temps de villégiature et de bains de mer, M. Laborde s'est montré vraiment opportuniste en faisant, à l'Académie, une communication, d'ailleurs fort intéressante, sur un moyen de remédier à l'asphyxie par submersion ou noyade. Ce moyen, dont on trouvera la description détaillée dans le travail de M. Laborde, que nous donnons *in extenso*, consiste à enfoncer dans l'arrière-gorge une cuillère ou, à défaut de cet instrument, son propre doigt, tandis que, de l'autre main, on attire fortement la langue en dehors. Ce procédé, bien simple et à la portée de tout le monde, a permis à M. Laborde, dans deux circonstances dramatiques, de rappeler à la vie des individus que l'on pouvait considérer comme morts, et chez lesquels tous les procédés de respiration artificielle avaient échoué. On ne saurait trop pousser à la vulgarisation de ce procédé, qui a donné à son auteur un si beau succès. Il n'est que juste de rappeler que la plupart des chirurgiens, dans les cas d'asphyxie par le chloroforme commencent toujours par pincer la langue et l'attirer au dehors, et cela sans préjudice de la respiration artificielle. Mais, pour M. Laborde, l'excitation de la base de la langue, et surtout sa traction au dehors exerceraient sur le réflexe respiratoire une action plus puissante que la respiration artificielle elle-même. Les faits qu'il a cités semblent lui donner raison. Toutefois, en pareil cas, nous n'hésiterions pas, ainsi que l'ont conseillé MM. Le Roy de Méricourt et Le Fort dans la petite discussion qui a suivi la communication de M. Laborde, à mettre en œuvre les deux moyens simultanément.

L'Académie a entendu plusieurs communications intéressantes : M. Poirier a présenté deux malades qui étaient atteints de lésions cérébrales graves et qui ont très bien guéri à la suite d'opérations pratiquées sur le cerveau, ablation d'une tumeur dans un cas, extraction d'une balle et évacuation d'un épanchement sanguin dans l'autre cas.

M. Ledé a communiqué les résultats d'une enquête qu'il a faite sur le sort des enfants des nourrices sur lieu. Il conclut en disant qu'il faut exiger que les enfants de ces nourrices âgés de moins de sept mois soient élevés au sein.

M. Marjolin, qu'on trouve toujours sur la brèche quand il s'agit de la protection de l'enfance, a demandé que l'Académie mette à l'étude l'importante question de la prophylaxie de la syphilis chez les nourrices et les nourrissons.

M. Auguste Voisin a fait une communication sur des altérations des méninges chez les aliénés vésaniques.

Enfin, M. Panas a lu un rapport sur une communication de M. Boé relative au traitement d'un cas de cécité à marche rapide par le lactate de zinc.

L'Académie a nommé membre titulaire, dans la section de thérapeutique, M. Dumontpallier, dont nos lecteurs connaissent les travaux.

Elle s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Cornil sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

Les candidats ont été classés dans l'ordre suivant : en première ligne, *ex æquo*, MM. Grancher et A. Voisin; en deuxième ligne, M. Hanot; en troisième ligne, M. Malassez.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Jules Voisin.

Mélancolie stupide cataleptiforme.

(Leçon recueillie par M. Landowski, interne des hôpitaux.)

La malade que je vous présente a des antécédents héréditaires chargés : sa mère était une agitée, sa grand'mère est morte alcoolique, sa tante est enfermée folle à l'asile de Clermont. Du côté paternel, aucun renseignement : X... est enfant naturelle.

Elle est actuellement âgée de vingt-trois ans. Jusqu'à l'âge de quinze ans, elle a été à l'école où elle occupait, en classe, un rang moyen. A l'âge de dix-neuf ans, elle fit la connaissance d'un officier. Au bout d'une année, rupture de ces relations. Notre malade en conçoit un profond chagrin; sa tristesse s'accroît lorsqu'elle apprend qu'on veut la marier à un homme de sa condition. Dès lors, elle passe ses journées à pleurer; la nuit, elle est agitée et sans sommeil. Elle ne travaille plus; elle refuse d'aller aux champs comme elle le faisait habituellement; elle refuse de s'habiller, elle refuse même de manger. Bientôt elle garde un silence obstiné. De temps à autre, cependant, cet état de mélancolie simple était traversé de crises violentes. Deux fois la malade tenta de se suicider : à plusieurs reprises,

elle frappa ses parents. Enfin, trois semaines avant son entrée à l'hôpital (septembre 1890), elle prit pour la première fois une attitude particulière. Voici ce que sa mère nous rapporte à ce sujet : « Ma fille se tenait raide comme un morceau de bois, les yeux immobiles, elle semblait regarder des choses que nous ne pouvions voir. »

Tels sont les antécédents de notre malade. Actuellement, elle est immobilisée dans une attitude spéciale : les membres supérieurs en position de défense, les regards dirigés vers un point qu'elle ne quitte pas des yeux. Essayez de lever un de ses bras ; au lieu de la flexibilité cireuse des hystériques en catalepsie, vous rencontrerez une résistance assez considérable, le membre garde la position nouvelle que vous lui donnez, mais au bout d'un certain temps, il est animé de mouvements oscillatoires de plus en plus grands ; il se fatigue. Si vous fermez les yeux de la malade, le bras ne retombe pas le long du corps, ainsi que cela a lieu, en général, chez les hystériques ; enfin, la pression au niveau des différentes zones hystérogènes est sans effet. La sensibilité sous ses trois modes est diminuée, mais non complètement abolie.

Si je place ma main devant les yeux de la malade, elle ne paraît pas s'en apercevoir, le regard suit toujours la même direction. Il est d'ailleurs à remarquer que son expression a changé depuis l'entrée de X... à l'hôpital. Au début, il semblait en rapport avec le délire de la malade. Haine contre le mari qu'on voulait imposer : regard hostile et farouche, attitude de défense. Aujourd'hui, le souvenir de l'officier paraît l'emporter : l'œil est attendri ; par moments, X... sourit, il lui est arrivé de se découvrir et de se montrer toute nue dans son lit : des pensées érotiques la tourmentent. Le mutisme n'est plus absolu, parfois, elle marmotte quelques mots inintelligibles, parfois même elle chantonne toujours la même chanson. Il lui est arrivé de dire tout d'un coup aux infirmières : bonjour, bonsoir. Ces paroles étaient prononcées d'une manière saccadée : on n'a jamais pu les obtenir quand on les sollicitait. A plusieurs reprises, enfin, notre malade a des impulsions soudaines : elle jette des assiettes à travers la salle, elle s'administre coup sur coup plusieurs soufflets, comme elle l'a fait tout à l'heure devant vous, puis elle reprend son attitude première : membres supérieurs en position de défense, regards fixes, raideur de tout le corps, immobilité : il faut la pousser avec force pour la faire avancer.

Voilà son état. Je résume en deux lignes cette observation. Nous sommes en présence d'une dégénérée héréditaire chez laquelle, à la suite d'un grand chagrin, s'est développée de la mélancolie simple qui, après quelques accès violents, est devenue mélancolie stupide et s'est enfin compliquée de raideur cataleptiforme.

Il est à noter que nous n'avons jamais observé d'attaques épileptiformes ou hystériformes. Cette remarque est importante en ce qu'elle distingue notre cas de ceux que Kahlbaum, en 1874, a rangés sous le titre de catatonie et qui présentent, avec notre observation, d'assez grandes analogies.

Sans m'attarder aux imperfections de l'œuvre de Kahlbaum : insuffisance de l'anatomie pathologique, confusion avec des phénomènes purement hystériques, etc., etc.; sans insister sur tout ce que présente de hasardé sa conception du mutisme, qui, pour lui, serait une convulsion tonique du centre cérébral, alors que la verbigération serait une convulsion clonique du même centre, je vous rappelle :

1° Que notre malade a une hérédité nerveuse des plus nettes : or, d'après Kahlbaum, la catatonie frappe des individus exempts de toute tare héréditaire ;

2° Qu'elle n'a point présenté d'accès de manie, alors que, pour l'auteur allemand, c'est par la manie que débute toujours la catatonie ;

3° Notre malade enfin n'a pas eu de crampes, pas d'attaques hystériformes ou épileptiformes, pas de spasmes musculaires. Or, Kahlbaum fait jouer à ces phénomènes moteurs le rôle primordial ; il les considère comme caractéristiques de son entité morbide, véritable folie de tension dans laquelle la mélancolie stupide n'apparaît qu'au second plan et comme symptôme accessoire.

Chez notre malade, au contraire, la mélancolie stupide est l'élément essentiel, et c'est à elle que nous rattachons l'attitude cataleptiforme. Nous avons essayé de la faire parler en l'excitant au moyen d'injections d'éther, nous n'avons point réussi, mais, à Bicêtre, chez un malade analogue, nous sommes arrivés à un résultat. Nous l'avons grisé avec du rhum : il nous a dit alors les raisons de son attitude et de son mutisme ; il était dominé par une idée délirante. Il n'y a donc pas, chez ces malades, abolition complète des facultés intellectuelles, comme le pensaient MM. Pinel, Esquirol et Georget ; l'élément musculaire ne joue pas le rôle essentiel comme le suppose Kahlbaum, mais ainsi que l'avait indiqué Baillarger, ils sont sous l'influence d'un délire actif, avec hallucination de l'ouïe et de la vue, troubles de la sensibilité générale. Il y a de plus, chez eux, perte de la notion du temps, ignorance absolue du lieu où ils se trouvent et de tout ce qui les entoure : enfin, dominant le tout, une absence totale de la volonté : aussi ne sont-ils pas capables de résister à leur délire, de maîtriser les impulsions subites qui peuvent les mener au suicide.

Le pronostic doit donc être réservé. Il faut, d'ailleurs, à ce propos, distinguer les sujets, chez lesquels la mélancolie stupide s'établit d'emblée de ceux où, comme chez notre malade, elle est consécutive à de la mélancolie simple. Dans le premier cas, la guérison peut survenir assez rapidement ; dans le second, la marche de l'affection est habituellement longue : plusieurs années. Souvent une maladie intercurrente, la tuberculose pulmonaire surtout, emporte le sujet, quelquefois la démence et le gâtisme le conduisent au tombeau.

Le diagnostic est, en général, facile. La stupeur peut se rencontrer dans une foule d'états morbides divers, hystérie, épilepsie, alcoolisme subaigu, paralysie générale, méningite cérébro-spinale, fièvre typhoïde, etc. Dans aucune de ces affections elle ne se complique de l'ensemble symptomatique spécial que nous avons décrit plus haut.

Nous avons vu en quoi l'attitude cataleptiforme de notre mélancolique stupide différait de la catalepsie hystérique, je ne saurai trop vous le faire remarquer. Ajoutez les antécédents de la malade, l'absence des stigmates de l'hystérie et vous voyez qu'une erreur de diagnostic est facilement évitée. La stupeur du paralytique général s'accompagne de phénomènes somatiques tellement différents et d'un délire ordinairement si caractéristique que je n'insiste pas sur ce diagnostic.

La coexistence d'une affection fébrile avec embarras gastrique, de certaines formes de la grippe, par exemple, et de la mélancolie stupide, pourrait faire supposer une fièvre typhoïde, mais la marche de la température, l'absence des phénomènes intestinaux mettront dans la bonne voie.

Il ne me reste plus qu'à vous parler du traitement. Il importe de surveiller le malade, car vous avez toujours à craindre une tentative de suicide : le mieux est de le mettre dans un asile spécial. On le fortifiera, d'ailleurs, par un régime tonifiant, des douches et une hygiène appropriée.

DE LA MORT APPARENTE

A LA SUITE DE L'ASPHYXIE PAR SUBMERSION OU NOYADE, ET D'UN MOYEN INCONNU OU JUSQU'A PRÉSENT INAPPLIQUÉ D'Y REMÉDIER

Par M. G.-V. Laborde,
Membre de l'Académie de médecine.

J'ai cru devoir porter à votre connaissance, et à celle du public médical, du haut de cette tribune, deux faits que j'ai eu l'occasion d'observer récemment, et qui m'ont paru et vous paraîtront, je l'espère, dignes de votre intérêt et de votre attention au double point de vue scientifique et pratique :

Il s'agit de l'asphyxie par submersion, de la mort apparente et réelle qui en peuvent être la conséquence ; et des moyens de les conjurer et d'y remédier, d'une manière efficace, dans des conditions parfaitement déterminées.

Voyons d'abord les faits :

I. — Sur une petite plage normande, où je vais d'habitude passer mes vacances, se trouve, à quelques centaines de mètres de la dune, un de ces grands rochers qui, à marée basse, et surtout dans les grandes marées, sont l'attrait et le rendez-vous des pêcheurs de coquillages. La surface et les crêtes du rocher, lorsque la mer s'est suffisamment retirée, peuvent être parcourues et explorées sans aucun danger, étant presque à sec ; et c'est là que se récolte le coquillage vulgaire et le plus abondant, la moule, dont s'approvisionnent, pour leur alimentation ou pour leur trafic, les habitants pauvres de la côte.

Mais, autour du rocher et dans ses anfractuosités où il faut aller chercher, à une plus ou moins grande profondeur, la crevette de choix et le crabe comestible, ce n'est pas sans risques que l'on s'aventure dans des endroits dont on n'a pas une parfaite connaissance, surtout si, dans l'oublieuse ardeur de la pêche, on ne se préoccupe pas du flot remontant qui arrive, parfois, avec une rapidité imprévue et traîtresse.

J'ai suffisamment appris, personnellement, ce danger, auquel j'ai eu, une fois, la plus grande peine à échapper, pour m'être bien promis de ne plus jamais m'y exposer ; et j'ai tenu parole.

C'est là, sur ce rocher, et dans ces conditions, qu'un jour du mois de septembre dernier, deux personnes, un jeune homme d'une trentaine d'années, et un enfant de quatorze à quinze ans, venus ensemble à la pêche et s'y livrant côte à côte, furent tout à coup submergés et menacés d'être engloutis sous le flot montant.

Le père de l'enfant, chez lequel le jeune homme était arrivé la veille en villégiature, et qui était aussi de la partie, mais, prudemment, n'avait pas quitté la crête du rocher, voyant son fils disparaître et oubliant qu'il savait lui-même à peine nager (la sollicitude paternelle est, on va le voir, un excellent professeur de natation), se précipita dans l'eau, parvint à saisir l'enfant et put le ramener de façon à ce qu'une des personnes présentes pût le recueillir dans un filet.

Puis le père, n'écoutant que son impulsion de sauvetage, courut au jeune homme dont le corps émergeait de temps en temps, et, après une de ces luttes épiques qui se terminent souvent par deux noyades au lieu d'une, il finit par ramener, en le poussant vers le rocher, le corps en apparence inanimé qui, comme l'enfant, put être chargé sur un filet.

L'un et l'autre furent transportés sur une charrette à la maison habitée par le père et sa famille, heureusement située sur la dune, tout au bord de la mer, à proximité du lieu de l'accident.

Pendant que les deux noyés étaient placés chacun dans un lit et qu'ils étaient l'objet, de la part de nombreux assistants attirés par l'événement, des soins immédiats suggérés par la nature de l'accident, et consistant surtout dans des efforts de réchauffement, on était allé quérir un premier médecin, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui se trouvait être en villégiature maritime tout à fait au voisinage de la précédente habitation ; puis un second, un vénérable confrère qui a longtemps pratiqué à Paris et a pris, dans le pays, sa retraite professionnelle. Ils ne tardèrent pas à arriver, l'un et l'autre, et se mirent en devoir de prodiguer aux noyés tous les secours que la science et l'art les plus éclairés sont capables d'inspirer en pareille occurrence.

L'enfant, qui avait été retiré le premier, et qui avait évidemment subi un moindre degré de submersion asphyxique, fut assez vite et complètement ramené à la vie, sans que, pour le dire de suite, il se soit produit, chez lui, aucun accident consécutif.

Il n'en alla pas de même, tant s'en faut, comme on va le voir, du second malade.

Toutes les tentatives, lorsque j'arrivai, de mon côté, c'est-à-dire après plus d'une heure, étaient restées infructueuses. C'est ce que vont bien montrer le moment et les conditions de mon intervention, qu'il n'est pas indifférent, dans l'intérêt du résultat obtenu, de préciser.

Pendant que se passait le petit drame que je viens de raconter, avec ses péripéties immédiates et subséquentes, je veux dire celles du sauvetage et des secours médicaux, j'étais, moi aussi, à la pêche, mais au bord d'un modeste ruisseau, assez loin dans les terres, et je tendais l'appât à des murènes, qui n'étaient certainement pas celles de Lucullus, lorsqu'une fillette que l'on avait dépêchée à ma recherche arriva près de moi, tout essoufflée, et me dit d'une voix entrecoupée : « Venez vite chez M. X..., son fils s'est noyé... — Mais s'il est « noyé », répondis-je avec l'accent d'un pêcheur qui sent mordre... ses victimes, que pourrais-je lui faire ? » et, me souvenant qu'il y avait déjà deux confrères dans le pays et sur place : « MM. les docteurs C... et L..., ajoutai-je, n'ont-ils pas été appelés ? — Pardon, répondit la fillette, mais on m'a tout de même envoyé vous chercher. »

« Eh bien ! répliquai-je, puisqu'ils y sont, je deviens inutile. » Et, fort de cette assurance, qui mettait à l'aise ma responsabilité, je m'apprêtais à continuer ma pêche, pleine de promesses, et qui, celle-là du moins, ne présentait aucun danger, lorsqu'un retour de réflexion me suggéra l'idée importune que je manquais, peut-être, à mon devoir, et que je m'exposais, en ne répondant pas à l'appel qui m'était fait, à un remords professionnel. Je pliai bagage et je partis résolument.

Tout en marchant d'un pas rapide, il me fallut au moins vingt-cinq minutes pour franchir la distance qui me séparait du lieu où j'étais attendu. Lorsque j'y arrivai, mes deux confrères s'empressèrent de venir au-devant de moi, sur le perron de la maison, pour m'annoncer que l'un des noyés, le plus jeune, était entièrement revenu à lui, mais que c'en était fait de l'autre, et que, malgré tous les efforts, il était en état de syncope terminale et irrémédiable.

Par acquit de conscience, et non pour m'assurer d'une chose dont je ne pouvais douter après une telle affirmation, j'allai auprès du... mort, qui avait bien, en effet, toutes les apparences d'un cadavre.

Pâleur livide, refroidissement glacial des extrémités ; passivité des membres, retombant comme des masses inertes ; insensibilité absolue à toute excitation ; absence complète de pouls, de battement et de bruit cardiaques, de murmure et de souffle respiratoires : en un mot, tous les signes, et les mieux caractérisés, de la mort apparente. Toutefois, en soulevant la paupière à demi close, je crus apercevoir un degré de rétrécissement pupillaire, qui ne cadrait pas avec un état asphyxique confirmé et la mort définitive ; et lorsque, frappé de cette particularité, je voulus en même temps ouvrir la bouche, pour réaliser la manœuvre dont je vais parler, je rencontrai une certaine résistance, témoignant d'un certain degré de raideur des mâchoires.

Enhardi par ces indices, je demandai une cuillère, et je l'enfonçai délibérément dans l'arrière-gorge, pendant que, de l'autre main, je saisissais la langue, et je l'attirais fortement à moi hors

de la bouche : tout aussitôt se produisait un violent et bruyant *hoquet* inspiratoire, et un flot de liquide était lancé par un vomissement réitéré et abondant.

Grâce à la béance toujours maintenue de la bouche et de l'arrière-bouche, et à la traction concomitante de la langue, les inspirations bruyantes se répétèrent, en se succédant, d'abord très lentes et espacées, ensuite plus fréquentes, et bientôt leur production rythmique et spontanée m'avertit du retour et d'un commencement de la respiration normale.

Entre temps, j'avais fait appliquer sur la région précordiale, et sur toute la région antérieure de la poitrine, une serviette pliée en compresse, et trempée dans de l'eau très chaude, presque bouillante ; et de vigoureuses frictions étaient pratiquées sur les membres, surtout les inférieurs, par un aide très entendu, qui se trouvait être un ancien infirmier militaire.

Après trente à trente-cinq minutes environ de ces manœuvres persistantes, je commençai à percevoir à l'auscultation les battements cardiaques, très faibles, profonds et lents ; et c'est à peine si le pouls radial se laissait sentir, en remontant assez haut le long du bras ; mais la pulsation carotidienne était nettement perceptible, quoique faible. Le pincement et surtout la piqûre un peu profonde de la peau, commençait à provoquer de légers mouvements réactionnels, mais sans expression consciente.

La face se colorait peu à peu, et la chaleur revenait au tronc, les extrémités restant encore et longtemps froides.

Enfin, au bout d'une heure environ, je pus me croire maître de la situation : les fonctions de respiration et de circulation s'étaient rétablies à peu près dans leur normale, les yeux s'étaient ranimés, mais la perception et la conscience n'étaient pas encore revenues ; des gémissements plaintifs, inarticulés, s'échappaient automatiquement de la bouche du malade ; on y saisissait, par instants, le monosyllabe « Mon Dieu ! » ; un peu plus tard, il répétait sans cesse : « C'est affreux », toujours sans conscience apparente ; car, toute interrogation, quelque instante qu'elle fût, ne parvenait à provoquer aucune réponse, aucune attention. Ce ne fut que vers dix heures du soir, c'est-à-dire quatre heures au moins après la reviviscence végétative, que le malade commençait à reconnaître les personnes, et à se rendre compte de sa situation.

Mais — fait curieux, qui, sans être nouveau, s'est produit, dans ce cas, avec une accentuation et une persistance exceptionnelles — tout souvenir de ce qui s'était passé à partir du moment où il est parti à la pêche (et encore le départ n'est-il pas très clair dans son esprit) est absolument effacé : l'obscurité, la lacune commémoratives sont complètes, à ce sujet; et aujourd'hui encore, plus de dix mois après l'accident, cette lacune n'est point comblée, l'état d'amnésie absolue existe encore, bien que d'une façon générale M. X..., avec lequel je suis resté en relation, se rend parfaitement compte du danger extrême qu'il a couru, et de la résurrection — il est permis, je crois, d'employer le mot — dont il a été l'objet.

Voici, en effet, la lettre qu'il m'adressait à la fin de l'année présente, et dont je crois devoir reproduire le fragment ci-après, — non pour m'en prévaloir, et en tirer vanité, la satisfaction du résultat me suffit — mais pour bien marquer la réalité du fait par le meilleur des témoignages, celui du véritable intéressé :

« Si j'ai pu voir la fin de l'année 1891, c'est à vous que je le dois. Au mois de septembre dernier, vous m'avez arraché à une mort certaine. Je suis un vrai ressuscité, et vous êtes mon sauveur. Je vous dois la vie, je ne pourrai jamais m'acquitter envers vous... »

Tel est le premier fait que j'ai cru devoir vous rapporter dans ses principaux détails ; la relation du second pouvant être maintenant plus facilement abrégée.

II. — Ce second fait qui — dans sa réalisation — est d'ailleurs le premier en date, et qui n'est pas étranger, par la pratique des moyens qu'il a pu me suggérer, au résultat obtenu dans le cas précédent, s'est produit sur la même plage maritime, dans les circonstances suivantes :

Un jour du mois d'août, vers dix heures du matin, au moment de la montée de la marée, on venait, en toute hâte, me chercher dans ma cabine, où je passe habituellement ma matinée à travailler, en me disant que Mme X..., une habitante bien connue du pays, venait d'être retirée mourante de la mer, à la suite d'un bain qu'elle était venue prendre avec une de ses compagnes.

A peine s'était-elle plongée dans l'eau, qu'elle avait été prise d'un malaise subit, accompagné d'une syncope, qui persistait après qu'elle eut été arrachée à la submersion, et transportée dans une cabine, d'ailleurs tout à proximité de la mienne. J'y arrivai donc en quelques pas, et je trouvai Mme X... en costume de bain, étendue sans connaissance, la face d'une pâleur livide, sans respiration apparente, le pouls imperceptible, les battements du cœur insaisissables.

N'ayant à ma disposition rien de ce qui peut être immédiatement approprié et utile en pareil cas, notamment aucun moyen de réchauffement, d'autant plus nécessaire ici que l'habit de bain trempé et collé au corps d'où il était difficile de le détacher, y entretenait un refroidissement général et fatal, j'eus l'idée d'enfoncer le plus profondément possible mon doigt dans l'arrière-gorge, et, tout en abaissant la base de la langue, de tirer sur celle-ci : la manœuvre ne tarda pas à être suivie d'un violent hoquet respiratoire, avec le rejet d'une certaine quantité d'eau et de quelques débris alimentaires ; je la reproduisis sans désemparer, les inspirations bruyantes se succédèrent, et bientôt la respiration se faisait, avec son caractère spontané et rythmique ; à la suite, les bruits du cœur et, par conséquent, ses battements redevenaient perceptibles, de même que les pulsations artérielles.

On avait apporté de l'eau, que j'avais fait demander bouillante à la maison du village la plus prochaine, et des serviettes trempées dans cette eau servaient à frictionner le corps, dépouillé enfin de l'habit de bain : une de ces serviettes avait été appliquée sur toute la surface antérieure du thorax, au risque d'y déterminer une brûlure superficielle, et cette application avait manifestement hâté le rétablissement définitif des mouvements respiratoires et des battements cardiaques.

Enfin, après trois quarts d'heure environ de ces tentatives, Mme X... était complètement revenue à elle et à la vie : il ne lui est resté de l'accident que le souvenir ; et, comme j'ai pu m'assurer qu'il y avait chez elle une prédisposition cardio-circulatoire (signes d'endocardite avec détermination auriculo-ventriculaire gauche prédominante et artério-sclérose), ce souvenir, aidé de mes conseils (le souvenir eût sans doute suffi), l'a éloignée de toute idée de recommencer l'épreuve et par conséquent de l'habitude du bain de mer.

III. — L'interprétation de ces résultats, et les conclusions qu'ils comportent pratiquement, sont simples et faciles :

Au point de vue de l'accident considéré en lui-même, il est certain que, dans l'un et l'autre cas, les phénomènes de submersion, au moment du sauvetage, en étaient encore à cette période où l'entrée de la glotte, fermée par la contraction spasmodique qui constitue le réflexe défensif par excellence et — il est permis de le dire — providentiel, n'a pas encore cédé à l'effraction imminente, et donné passage à l'eau dans les bronches ; inondation bronchique qui réalise, d'ordinaire, les conditions irrémédiables de l'asphyxie. La cavité stomacale reste seule envahie, mais cet envahissement n'est pas sans danger et peut apporter, par la gêne excessive du diaphragme, un obstacle sérieux au rétablissement de la fonction respiratoire : notre premier cas en a fourni un exemple remarquable, car le rejet, provoqué par notre manœuvre, de la grande quantité de liquide que contenait l'estomac, a singulièrement facilité le rappel respiratoire.

Mais l'effet et l'importance de cette manœuvre résident principalement dans l'action puissante que l'excitation de la base de la langue, et surtout sa traction, exercent sur le réflexe respiratoire ; cette traction peut, d'ailleurs, être réalisée d'une façon rythmique, en s'appropriant, en quelque sorte, au rythme de la fonction qu'il s'agit de réveiller.

L'idée de l'emploi de ce procédé, dans les circonstances que

nous venons de relater, nous a été suggérée par un souvenir expérimental : lorsque, dans notre laboratoire, nous sommes en présence d'un état syncopal ou asphyxique accidentel, chez un animal en expérience, notamment à la suite de l'anesthésiation chloroformique ou chloralique, en même temps que nous nous mettons en devoir de faire intervenir l'électrisation (par le passage des courants interrompus de la bouche à l'anus) et la respiration artificielle, notre premier soin est de saisir la langue — non pas seulement, comme cela se fait en chirurgie, pour dégager l'ouverture pharyngo-laryngée — mais pour opérer sur elle des tractions réitérées et rythmées, qui suffisent souvent, à elles seules, pour provoquer le retour de la respiration, après une série de hoquets bruyants, d'abord passifs, c'est-à-dire répondant uniquement à la provocation, et devenant bientôt spontanés.

Pour saisir et bien tenir la langue, qui glisse, on le sait, avec grande facilité, nous avons, au laboratoire et à l'hôpital, des pinces appropriées; mais, dans les conditions accidentelles, imprévues et extemporanées dont il s'agit dans cette note, et où je me suis trouvé, la préhension avec la main est la seule ressource : le moyen le meilleur et le plus sûr de la réaliser, c'est, en même temps que l'on s'est armé d'une cuiller (si l'on en a une à sa disposition) pour maintenir l'ouverture de la bouche et appuyer sur la base linguale — c'est, dis-je, d'entourer ses doigts d'un mouchoir, afin d'éviter, autant que possible, le glissement et l'échappement de la langue, qu'il ne faut pas craindre de tenir avec force, et sur laquelle il faut tirer hardiment.

Tel est le procédé, d'origine expérimentale, nous tenons à le répéter, qui nous a si merveilleusement réussi, — que nous n'avons trouvé signalé nulle part, — et que, pour ce double motif et dans un intérêt pratique sur lequel il n'est pas besoin d'insister, nous avons cru devoir recommander à l'attention de nos confrères, sans préjudice, bien entendu, des autres moyens rationnels adjuvants en pareille occurrence : un des plus efficaces, et en même temps des plus simples et des plus faciles à mettre en œuvre, c'est l'eau chaude, principalement à la région thoracique antérieure et précordiale, au risque de produire des brûlures superficielles, dont l'effet, incitateur des mouvements respiratoires, peut être d'un réel et grand secours.

Au point de vue des signes, l'état pupillaire est, comme on vient de le voir, d'une haute importance; et c'est aussi, — qu'il me soit permis de le rappeler, — dans une étude expérimentale sur ce sujet spécial, étude dont les principaux résultats ont été consignés dans la thèse d'un de mes anciens élèves, M. le docteur Piot, actuellement médecin-major, que j'ai puisé le souvenir et l'idée d'un examen propre à suggérer une intervention active et confiante.

En tout cas, — et c'est là ma conclusion dernière, — il ne faut jamais désespérer, en de telles circonstances, même en présence d'une mort que l'on peut croire et que l'on a toutes les raisons apparentes de croire réelle : la foi, une foi puissante et invincible dans les ressources de l'art et de la science, doit être le mobile et l'inspirateur de l'homme professionnel; et je répéterai, à ce sujet, ce que je disais il y a plus de vingt ans, à l'occasion d'un autre fait de résurrection médicale (1), dans lequel j'ai puisé, pour mon compte personnel, cette foi qui ne m'a jamais abandonné, et qui fut le point de départ de mes recherches sur la mort apparente :

« Il faut traiter un cadavre pour le rappeler à la vie comme un vivant pour le rappeler à la santé. »

(1) Laborde. Étude expérimentale de quelques phénomènes physiques de la vie, révélant un moyen pratique de reconnaître avec certitude la mort réelle, *Gaz. hebd.* et *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1872. — Broch. in-8° de 50 pages.

TRAITEMENT EXTRA-ABDOMINAL DU CANCER INTESTINAL

Par le professeur Oscar Bloch,

Chirurgien en chef de l'Hôpital royal de Frédéric, à Copenhague.

Il s'agit d'un malade atteint de cancer de l'S iliaque avec phénomènes d'obstruction. M. O. Bloch l'opéra le 9 janvier 1891. Incision abdominale de 8 centimètres dans la fosse iliaque gauche : on attire l'S iliaque, tumeur comprise, et on fixe environ 25 centimètres de l'intestin au dehors, d'après le procédé de Maydl. On rétrécit la plaie cutanée par dix sutures. La stricture cancéreuse occupe 6 centimètres de l'intestin. Celui-ci est incisé au thermocautère au-dessus de la tumeur. Pansement aseptique. Vingt-neuf jours plus tard, M. Bloch résèque la portion cancéreuse et établit une entérorrhaphie circulaire, l'intestin étant toujours maintenu au dehors et le péritoine restant protégé par les adhérences formées. Deux jours après, on constate que les gaz sortent par l'anus.

Le chirurgien avait l'intention de réintégrer la portion d'intestin herniée après s'être assuré que la réunion des deux bouts par entérorrhaphie était, depuis plusieurs jours, parfaites.

Malheureusement la suture tint mal et il s'établit une large fistule qui fut l'objet d'une opération spéciale cent quatorze jours plus tard. M. Bloch eut la satisfaction de constater que, localement, il n'y avait aucune récidive. Le cours des matières se rétablit intégralement.

En octobre 1891, dix mois après l'opération première, le malade revint à l'hôpital avec un cancer du foie, malgré un état général assez bon, les fonctions intestinales étant normalement établies.

En résumé, on peut décomposer en trois temps l'opération de M. Bloch :

1° Fixation au dehors de l'anse malade et création d'un anus iliaque ;

2° Résection de la tumeur et entérorrhaphie circulaire;

3° Réintégration de l'anse dans l'abdomen.

Comme on le voit, l'idée est des plus ingénieuses et le plan opératoire très logique : il faut féliciter M. Bloch de cette tentative et déplorer seulement qu'elle ne trouve pas dans le cancer une affection dont la cure radicale puisse être assurée ; appliquée à quelques autres cas d'obstruction, elle paraît être une précieuse ressource.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juillet 1892. — Présidence de M. Regnauld.

LECTURES

Chirurgie du cerveau. — M. Poirier présente deux malades auxquels il a pratiqué des opérations sur le cerveau et qui sont restés guéris depuis plus d'un an.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de trente-quatre ans et qui était atteint d'une tumeur du cerveau donnant lieu, depuis huit ans, à des crises d'épilepsie se répétant tous les quinze jours et accompagnées d'une céphalalgie intolérable. M. Poirier fit une large brèche au crâne, enleva une tumeur vasculaire et kystique grosse comme une amende. Le malade eut une hémiplégie pendant quarante-huit heures et guérit.

Dans le second cas, c'était un jeune homme de quinze ans qui se tira une balle dans la région temporale. Cette tentative de suicide fut suivie d'une hémorrhagie ventriculaire, de contractures généralisées, d'attaques convulsives, et le blessé fut transporté à la Pitié dans le coma. M. Poirier fit une large trépanation au ciseau et au maillet, évacua l'épanchement, trouva la balle dans la corne d'Ammon, l'enleva et le malade guérit.

Traitement de la pneumonie. — M. DUPLAA DE GARAT (de Cap-Breton) lit un travail sur le traitement de la pneumonie par la diète et la saignée.

Les enfants des nourrices sur lieu. — M. LEDÉ communique les résultats de l'enquête qu'il a faite sur le sort des enfants des nourrices sur lieu.

Deux catégories ont été faites des 5 339 nourrices placées sur lieu en une année : celles venant de province et celles qui, accouchées à Paris, avaient déclaré y demeurer; 34,30 p. 100 de ces dernières n'avaient d'autre domicile réel à Paris, que l'asile de nuit, l'hôpital ou l'hôtel meublé.

La mortalité des enfants des nourrices qui, comme celles de la Nièvre, de Saône-et-Loire, etc., renvoient leur enfant dans leur pays, est de 17,87 p. 100, tandis que la mortalité des enfants des soi-disant Parisiennes est de 18,63 p. 100.

Le travail de M. le docteur Ledé, en ce qui concerne cette dernière catégorie de nourrices, indique qu'il est urgent de prendre les mesures nécessaires pour protéger la vie des enfants des filles-mères, et de recueillir celles-ci dans des asiles spéciaux avant leur accouchement.

M. P. Ledé a insisté sur la nécessité d'appliquer la loi Roussel aux parents qui élèvent l'enfant de leur fille, nourrice sur lieu, moyennant salaire ou indemnité ; il faut exiger, dit-il, que l'enfant de la nourrice sur lieu, qui n'a pas sept mois révolus, soit réellement élevé au sein. Il termine en disant qu'on ne saurait désirer trop de sévérité à l'égard des bureaux de placement.

ÉLECTION

L'Académie procède, par voie de scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 77, majorité 39, M. Dumontpallier obtient 46 suffrages, M. Debove 27, M. Laveran, 1, M. Hallopeau 1, M. Ferrand 1, 1 bulletin blanc.

En conséquence, M. Dumontpallier est proclamé élu.

COMMUNICATIONS

Mort apparente à la suite de l'asphyxie par submersion ou noyade, moyen d'y remédier. — M. LABORDE fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 735.)

DISCUSSION

M. LE ROY DE MÉRICOURT approuve complètement le procédé de M. Laborde, mais il pense qu'il ne doit pas être employé au détriment des procédés de respiration artificielle et en particulier de celui de Salvater, qui peuvent être si utiles aussi en pareilles circonstances et qui ont déjà rendu tant de services.

M. LABORDE n'a pas voulu faire l'historique de tous les procédés de respiration artificielle et de tous les moyens préconisés en pareil cas. Il a seulement voulu en faire connaître un qui, dans deux cas, lui a permis de ramener à la vie des individus qui pouvaient être considérés comme morts et qui a réussi là où les autres procédés avaient échoué.

M. LE ROY DE MÉRICOURT ajoute qu'on ne saurait trop faire pour vulgariser ces moyens qui devraient être portés à la connaissance de tout le monde.

M. LARREY voudrait que le procédé qui a si bien réussi à M. Laborde fût vulgarisé autant que possible et affiché dans les postes de sauvetage pour les naufragés.

M. LE FORT regrette que M. Laborde ait passé sous silence le procédé de Salvater qui aurait pu être employé concurremment avec le sien. En pareil cas, on doit mettre en œuvre tous les moyens propres à rappeler un malheureux à la vie ; or, le procédé de Salvater a fait ses preuves et il faut toujours y avoir recours en même temps qu'à celui de M. Laborde. Il faut donc à la fois tirer la langue et faire la respiration artificielle.

M. LABORDE répète que les autres procédés, dans le premier cas dont il a parlé, avaient échoué. Le sien seul a réussi. Il le met donc au-dessus de tous les autres.

M. GUÉNIOT fait observer que le procédé de M. Laborde ne peut réussir qu'autant que les réflexes existent encore, tandis que les autres procédés, basés sur la respiration artificielle, peuvent se passer des réflexes, puisqu'ils favorisent la pénétration mécanique de l'air dans les bronches.

M. LABORDE répond à M. Guéniot qu'il faut bien admettre que la persistance des réflexes est toujours nécessaire, quel que soit le procédé employé, puisqu'il ne saurait y avoir de respiration sans réflexes, la respiration n'étant, elle-même, qu'un réflexe type. Or, au point de vue du réveil de ces réflexes, la respiration artificielle n'est pas aussi efficace qu'on l'a dit.

Prophylaxie de la syphilis des nourrices. — M. MARJOLIN demande que cette importante question soit mise à l'étude. Il croit qu'il serait possible de diminuer le nombre des contaminations en adoptant les mesures qu'il a proposées à l'égard des enfants de femmes syphilitiques accouchées dans les hôpitaux, mesures qui consistent à exiger que ces femmes nourrissent elles-mêmes leur enfant. Quant aux enfants syphilitiques qui ne pourraient être nourris par leur mère, il y aurait lieu de les garder dans des établissements spéciaux où ils seraient soignés convenablement.

Lésions anatomiques qui peuvent se rencontrer dans les folies vésaniques. — M. AUGUSTE VOISIN. En résumé, il résulte de nombreuses autopsies pratiquées sur des aliénés vésaniques, que les méninges cérébrales sont fréquemment atteintes d'hyperhémie chronique; on les trouve épaissies, opalescentes, gorgées de sang. Elles ne sont pas adhérentes à la substance corticale, laquelle est très vascularisée et présente des dilatations des vaisseaux.

On comprend, en voyant ces lésions, qu'il se produise, dans les parties des méninges et du cerveau qui en sont atteintes, des fluxions à répétition qui déterminent des hallucinations, du délire, des accès intermittents de folie, et enfin l'aliénation mentale chronique.

RAPPORT

Traitement des atrophies optiques par le lactate de zinc. — M. PANAS fait un rapport sur une communication de M. Boé relative à ce sujet.

Un adulte avait une atrophie de la pupille des deux yeux. M. Boé, après avoir employé tous les moyens ordinaires, prescrivit le lactate de zinc à la dose de 30 centigrammes par jour. Sous l'influence de ce traitement, il se fit une amélioration rapide. M. Panas, qui a examiné le malade, en tire les conclusions suivantes :

Si nous devions émettre une idée sur la nature intime du processus morbide, c'est au tabes à forme fruste, que nous serions enclin à rattacher le malade observé par M. Boé. En supposant qu'il en soit ainsi, il y a lieu de se demander quelle est la part qui revient au lactate de zinc, et celle dévolue à la marche, essentiellement par à coup, qui caractérise le tabes. Seule une expérience plus longue pourra nous renseigner à cet égard, et pour le moment qu'il vous suffise d'inscrire le succès relatif obtenu par notre confrère.

Ce qui doit nous encourager dans cette voie, c'est que les neurologues emploient le phosphure de zinc dans le traitement du tabes, et qu'il y a des années que de Graefe a dit s'en être bien trouvé.

En résumé, sans rien affirmer sur l'action curative du lactate de zinc, nous pensons qu'il s'agit là d'un agent inoffensif et, comme tel, il mérite d'être essayé dans le traitement des amblyopies d'origine nerveuse, alors surtout que les lésions ophthalmoscopiques font encore défaut.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours d'agrégation (anatomie, physiologie, histoire naturelle) vient de se terminer par les nominations suivantes :

Anatomie. — PARIS : M. Sebileau. — BORDEAUX : M. Princeteau. — LILLE : MM. Curtis et Laguesse. — NANCY : M. Prenant.

Physiologie. — LILLE : M. Bédard. — TOULOUSE : M. Abelous.

Histoire naturelle. — PARIS : M. Heim. — LYON : M. Roux.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 juillet 1892, les chaires de médecine expérimentale et de thérapeutique, près la Faculté de médecine de Bordeaux, sont déclarées vacantes.

— Un concours pour une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, s'ouvrira le lundi 25 juillet 1892, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, 17, rue du Fer-à-Moulins.

Le registre d'inscription, ouvert au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, sera clos le samedi 9 juillet, à trois heures.

— M. le professeur Leloir (de Lille) est chargé d'une mission en Roumanie, Hongrie et Serbie, à l'effet d'y étudier différentes affections cutanées.

— La séance annuelle de la Société d'hypnologie aura lieu le lundi 11 juillet, sous la présidence de M. le docteur Dumontpallier, membre de l'Académie de médecine, à quatre heures et demie, au Palais des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Le banquet annuel de la Société aura lieu immédiatement après la séance, à sept heures, au restaurant Mignon, 110, boulevard Saint-Germain (en face l'École de médecine). Prix : 10 francs. — Envoyer l'adhésion au banquet, à M. le docteur Bérillon, secrétaire général, avant le dimanche 10 juillet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'assistance maritime des enfants et les hôpitaux maritimes (la scrofulose, la tuberculose, le rachitisme et les hôpitaux marins), par le docteur Charles LEROUX ; préface de M. le professeur VERNEUIL. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Une mission en Espagne; l'Hygiène et l'Assistance publiques, par M. le docteur C. DELVAILLE. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Les sels de strontium, par le docteur Armand MALBEC, in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Étude sur la contagion de la folie, par le docteur Ernest PRONIER (mémoire couronné par la Faculté de médecine de Genève). In-8°. — Prix : 2 francs. — Genève, Henri Stapelmohr.

Annuaire des eaux minérales de la France et de l'étranger (pour 1892), publié par la *Gazette des eaux*. Un vol. in-16. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Gauthier-Villars et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 79. — SAMEDI 9 JUILLET 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 9 JUILLET 1892. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les injections mercurielles dans le traitement de la syphilis.

Par M. le docteur Paul Raymond,
Ancien interne des hôpitaux.

Je n'ai pas l'intention d'écrire ici l'histoire des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis : un volume n'y suffirait pas. M'étant, d'autre part, occupé, dans une publication antérieure (1), de cette méthode thérapeutique dans les pays où elle est le plus en vogue, l'Allemagne et l'Autriche, je compte me limiter dans cette Revue à l'exposé de la pratique des injections mercurielles en France. J'étudierai les phases qu'a traversées la méthode, les procédés qui ont été préconisés, les résultats qu'en ont obtenus les différents médecins qui l'ont expérimentée, les avantages que lui reconnaissent, dans notre pays, ses partisans et aussi les inconvénients que signalent ses adversaires. On peut se demander pour quelle cause cette méthode est, pour ainsi dire, frappée d'ostracisme en France, alors que, dans la plupart des pays étrangers, elle est employée dans le plus grand nombre des cas. Il me semble que cette raison doit être cherchée dans ce fait que les praticiens en sont restés à la mauvaise impression produite au moment des premiers essais de la méthode, vers 1867. Cette méthode est mal jugée, peut-être parce qu'elle est mal connue. Dans ces dernières années, en effet, des perfectionnements ont été réalisés et, en présence des avantages réels que la méthode permet d'obtenir, le nombre de ses partisans s'est accru notablement : il est, dès lors, possible d'espérer l'adhésion des indifférents qui s'en tiennent encore à la mauvaise impression dont je parlais, et c'est pour cela qu'il m'a paru utile de faire connaître l'état actuel de la question et d'enregistrer le courant d'opinion qui, depuis quelque temps, se produit incontestablement en faveur des injections.

I

Ce n'est qu'après les recherches de Hebra à Vienne, de Hunter en Angleterre, en 1860, de Scarenzio (de Pavie), en 1864, que la méthode des injections mercurielles pénètre en France. En 1867, Lewin (de Berlin), venu à Paris pour le Congrès médical, engage M. Hardy à Saint-Louis, M. Liégeois à Lourcine, à expérimenter la méthode. Les résultats obtenus à Saint-Louis ne sont pas satisfaisants et les essais ne sont pas continués. Il n'en est pas de même à Lourcine où M. Liégeois, faisant, comme Lewin, usage du sublimé au lieu du calomel dont se servait Scarenzio, obtient des résultats satisfaisants. Dans une thèse de 1868, M. Picquand, relatant les observations de M. Liégeois, conclut que ce traitement est appelé à rendre les plus grands services et il engage les médecins à l'expérimenter. Ce sont aussi les conclusions de M. Liégeois dans un mémoire publié en 1870. De son côté, Aimé Martin expérimentait le biiodure de mercure et, en 1868, il communiquait à la Société de médecine les résultats favorables qu'il avait obtenus. En 1870, M. Bernard, élève de Liégeois, appelle de nouveau l'attention, dans sa thèse, sur les bons effets obtenus par les injections de sublimé. En 1872, c'est le docteur Staub qui modifie la formule et injecte le sublimé en solution chloro-albumineuse. Ces différents travaux incitent de nombreux praticiens à expérimenter la méthode. On peut citer les noms de Gubler, Bricheteau, Léon Labbé, Mallez, Blachez, Cotte, Simonet, Marc Sée, Diday, Dron, etc., qui pratiquent des injections d'après les procédés de Liégeois ou de Aimé Martin, plus ou moins modifiés.

C'est là une première période dans l'histoire des injections en France. Les résultats obtenus sont diversement jugés, mais, en somme, l'opinion n'est pas favorable, en raison des inconvénients inhérents à ces injections, en raison, notamment, de la douleur et des abcès qui se montrent dans un grand nombre de cas. Les injections mercurielles tombent donc en discrédit pendant quelques années. On ne trouve guère que la thèse du docteur Le Moaligou en 1879, mais vers 1880, la question entre dans une deuxième phase, avec M. Terrillon et surtout avec Martineau, un des plus hardis défenseurs de la méthode. Le grand reproche que l'on pouvait adresser à la méthode était, nous l'avons vu, la production de la douleur et des abcès ; des recherches avaient été entreprises dans le but d'y remédier. Sur les indications de Krashmer, on ajoute au sublimé une solution de chlorure de sodium pour empêcher la précipitation par le mercure de l'albumine des tissus : c'est dans le même but que furent tentés les essais de Tachard, de Staub, de Martineau, etc. Luton montre expérimentalement que les injections intra-musculaires exposent moins aux abcès que les injections sous-cutanées. C'est la phase de perfectionnement de la méthode, avec ses tâtonnements inévitables. C'est à cette époque que M. Terrillon, employant les injections de sublimé à 1 centigramme, tous les deux ou trois jours, déclare que ce mode de traitement a sur les méthodes anciennes une supériorité incontestable, manifestée surtout par la sûreté et la rapidité d'action du médicament (1). M. Terrillon, désirant toutefois la perfectionner, est amené à se servir des injections de peptonate de mercure, ainsi que nous le verrons. Avec Martineau, en 1881, la question fait un grand pas. Martineau emploie les injections de peptone ammonique mercurique et plusieurs de ses collègues des hôpitaux, MM. Fournier, E. Besnier, notamment, font des expériences en ce sens.

(1) Société d'éditions scientifiques, 1891.

(1) Terrillon. Société de chirurgie, 4 août 1880.

Divers travaux sont alors inspirés par Martineau et nous les retrouverons plus loin, mais encore une fois, la méthode, qui n'a pas donné tout ce qu'elle promettait, tombe en un semi-discrédit, vers 1882. Elle s'en relève assez vite, il est vrai, sous l'influence des progrès réalisés, principalement dans les pays de langue allemande et surtout après les recherches de Smirnoff (d'Helsingfors). La question des injections mercurielles entre alors dans une troisième phase, la phase actuelle, où elle progresse rapidement et se généralise. A la tête du mouvement, se trouve M. Balzer qui, par ses travaux publiés avec ses internes, M. Grandhomme, Mlle Klumpke, MM. Reblaud, Thiroloix ou, sous son inspiration, par ses élèves, MM. Sibilat, Briend, Cochery, etc., a le plus contribué à faire reprendre les injections mercurielles dans le traitement de la syphilis. Dans cette période, les procédés anciens sont à peu près abandonnés : il faut faire une exception pour les injections de calomel (procédé de Scarenzio) qu'étudient, vers 1887, MM. Balzer, E. Besnier, Jullien, Arnozan, Le Ray, Coirre, etc. Mais ce sont surtout les formules usitées en Allemagne, les nouvelles préparations mercurielles, huile grise, benzoate de mercure, oxyde jaune, succinimide mercurique, qui sont l'objet de l'attention générale. Dans cette phase, le perfectionnement continue encore : la technique des injections est à peu près définitivement fixée; les accidents du début n'apparaissent plus que comme des faits très rares; on sait à quoi s'en tenir sur les avantages de la méthode, sur ce qu'il faut penser de ses inconvénients. Mais, de nouveaux problèmes sont soulevés, dont la solution est encore en suspens. Quelles sont, de toutes ces préparations, certainement bonnes, les meilleures? Faut-il surtout donner la préférence aux sels de mercure solubles ou aux préparations insolubles? Ce n'est pas à dire que, dans cette phase actuelle, la perfection ait été obtenue et qu'il n'y ait plus rien à faire. Le bilan est, au contraire, celui-ci : les arguments des adversaires de la méthode sont, pour la plupart, réfutés; des indifférents, convaincus, grossissent le nombre des partisans de la méthode, chaque jour plus nombreux. Jusqu'à présent, les médecins français ont suivi les recherches des médecins russes ou des pays allemands; aujourd'hui, nous marchons de pair et il y a tout lieu de penser qu'à notre tour, nous apporterons à la solution de la question mieux que des objections qui vont, d'ailleurs, s'effaçant de plus en plus devant les résultats obtenus.

II

Je n'insisterai pas sur la première phase de l'histoire des injections : ce sont les premiers essais de Liégeois avec le sublimé, de Aimé Martin avec le biiodure de mercure et les résultats ne sont pas, somme toute, très satisfaisants; malgré les efforts que font les élèves de Liégeois, Picquand, Bernard, etc., pour faire adopter la méthode, les inconvénients l'emportant sur les avantages, ses partisans ne sont pas très nombreux.

M. Tachard avait augmenté la solubilité du sublimé, en ajoutant du chlorure ammonique à la formule de Liégeois. Staub, pensant que les indurations sous-cutanées et les accidents locaux dépendaient de la précipitation des liquides albuminoïdes de l'organisme par la solution de sublimé et que c'était à l'état d'albuminate de mercure que le sel mercuriel était absorbé, fit une solution de bichlorure de mercure, de chlorure d'ammonium et de sodium, qu'il ajouta à une solution albumineuse représentée par un blanc d'œuf mélangé à 60 grammes d'eau. Staub crut ainsi avoir, par sa solution chloro-albumineuse de sublimé, triomphé des accidents locaux que déterminaient ces injections et levé les difficultés qui les faisaient rejeter par tant d'expérimentateurs. Malheureusement, des essais tentés par M. Marc Sée, par M. Menu, par M. Ball, montrèrent que tous ces accidents pouvaient se produire et le procédé de Staub fut abandonné. Il en fut de même d'une solution de chloro-albuminate de mercure proposée par Schutzenberger (de Strasbourg). C'est alors que fut expérimenté le peptonate de mercure proposé par le professeur Bamberger (de Vienne) et dont il obtenait les meilleurs résultats.

Cette préparation de peptonate mercurique avait, pour avantages, d'être soluble dans l'eau, facile à filtrer, de pouvoir se conserver et de ne déterminer qu'une douleur très modérée au point injecté. C'est sur les conseils de M. Terrillon que M. le docteur Gaillard entreprit, sur ce sujet, des recherches qu'il a consignées dans sa thèse de 1880. Mais il trouva que cette solution était plus douloureuse que ne le prétendaient les Allemands : de plus, lorsqu'on en prolongeait l'emploi dans la même région, on observait le phénomène suivant, que M. Terrillon avait signalé : les injections, jusque-là bien supportées par les malades, deviennent douloureuses lorsqu'on dépasse la quinzième environ. Il semble que le tissu cellulaire soit saturé de peptonate et qu'il ait atteint sa limite d'absorption. La réaction des filaments nerveux est alors plus considérable. On observe, en outre, localement, des troubles très notables de la sensibilité : les malades éprouvent continuellement une sensation spéciale d'engourdissement. En face de ces résultats, M. Terrillon fit de nouvelles recherches avec d'autres sels, dans l'espérance d'arriver à une solution moins douloureuse et d'une préparation plus facile. Ces solutions employées par M. le docteur Gaillard étaient à base de biiodure de mercure et de phosphate de soude : elles ne coagulaient pas l'albumine, mais elles n'avaient pas de supériorité bien marquée sur les injections de peptonate et elles donnaient lieu aussi à des nodosités et à de la douleur. Elles n'avaient qu'un avantage, celui d'une préparation rapide. C'est alors que M. Gaillard revint au peptonate de mercure, mais employé à une dose moindre que celle usitée jusqu'à lui. Il n'injectait qu'un demi-centimètre cube de la solution, soit 5 milligrammes de sublimé. « C'est alors, dit-il, que nous vîmes toute la supériorité de la solution de peptone qui, à cette dose, n'est douloureuse pour aucun malade, tandis que la même dose d'une autre solution détermine, chez le même sujet, des douleurs vives et persistantes. La dose à laquelle on doit employer de préférence la solution de peptonate de mercure est d'un demi-centimètre cube par injection. L'emploi des injections de 1 centimètre cube peut être réservé, ainsi que le conseille M. Terrillon, soit aux malades qui supportent bien cette dose, soit à ceux chez lesquels il est nécessaire d'agir avec rapidité à cause de la nature des accidents syphilitiques. On pourrait encore commencer par les injections de 1 centigramme, puis faire des injections plus faibles après quelque temps, si les premières, d'abord bien supportées, devenaient ensuite douloureuses. En résumé, on se guidera d'après les indications et d'après la tolérance du malade. Mais, comme le dit M. Gaillard, la préparation de la solution de peptonate est délicate et exige plusieurs jours; c'est là son seul inconvénient : néanmoins, elle peut se conserver pendant deux mois au moins sans s'altérer.

Voici la formule de peptonate de mercure employée par Bamberger. On fait une solution de sublimé dans l'eau à 5 p. 100 et une solution de chlorure de sodium à 20 p. 100. On dissout 1 gramme de peptone de viande dans 50 grammes d'eau et on filtre. A cette liqueur filtrée, on ajoute 20 centimètres cubes de la solution de sublimé et on dissout le précipité qui se forme avec la quantité nécessaire (environ 15 centimètres cubes) de la solution de chlorure de sodium. On verse alors la liqueur dans un verre gradué et on ajoute de l'eau distillée jusqu'à atteindre 100 centimètres cubes. Préparée de cette façon, la liqueur est à 1 p. 100, on laisse reposer pendant quelques jours : il se fait un léger précipité; on filtre et l'on a ainsi une solution qui se conserve parfaitement claire, trois mois au moins.

On peut dire que les recherches de Staub, de Schutzenberger, de Bamberger ont été le point de départ des recherches de Martineau. Ce dernier se servit du peptonate mercurique, à la composition duquel il apporta des modifications, de façon à constituer ce qu'il appelle la peptone ammonique mercurique. On pourra comparer, d'ailleurs, les formules de Bamberger et de Martineau.

La méthode de Martineau a été exposée, par lui, dans différents mémoires communiqués à la Société des hôpitaux en 1881 et 1882.

Voici cette méthode telle qu'elle est résumée, en 1882, dans la thèse de M. le docteur de Mangell, élève de Martineau. Il s'agit d'une solution de peptone ammonique mer-

curique. Le chlorure d'ammonium est employé parce qu'il constitue le meilleur dissolvant des substances albuminoïdes mercurielles très précipitables. La formule à laquelle s'était rattaché Martineau, après plusieurs essais, était la suivante :

Peptone en poudre.	9 grammes.
Chlorure d'ammonium	9 —
Bichlorure de mercure.	6 —

On dissout dans :

Glycérine	72 grammes.
Eau distillée	24 —

Cinq grammes de cette solution normale filtrée contiennent 25 centigrammes de sublimé qui, étendus de 25 grammes d'eau distillée, donnent une solution renfermant 1 centigramme de sublimé par seringue. Voici quelques-unes des conclusions de l'auteur :

Cette injection ne donne lieu à aucun accident local, escharre, abcès, phlegmon, etc., toutes les fois, bien entendu, que l'injection est convenablement faite dans le tissu cellulaire sous-cutané. Elle n'occasionne généralement aucune douleur. Lorsque celle-ci survient, elle est due soit à l'indocilité du malade, qui ne permet pas de bien pratiquer l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit au feutrage serré de ce tissu, soit à l'inhabileté de l'opérateur, soit enfin au mauvais état de la canule, dont la pointe n'est pas acérée. Les injections de peptone ammonique ne s'accompagnent pas de stomatite. Elles ne donnent lieu à aucun trouble gastro-intestinal, ce qui permet au médecin de faire suivre au malade un traitement approprié à l'état constitutionnel ou diathésique persistant, sur lequel est venue se greffer la syphilis.

Le nouveau mode d'administration de sublimé a, sur les accidents syphilitiques, une action plus prompte et plus énergique que les autres préparations mercurielles, alors même que le sel est donné à dose égale. C'est à de semblables conclusions qu'arrive M. le docteur A. Martin, dans sa thèse en 1886.

Martineau, qui avait pratiqué près de 200 000 injections, insistait, lui aussi, sur la supériorité des injections hypodermiques, leur innocuité et leur rapidité d'action : aucune autre médication, disait-il, ne peut leur être comparée et préférée. Elles constituent la vraie méthode, la méthode par excellence, de l'administration de la médication mercurielle.

Les injections de Martineau avaient, néanmoins, l'inconvénient inhérent à toutes les injections de sublimé, d'être douloureuses et, malgré les beaux résultats que Martineau en avait obtenus, sa méthode ne lui survécut pas. L'élément douleur est, en effet, l'un de ceux qui doivent le plus préoccuper, lorsqu'on applique cette médication des injections sous-cutanées. Récemment, M. Burlureaux, du Val-de-Grâce, a appliqué sa méthode des injections huileuses au traitement de la syphilis (1). Il emploie le sublimé en dissolution dans l'huile stérilisée à 40 p. 1000 et il injecte de 20 à 80 grammes d'huile, soit de 1 à 3 centigrammes de sublimé, mais il reconnaît que l'injection est douloureuse et que c'est là un procédé d'exception.

La méthode de Scarenzio, c'est-à-dire celle des injections de calomel, devait être nécessairement l'objet de tentatives thérapeutiques, puisqu'elle était la méthode mère en quelque sorte, celle dont dérivaient toutes les autres. Lewin l'avait abandonnée et Liégeois avait suivi ses conseils, mais rien ne prouvait que les injections de Scarenzio fussent vraiment inférieures aux injections de Lewin et de Liégeois au sublimé. Les injections de calomel, cependant, se ressentirent du discrédit dans lequel était tombée la méthode et il fallut attendre dix ans pour que les expériences de Scarenzio fussent contrôlées en France. C'est en 1887 que MM. Balzer, Le Ray, Coirre font connaître leurs recherches sur les injections de calomel. M. Balzer, pour éviter les abcès si fréquents lorsqu'on se sert de la solution aqueuse de calomel, emploie l'huile de vaseline et les premiers résultats qu'il communique à la Société de biologie, en 1886, semblent encourageants. On note bien une vive inflammation au niveau de la piqûre, mais il n'y a pas de suppuration. Dans une communication postérieure (1), M. Balzer, revenant sur cette question, confirme les bons effets qu'il a obtenus de ces injections (en moyenne quatre injections de 10 centigrammes chacune) : il continue à se servir d'huile de vaseline qui n'irrite pas les tissus et il insiste sur les avantages de la méthode des injections. Ces injections sont faites tous les quinze ou vingt jours. M. Balzer a eu, néanmoins, des abcès et c'est en partie pour éviter ces inconvénients qu'il cherche, à partir de 1887, d'autres sels mercuriels pouvant être injectés. A l'occasion de cette communication, M. Du Castel insistait sur la douleur et les abcès et il recommandait l'oxyde jaune comme moins irritant.

M. le docteur Caire a consacré sa thèse (2) à l'étude des injections de calomel. Il s'est servi de la formule de M. Balzer :

Calomel à la vapeur.	1gr50.
Huile de vaseline.	15 grammes.

et il a pratiqué en moyenne quatre injections, une par semaine.

Sur plus de trois cents injections, il n'a vu se produire que deux fois un abcès, et cela chez le même sujet. Après avoir insisté sur les bons effets thérapeutiques de la méthode (disparition des symptômes au bout de quelques jours ; une seule injection suffirait parfois ; modification rapide des syphilides secondaires et ulcéreuses ; action favorable sur les formes graves de la syphilis, etc.), M. Caire conclut en disant qu'il suffit habituellement de quatre à six injections de 10 centigrammes, séparées par des intervalles assez éloignés, pour amener la disparition des accidents. Les inconvénients des injections de calomel ont été exagérés ; grâce à certaines précautions, on arrive aujourd'hui à les éviter facilement.

La même année, M. le docteur Le Ray (3), sur l'instigation de M. le professeur Galliot (de Brest), consacrait sa thèse au même sujet et il arrivait aux mêmes conclusions, après s'être servi, lui aussi, de la même formule de M. Balzer. « Nous croyons, dit-il, l'avoir démontré et nous en avons la ferme conviction, après les nombreuses expériences auxquelles nous avons assisté : la douleur est toujours assez peu accentuée pour qu'il soit inutile d'en tenir compte et, grâce à une asepsie rigoureuse, on peut toujours éviter les abcès. Dès lors, rien ne s'oppose plus à ce que la méthode Scarenzio-Smirnoff-Balzer soit appelée à remplacer, dans la pratique journalière, les vieux procédés d'administration du mercure par voie interne et par voie cutanée. Les accidents syphilitiques seront plus rapidement guéris ; ils se reproduiront moins vite et la thérapeutique aura réalisé un progrès dont les malades ne tarderont pas à apprécier la haute valeur. »

En 1889, c'est M. le docteur Cheminade qui, sous l'inspiration de M. Arnozan (de Bordeaux), consacre sa thèse aux injections de calomel (4). Les auteurs précédents se sont servis de la formule de M. Balzer. M. Cheminade a employé la première formule de Neisser, soit une solution de calomel dans un mucilage de gomme arabique. Il n'injectait que 5 centigrammes de calomel et renouvelait les injections tous les cinq ou six jours. M. Cheminade insiste sur le nodus qui se forme toujours au niveau de l'injection : il est dû à l'action irritante produite sur les tissus par le contact des sels mercuriels insolubles et il met une quinzaine de jours à évoluer et à disparaître. L'auteur est éclectique : il propose de soumettre à la médication interne les malades qui ont une syphilis bénigne et de réserver les injections pour les malades : 1° qui ont un chancre s'accompagnant d'une induration volumineuse ; 2° qui ont des accidents secondaires apparents et rebelles ; 3° qui ont l'état des voies digestives mauvais ; 4° qui sont atteints de mala-

(1) Burlureaux. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1892, p. 165.

(1) Balzer. Société médicale des hôpitaux, 11 mars 1887.
(2) Caire. Th. de Montpellier, 1887.
(3) Le Ray. Th. de Paris, 1887.
(4) Cheminade. Th. de Bordeaux, 1889.

dies intercurrentes nécessitant une médication interne. Il recommande particulièrement les injections dans les cas de syphilis tenace ou dans un but de prophylaxie, par suite de la rapidité d'action de la méthode qui guérit en quelques jours des accidents contagieux.

M. le docteur Cochery a récemment étudié les injections de benzoate de mercure, préconisées par Stoukowenkoff de (Kieff), en 1888, et expérimentées à Lourcine, par MM. Balzer et Thiroloix. C'est, d'ailleurs, le complément de ces recherches, que fait connaître dans sa thèse (1890) M. Cochery. La formule employée a été celle de Stoukowenkoff, soit :

Benzoate mercurique. .	0,30 centigrammes.
Chlorure de sodium . .	0,10 —
Chlorhydrate de cocaïne.	0,15 —
Eau distillée.	40 grammes.

M. Cochery fait remarquer, à ce sujet, que, ainsi qu'on pouvait le prévoir, la plupart des alcaloïdes étant précipités par les sels de mercure, cette solution laisse déposer un précipité de cocaïne et de mercure, si bien qu'après quinze jours de préparation, la solution a perdu les 2/5 de son mercure. Une solution sans cocaïne ne donne aucun précipité, mais alors les injections sont un peu douloureuses, bien que cette douleur n'atteigne jamais l'intensité qu'elle présente à la suite des injections de peptone mercurique ou de sublimé. Si, donc, on veut conserver la formule de Stoukowenkoff, il est absolument nécessaire de se servir d'une solution récente; autrement, on opère avec un médicament mal dosé.

Un grand avantage du benzoate de mercure est de n'avoir qu'une faible action coagulante sur l'albumine. « Cela explique, dit M. Cochery, le peu de réaction locale qu'il présente au sein des tissus dans lesquels il est injecté et, par suite, le peu d'intensité des douleurs. Ne coagulant pas l'albumine des éléments anatomiques des liquides qui les baignent et la myéline des nerfs, il ne donne, par suite, naissance à aucun infiltrat, à aucune douleur, tandis que le sublimé, qui présente une action énergique sur l'albumine, provoque des nécroses, des abcès et des douleurs parfois intolérables. M. Cochery fait suivre ses recherches de quelques considérations importantes. Ces injections ne donnent lieu à aucun accident local. Les infiltrations sont excessivement rares et ne persistent jamais que quelques jours. Les personnes maigres, à peau souple, facilement plissable, supportent plus facilement les injections que les sujets gras, dont les mailles du tissu cellulaire sont comblées par la graisse. Le benzoate injecté ne diffuse pas alors avec facilité, et donne lieu à une réaction locale appréciable (tension, douleurs légères, infiltrat). La quantité injectée tous les jours doit être d'une seringue de Pravaz et demie (soit 1 centigramme de benzoate). Il faut de quinze à trente injections pour faire disparaître les manifestations syphilitiques de moyenne intensité. Dans les cas graves, il a fallu de quarante à cinquante injections. Le principal inconvénient provient du nombre des piqûres et de l'instabilité de la préparation lorsqu'on y introduit la cocaïne. Ce sont ces conclusions que l'on retrouve dans un travail sur le benzoate de mercure, publié par MM. Balzer et Thiroloix (1). Les auteurs insistent sur l'inconvénient qui résulte du grand nombre de piqûres : les malades ne s'habituent qu'à regret à cette pratique quotidienne. Ce qu'ils redoutent le plus, ce n'est pas l'endolorissement tardif et passager que provoque l'injection, mais la douleur assez vive qu'amène la ponction de la peau avec la seringue de Pravaz. Ce traitement est surtout indiqué lorsque l'état de la bouche et des voies digestives est mauvais. Le benzoate de mercure peut rendre alors de véritables services aux malades et permettre d'instituer sans inconvénients une médication mercurielle énergique et sûre. Il est impossible de ne pas reconnaître que les injections de benzoate de mercure présentent de réels avantages au point de vue de la tolérance locale, sans parler de leur action satisfaisante sur la syphilis. M. Brousse (de Montpellier) a employé le benzoate de mercure, et c'est à ce sel, parmi les préparations solubles, qu'il donne la préférence.

(1) Balzer et Thiroloix. *Méd. moderne*, 1890, p. 47.

L'oxyde jaune de mercure, expérimenté en France par MM. Balzer, E. Besnier, Du Castel, Dujardin-Beaumetz, a été employé par M. le professeur Galliot (1), qui s'est servi d'une solution dans l'huile de vaseline. La dose était de 10 centigrammes de principe actif pour 1 gramme de vaseline liquide. Pendant le premier mois, il est pratiqué quatre injections, espacées d'une semaine, et ensuite une tous les mois pendant deux ans. L'auteur n'a eu à relever ni abcès ni accidents généraux. M. Galliot est enthousiaste de cette méthode qui, d'après lui, aurait un résultat favorable sur la marche de la syphilis, lorsque la maladie est traitée dès l'apparition du chancre, et sur ce dernier qui se cicatrise en une douzaine de jours, sans autre pansement que de simples soins de propreté. La syphilis est rendue bénigne : nos syphilitiques, dit M. Galliot, ne sont pas atteints de roséole. La preuve que le traitement *ab initio* et intensif entrave l'action hypergénétique de la syphilis, c'est qu'un de nos malades ayant eu quatre injections, mais étant resté cinq mois sans traitement, est revenu en pleine éruption de roséole datant de quelques jours. Après avoir étudié l'action favorable de l'oxyde jaune sur l'organisme, sur le sang notamment, M. Galliot arrive à ces conclusions : On peut traiter les syphilitiques, sans accident aucun, par les injections d'oxyde jaune. Cette méthode est la seule qui puisse enrayer aussi rapidement les accidents en cours d'évolution. M. Galliot insiste sur la nécessité de ne pas donner de l'iodure de potassium en même temps que les injections, pour éviter des accidents résultant de la formation du biiodure irritant pour les tissus. Ce sont ces conclusions que développe, dans une thèse très bien faite, M. le docteur Maclaud, élève de M. Galliot (2).

En 1888, M. le docteur Paul Raugé fit connaître en France les injections d'huile grise que M. le professeur Lang expérimentait à Vienne à la même époque (3). Il signalait le petit nombre d'injections nécessaires (six ou huit en moyenne) pour obtenir des résultats favorables et l'infime quantité de substance employée. « M. Lang, en effet, calcule que chaque centimètre cube de son huile grise à 30 p. 100, contient environ 39 centigrammes de mercure métallique, autant qu'en représenteraient 52 centimètres cubes de sublimé. Les faits nombreux, continuait-il, que j'ai pu observer à la clinique du professeur Lang, m'ont laissé entièrement convaincu de la parfaite innocuité de sa médication. Parmi tous les malades que j'ai vu traiter par l'huile grise, je n'ai pas rencontré un seul abcès. Les tissus tolèrent la matière injectée sans aucune réaction inflammatoire; l'infiltrat qui suit la piqûre est à peine apparent, de très courte durée, et ne provoque ni gêne, ni tension, ni douleur. La peau garde toujours sa coloration normale et sa mobilité. Je n'ai trouvé, chez aucun malade, la moindre appréhension pour l'insignifiante piqûre que tous préfèrent à la médication interne ou aux frictions. Les accidents actuels et les poussées existantes sont modifiés avec une incontestable énergie : c'est une méthode commode, exactement précise, très supérieure en somme, d'administrer le mercure. » MM. Balzer et Reblaud furent les premiers, en France, à expérimenter la méthode de Lang (4). « Dès les premières injections, disent-ils, nous avons pu remarquer quelques faits qui sont à l'avantage de la méthode de Lang : réaction locale, moindre en intensité et en durée qu'avec le calomel et l'oxyde jaune; l'infiltrat consécutif, qui existe ici comme dans toutes les injections de composés insolubles, paraît donc moins étendu et moins persistant. Néanmoins, les auteurs signalent un certain nombre d'inconvénients. La préparation est très épaisse, et il est parfois indispensable de la chauffer pour lui faire acquérir le degré de fluidité nécessaire : il faut la renouveler fréquemment, l'huile d'olive et la graisse qu'elle contient s'altérant assez rapidement. Les quantités injectées par Lang étant faibles, il faut faire un nombre assez considérable de piqûres, ce qui

(1) Galliot. Congrès de thérapeutique, 1890, p. 209.
(2) Maclaud. Th. de Bordeaux, 1890.
(3) P. Raugé. *Bull. méd.*, 1888, p. 1045.
(4) Balzer et Reblaud. *Bull. méd.*, 1888, p. 1219.

est une infériorité de la méthode, étant donné la douleur de la réaction locale consécutive. Enfin, sur dix-neuf piqûres, les auteurs avaient eu cinq abcès; il ne s'agissait pas, à la vérité, d'abcès septiques, mais d'abcès nécrosiques, contenant de grosses gouttelettes de graisse et des globules nombreux de mercure. « Cette graisse est évidemment de la lanoline difficilement absorbée dans le tissu conjonctif inter-musculaire et s'opposant à une absorption rapide de granulations mercurielles qu'elle enrobe en quelque sorte. » C'est frappés de ces inconvénients, que les auteurs employèrent la formule que Neisser (de Breslau) proposait de substituer à celle de Lang pour parer aux désavantages qu'il avait, lui aussi, reconnus à la méthode. Les résultats qu'obtinrent MM. Balzer et Reblaud sont comparables à ceux obtenus avec l'oxyde jaune. L'huile grise serait, par suite, moins active que le calomel. En résumé, disent-ils, sans lui accorder une trop éclatante supériorité sur le calomel et l'oxyde jaune de mercure, nous croyons que l'huile grise, suivant la formule de Neisser, offre quelques avantages réels dans la pratique des injections mercurielles. La formule employée par MM. Balzer et Reblaud était la suivante :

Mercure métallique	XX parties.
Teinture de benjoin	V —
Huile de vaseline.	L —

L'injection était faite dans les muscles, les expériences de Luton ayant montré que le mercure métallique, injecté dans le muscle, était facilement absorbé, tandis qu'il l'était plus difficilement lorsqu'on l'injectait sous la peau. L'injection était faite à la fesse : la quantité de liquide était de 0,25 centimètre cube de la préparation, soit environ 9 centigrammes de mercure métallique. Cette injection est répétée tous les dix ou douze jours. Trois injections étaient, en général, suffisantes. La réaction locale ne se révèle que vingt-quatre ou quarante-huit heures après la piqûre : elle est peu intense et peut même manquer. Elle se réduit, en général, à une petite induration profonde, du volume d'un noyau de cerise, qui ne se fait guère sentir que pendant les mouvements ou à la pression.

Après MM. Balzer et Reblaud, M. le docteur Hirtz a expérimenté l'huile benzoïnée; nous verrons dans un instant qu'il la préfère au calomel et à l'oxyde jaune. M. Edgard Hirtz s'est aussi servi de l'huile grise benzoïnée, et dans une communication à la Société des hôpitaux (1), il signalait les bons résultats thérapeutiques qu'il avait obtenus. Sur un total de cent trente-neuf injections, il n'avait eu ni abcès ni stomatite. Il insistait sur la nécessité de l'hygiène dentaire et buccale et sur l'importance qu'il y avait à se servir d'une aiguille longue de 4 centimètres, afin de traverser toute l'épaisseur du tissu adipeux, souvent considérable chez certaines femmes. Il faisait aussi remarquer l'avantage de l'huile grise, dont une injection reste efficace pendant vingt et trente jours. MM. Balzer et Du Castel signalèrent, comme M. Hirtz, ce fait qu'en ne faisant porter l'injection que dans les muscles, et en évitant avec soin le tissu cellulaire souscutané, on était à l'abri des abcès.

On trouvera, dans la thèse de M. Briend (2), des détails intéressants sur ces injections d'huile grise, dans le service de M. Balzer. Je me contenterai d'exposer ici ses conclusions : L'huile grise est une préparation mercurielle, analogue à l'onguent gris, dans laquelle le mercure métallique se trouve dans un état de division très considérable. Elle présente une fluidité parfaite, qui permet de l'injecter dans les tissus. Injectée sous la peau ou dans les muscles, elle détermine une réaction inflammatoire très limitée, mais elle ne détruit pas les tissus. La douleur et la réaction locale sont très modérées et les complications très rares. Une seule injection, correspondant à 8 centigrammes de mercure, suffit pour faire disparaître les accidents d'une vérole ordinaire. Quatre de ces injections, espacées à quinze ou vingt jours d'intervalle, suffisent, en général, pour la première année de traitement. Les injections d'huile grise ont tous les avantages de la méthode hypodermique et présentent, sur les sels insolubles de mercure, celui d'être moins douloureuses et d'exposer moins aux abcès. Elles sont contre-indiquées chez les albuminuriques et chez les individus dont l'état de la bouche et des dents est défectueux.

La formule de Neisser a été modifiée par M. le docteur Brousse (de Montpellier), qui l'a remplacée par la formule suivante, due à M. Gay, pharmacien des hospices (1).

Mercure purifié	20 grammes.
Lanoline	5 —
Vaseline liquide.	35 —

Cette formule a pour avantage de n'être pas aussi difficile et aussi longue à préparer que l'huile de Neisser. M. Brousse en a obtenu de bons résultats et c'est la préparation insoluble qu'il préfère.

M. le docteur Huot a étudié comparativement les injections de calomel, d'oxyde jaune et d'huile grise (2). Il reconnaît la valeur des injections de calomel, leur action sur la roséole, par exemple, dont la durée est abrégée d'un tiers, mais comme la plupart des praticiens qui se sont servis du calomel, M. Huot signale les accidents locaux, les abcès, les nodules douloureux, etc. Il pense, comme M. Balzer, que si le calomel est plus actif que l'oxyde jaune, il est aussi plus irritant, et que c'est un agent dangereux. Les effets thérapeutiques de l'oxyde jaune de mercure, sont satisfaisants, mais son action est peu marquée, et ce médicament n'empêche pas les récidives à brève échéance. S'il abrège, comme le calomel, la durée de la roséole, il produit aussi, comme lui, des nodi douloureux, la stomatite, etc.

M. Huot fait remarquer que les injections d'oxyde jaune agissent beaucoup plus lentement pour faire disparaître les accidents syphilitiques, chez un sujet qui a subi un traitement antérieur, que chez un malade exclusivement traité par la méthode des injections. Avec les injections d'huile grise (formule de Neisser) les accidents locaux sont exceptionnels et insignifiants, et les récidives sont rares. L'action de l'huile grise est plus rapide que celle du calomel et surtout que celle de l'oxyde jaune. L'auteur donne donc la préférence à l'huile grise. Le traitement par les injections d'huile grise, dit-il, paraît donc réaliser toutes les conditions de traitement spécifique idéal, qui tend à obtenir la plus grande somme d'effets thérapeutiques avec la plus petite dose possible de mercure.

La comparaison a été faite aussi entre le calomel et l'oxyde jaune. « Les accidents observés dans les injections de calomel doivent suffire à rendre les médecins circonspects, disait M. Besnier en 1887. A la vérité, en employant l'oxyde jaune de mercure, ils seront beaucoup moins exposés à ces éventualités qu'avec le calomel; mais ils doivent savoir que ces injections sont beaucoup moins actives que les injections de calomel, et que, pour arriver au résultat cherché, il faudra les multiplier beaucoup plus qu'on ne l'a dit. » J'emprunte à la thèse de M. Le Ray les détails suivants : M. Balzer préfère l'oxyde jaune au calomel, parce que les phénomènes réactionnels inflammatoires, causés par cette substance, semblent être moins considérables que lorsqu'on se sert du calomel. M. Du Castel a fait, à cet égard, des recherches fort instructives : il injecte le même jour, en deux points symétriques du corps, fesse ou région lombaire, des volumes égaux de calomel et d'oxyde jaune. Il a constamment vu l'oxyde jaune causer moins de douleurs et moins de réaction inflammatoire. Or, comme il considère que les effets curatifs de ces deux substances sont sensiblement les mêmes, il préfère employer l'oxyde jaune de mercure. Pour notre part, continue M. Le Ray, nous n'avons jamais observé de différence bien sensible, soit entre le mode d'action de ces deux agents, soit entre les phénomènes douloureux et inflammatoires, causés par leur présence dans les tissus. Aussi, les avons-nous toujours employés d'une façon à peu près indifférente.» M. Huot, nous venons de le voir, préfère l'oxyde jaune au calomel,

(1) 25 janvier 1889.
(2) Briend. Th. de Paris, 1888.

(1) *Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, 1891.
(2) Huot. *Injections mercurielles massives*, Th. de Montpellier, 1890.

mais il recommande l'huile grise benzoïnée comme supérieure à ces deux substances. En général, dit M. Sibilat, on est obligé de faire quatre injections de 10 centigrammes de calomel, ou six injections d'oxyde jaune pour guérir les accidents secondaires.

Tout récemment, M. Jullien, chirurgien de Saint-Lazare, a publié le résultat de ses recherches sur la succinimide mercurique (1). M. Jullien se sert d'une solution aqueuse à 20 centigrammes p. 100, correspondant à 2 milligrammes par seringue, dose qu'il emploie ordinairement. L'injection faite à la région fessière est intra-musculaire; elle est suivie d'une friction énergique, pour la faire diffuser dans les tissus. M. Jullien estime que ce sont les injections de succinimide mercurique qui donnent la moindre réaction locale. Il n'a jamais vu d'abcès se produire sur un total de plus de six cents injections. Il arrive cependant que, au cours d'une cure, les premières injections sont bien supportées et qu'une certaine intolérance se déclare vers la quinzième ou la vingtième, la palpation faisant reconnaître quelques nodosités et les malades accusant un peu de sensibilité. Le nombre des injections pour chaque malade est à peu près le même qu'avec les autres méthodes hypodermiques, soit une vingtaine en moyenne dans les cas ordinaires. Les effets généraux : stomatite, diarrhée, peuvent survenir comme avec tous les procédés, bien que ne se manifestant que très rarement. L'action sur les éruptions spécifiques est incontestable et rapide.

« Il est pour moi hors de doute, dit M. Jullien, que le traitement pilulaire n'est pas à comparer avec celui que je viens préconiser sous le rapport de la rapidité de l'action et de la sûreté des effets. »

M. Jullien termine son travail par les considérations suivantes dont l'importance ne saurait échapper : La succinimide mercurique peut être employée profitablement, sous forme d'injections sous-cutanées, à la dose quotidienne de 2 milligrammes, toutes les fois que, les malades acceptant le principe de l'injection, on a des raisons de rejeter les injections de sels insolubles, qui constituent encore la méthode de choix. Mais dans ces dernières, la petite provision d'hydrargyre peut devenir nuisible, si les émonctoires offrent quelque tare. Avant de recourir au calomel, examinez donc les reins de vos malades. Sont-ils en état de bon fonctionnement, n'hésitez pas, au début d'un traitement surtout, ou lorsqu'il s'agit de faire la lumière sur un accident douteux, injectez le protochlorure. Mais si la moindre trace d'albumine est décelée, donnez la préférence au sel soluble que l'on injecte quotidiennement, par petites doses, et que l'on peut interrompre au moindre signe d'intolérance. » Je ne ferai que mentionner les injections de mercure métallique qui ont été tentées par M. Jullien, par M. Luton (de Reims), sans grand résultat, semble-t-il. Je ne parlerai aussi que pour mémoire, des injections qui sont pratiquées par les oculistes, dans les lésions syphilitiques de l'œil. MM. Galezowski (cyanure de mercure), Abadie (sublimé), Panas (biiodure), ont publié sur ce sujet diverses notes que je ne fais que signaler.

Je crois avoir passé en revue les différentes préparations mercurielles qui ont été expérimentées en France. Leur liste est beaucoup plus longue à l'étranger, et parmi celles qui n'ont pas encore été essayées chez nous, il en est d'excellentes, mais j'ai tenu à me limiter à la France et à esquisser l'histoire de la méthode hypodermique dans notre pays.

III

Je serai bref sur le manuel opératoire, renvoyant au travail de Smirnoff ou à la thèse de Sibilat dans laquelle tous ces détails sont exposés.

C'est à la fesse, dans la région rétro-trochantérienne, dite de Smirnoff, que l'injection doit être faite, soit à 3 bons centimètres en arrière du bord postérieur du grand trochanter. Contrairement à l'avis de Smirnoff, l'injection intra-musculaire tend à prévaloir aujourd'hui : elle est moins douloureuse et, pour ma part, je la recommande de préférence à l'injection sous-cutanée qui expose davantage aux abcès, tout en reconnaissant la rareté actuelle de ces derniers. L'injection sera donc faite profondément, dans le muscle. On peut aussi faire l'injection aux lombes ou dans le dos : les autres parties du corps doivent être évitées et c'est s'exposer à des accidents que de suivre la pratique de Köbner et d'injecter au voisinage des localisations syphilitiques. L'aiguille est enfoncée perpendiculairement à 2 centimètres sans pli préalable à la fesse et l'injection est faite lentement. La seringue une fois retirée, faut-il exercer sur la région un léger massage? Les avis sont partagés et, pour ma part, je ne suis pas encore fixé. Je crois, cependant, qu'il est préférable de laisser le malade tranquille, de même qu'au lieu de le condamner au repos après l'injection, on peut le laisser retourner chez lui. La solution à employer doit être fraîchement préparée : la désinfection des instruments doit être absolue. Il en est de même pour la désinfection de la région où va être faite l'injection. Il faut encore avoir soin de ne se servir que d'une aiguille parfaitement acérée et il faut être prévenu que, les injections mercurielles éraillant la pointe de ces aiguilles, il est nécessaire, l'injection une fois faite, de les tremper dans une solution phéniquée et même de les y conserver. La moindre négligence peut exposer à des accidents locaux. Les injections ne sont répétées qu'à des intervalles variables; moins souvent avec les préparations insolubles qu'avec les sels solubles. Dans ce dernier cas, on peut arriver à en faire tous les deux jours, tous les jours même pendant un mois : il faudra donc faire l'injection alternativement du côté droit et du côté gauche et au moins à 2 ou 3 centimètres de l'injection précédente. C'est dans ces cas qu'il y a avantage à faire l'injection à la fesse, puis dans la masse sacro-lombaire, alternativement des deux côtés, de façon à ne revenir qu'après plusieurs jours au point primitivement piqué. Si des phénomènes inflammatoires survenaient autour de la piqûre, il faudrait essayer, par le repos et les antiphlogistiques, d'en obtenir la rétrocession : si l'abcès leur succédait, il n'y faut pas toucher; il se résorbe le plus souvent, ou vient sans autre accident s'ouvrir au dehors. On peut alors intervenir tardivement : je crois inutile de rappeler que ces abcès sont aseptiques et sans microbes; le mot d'abcès ne leur convient même pas.

Le lieu d'élection pour les injections a souvent varié. Bien que la région de Smirnoff soit dans la plupart des cas adoptée, quelques expérimentateurs ont néanmoins proposé quelques modifications. C'est ainsi que M. le docteur Galliot, ayant remarqué qu'à la suite des injections dans la région rétro-trochantérienne il pouvait survenir des douleurs dans la cuisse, par suite de la compression probable du nerf sciatique, a choisi comme lieu d'élection un point situé à la réunion du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs d'une ligne horizontale, partant à deux travers de doigt au-dessus de la tête du grand trochanter et rejoignant l'extrémité supérieure du sillon inter-fessier. L'injection doit être faite toujours au-dessus de cette ligne. Il est une précaution recommandée par M. Balzer et qui a son importance, surtout lorsqu'on se sert de préparations insolubles de mercure, c'est d s'assurer que la canule est parfaitement sèche et n'a pas pénétré dans un vaisseau, afin de ne pas lancer dans l'économie une dose de mercure qui ne doit être absorbée qu'en plusieurs jours; afin d'éviter aussi les accidents d'embolies pulmonaires qui ont été signalés. La siccité de la canule étant obtenue en la trempant dans l'alcool et en la faisant passer à l'étuve, le sang sort facilement dans le cas de piqûre d'un vaisseau.

Quant au nombre d'injections à faire, il me paraît irrationnel de vouloir établir des règles fixes. S'il s'agit de sels solubles, on recommande une injection tous les jours, mais n'est-il pas plus logique de dire que ces injections seront faites selon la susceptibilité du malade? N'est-il pas préférable de les faire tous les deux jours, de suivre leur action sur la bouche, sur le tube digestif, etc.? De même pour les préparations insolubles, pourquoi vouloir les faire tous les huit jours pour tous les malades? Il me paraît bien plus clinique de suivre l'effet de ces injections sur les accidents syphilitiques, de s'en rapporter à la tolérance du malade,

(1) Jullien. *Gaz. des hôpit.*, 1890, p. 247.

d'individualiser en un mot. Tel malade pourra recevoir une injection tous les huit jours sans inconvénient; tel autre toutes les trois semaines seulement. En thérapeutique, les formules invariables ne valent rien et je suis de l'avis de M. Doyon : chaque sujet syphilitique représente une syphilis à observer et à combattre.

IV

J'arrive à un chapitre important de la méthode des injections, celui de ses avantages et de ses inconvénients, de ses indications et de ses contre-indications. Les avantages de la méthode sont les suivants : l'absorption du médicament est sûre et l'on n'a plus à compter avec le mauvais vouloir du malade, issu souvent d'un préjugé contre le mercure ou de la négligence et de la forfanterie, comme cela se voit dans les hôpitaux. La quantité de mercure introduite dans l'économie est exactement connue, tandis qu'il n'en peut être ainsi avec les frictions ou même avec les pilules qui, si elles sont vieilles ou mal faites, peuvent traverser le tube digestif n'étant que peu ou pas attaquées. Le médecin est donc assuré que le malade suit exactement son traitement, en même temps qu'il connaît absolument les doses de mercure introduites dans l'économie. Avec les injections, les manifestations syphilitiques cèdent rapidement et c'est là un avantage précieux, non seulement pour les cas graves, pour les cas où un organe important est menacé, mais encore dans la pratique courante pour les syphilides du visage par exemple. Cette prompte disparition des accidents présente encore un intérêt majeur, lorsqu'il s'agit de traitement à l'hôpital : la durée du séjour se trouve notablement diminuée et tous les médecins d'hôpital ont insisté sur ces avantages budgétaires. En ce qui concerne les hôpitaux militaires, où les journées de présence, pour maladies vénériennes, sont si nombreuses, cet avantage est à considérer.

Bien que je ne veuille rien emprunter à l'étranger, dans cette Revue, je crois, cependant, intéressant de citer une statistique de Lewin qui a montré que, dans son service, les malades qui restaient autrefois dix semaines à l'hôpital n'y passaient plus que quatre semaines, lorsqu'on les traitait par les injections. Il y a donc là une économie hospitalière réelle, dont il faut tenir compte. La méthode des injections est simple, commode et secrète : c'est encore là un avantage réel dans les familles. Ainsi qu'on l'a dit, plus d'ordonnance révélatrice, plus de pilules compromettantes. Si l'on songe combien, en province, un syphilitique a de peine pour commander, chez son pharmacien, une boîte de pilules (j'ai connu un malade qui les faisait venir de Paris ou du chef-lieu, auquel de prétendues affaires l'appelaient fréquemment), on reconnaîtra encore l'avantage d'une injection faite toutes les semaines par un médecin. Ce n'est pas seulement parce qu'elles font disparaître rapidement des syphilides exanthématiques que les injections sont à recommander, c'est aussi parce qu'elles modifient avantageusement l'évolution du chancre dont la durée est abrégée, parce qu'elles ont une efficacité indiscutable sur les syphilides rebelles, parce que, même (d'après Lewin), elles abaisseraient le chiffre des récidives. Cette affirmation demande toutefois à être contrôlée.

Martineau avait signalé qu'il n'y a pas à craindre de cachexie mercurielle, ni cet état d'intolérance que l'on voit survenir chez les malades qui prolongent le traitement par le mercure : toutefois, ses affirmations n'étaient pas très concluantes, car il se basait sur ce fait, qu'un centigramme de sublimé injecté pendant soixante ou quatre-vingts jours était parfaitement toléré. Or, il est certain qu'on administre tous les jours des doses quotidiennes de 2 centigrammes de sublimé en pilules, pendant un mois, six semaines, sans qu'il y ait le moindre symptôme d'intolérance. On a dit aussi que les injections avaient une action puissante sur les fonctions de nutrition auxquelles elles donnaient une vive impulsion. Cela est parfaitement exact, mais cela n'est pas spécial aux injections. C'est le fait de toute administration du mercure : je ne crois donc pas qu'on puisse dire avec M. Gaillard que le malade se reconstitue au lieu de s'affaiblir comme avec les autres méthodes. Que cette action favorable soit plus rapide avec les injections, d'accord; mais qu'elle n'existe pas lorsqu'on emploie les autres méthodes, c'est une erreur que la clinique et l'hématoscopie ont depuis longtemps réfutée.

Un des avantages indiscutables de la méthode est de ne porter aucune atteinte à l'intégrité des voies digestives, ce qui permet d'instituer un traitement tonique concomitant. Le fer, le quinquina pourront être administrés par l'estomac et l'on sait quelle importance acquiert, dans certains cas de syphilis, ce traitement reconstituant. On a fait aussi valoir que les injections ne déterminaient pas de stomatite, ni de troubles gastro-intestinaux : il faut s'entendre. Si l'on administre le mercure à haute dose, on peut s'exposer aux mêmes troubles gastro-intestinaux qu'avec toutes les méthodes et, d'ailleurs, il ne faut rien exagérer ; combien nombreux sont les malades qui n'ont aucune intolérance intestinale pour les pilules, si l'on a soin d'y incorporer un peu d'opium! Dans toutes ces questions, il faut surtout compter avec la susceptibilité de chacun. Quant à la stomatite, on peut être sûr qu'on la fera apparaître, je dirais presque, à volonté, avec la méthode des injections et qu'on l'évitera de même avec les pilules, si, dans le premier cas, on ne tient aucun compte de l'état de la bouche et si, dans le second, on a soin, avant de commencer tout traitement, d'envoyer le malade chez un dentiste et de lui recommander une pratique minutieuse de désinfection buccale. Reconnaissons donc que la stomatite et les accidents gastro-intestinaux sont rares avec la méthode des injections, mais n'exagérons pas. Ce qui domine, c'est l'action rapide, énergique, constante des injections.

Les inconvénients ne sont pas moins réels que les avantages, mais il faut reconnaître que certains d'entre eux ont été exagérés par les adversaires de la méthode, comme ses partisans en exagéraient quelques avantages. Je puis citer l'impossibilité, dans laquelle se trouve le malade, de se traiter lui-même, les visites qu'il est obligé de faire très fréquemment à son médecin. Sont-ce bien là des inconvénients? Il en est malheureusement de plus réels : ce sont surtout les douleurs et les abcès. L'injection peut être rendue douloureuse, au moment même, par la piqûre ; c'est là le fait de toute injection hypodermique et je sais, par expérience, qu'il faut compter avec cet inconvénient lorsqu'il s'agit d'enfants, de femmes pusillanimes, de sujets nerveux. Une douleur plus vive est celle qui survient à une date variable après l'injection, lorsque se forme un nodus, surtout si l'inflammation dégénère en abcès. C'est là l'inconvénient majeur de la méthode, mais il faut dire qu'avec les perfectionnements actuels et en suivant surtout les règles d'une antisepsie rigoureuse, les abcès deviennent très rares et les douleurs moins fréquentes encore. Quant aux eschares, aux autres accidents graves que l'on a signalés, il est permis, je crois, de dire qu'ils appartiennent aux premières phases de la médication. On pourrait même aller plus loin et dire qu'on a signalé à l'étranger des cas de mort par embolie pulmonaire, par intoxication mercurielle; mais a-t-on toujours été bien prudent dans l'emploi d'une méthode qui n'agit bien que parce qu'elle est précisément très active? Je signalerai un léger inconvénient de la méthode des injections, c'est que, si elles agissent sur les syphilides exanthématiques, leur action sur les syphilides érosives est bien moindre : on voit parfois des plaques muqueuses résister à toutes les injections. Cela, à mon avis, ne prouve pas l'impuissance de la méthode; cela ne prouve qu'une chose, c'est que, dans une syphilide érosive, il faut tenir compte d'un élément microbien surajouté et il suffit d'un antiseptique quelconque pour faire cicatriser, en quelques heures, ces plaques que les injections ne pouvaient à elles seules faire disparaître.

Les injections sont indiquées dans tous les cas où il faut agir vite et frapper fort, dans ceux où un organe important ou la vie même sont menacés, lorsque les voies digestives sont en mauvais état, lorsque la peau trop sensible ne supporterait pas les frictions sans exposer le malade à des symptômes d'hydrargyrie ou à des phénomènes d'intoxication ; s'il s'y trouve des plaies, une éruption antérieure, etc.; elles sont indiquées chez les femmes anémiques, faibles, dont on veut respecter les fonctions digestives, dans le but encore d'instituer un traitement général. Chez la femme

enceinte où, comme le dit M. Picquand, les voies digestives sont habituellement si irritables que l'on doit chercher avant tout à éviter de les tourmenter, les injections auront, le plus souvent, un immense avantage. La gingivite sera chez elles moins fréquente. De même chez les dyspeptiques, les injections seront, de préférence, conseillées. Toutes les fois que le secret du traitement s'imposera, l'injection sera préférable à toute autre médication. Dans les pays chauds, M. Galliot recommande particulièrement l'emploi des injections, tant à cause de l'impuissance où l'on se trouve de traiter le malade à cause du mauvais état des voies digestives qui est fréquent, qu'à cause de la susceptibilité spéciale de la peau qui s'oppose aux frictions dans les pays chauds. Au point de vue prophylactique de la syphilis, les injections doivent être recommandées et il serait à désirer que, dans les dispensaires de salubrité, les syphilitiques sorties de l'hôpital, fussent soumises à des injections périodiques : ce serait la vraie façon d'assurer leur traitement. Je ne parle pas de l'avantage qu'il y a à abréger la durée d'accidents contagieux chez les prostituées. Dans les cas de syphilis maligne, enfin, l'avantage de la méthode hypodermique est évident : elle agit vite, elle est mieux tolérée, elle permet un traitement reconstituant simultané.

La méthode a néanmoins des contre-indications. Je ne reviens pas sur les douleurs qui accompagnent la piqûre et qui peuvent obliger le médecin à renoncer aux injections chez certains malades. Je signalerai ce fait que l'on trouve mentionné, dans plusieurs observations : le même malade ayant eu plusieurs abcès, sans que l'on se soit départi pour lui des précautions prises pour les autres. Il semble que certains sujets soient réfractaires aux injections : ils ont des abcès et l'on ne sait pourquoi. Il peut y avoir là une contre-indication. On a pu supposer que certains malades, les diabétiques notamment, ne supporteraient pas les injections, mais Martineau, qui a insisté sur ce point, a vu un de ses malades supporter parfaitement les injections et ne présenter aucune inflammation de la peau ou du tissu cellulaire. Je crois néanmoins qu'on fera bien de s'abstenir des injections chez les diabétiques, non pas parce qu'ils ne les supporteraient pas, mais en raison de la gravité, que pourraient avoir chez eux les accidents locaux sur lesquels j'ai insisté. M. Besnier pense que les injections sont contre-indiquées chez les malades âgés, alcooliques, athéromateux. C'est à l'expérience de nous éclairer sur ce point. Deux grandes contre-indications sont signalées par M. Balzer : le mauvais état de la bouche auquel on peut, il est vrai, remédier et qui constitue, il faut le dire, une contre-indication ou, du moins, un inconvénient pour toutes les méthodes, et surtout l'albuminurie en raison de l'insuffisance d'élimination du mercure. Il est certain que l'état des reins devra toujours préoccuper le médecin.

Voici, en terminant, l'opinion de quelques auteurs qui se sont occupés de cette question :

A la suite de la communication de M. Balzer, à la Société médicale des hôpitaux en 1887, M. E. Besnier prit la parole au sujet des injections mercurielles, fit part de ses expériences sur le calomel et l'oxyde jaune et formula certaines objections. Après avoir rappelé qu'il se produit presque toujours, à la suite des piqûres, une douleur qui peut aller jusqu'à entraver les fonctions du membre, après avoir parlé des nodosités qui peuvent être l'origine d'abcès, après avoir signalé la possibilité d'autres accidents, M. Besnier s'élève contre cette prétention d'introduire sans contrôle, dans l'économie, un stock de mercure, en raison des différences individuelles de résistance à la mercurialisation. A ce système, dit M. Besnier, je préfère de beaucoup une médication dont la clef, si je puis ainsi parler, reste dans la main du médecin, qui l'ouvre ou la ferme à son gré, suivant les indications et les contre-indications. Il ne faut pas croire que cette méthode mette à l'abri des récidives : ce traitement, enfin, pénible pour les malades, fait le vide autour de lui. En résumé, conclut-il, les indications paraissent être très limitées, et il faut être très sobre de son emploi. Ce n'est pas une méthode générale du traitement de la syphilis : elle éteint les foyers locaux de la maladie, elle stérilise peut-être pour un certain temps l'économie au point de vue des foyers à venir, mais il ne m'est pas apparu, dit M. Besnier, que son action fût remarquablement plus rapide ou plus profonde qn'avec les autres modes.

M. le professeur Fournier, qui a consacré une leçon à la méthode des injections mercurielles (1), passe en revue ses avantages et ses inconvénients. Il reconnaît que les injections excluent toute supercherie de la part des malades, qu'elles assurent un dosage exact et mathématique. Elles respectent, dit-on, les voies digestives. Oui, continue M. Fournier, mais n'exagérons rien. Avec ces injections, on risque d'offenser l'estomac et l'intestin. On a vu les injections produire des vomissements, des selles sanguinolentes, du catarrhe intestinal et des troubles gastriques. A propos de l'action sur la santé générale, de l'augmentation de poids, de l'augmentation du nombre des globules du sang, qui sont la conséquence des injections, M. Fournier se demande s'il n'y a pas là un certain enthousiasme de la part des partisans des injections. Il faut en rabattre, dit-il, et faire observer que, pour obtenir ces bons effets, on a toujours employé de faibles doses, 4 à 5 milligrammes, 1 centigramme au plus. Au delà, il se produit quelquefois des accidents. Quant aux résultats obtenus avec de faibles doses, cela est vrai, mais c'était chez des malades au début de leur affection ou atteints d'accidents secondaires. Aurait-on obtenu d'aussi beaux résultats dans les cas graves ? Nier l'action des injections est impossible. Tout le monde admet leur effet curatif, mais ce traitement est-il le meilleur de tous ? On le dit, mais il est permis d'en douter. D'autre part, ses inconvénients sont inhérents à la méthode. M. Fournier vise surtout la douleur et les abcès et il arrive à ces conclusions : Dans la mesure du possible, il faut épargner aux malades les inconvénients des injections. Celles-ci ont seulement des indications précises et formelles, qui sont au nombre de trois : d'abord les cas où les autres méthodes ont échoué ; ils sont fréquents : ensuite l'intolérance des voies digestives, la nécessité de respecter ces voies quand elles doivent être laissées libres pour l'administration d'autres médicaments ; les cas où la peau supporte mal les frictions ; enfin, dernière indication moins formelle, cas graves où il faut une mercurialisation rapide. Les injections constituent-elles une méthode usuelle et habituelle ? on les a proposées dans ce but. Pour leurs partisans, elles suffisent à tout ; elles doivent remplacer tous les autres traitements. Non, les injections ne peuvent se substituer à toutes les autres méthodes en tant que traitement usuel.

M. Brocq, dans une revue critique (2), insiste sur les récidives qui, d'après le raisonnement seul, doivent se produire dès que la provision de mercure de l'économie sera épuisée ; il faudra donc faire plusieurs séries de piqûres. Mais alors, dit-il, l'objection que M. Besnier tire de la production de foyers inflammatoires et d'abcès, prend une force singulière. « S'il s'agit de cribler ces régions de temps en temps, pendant plusieurs années, d'indurations, de cicatrices, il n'y faut plus songer. » Pour M. Brocq, il faut, pour rendre la méthode pratique, arriver à la presque complète suppression de tout phénomène douloureux et inflammatoire, autour du foyer d'infection. Il faudra ensuite préciser, par de nombreux essais comparatifs, la puissance thérapeutique de ce moyen de mercurialisation, en étudier les inconvénients, en déterminer les contre-indications, car il n'est pas indifférent d'introduire ainsi, sans pouvoir les reprendre, des doses massives de médicament actif dans l'économie. Puis viendront les difficultés de pratique, si bien, estime M. Brocq, que cette méthode ne pourra jamais dans la pratique remplacer, comme méthode universellement adoptée, la méthode stomacale ou les frictions mercurielles.

Parmi les auteurs qui ont insisté sur les inconvénients de la méthode, il faut citer M. Hallopeau, qui a consacré un article aux inconvénients et aux dangers inhérents au traitement de la syphilis, par les injections de mercure pratiquées à intervalles éloignés (3). Après avoir pris connais-

(1) Fournier. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1889, p. 17.
(2) Brocq. *Gaz. hebd. de méd.*, 1887, p. 615.
(3) Hallopeau. *Bull. méd.*, 1888, p. 1113.

sance de l'article dans lequel M. Raugé signalant la méthode de Lang la décrivait comme une méthode supérieure, M. Hallopeau, se demandant si elle allait entrer dans la pratique courante et faire tomber dans l'oubli les méthodes anciennes, lui adressait les reproches que voici. En premier lieu, les difficultés inhérentes à la préparation de l'huile elle-même : antisepsie absolue, difficulté de conservation. En second lieu, ce fait que la méthode ne tient pas compte du degré si variable de tolérance que présentent pour le mercure les différents sujets. Si l'on ne craint pas d'injecter en une seule fois la dose suffisante pour agir sur la maladie pendant une semaine, on doit fatalement provoquer, chez un certain nombre de sujets, une salivation dont M. Hallopeau signale les dangers. Par les autres méthodes d'introduction de mercure, on gradue à volonté la dose du médicament et l'on réussit ainsi, sinon à prévenir toujours la stomatite, du moins à la maintenir dans des limites telles qu'elle constitue un accident de peu de gravité. Enfin, si l'on connaît la dose de mercure que l'on introduit sous la peau, on ignore avec quelle rapidité elle est absorbée et l'on s'expose ainsi à une intoxication, par le mercure emmagasiné pendant un certain temps, puis résorbé en masse. En résumé, M. Hallopeau considère comme dangereuse et d'une précision illusoire, la méthode qui consiste à introduire dans l'organisme, à des intervalles de plusieurs jours, un approvisionnement de mercure qu'il peut emmagasiner ou user sans règle, et il continuera à employer les anciennes méthodes, qu'il considère comme plus prudentes. M. Raugé a lui-même répondu aux craintes exprimées par M. Hallopeau et aux objections qu'il formulait. Les difficultés matérielles ne comptent guère dans le choix d'une méthode, et d'ailleurs elles n'existent pas en pratique. Quant à la stomatite mercurielle, elle peut être évitée si l'on n'emploie que des doses moyennes. La précision de la méthode, visée déjà par les arguments de M. Besnier, ne peut être comparée à celles des injections de calomel ou d'oxyde jaune. Elle n'en a pas les dangers, n'employant que des quantités moindres de mercure. En ce qui concerne la rapidité d'absorption, l'expérience montre que la masse injectée se résorbe et disparaît dans un délai qui est toujours sensiblement le même : aussi n'y a-t-il pas lieu de craindre que la substance abandonnée dans les tissus se dissolve d'une façon subite et empoisonne le malade.

M. Diday, avec la verve qui lui est familière, a, sous ce titre : « Un point noir dans l'huile grise (1) », adressé une critique aux injections, celle de n'être acceptées qu'avec répugnance par les malades, qui se refusent à suivre un traitement douloureux. Déjà, nous avons vu M. Besnier accuser les injections de faire le vide dans ses salles. M. Balzer, lui-même, est obligé de reconnaître que les injections de sels insolubles de mercure ont un avantage sur les préparations solubles, celui de nécessiter un moins grand nombre de piqûres, ce qui les fait préférer par les malades. Ainsi que le faisait remarquer toutefois M. Raugé à M. Diday, ce sont surtout les suppurations, les accidents douloureux dont les malades sont témoins, qui les effraient. Ces accidents, qui sont loin d'être rares avec les anciens procédés, n'existent pour ainsi dire pas avec l'huile grise, et M. Diday aurait mauvaise grâce à rapporter à celle-ci ce qui doit être mis sur le compte des préparations anciennement employées. Il n'en reste pas moins vrai que, même avec les préparations récentes, et sans tenir compte des accidents locaux, la douleur seule, qui suit l'injection, éloigne de cette méthode un certain nombre de malades. M. Raugé fait remarquer, à la vérité, qu'en ce qui concerne l'huile grise, la douleur n'est pas plus prononcée que celle qui succède à une injection de morphine; il faut reconnaître, d'autre part, que si l'on se sert de préparations insolubles, d'huile grise, l'injection n'est répétée qu'à des intervalles assez éloignés, et que le nombre de ces injections est, somme toute, assez restreint; il n'en est pas moins vrai que si l'on se sert de sels solubles, les injections sont toujours au nombre d'une trentaine, et que ces trente piqûres, pour la plupart pénibles, sinon douloureuses, sont un des grands inconvénients de la méthode. Il n'est que juste de reconnaître, cependant, que la douleur s'atténue à mesure que la méthode des injections se perfectionne, et que, si l'on distingue la douleur des accidents locaux, contingents et le plus souvent évitables aujourd'hui, de la douleur qui tient à l'injection elle-même, on est obligé de reconnaître que celle-ci n'a pas assez d'importance pour faire abandonner ce mode de traitement et que cet inconvénient n'est pas plus grave que ceux que l'on rencontre dans les autres procédés journellement appliqués.

(1) Diday, *Bull. méd.*, 1888.

Quant à la question de savoir si l'on doit préférer les sels de mercure solubles, aux sels insolubles, écoutons MM. Balzer et Thiroloix : « Dans le traitement de la syphilis par les injections de mercure, les préparations insolubles qu'on injecte rarement, mais à doses massives, paraissent devoir l'emporter actuellement sur les préparations solubles qu'on injecte chaque jour sous la peau. Pourtant, celles-ci ne seront pas abandonnées, car elles répondent à une catégorie d'indications, qu'aucune autre méthode d'administration du mercure ne peut remplir. On trouve, en effet, assez fréquemment des malades pour lesquels les troubles gastro-intestinaux interdiront la voie stomacale à l'introduction du mercure, et dont l'état défectueux de la bouche ne permet en même temps ni les injections massives, ni les frictions, méthodes qui peuvent avoir l'inconvénient de produire brusquement l'intolérance buccale. L'emploi des préparations solubles de mercure est incontestablement préférable dans ces cas à toutes les autres méthodes. Si l'on n'y recourt pas davantage, c'est que la pusillanimité des malades oblige, le plus souvent, à renoncer à une méthode qui a contre elle le renouvellement quotidien de souffrances assez vives au moment des injections. » M. Jullien, nous l'avons vu, donne la préférence aux préparations insolubles qui constituent la méthode de choix. Elles peuvent néanmoins devenir nuisibles, si les émonctoires ne fonctionnent pas bien. C'est alors qu'il donne la préférence aux sels solubles qu'il injecte quotidiennement, à faible dose, pour interrompre au moindre signe d'intolérance. M. Brousse considère aussi les préparations insolubles, comme constituant la méthode de choix. Les injections solubles, dit-il, ne sont de mise que lorsqu'il y aura contre-indication à l'emploi des injections massives, soit à cause de l'état général du sujet (grossesse, albuminurie, cachexie), soit à cause du mauvais état de la dentition. On sait, d'autre part, depuis les expériences de Köbner et Bockhart que ce sont les sels mercuriels qui séjournent, le plus longtemps, dans l'organisme, qui ont l'action la plus forte et la plus durable et que ce sont ceux qui s'opposent, par suite, le mieux aux récidives. La lenteur d'élimination de ces sels est en raison directe de leur action curative. On connaît le tableau qu'ils ont dressé de la durée d'élimination des composés mercuriels. Ce sont l'onguent gris, le calomel que l'on retrouve dans les sécrétions pendant environ six mois, puis le sublimé, la peptonate de mercure. Le bicyanure de mercure, le formiamide de mercure s'éliminent en neuf et six semaines.

Il est une circonstance dans laquelle la préférence doit être donnée aux sels solubles, c'est lorsqu'il faut agir vite contre des accidents graves qui menacent la vie. L'absorption du mercure se fait alors avec une rapidité que l'on ne peut espérer, lorsqu'on emploie des préparations insolubles, et l'organisme est saturé de mercure en un temps beaucoup plus court. M. Besnier restreint l'emploi des préparations insolubles aux seuls cas, dans lesquels les manifestations syphilitiques résistent aux procédés habituellement employés. Les préparations insolubles ont cet avantage de ne nécessiter qu'un très petit nombre d'injections, trois ou quatre dans un mois, pour faire disparaître des accidents, tandis qu'il faut au moins trente injections de sels solubles. On peut objecter, il est vrai, qu'il peut n'être pas très prudent d'injecter d'un seul coup une grande quantité de mercure, dont on n'est plus maître : c'est pour cette raison que l'on tend de plus en plus à diminuer les doses injectées et que l'on doit graduer ces doses, suivant la tolérance du malade.

Il resterait encore beaucoup à dire sur les injections, sur leur action sur le sang, sur leur emploi comme méthode abortive de la syphilis, etc. : je préfère terminer cette Revue, déjà longue, par un résumé pratique.

La méthode des injections mercurielles est excellente, mais il faut savoir s'en servir. Vouloir l'employer dans tous les cas, ne me paraît pas logique. Il ne faut pas oublier que la méthode des pilules, par exemple, est aussi une méthode excellente qui a, comme la méthode des injections, ses avantages et ses inconvénients, ses indications et ses contre-indications. Il serait injuste de ne vouloir trouver que des avantages à l'une, que des inconvénients à l'autre : je ne crois pas que l'on doive partout et toujours employer celle-ci à l'exclusion de celle-là. En pratique, tel cas sera traité par les pilules, tel autre par les injections; mais ce que je n'admets pas, c'est que l'on ne considère les injections que comme une méthode de choix, qui ne trouve son emploi que dans quelques cas rares. A mon avis, les cas où les injections seront employées avec avantage, sont aussi nombreux que ceux où l'on prescrirait les pilules. Il suffira de relire le chapitre des indications et de faire appel à ses souvenirs de pratique pour proposer au malade telle ou telle médication. Inversement, je ne vois pas pourquoi les injections, qui ont certainement des inconvénients, auraient la prétention de remplacer toutes les autres méthodes d'administration du mercure. Elles ne méritent ni excès d'honneur, ni indignité, et je crois qu'il ne faut pas se laisser aller à l'entraînement. Prenons un exemple : voici un syphilitique qui se présente à nous; il est marié, et il redoute l'indiscrétion du traitement; ses voies digestives ne sont pas en parfait état. Il est évident qu'on pourra le soumettre aux pilules, et nombreux sont les gens mariés qui se traitent ainsi, aujourd'hui même, à Paris, sans inconvénient; mais pourquoi ne pas supprimer ces deux désavantages par une injection qui n'a pas plus d'inconvénients ? Je prends ici un cas banal : il me serait bien plus facile de choisir les cas graves où les pilules cèdent alors le pas sans aucune contestation aux injections mercurielles. Il ne faut pas voir, dans toute injection, la source d'accidents et nous n'en sommes plus, heureusement, à la période où l'on pouvait les considérer comme une médication dangereuse. Soyons éclectiques, reconnaissons le progrès et surtout écoutons l'expérience et ne nous laissons pas influencer par le seul raisonnement. Est-ce à dire que la méthode des injections n'est plus à perfectionner? Certes non, et je crois qu'il y a encore bien des essais à tenter en ce sens, mais les résultats acquis prouvent qu'il faut compter avec cette méthode : une négation de parti pris ne serait plus de mise.

Le principe de l'injection étant admis, faut-il choisir, parmi les sels solubles ou parmi les préparations insolubles ? Ici encore, il faut être, avant tout, clinicien. Si, dans un cas grave pressé, on doit préférer un sel soluble, le plus souvent, c'est une préparation insoluble qu'on choisira. L'oxyde jaune ou l'huile benzoïnée sont à recommander (1), mais il faut savoir qu'il faut tâter la susceptibilité du malade et c'est, à mon avis, une faute que d'injecter du premier coup la quantité considérable que l'on voit indiquée dans certaines observations. Il faut reconnaître, cependant, que, depuis quelque temps, on diminue notablement les doses injectées. On sera toujours à temps d'augmenter cette dose et l'on évitera ainsi des accidents d'intoxication. Je rappelle en terminant que, si l'on veut obtenir des injections les bons résultats que l'on a signalés, si l'on veut éviter les accidents locaux ou autres, il faut suivre minutieusement les préceptes que l'expérience a permis de formuler : avec cette méthode, comme avec les autres d'ailleurs, mais plus qu'avec toute autre, il faut prendre des précautions sans lesquelles on ne peut que s'exposer à des revers.

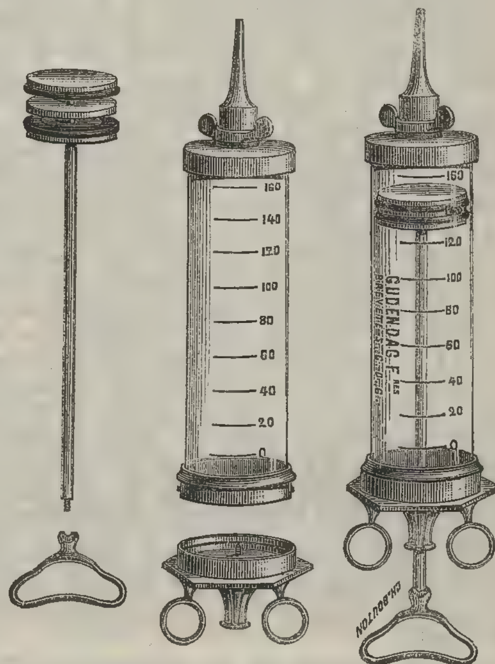
(1) J'appelle ici l'attention sur le salicylate de mercure, préparation dont je n'ai pas d'expérience personnelle, mais dont j'ai vu les bons effets en Allemagne.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Seringue pneumatique absolue de Félizet.

La *seringue pneumatique absolue*, destinée aux injections des hydrocèles et au lavage des grandes cavités, repose sur le principe de la seringue à injections hypodermiques et à instillations; ce principe est l'expansion excentrique régulière des disques de caoutchouc : l'effet est le vide absolu. Cette seringue a pu séjourner, en tension de vide, pendant vingt-quatre heures, dans un réservoir plein d'eau, sans qu'une goutte de liquide ait pénétré dans le corps de pompe.

Pour assurer, à une seringue d'une capacité de 100 grammes et plus, avec cette puissance, la qualité de démontage facile de fonctionnement régulier et d'aseptisation parfaite que présentait notre petit modèle, nous avons rencontré de sérieuses difficultés d'exécution.



La compression, régulière sur un disque petit et mince, donnait des effets incertains sur un disque de 5 centimètres de diamètre. C'est par un petit artifice, que je leur ai conseillé, l'interposition d'un disque métallique mobile intermédiaire à deux disques, ou plutôt à deux colliers de caoutchouc spécial, que MM. Gudendag sont arrivés à obtenir un piston aussi parfait que celui des modèles hypodermiques, et nous sommes assurés, déjà, de pouvoir faire des pompes de large section, aussi exactes et aussi puissantes que la seringue à hydrocèle.

L'interjonction d'un disque mobile de métal ne complique en aucune façon le démontage de l'appareil, ni la décomposition des pièces à laver, à changer et à stériliser.

En résumé, un vide absolu dans l'acception scientifique du mot, un fonctionnement régulier, un démontage rapide, une stérilisation des plus faciles, un agencement des accessoires disposé pour en faire l'instrument le moins encombrant de la chirurgie urinaire et de la chirurgie générale : telles sont les qualités qui m'ont paru devoir recommander, à vos yeux, cet instrument pour l'exécution duquel je n'ai eu qu'à me louer de MM. Gudendag.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 3 juillet 1892, le prix du trousseau des élèves à admettre, cette année, à l'École du service de santé militaire, est arrêté à 1 007 fr. 83 c., au lieu de 1 030 francs, chiffre précédemment fixé.

— La commission de répartition des fonds du pari mutuel s'est réunie jeudi, au ministère de l'agriculture, sous la prési-

dence de M. Develle. Elle a accordé à diverses œuvres de bienfaisance des subventions s'élevant à la somme de 978500 francs.

Parmi ces subventions, nous relevons les suivantes : Construction d'un pavillon d'isolement à la clinique nationale des Quinze-Vingts, pour le traitement de l'ophthalmie purulente et la création d'ateliers à l'école Braille : 400000 francs. — Construction d'un nouvel hôpital à Montbéliard : 50000 francs. — Reconstruction à Laforce (Dordogne) de l'asile de Bethesda, destiné aux femmes idiotes et infirmes : 50000 francs. — Projet de création, à Bagnères-de-Luchon, d'un hôpital national destiné à recevoir les indigents de tous les départements : 100000 francs. — Construction d'un nouvel hôpital à la Tour-du-Pin : 40000 francs. — Création d'un nouveau pavillon à l'hôpital marin de Pen-Brou (Loire-Inférieure) : 40000 francs.

La commission s'est enfin occupée de la création d'un hospice marin pour les enfants scrofuleux du département de la Seine, l'emplacement primitivement choisi à La Boulerie, près Saint-Raphaël, ayant été abandonné. La décision a été remise à la prochaine séance.

— Jeudi, sous la présidence de M. Poubelle, préfet de la Seine, a eu lieu l'inauguration de l'hospice Debrousse, situé rue de Bagnolet (XX[e] arrondissement).

— M. le docteur Bouzol (du Cheylard) est nommé médecin-inspecteur des enfants assistés pour le canton de Saint-Martin de Valamas et la commune de Mézilhac et de Lachamp-Raphaël (Ardèche).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Drouet (de Paris).

Ulcère de l'estomac (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par G.-M. Debove et J. Renault. In-16, rel. d-amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et C[ie].

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 80. — MARDI 12 JUILLET 1892. 65e ANNÉE. MARDI 12 JUILLET 1892. — N° 80.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.** »	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas jeudi.

Paris, le 11 juillet 1892.

Nous avons bien des fois, dans ce journal, démontré la nécessité urgente d'améliorer et de compléter un enseignement clinique, qui, de l'avis même de la Faculté de médecine, était notoirement insuffisant. Le Conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique, après un remarquable rapport de M. Millard, vient d'adopter le projet suivant présenté par M. Brouardel :

PROJET DE RÈGLEMENT DU STAGE HOSPITALIER

I. — *Du stage.*

1° Tous les étudiants en médecine feront, dans les hôpitaux de Paris, un stage dont la durée ne sera pas inférieure à trois années.

Les étudiants accompliront ce stage pendant leurs deuxième, troisième et quatrième années d'étude.

Pendant les deux premières années de stage, les élèves seront attachés aux services généraux de médecine et de chirurgie.

Pendant la troisième année, les élèves seront nécessairement attachés pendant un trimestre aux services d'accouchements. Ils devront, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et syphilitiques, aux maladies nerveuses, aux maladies mentales, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires.

2° Les élèves stagiaires seront répartis par groupes de vingt dans les services affectés à l'enseignement.

3° Chacun des groupes de stagiaires sera composé d'élèves appartenant à une année de stage.

4° Pendant toute la durée de cet enseignement, l'élève devra être exercé individuellement à la recherche des signes, des symptômes des maladies. Il devra prendre part personnellement à l'examen des malades.

II. — *Répartition dans les hôpitaux entre les médecins chargés de cet enseignement. — Répartition des élèves stagiaires.*

5° Les services affectés à l'enseignement pendant les deux premières années du stage sont : 1° les services de clinique générale de la Faculté de médecine ; 2° des services pris parmi ceux qui sont dirigés par des médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux généraux.

Les services affectés à l'enseignement pendant la troisième année sont : 1° les chaires d'accouchement et de clinique spéciale de la Faculté de médecine; 2° des services pris parmi ceux qui sont consacrés aux accouchements et aux spécialités dans les divers établissements hospitaliers.

M. le directeur de l'Assistance publique désignera, dans les différents hôpitaux, le nombre des services dirigés par des médecins, chirurgiens et accoucheurs qui, dans chaque hôpital, sera affecté à cet enseignement.

6° Les médecins, chirurgiens et accoucheurs, qui désireront être chargés de l'enseignement des stagiaires, adresseront leur demande, avant le 15 juin, à M. le directeur de l'Assistance publique.

Celui-ci convoquera une commission composée, pour la Faculté de médecine, de quatre membres : le doyen et trois professeurs délégués par la Faculté; pour l'Assistance publique, de quatre membres : le directeur et trois membres du Conseil de surveillance.

Le directeur présidera la commission. En cas de partage, la voix du président sera prépondérante.

Le directeur soumettra à la commission le projet de répartition des services dans les différents hôpitaux, la liste de demandes adressées par les médecins, chirurgiens et accoucheurs.

Le doyen de la Faculté indiquera le nombre des élèves soumis au stage.

La commission dressera une liste de présentation comprenant pour chaque place deux noms, si cela est possible.

Cette liste sera adressée à M. le ministre de l'Instruction publique, qui nommera les médecins, chirurgiens et accoucheurs chargés de ces cours.

7° L'enseignement durera du 1er décembre au 15 juin. Les titulaires des cours seront nommés pour trois ans. Les élèves seront répartis de façon qu'ils passent trois mois dans un service de médecine et trois mois dans un service de chirurgie.

Le professeur donnera, à la fin du cours, des notes sur le travail de chaque élève. Ces notes seront transmises, par les soins du directeur de l'Assistance publique, au doyen de la Faculté, pour être jointes au dossier de l'élève.

8° Chaque professeur recevra de l'État une indemnité annuelle de 3000 francs.

Aucuns frais ne résulteront pour l'Assistance publique de cet enseignement.

9° La répartition des élèves dans les cliniques de la Faculté et dans les services désignés par la commission sera établie à la Faculté par son doyen.

Au moment où leur nom sera appelé, les élèves de troisième année de stage désigneront le service d'accouchements dans lequel ils désirent faire leur stage, ainsi que l'époque de ce stage, puis le ou les services spéciaux qu'ils veulent suivre.

Les stagiaires de deuxième année seront de préférence répartis dans les hôpitaux du centre, les stagiaires de première année dans les hôpitaux excentriques.

La liste de répartition sera transmise à M. le directeur de l'Assistance publique, qui délivrera les cartes d'entrée dans les hôpitaux aux élèves.

10° Les élèves internes et externes des hôpitaux qui, pendant la durée de leur service hospitalier, n'auraient pas été attachés à un service d'accouchements, devront faire un stage dans un de ces services. S'ils le préfèrent, ils seront admis à accomplir un stage de deux mois à la clinique Baudelocque, de dix heures du soir à huit heures du matin.

11° La commission étudiera dans quelles conditions les spécialités pourraient être enseignées dans l'après-midi, en combinant les heures de façon à ne pas entraver les exercices pratiques exigés par la Faculté pendant la même période scolaire.

12° Si l'Assistance publique autorise la création de cours libres, payés directement par les élèves, les chefs de service qui pourraient être appelés à siéger dans les jurys d'examen de la Faculté ne recevront pas cette autorisation.

13° La discipline dans l'intérieur de l'hôpital appartient au directeur de l'établissement.

EMPLOI DES SUBVENTIONS DE LA VILLE DE PARIS A L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE HOSPITALIER. — COURS LIBRES ET COURS PAYANTS

1° L'enseignement des stagiaires étant assuré par les dispositions précédentes, il est désirable, dans l'intérêt des élèves qui ont fini leur stage, que les sacrifices faits par le Conseil municipal jusqu'à ce jour aux cliniques hospitalières soient continués, pour perfectionner l'enseignement clinique et favoriser le libre enseignement des cliniques générales ou spéciales et les recherches capables de concourir au progrès de la science médicale.

Les nouvelles ressources mises à la disposition de l'Assistance publique par la Ville de Paris, pourraient être affectées à la création d'un hôpital de policlinique ou se répartir, jusqu'à nouvel ordre, dans les hôpitaux où se donne un enseignement libre et spécial, notamment à Saint-louis, aux services d'enfants et à l'amphithéâtre des hôpitaux.

2° Des cours libres, rétribués directement par les élèves, pourront être ouverts dans les hôpitaux. L'autorisation de faire ces cours sera réservée aux membres du corps médical des hôpitaux qui auront obtenu leurs fonctions par le concours.

Ils se feront l'après-midi, avant la visite du soir, afin de ne pas troubler le fonctionnement des services.

Ce projet, même adopté par le Conseil de surveillance, n'est encore qu'un projet, et, parmi les membres de la minorité qui ne l'ont pas adopté, on cite M. le directeur de l'Assistance publique et un membre qui fait, à juste titre, autorité devant le Conseil municipal sur toutes les questions qui touchent à l'administration de nos hôpitaux parisiens. Or, ce n'est qu'après la sanction du Conseil municipal que le nouveau projet devient réalisable.

Ajoutons, suivant la remarque déjà faite par la *Gazette hebdomadaire*, qu'il est vraiment curieux de voir une *commission de l'enseignement clinique hospitalier* n'aboutir, pour toute réforme, qu'à une modification purement universitaire, comme la réglementation du stage.

Récemment, il a été question, ici, des services de chirurgie dans les hôpitaux d'enfants. Nous voudrions parler aujourd'hui de l'organisation et du fonctionnement des services de médecine dans ces mêmes hôpitaux et signaler à nouveau un certain nombre de desiderata d'importance primordiale. On reconnaîtra avec nous que certaines réformes s'imposent, en toute urgence, de toute nécessité. Il importe de faire cesser, entre les petits malades soignés dans ces hôpitaux, une promiscuité de tous points contraire aux notions que nous avons sur le mode de propagation des maladies contagieuses et, en particulier, des maladies qui frappent de préférence le jeune âge : les fièvres éruptives, la coqueluche, la diphthérie.

Procédons par ordre : prenons les enfants à leur entrée et suivons-les dans l'hôpital des Enfants-Malades (1).

Depuis quelques années, un service de triage fonctionne le matin, aux jours de consultation ; les contagieux sont mis à part et directement répartis dans les salles. L'organisation de ce triage, à l'entrée, a été un véritable progrès, mais son fonctionnement laisse beaucoup à désirer et des erreurs regrettables sont fréquemment commises ; il ne se passe pas de semaine, par exemple, où l'on ne voie entrer, dans le service de la rougeole, des enfants qui y viennent sans que le médecin puisse savoir ce qui a pu déterminer à les placer dans ces salles spéciales. Il en est de même pour les autres services d'isolement. C'est que le triage des contagieux, à l'entrée, est fait par des externes auxquels on ne peut demander une expérience qui n'est pas de leur âge.

Cette sélection devrait être confiée à un personnel médical d'une expérience indiscutable.

Lui aussi ferait des erreurs de diagnostic, les plus grands maîtres en font. Elles seraient moins fréquentes que celles que font couramment des jeunes gens, au début de leurs études. Lui aussi se trouverait en présence de cas incertains, de *douteux*.

Des salles de *douteux* devraient donc être affectées aux divers services d'isolement. Elles devraient être petites et faciles à désinfecter. L'idéal serait l'isolement individuel. Chaque cabine serait complètement désinfectée dès qu'elle cesserait d'être occupée.

A l'heure actuelle, il n'y a pas de service spécial d'isolement pour la coqueluche. La contagion hospitalière n'est pas rare, et, d'autre part, les coquelucheux prennent très volontiers dans les salles communes de graves complications : la broncho-pneumonie surtout. Ils sont dangereux pour les autres, mais, en revanche, le séjour dans les salles communes est dangereux pour eux, il faut les isoler au même titre que les rougeoleux, les scarlatineux et les diphthéritiques.

Les salles actuellement consacrées à la rougeole, aux Enfants-Malades, sont d'une désolante insuffisance ; situées sous les toits, mansardées, elles sont trop petites, mal aérées et encombrées. Aussi les ravages de la maladie y sont-ils effrayants. La mortalité serait de 20 à 30 p. 100. C'est une honte, il faut le dire bien haut. Ce serait un crime social que de ne pas remédier promptement à ce triste état de choses. Il en est, du reste, sérieusement question, paraît-il, et on est sur le point de construire un pavillon de la rougeole, semblable au très beau pavillon de la scarlatine.

Autre point : dans certaines salles, les jeunes enfants, les enfants de un à deux ou trois ans, se trouvent réunis : ces coins de service sont des antichambres de cimetière. La mortalité est énorme parmi ces petits êtres sans résistance, qui sont avec une déplorable facilité la proie de toutes les contagions. La broncho-pneumonie, en particulier, y exerce ses ravages en permanence. Souvent elle est appelée par la coqueluche, que l'enfant l'ait apportée du dehors ou l'ait

(1) Nous ne parlons ici que de l'hôpital des Enfants-Malades, parce que des circonstances particulières nous ont permis de voir de près, par expérience personnelle, comment les choses se passent dans cet établissement. Ce que nous avons à dire s'appliquerait tout aussi exactement sans doute à l'hôpital Trousseau.

prise à l'hôpital. Il faudrait, pour ces petits, pour ces jeunes, des salles spéciales, vastes, bien chauffées et bien aérées, facilement et souvent désinfectées. Il faudrait à leur usage un roulement de salles; les salles ne seraient occupées que tour à tour, pendant que les vacantes seraient désinfectées. L'idéal d'un hôpital d'enfants, ce serait une série nombreuse de petits pavillons, sans étages, disséminés sur de vastes terrains. Hélas! nous sommes loin d'en être là!

Enfin, il y aurait lieu d'organiser, dans les hôpitaux d'enfants, un service de dermatologie. Le traitement des maladies de peau et de la teigne occuperait facilement un médecin et ses aides dans chacun des deux hôpitaux d'enfants. A l'heure actuelle, on peut bien avouer, sans blesser personne, que les maladies de la peau ne sont ni suffisamment étudiées, ni suffisamment traitées dans les hôpitaux d'enfants. Mettons à part le service de M. le professeur Grancher, auquel on doit de précieuses améliorations. Il a su faire l'isolement dans ses salles, il fait constamment appel à un dermatologiste de compétence connue. L'organisation de son service est à donner comme modèle. Il a, il est vrai, en tant que professeur de clinique, des ressources que n'ont pas les autres médecins.

Ces ressources, il faut qu'on les leur donne. Il faut qu'on leur donne les moyens matériels de faire cesser une promiscuité qui rappelle les jours héroïques de nos hôpitaux. Il faut organiser matériellement l'isolement et la désinfection, dont l'utilité n'est plus à démontrer.

La séance de la Société médicale des hôpitaux (8 juillet) a été en grande partie remplie par une remarquable étude de M. Babinski, sur la paralysie hystérique systématique (paralysie partielle ou systématique des fonctions motrices du membre inférieur gauche). Voici les points les plus intéressants de cette étude:

« Les divers actes susceptibles d'être accomplis sous l'influence de la volonté, par un même groupe de muscles, qu'il s'agisse d'actes simples, élémentaires, comme par exemple la flexion du pied sur la jambe, ou bien d'actes plus compliqués, comme la marche, le saut, peuvent subir une dissociation et être individuellement abolis. Il en résulte une perturbation spéciale, un genre de paralysie qui mérite d'avoir une dénomination propre.

MM. Charcot et Richer ont décrit, comme on le sait, une affection qui est connue, depuis le travail de M. Blocq, sous le nom d'astasie et d'abasie, dans laquelle l'impossibilité de la station verticale et de la marche contraste avec l'intégrité plus ou moins complète des autres mouvements que peuvent exécuter les membres inférieurs. Les expression *astasie*, *abasie* s'appliquent on ne peut mieux aux troubles moteurs qu'elles servent à désigner, mais comme cette affection n'est qu'un cas particulier du genre de paralysie que j'ai en vue, il faut donner à celle-ci une dénomination plus générale.

On pourrait l'appeler paralysie partielle ou systématique des fonctions motrices, les deux mots « fonctions motrices » indiquent suffisamment qu'une paralysie limitée à un seul muscle ou à quelques muscles n'ayant pas de connexion fonctionnelle, n'entrerait pas dans ce cadre, mais qu'il s'agit là de troubles moteurs atteignant tout un groupe de muscles qui fonctionnent synergiquement pour accomplir des actes déterminés. L'épithète « partielle » peut prêter, il est vrai, à la confusion; on pourrait comprendre par là que, dans ce genre de paralysie, il y a simplement un affaiblissement musculaire général, n'allant pas jusqu'à la paralysie complète. Pour éviter tout malentendu, il est peut-être préférable d'employer l'épithète « systématique » qui me paraît assez expressive. Elle peut, en effet, fort bien servir à indiquer qu'il s'agit là d'une paralysie motrice, relative seulement à un ou plusieurs des divers systèmes de mouvements qu'un même groupe de muscles est appelé à exécuter.

Les paralysies hystériques étant toujours des paralysies fonctionnelles, on peut supprimer de la dénomination précédente les deux mots « fonctions motrices », pour les paralysies systématiques qui relèvent, comme c'est la règle, de l'hystérie, et les appeler simplement : *paralysies hystériques partielles ou systématiques*.

Je viens d'observer un cas de paralysie hystérique qu'il est permis, suivant le point de vue auquel on se place, d'opposer à l'astasie ou bien, au contraire, de l'en rapprocher. En effet, contrairement à ce qu'on observe dans l'astasie, la malade qui fait le sujet de cette observation est incapable d'exécuter les mouvements élémentaires des orteils, du pied et de la jambe, tandis qu'elle peut se tenir debout et marcher; mais en définitive, il s'agit de part et d'autre d'une paralysie hystérique systématique.

Voici le résumé de cette observation :

Il s'agit d'une femme de cinquante ans, sujette à des crises de larmes survenant sans aucun motif, qui, depuis plus d'un an, est atteinte de troubles de la motilité du membre inférieur gauche. Les mouvements volontaires des orteils sur le métatarse, du pied sur la jambe et de la jambe sur la cuisse sont absolument abolis; la malade peut, au contraire, faire mouvoir, quoique plus difficilement que du côté opposé, la cuisse sur le bassin. La paralysie est flasque.

La malade peut se tenir debout, mais dans cette situation elle se sert d'une canne qu'elle tient de la main gauche; le membre inférieur est légèrement tourné en dehors.

Elle est aussi en état de marcher, non sans difficulté, il est vrai, et quand elle a fait plusieurs fois le tour de sa chambre, elle éprouve le besoin de s'asseoir. Lorsque le membre inférieur droit doit jouer le rôle de jambe oscillante, la malade semble hésiter quelques instants avant de commencer le mouvement; il en résulte une pause d'une certaine durée; elle s'appuie avec force sur sa canne et elle exécute alors le pas d'une façon à peu près normale et assez rapidement. Le mouvement de progression du membre inférieur gauche succède immédiatement au pas précédent; il s'opère lentement et suivant un mode anormal; la jambe reste constamment étendue sur la cuisse, et le pied, tourné en dehors, balaye de sa plante le sol et ne s'en détache à aucun moment.

La contractilité musculaire, sous l'influence des courants voltaïques et faradiques, est tout à fait normale.

La sensibilité du membre inférieur gauche à la douleur et à la température est un peu affaiblie; on s'en assure en la comparant à celle du côté opposé; cette légère anesthésie remonte jusqu'à la partie supérieure de la cuisse; en ce qui concerne la sensibilité au tact, il n'y a pas de différence entre les deux côtés.

Les réflexes cutanés et tendineux sont nor[illegible]

Pas de troubles vésico-rectaux; pas [illegible] maux.

Il s'agit là incontestablemen[illegible] ue troubles oculaires.

des fonctions motrices [illegible] d'une paralysie partielle

effet, les mouvem[illegible] du membre inférieur gauche. En

[illegible] ents volontaires des orteils sur le méta-

tarse, du pied sur la jambe et de la jambe sur la cuisse, sont complètement abolis et, au contraire, la marche est possible. Il est vrai que celle-ci est très imparfaite; il est vrai aussi que les troubles moteurs portent seulement, contrairement à ce qu'on observe d'ordinaire dans l'astasie, sur un des membres inférieurs. Néanmoins, on peut affirmer que les muscles du membre inférieur, qui sont incapables d'exécuter le moindre mouvement élémentaire de flexion et d'extension, conservent encore la faculté de fonctionner dans l'acte de la marche, car une paralysie flasque, complète des muscles qui sont affectés, dans ce cas, mettrait le membre inférieur gauche dans l'impossibilité absolue de jouer le rôle de jambe portante ou active et empêcherait la malade de marcher comme elle le fait. De plus, si la paralysie du pied était complète, la malade devrait marcher en steppant et non en balayant le sol de son pied.

Il s'agit là incontestablement d'une paralysie hystérique. Ce diagnostic peut être établi par exclusion, car il n'y a pas d'autre affection qui soit susceptible de présenter un pareil aspect symptomatique.

L'hypothèse de paralysie hystérique cadre, au contraire, parfaitement avec l'intégrité des réflexes tendineux de la contractilité électrique des muscles, des fonctions vésico-rectales, et elle s'appuie surtout sur l'anesthésie du membre inférieur gauche et sur les caractères de la démarche.

Je crois donc avoir démontré que l'on a affaire ici à un cas de paralysie partielle ou systématique des fonctions motrices du membre inférieur gauche, que cette affection relève de l'hystérie et qu'il s'agit bien par conséquent d'une paralysie hystérique systématique du membre inférieur gauche.

Je ne parle pas ici du traitement qu'il y a lieu d'instituer dans ce genre de paralysie qui ne présente, à ce point de vue, rien de spécial et auquel sont applicables tous les procédés dont on se sert dans la thérapeutique de l'hystérie. »

Notons encore une observation de M. Variot sur un cas de rhumatisme articulaire chronique ankylosant et déformant, ayant débuté dans l'enfance et continué son évolution pendant l'adolescence et l'âge adulte.

NOUVELLE NOTE

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES ASSOCIATIONS MORBIDES ANTHRAX ET PALUDISME

Par M. le professeur VERNEUIL, membre de l'Institut.

(Communication à l'Académie des sciences.)

Les associations morbides, disais-je dans ma communication du 21 mars dernier (1), n'ont pas encore d'histoire générale. J'aurais pu ajouter que cette histoire ne sera pas écrite de sitôt, car très vaste est son cadre et très insuffisants les faits nécessaires pour le remplir. Il faut donc se contenter, pour le moment, d'accumuler le plus d'observations possible et se résigner à n'émettre que les conclusions tout à fait incontestables.

Ainsi, jusqu'à ce jour, avons-nous fait, mes disciples et moi; ainsi ai-je agi tout récemment ici même, lorsque, après avoir étudié la coexistence des lésions rénales anciennes et de la rétention stercorale aiguë, j'ai démontré l'action funeste de cette dernière sur les premières et établi nettement, pour une certaine catégorie de faits, l'influence exercée sur la « propathie » ou état morbide antérieur par l' « épipathie », terme nouveau que je propose pour désigner l'état morbide surajouté ou de date récente (1).

Dans la présente note, je prouverai que la proposition inverse est également vraie, à savoir que la propathie peut, à son tour, influencer et modifier de différentes façons l'épipathie.

Je donnerai pour base à mon argumentation une association morbide très simple, qui déjà sans doute a été observée, sans avoir été, que je sache, ni décrite, ni commentée : il s'agit d'un « anthrax développé chez un paludique ».

L'un de mes anciens élèves, M. le docteur Kohos, exerçant actuellement à Manchester, connaissant mes études sur l'hybridité morbide, a bien voulu m'adresser l'intéressante observation qui suit :

Un homme de quarante-neuf ans, né en Roumanie, avait eu dans ce pays, à l'âge de vingt-cinq ans, la fièvre intermittente pendant plusieurs mois. A trente et un ans, il s'était établi à Manchester et n'avait jamais vu depuis reparaître la maladie.

En août 1891, il retourne en Roumanie, reprend la fièvre et revient en Angleterre avec des accès quotidiens bien caractérisés.

M. Kohos le voit, pour la première fois, le 22 septembre et constate sans difficulté et à plusieurs reprises, dans le sang tiré avec une ventouse (de préférence dans la région de la rate), les différents corps caractéristiques de la malaria.

Le sulfate de quinine est administré, mais sans succès, et ne détermine qu'une surdité assez persistante.

Le 20 décembre, se déclare à la nuque un anthrax qui prend rapidement de grandes dimensions et s'accompagne d'une vive sensibilité à la pression et de douleurs spontanées très violentes, surtout la nuit.

Un chirurgien pratique des incisions et exerce des pressions sur la tumeur pour en faire sortir le pus. Ces manœuvres sont extrêmement pénibles et provoquent, pendant vingt-quatre heures, des souffrances presque insupportables.

L'analyse des urines ne révèle point l'existence du sucre ; l'examen microscopique et bactériologique du pus de l'anthrax y montre, outre les leucocytes, des plasmodies paludiques en proportion notable et les staphylocoques dorés caractéristiques en quantité relativement minime.

Après les incisions, les plaies sont pansées avec des cataplasmes arrosés d'eau phéniquée; on emploie même avec persévérance les pulvérisations phéniquées, habituellement si efficaces contre les furoncles et les anthrax. Mais rien n'y fait; on n'obtient aucun soulagement et la réparation locale ne fait aucun progrès.

Pendant ce temps, la fièvre revenait régulièrement tous les jours, et, comme auparavant, résistait au sulfate de quinine administré par la bouche. C'est alors que M. Kohos eut l'idée de faire pénétrer ce médicament par la voie cutanée, en l'incorporant à la lanoline dans une pommade avec laquelle on frictionna surtout la région splénique; de plus, on fit ingérer l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler.

L'effet fut prompt et décisif, les souffrances cessèrent bientôt, la fièvre disparut en moins de huit jours, et la cicatrisation s'acheva en trois semaines.

La guérison ne se démentit point.

Ce fait, malgré sa concision, est très démonstratif. Au cours d'une fièvre intermittente, en récidive depuis quatre

---

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 329.

(1) « Propathie » et « épipathie » indiquent simplement l'ordre de succession de deux états morbides d'ailleurs indépendants et de nature différente, tandis que les termes très usités de « protopathie » et « deutéropathie » indiquent non seulement la succession, mais encore la dépendance et l'identité de nature la confusion n'est donc pas possible.

mois, survient un anthrax à allure grave, accompagné de douleurs d'une violence extrême, affectant le type périodique. Un traitement rationnel : débridements, pansements méthodiques, pulvérisations phéniquées, ne produit aucun soulagement, aucune modification favorable dans l'état local.

On songe alors à instituer le traitement spécifique de la propathie, c'est-à-dire de la malaria. Aussitôt la scène change, les phénomènes anormaux cessent, tout rentre dans l'ordre, le travail réparateur commence et s'achève sans incident nouveau.

Voici un autre fait tout récemment observé, dans lequel une phlegmasie d'ordre médical subissait également l'influence du paludisme antérieur :

Une fillette de cinq ans, de belle constitution, est atteinte de pleuro-pneumonie aiguë, sans symptômes généraux alarmants, mais avec un point de côté très étendu et très douloureux, simulant une névralgie intercostale.

La petite malade, arrivée à Paris depuis peu de temps, habitait ordinairement le Brésil, ce qui me fit penser qu'elle pouvait bien être paludique. La mère, interrogée, répondit qu'effectivement son enfant avait eu, à l'âge de trois ans, une fièvre intermittente assez rebelle, aussi avait-elle pensé à lui administrer de nouveau la quinine. Cette médication, paraissant tout à fait indiquée, fut prescrite, le point de côté disparut et l'amélioration suivie de guérison fut assez rapide pour justifier l'hypothèse d'une association morbide avec réaction de la propathie paludique sur l'épipathie pulmonaire.

J'ai choisi ces deux exemples, auxquels j'en pourrais ajouter bien d'autres, parce que, de toutes les maladies microbiennes, le paludisme est peut-être celle qui influence au plus haut degré, le plus fréquemment et avec la plus étonnante ténacité, les affections ultérieures locales ou générales, externes ou internes.

Dans les contrées où la malaria est endémique, et chez les sujets actuellement en sa puissance ou qui en ont subi antérieurement l'atteinte, la plupart des épipathies sont modifiées dans leur marche et leur symptomatologie, aggravées dans leur pronostic, retardées pour le moins dans leur guérison, lors même que la thérapeutique a été logiquement instituée.

Dans ces cas, vainement on combat la douleur par les narcotiques, les hémorrhagies par les hémostatiques mécaniques ou médicamenteux, l'inflammation par les antiphlogistiques, la fièvre par les antipyrétiques et le régime, etc., on échoue, de coutume, jusqu'au moment où, reconnaissant enfin la cause de l'insuccès, on administre les antidotes, au premier rang desquels se place le quinquina.

Au reste, si la malaria fournit les exemples les plus probants, elle ne possède pas seule le fâcheux privilège d'aggraver les épipathies; on peut, en s'appuyant sur des faits très nombreux, ranger, sinon sur le même rang, au moins dans la même catégorie, des maladies virulentes comme la syphilis, des intoxications chimiques comme l'alcoolisme, des dyscrasies comme le diabète, l'albuminurie, la leucémie, et aussi ces états généraux graves et encore innommés qui résultent fatalement des lésions profondes des grands viscères : cœur, foie, reins, rate.

C'est donc pour traduire un fait très commun et très général dans l'histoire des associations morbides que je propose d'y inscrire comme parfaitement démontrées les deux propositions suivantes :

1° Certaines propathies très répandues : malaria, syphilis, diabète, alcoolisme, exercent fréquemment une action généralement fâcheuse sur les épipathies locales ou générales, externes ou internes;

2° Cette notion intéresse au plus haut point la thérapeutique, qui doit toujours en tenir compte; car, s'il est utile de lutter contre la maladie récente, il est souvent indispensable, sous peine d'insuccès, de combattre simultanément l'état morbide antérieur.

PHLEGMONS GRAVES DU COU

(Rapport fait à la Société de chirurgie par M. Nélaton.)

Il s'agissait d'un soldat de vingt-quatre ans, entré à l'hôpital, le 5 novembre 1891, pour un phlegmon de la région sus-hyoïdienne, dont le début remontait à dix jours. Le point de départ aurait été une inflammation développée autour de la dent de sagesse inférieure gauche, cariée consécutivement à une extraction incomplète.

Ce malade présentait une accélération du pouls, une élévation de la température, qui atteint 40°6, et un état typhoïde assez accentué. Teinte subictérique des téguments, gêne respiratoire, déformation de la région sus-hyoïdienne, qui fait une saillie considérable. En faisant entrouvrir la bouche du malade, on note qu'il existe un œdème énorme du plancher buccal, avec liséré diphthéroïde, soulèvement de la langue et dysphagie complète. En présence de ces accidents, M. Linon pratique, sur la ligne médiane et au niveau de la tuméfaction œdémateuse, mais non fluctuante, une incision qui donne issue à une grande quantité de pus mal lié et fétide.

Cette évacuation est suivie d'une amélioration manifeste, et, dès le lendemain, l'œdème sublingual diminue, la région sus-hyoïdienne offre moins de tension et la température s'abaisse. Cette amélioration ne devait être que passagère, car trois jours après, la température s'élevait à nouveau, l'état général redevenait inquiétant et la fétidité de l'haleine, la dysphagie et l'adynamie profonde inspiraient les plus vives inquiétudes.

En même temps se développait, dans la région sus-claviculaire droite, une tuméfaction non fluctuante, mais sonore à la percussion et au niveau de laquelle la palpation révélait une crépitation gazeuse.

Le 12 novembre, sept jours après l'entrée du malade à l'hôpital, on fit, sur ce point, une deuxième incision, qui, conduite jusqu'aux plans les plus profonds, demeura sans résultat immédiat, mais, dès le lendemain, une abondante évacuation de pus, mêlé de bulles de gaz pendant la toux, se fit par cette plaie et le malade se trouva soulagé. Cette nouvelle amélioration ne fut encore que momentanée ; quelques jours plus tard, l'état général redevient mauvais et, environ trois semaines après la constatation des premiers accidents, on voyait apparaître une tuméfaction phlegmoneuse sur le thorax, à l'union de la première et de la deuxième pièce du sternum.

Pour donner issue à la fusée purulente qui avait pénétré dans le médiastin antérieur, on fit une incision de 10 centimètres sur le bord droit du sternum et on pratiqua une large résection de cet os en faisant sauter des éclats avec la gouge et le maillet, puis un drain fut passé de la plaie sus-claviculaire dans la plaie sternale.

A partir de ce moment, l'état du malade alla en s'améliorant de jour en jour, et, à part quelques complications sans importance, il n'y eut plus de nouveaux incidents à signaler; mais la guérison fut lente à se produire et le malade ne fut envoyé en congé de convalescence que dans les premiers jours de mai, c'est-à-dire près de sept mois après le début des accidents.

M. Linon, en relatant cette observation, appelle l'attention sur trois points. En premier lieu, il ne faudrait pas attribuer les accidents au défaut de place, pour la sortie de la dent de sagesse entre l'apophyse coronoïde et la deuxième grosse molaire, ainsi

qu'il était classique de l'admettre. Pour M. Linon, c'est l'ulcération de la muqueuse gingivale, provoquée par l'éruption de la dent de sagesse, qui aurait été la porte d'entrée des germes infectieux.

Cette explication semble rationnelle ; la carie de la dent de sagesse, sa présence au milieu d'un foyer purulent et l'ulcération de la muqueuse gingivale autour d'elle ne laissent aucun doute sur la possibilité d'une infection par cette voie.

M. Nélaton se rattache à cette manière de voir.

Le second point sur lequel M. Linon appelle l'attention, est la gravité des accidents, ce qui le conduit à se demander si ce malade n'a pas eu une angine de Ludwig. A ce propos, il rappelle les divergences d'opinion des auteurs sur ce point. Les uns reconnaissant l'angine de Ludwig, comme une affection distincte spéciale, représentant en un mot une entité morbide; les autres ne voulant y voir qu'un phlegmon franc du cou.

Jusqu'ici, ajoute M. le rapporteur, on est assez mal fixé sur ce que l'on doit entendre par « angine de Ludwig ». Pour élucider cette question, il a cherché à consulter le mémoire de Ludwig, qui a paru, en 1836, dans le *Wurtemberg Corresp. Blat.*, mais ses recherches sont restées infructueuses, ce mémoire ne se trouvant dans aucune bibliothèque de Paris. Il a toutefois appris que M. Bœhler, qui a fait une thèse sur ce sujet, avait dû se rendre à Strasbourg pour faire la traduction de ce mémoire; c'est donc, d'après la lecture de cette thèse, que M. Nélaton a eu connaissance du travail original.

Or ce travail contient quatre faits de phlegmons sus-hyoïdiens graves : trois d'entre eux se sont rapidement terminés par la mort, c'est la seule mention qu'on en donne; quant au quatrième, il est ainsi rapporté *in extenso* : « Il s'agit d'une demoiselle chez laquelle se développa une tumeur inflammatoire de la région sous-maxillaire, présentant, le quatrième jour après le début des accidents, une dureté pierreuse et le volume d'un œuf de poule, sans changement de couleur de la peau. Le dixième jour, cette tuméfaction ligneuse avait envahi toute la région sus-hyoïdienne, englobait le larynx, qui ne pouvait être reconnu par la palpation, soulevait la langue et provoquait des troubles de la déglutition et de la respiration. L'état général était grave. A partir du dixième jour, l'affection se termina spontanément par résolution. »

Voilà les faits. Ludwig y ajoute une conception théorique que voici : « Il y a dans cette maladie deux facteurs à considérer : la nature érysipélateuse et l'état nerveux spécial du sujet. Par son facteur érysipèle, la maladie favoriserait la disposition à l'inflammation gangreneuse, comme dans le furoncle malin, tandis que, par son facteur nerveux, elle prédisposerait à l'induration et à la paralysie, comme dans la parotidite maligne. »

Il est difficile, dans une observation de phlegmon sus-hyoïdien qui se termine par résolution et dans une explication aussi vague que celle de Ludwig, de voir une maladie spéciale distincte, surtout lorsqu'on note que les chirurgiens de l'époque de Ludwig rapportent un certain nombre de phlegmons diffus, nettement caractérisés, sous le nom d'angine de Ludwig. Aussi M. Nélaton pensait-il, avec MM. Linon et Bœhler, que le terme d'angine de Ludwig ne correspond à aucune maladie bien définie et ne mérite point d'être conservé.

Est-ce à dire que toutes les phlegmasies du cou se ressemblent, qu'il n'en est point de graves entre les graves, et que, pour celles qui ont une marche en quelque sorte foudroyante, la gravité ne dépende pas du degré d'infection ou de l'étendue de la région atteinte? M. Nélaton ne le pense pas et il rapporte deux observations de phlegmons septiques du cou à marche foudroyante et bien différents cliniquement de celui qu'a observé M. Linon.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années, atteinte d'une phlegmasie cervicale datant de huit jours. Cette malade avait vu se développer brusquement, à la suite d'une carie dentaire, un gonflement énorme de la région sous-maxillaire gauche, qui bientôt avait envahi la ligne médiane et s'étendait du côté opposé. Lors de son examen, le gonflement du cou était considérable et la région sus-hyoïdienne tuméfiée faisait une proéminence énorme, mais la peau, distendue et violacée par places, n'était point rouge. Au-dessous d'elle, on constatait une tuméfaction d'une dureté ligneuse confondue avec le maxillaire.

Par la bouche s'écoulait une salive visqueuse, et lorsqu'on arrivait à écarter légèrement la mâchoire de la malade, on voyait le plancher buccal soulevé, d'une teinte rouge lie de vin et refoulant la langue en arrière. La déglutition était difficile, la respiration très gênée, la face terreuse et la température élevée.

En présence de ces accidents, M. Nélaton fit immédiatement une longue incision sur la ligne médiane de la région sus-hyoïdienne; il découvrit les muscles génio-hyoïdiens et, ceux-ci écartés, il ne s'écoula qu'une sérosité sanglante fétide mêlée à des bulles de gaz. Une deuxième incision fut alors pratiquée sur la partie latérale gauche de la tuméfaction, ce qui conduisit sur la glande sous-maxillaire, autour de laquelle on trouva un foyer contenant une sérosité infecte; enfin, il donna un dernier coup de bistouri sur la muqueuse du plancher de la bouche, dont il ne s'échappa que quelques gouttes de sang. Malgré ces larges débridements, cette malade mourait subitement quatre heures plus tard en essayant de boire un peu de lait. D'après l'analyse de ces symptômes, il s'agissait dans ce cas d'une septicémie aiguë, d'une gangrène foudroyante de la région cervicale.

Le second fait est à peu de chose près semblable; il s'agit d'un jeune homme qui, dans le décours d'une fièvre typhoïde, fut pris des mêmes accidents et succomba très rapidement.

Tout en notant la différence, au point de vue clinique, qui existe entre ces exemples de phlegmon diffus gangréneux, et celui de M. Linon, M. Nélaton pense qu'à la région cervicale, aussi bien qu'aux membres, on peut observer la septicémie aiguë et les différentes variétés de phlegmon.

Mais, quant à vouloir appeler angine de Ludwig, la septicémie aiguë cervicale plutôt que le phlegmon diffus, aucun fait n'y autorise et il n'y a aucune raison de conserver le terme d'angine de Ludwig.

Quant à la trépanation du sternum dans ces cas, son utilité est indiscutable, ainsi que le prouvent un certain nombre de faits de guérison, anciens et récents.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 9 juillet 1892, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Bourot, médecin principal de première classe.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe Beltz, Dieu et Breton; — M. le médecin principal de deuxième classe Liénard ; — M. le médecin-major de première classe Delmas; — M. le pharmacien principal de 2e classe Pons.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Oger, Bonhomme-Lacour, Muller, Margantin, Chevassu, Fluteau, Isambert, Kablé, Dubois, Calmette : — MM. les médecins-majors de deuxième classe Blanchetière, Hecquin, Blanchet, de Casabianca, Barois, Brégi, Perrin, Achintre; — MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Cambriels et Puig; — M. Danion, médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale; — MM. les docteurs Collot, de Joinville (Haute-Marne); Mazières (de Saint-Genis) et Desprez (de Saint-Quentin).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la suture primitive de la vessie après la taille hypogastrique.

Par M. le docteur Félix Legueu,
Prosecteur à la Faculté.

L'opération de la taille hypogastrique vient récemment de bénéficier d'une amélioration sérieuse : la suture totale de la vessie renaît de l'oubli, où l'avait jetée la pratique aventureuse de quelques chirurgiens avant l'antisepsie. La réforme ne date que d'hier : et déjà les succès nombreux de la méthode suffisent à montrer le progrès considérable qui vient de se réaliser. Avec des différences dans les détails, les opérations de Kraske, d'Israël, de Nitze et de Keyes, de Küster, de Gibbous et Parker, de Bramann et, en France, de M. Tuffier, de M. Albarran, de M. Guyon, de M. Ricard et d'autres, ont montré assez quel bénéfice à l'avenir il y avait lieu d'attendre d'un procédé simple en ses applications, sûr en ses résultats définitifs. Déjà, d'ailleurs, des travaux sérieux ont paru sur la question; la thèse de M. Dietz (1) contient une foule de documents cliniques et expérimentaux, celle de M. Vlaccos (2) a encore ajouté quelques notions : enfin, et surtout, M. Albarran (3) a écrit, sur ce sujet, un chapitre très complet auquel il n'y a plus rien à ajouter et M. le professeur Guyon a fait récemment une leçon clinique, encore inédite. A ces sources autorisées, il me sera permis de faire les plus larges emprunts pour apprécier les avantages, étudier la clinique, et rechercher les avantages de la suture totale.

Après la taille hypogastrique, une fois enlevé le calcul ou la tumeur, il est pour le chirurgien trois manières de se comporter par rapport à la plaie vésico-abdominale; il y a trois moyens de terminer l'opération, ce sont : 1° la suture partielle de la plaie vésicale avec suture partielle de la plaie pariétale; 2° la suture totale de la vessie et incomplète de la paroi et 3° la suture totale de la vessie et totale de la paroi avec ou sans sondes à demeure. Dans chacun de ces procédés, il s'agit d'étudier les avantages et les inconvénients, les résultats, les indications et contre-indications.

(1) Dietz. *Étude clinique et expérimentale sur la suture de la vessie après la taille hypogastrique*, Th. de Paris, 1890.

(2) Vlaccos. *Suture primitive de la vessie après la taille hypogastrique*, Th. de Paris, 1891.

(3) Albarran. *Des tumeurs de la vessie*, Paris 1892.

I

Suture partielle de la vessie et de la paroi. — La suture partielle de la vessie avec drainage intra-vésical est, depuis quelques années, régulièrement pratiquée à l'hôpital de Necker, selon le procédé que M. Guyon a maintes fois fait connaître et ici-même, depuis surtout que les tubes-siphons, qui portent son nom, ont fourni sous le drainage toutes les garanties désirables.

Une fois la vessie incisée et l'opération principale achevée, la vessie est suturée dans les deux tiers inférieurs de son incision. La suture est faite au catgut; et la disposition des fils est telle, qu'ils doivent déterminer un adossement aussi exact que possible des lèvres de l'incision. A l'angle supérieur de l'incision vésicale, M. Guyon laisse un orifice dans lequel il introduit ses tubes-siphons, qui sont maintenus en place par deux crins de Florence fixés à la peau. Lorsque l'incision vésicale très longue a remonté très haut, M. Guyon met encore un ou deux points de suture sur la paroi vésicale au-dessus des tubes, de manière que la vessie soit bien exactement fermée, et ne laisse que juste le passage des tubes. Avant d'aller plus loin, on s'assure généralement que les tubes fonctionnent bien, en faisant passer par l'un d'eux ou les deux successivement le contenu d'une ou deux seringues d'eau boriquée. Si les tubes fonctionnent bien, et si la vessie est bien fermée, l'opération est terminée par la suture au catgut du plan musculo-aponévrotique et la suture de la peau au crin de Florence. Dans l'angle inférieur de la plaie cutanée, au-dessous des tubes, il n'est pas fait de suture : M. Guyon place à cet endroit une mèche de gaze iodoformée ou salolée, dont l'extrémité comble la cavité de Retzius, souvent ouverte et décollée du pubis. Il y a quelques années encore, M. Guyon ne mettait la sonde à demeure, que lorsque les tubes étaient enlevés : depuis quelque temps, avant de fermer la vessie, on met à demeure les sondes de Pezzer, dont nous reparlerons plus loin; de la sorte, le drainage de la vessie se trouve doublement assuré et par les tubes et par la sonde. C'est une sécurité de plus, et aussi un avantage parce qu'on peut retirer les tubes beaucoup plus tôt (au deuxième ou troi-

sième jour, suivant les cas). Ce procédé excellent de suture partielle avec drainage est employé aussi bien dans les tailles pour tumeur que pour calculs.

Quelques auteurs, cependant, suivent des procédés différents de drainage, que je ne puis qu'indiquer sommairement : Küster et M. Demons (de Bordeaux) emploient un tube à drainage perforé qui sort d'un côté par l'urèthre et de l'autre par la plaie abdominale. Dittel draine la plaie avec un tube recourbé, dont le pourtour est garni de gaze iodoformée. Enfin, Trendelenburg emploie un drain en T.

De ces procédés, je n'ai aucune expérience ; mais aucun ne me semble présenter la simplicité dans l'application, l'efficacité dans les résultats que donne toujours celui de mon maître. Après la taille hypogastrique, les tubes sont enlevés au deuxième, troisième, rarement au quatrième jour; la plaie vésicale se ferme rapidement d'elle-même. Le lendemain de l'ablation des tubes, il ne passe plus d'urine par la plaie abdominale : celle-ci se ferme, et les malades sont guéris en une période de temps qui varie de douze à trente jours. Sur toute la série des tailles pratiquées à Necker, dans le courant de trois années, je n'ai vu qu'un seul malade conserver une petite fistule urinaire hypogastrique; c'est un vieux prostatique dont la vessie était particulièrement altérée.

Le grand avantage du procédé consiste dans la sécurité qu'il donne pour les hémorrhagies post-opératoires. Quelle que soit l'évolution de l'opéré, qu'il y ait ou non des caillots dans sa vessie, l'évacuation de ceux-ci sera largement assurée par le calibre assez grand des tubes-siphons. Mais il est facile de concevoir des cas simples à l'excès, des cas de corps étrangers par exemple, ou de calculs, pour lesquels il y aurait, si possible, mieux à faire encore; c'est pour des cas de ce genre que la suture de la vessie a été tentée tout d'abord, puis son application a été assez étendue pour que, de cette méthode relativement nouvelle, nous soyons en mesure, dès maintenant, de comparer les avantages et d'établir les indications.

II

Suture totale de la vessie. — La réalité de la réunion première de la vessie était établie par les faits cliniques, bien avant que la suture totale de la vessie n'ait été tentée. Ni le contact de l'urine, ni l'infection du milieu vésical ne font obstacles à la réunion des parois de la vessie. Dans les tailles périnéales, n'a-t-on pas vu de tout temps, et bien avant l'antisepsie, la réparation du périnée se faire exacte et parfaite, malgré le contact incessant et sans cesse renouvelé d'une urine infectée? De même les fistules vésico-vaginales, qui guérissaient déjà par avivement au temps de Jobert, ne démontrent-elles pas que le contact de l'urine est sans importance pour l'évolution d'une réunion première? Valette n'avait-il pas proposé et pratiqué la suture immédiate du vagin après la taille chez la femme, et cela bien avant l'antisepsie : et M. Guyon qui, plusieurs fois dans sa pratique, eut l'occasion de recourir à ce procédé, obtient toujours une réunion complète. De même encore les cystotomies pour cystites graves ne montrent-elles pas chaque jour et jusqu'à l'évidence la tendance marquée de la paroi vésicale, vers la réparation? Dans ces cas, la fistule, que l'on a créée pour la laisser à demeurequelque temps, s'oblitère souvent d'elle-même et rapidement. Et c'est pour obvier à cet inconvénient d'une réparation spontanée et hâtive, que M. Guyon a pris l'habitude de suturer, au cours de ces opérations, la muqueuse du vagin à la muqueuse vésicale par un véritable ourlet, qui s'oppose à la réunion des lèvres opposées de la fistule. D'ailleurs, sans aller si loin chercher les exemples, il suffit de voir ce qui se passe dans les tailles hypogastriques traitées par le drainage vésical et la suture partielle : dans ces conditions, la vessie, dans la portion suturée toujours, se réunit et je n'ai pas vu un seul exemple où la suture partielle de la vessie ait manqué son but, et se soit désunie.

Tous ces faits prouvent donc clairement la tendance de la vessie vers la réparation malgré l'infection préalable des urines, qui se rencontre chez la majorité des malades; et M. Guyon a caractérisé, dès longtemps sous forme aphoristique, cette tendance de la vessie, quand il a dit : « La vessie ne demande qu'à se réunir. »

De la suture partielle à la suture totale, il n'y avait qu'un pas : le pas a été franchi. La suture de la vessie devait être hermétique ou ne pas être. On a trouvé le moyen de faire une suture hermétique et le progrès a été réalisé. Les procédés employés, cependant, ont varié avec les opérateurs : nous devons les étudier isolément.

Il faut distinguer le traitement de la plaie abdominale et le traitement de la plaie vésicale.

Traitement de la plaie abdominale. — Les uns ont fait la réunion totale de la vessie sans réunion primitive de la plaie abdominale : les autres ont fait la suture totale de la vessie et de la paroi.

En 1885, Kraske pratiqua la suture complète de la vessie et fit le tamponnement de la plaie abdominale qu'il laissa ouverte. Neudorfer fait la taille en trois temps : 1° incision de la paroi abdominale sans toucher la vessie avec tamponnement de la plaie; 2° ouverture, six à huit jours après, de la vessie et suture primitive de la plaie vésicale; 3° fermeture, quelques jours après, de la plaie abdominale.

D'après M. Albarran, le procédé de suture primitive de la vessie, la plaie abdominale restant ouverte, est très généralisé en Allemagne : Israël et Nitze pratiquent la suture totale de la vessie, la suture partielle avec tamponnement de la plaie abdominale et le drainage de la vessie à travers une boutonnière périnéale. La réunion primitive de la vessie a été toujours obtenue.

Le même procédé est employé par Keyes (de New-York), avec cette différence, toutefois, qu'il ferme et la vessie et la plaie abdominale : celle-ci, il se contente de la drainer au lieu de la bourrer de gaze.

C'est aussi ce procédé de sécurité, de suture totale avec drainage prévésical, qui a été employé chez l'adulte par MM. Lucas-Championnière [1888 (1)], Tuffier (1888), Bazy (2) et Pozzi (3). L'usage du drain prévésical a une double raison d'être : la crainte d'une infiltration d'urine par désunion de la suture vésicale (il en fut ainsi sur le malade de M. Pozzi) et la nécessité de drainer la cavité de Retzius, généralement décollée au cours de l'opération. Avec les procédés très simples qui suffisent aujourd'hui pour la suture vésicale, le danger de l'infiltration d'urine se trouve singulièrement amoindri; et le succès des plus récentes opérations vient à l'appui de cette affirmation.

(1) Lucas-Championnière. *Bull. de la Soc. de chir.*, t. XV.
(2) Bazy. *Gaz. des hôp.*, 26 mars 1889.
(3) Pozzi. *Bull. de la Soc. de chir.*, 10 avril 1889.

Quant à ce qui concerne la cavité de Retzius, il est vrai que, lorsque, au cours des manœuvres opératoires, la vessie a été séparée, écartée de la symphyse, l'espace prévésical forme un foyer où pourraient séjourner les produits de sécrétion : et dans ces conditions, et pour parer à cette rétention, le drain prévésical semble une nécessité. Mais il y a moyen d'éviter cet inconvénient : en n'isolant que la portion de vessie sus-jacente à la symphyse, en faisant l'incision vésicale haute, par rapport à la symphyse, le chirurgien respectera la cavité de Retzius et l'usage du drain prévésical ne deviendra plus une nécessité.

C'est dans ces conditions heureuses, que plusieurs opérateurs ont fermé totalement la plaie abdominale sans faire de drainage. M. Tuffier, en 1888 (1), après une taille hypogastrique pour rétrécissement infranchissable et cathétérisme rétrograde, ferma totalement la paroi abdominale; il n'y eut pas de réaction fébrile, et la plaie hypogastrique se réunit par première intention.

Pour les tumeurs, la suture totale de la vessie et de la paroi a été encore rarement employée. Küster l'a essayée, sans réussir, dans deux cas : une fois il eut une infiltration d'urine. Antal y a eu recours quatre fois, mais sans succès. Gibbons et Parker y ont eu recours après l'ablation d'un myome, et Bramann dans cinq cas. En France, M. Tuffier (1888) fit une taille pour tumeur, et trouvant un néoplasme impossible à extirper, il fit, sans attaquer la tumeur, la suture à deux plans de la paroi vésicale et la suture complète de la plaie abdominale, sauf un orifice pour le passage d'un drain. La guérison était complète au vingt et unième jour, malgré une légère suppuration du trajet du drain; mais il ne s'agissait, en réalité, dans ce cas, que d'une simple taille exploratrice, et la réunion primitive n'a plus, dès lors, les mêmes dangers qu'après l'ablation des tumeurs de la vessie. M. Albarran a été le premier, en France, à pratiquer la suture complète de la vessie et de la paroi, après l'extirpation de tumeurs. Sur son premier malade, il fit la suture totale de la vessie, par le procédé que j'exposerai plus loin, et il plaça un drain d'attente dans l'angle inférieur de la plaie, avec un crin superficiel destiné à refermer la plaie le second jour. Le lendemain, le drain fut retiré et noué le fil d'attente. La réunion fut totale et parfaite. Ce procédé de sécurité d'un drain à demeure pendant le premier jour et de suture totale au bout de vingt-quatre heures est excellent; il mérite d'être sérieusement recommandé. M. Albarran, d'ailleurs, y a eu recours et avec un égal succès, dans une seconde opération également pour tumeur.

Un nouveau succès du même genre a été obtenu par M. Tuffier (2): après extirpation d'une petite tumeur pédiculée du volume d'un haricot, la vessie fut réunie, ainsi que la paroi, sans drainage, sans sonde à demeure. Le malade a quitté l'hôpital le neuvième jour.

Enfin, j'ai communiqué, au dernier Congrès français de chirurgie, l'observation d'un jeune enfant de treize ans, opéré par mon maître, M. le professeur Guyon, pour un calcul vésical : la vessie fut suturée au catgut en totalité, et la paroi fermée complètement au crin de Florence. Il n'y eut pas de drainage, mais la sonde fut laissée à demeure. Les suites furent très simples ; un peu de suppuration limitée et localisée autour d'un des fils superficiels septiques détermina, au troisième jour, une légère élévation de la température; mais la ligne de suture ne fut pas compromise, et ce petit incident ne prouve rien contre l'opportunité de la suture. Au septième jour, la sonde à demeure se boucha, et le petit malade fut obligé d'uriner entre la sonde et le canal. Malgré ce nouvel incident, la suture tint bon, et, au neuvième jour, l'enfant courait dans la salle et pouvait être considéré comme guéri.

(1) Dietz. Loc. cit., p. 59.
(2) Tuffier. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1892, p. 23.

Chez l'enfant, d'ailleurs, la suture totale de la vessie et de la paroi a été relativement plus souvent employée encore que chez l'adulte. Alexandrow (1) pour son compte l'a pratiquée huit fois, et j'ai pu rassembler au hasard sept autres observations de même genre. Des raisons purement anatomiques rendent en effet plus fréquentes chez l'enfant, les indications de la suture totale, et plus satisfaisants les résultats définitifs, comme nous le verrons plus loin.

Suture de la vessie. — Les procédés de suture de la vessie sont très nombreux : Dietz (2) les divise en procédés théoriques, en procédés expérimentaux et en procédés appliqués à l'homme. Les premiers ne méritent pas discussion, parce que la théorie n'a rien à voir en ces matières; les seconds sont également sans valeur; pour la plupart les expériences, celles de Dietz en particulier, ont été faites sur la vessie du chien, et, malgré tout l'intérêt incontestable de ces expériences consciencieuses, il est impossible de conclure pour la pratique de la vessie intra-péritonéale du chien à la vessie de l'homme. Aussi bien ne m'occuperai-je que des procédés appliqués à l'homme et ayant fait leurs preuves.

A l'origine de la suture (Dietz) on réunissait les bords de la plaie vésicale comme ceux d'une plaie ordinaire; on intéressait toute la paroi. La réunion vésicale après la taille a été ainsi obtenue la première fois par Lotzbeck (1858), puis par Ultzmann (1879) et Kisfert (1881).

Puis, doutant de l'efficacité d'un simple accolement des surfaces de section, les chirurgiens, comme pour la fistule vésico-vaginale, préférèrent l'affrontement d'une large surface avivée. Géza d'Antal proposa de faire un avivement oblique, infundibuliforme, et arrivé sur la muqueuse, de couper celle-ci verticalement, puis finalement de rapprocher à la soie sublimée les surfaces saignantes, mais sans toucher à la muqueuse. Avec ce procédé Géza d'Antal et Pilcher (3) obtinrent plusieurs succès complets.

Enfin, pour avoir une fermeture plus hermétique, on en vint à la suture à deux étages : Tiling et Schmitz Francks et Kümmel emploient une suture profonde à points séparés, et par-dessus une suture du pelletier.

Ce procédé de suture à deux étages a prévalu : à lui ont eu recours Lancarol, Lindner, MM. Schwartz, Tuffier. MM. Julliard et Petersen prolongent leur suture au delà des extrémités de la plaie pour éviter les filtrations d'urine assez fréquentes aux deux angles de l'incision.

M. Pozzi (4) réunit d'abord les deux lèvres très près de leur bord, mais sans piquer la muqueuse, puis place une deuxième suture à points séparés, à quelques millimètres au-dessus de la première, et adosse les parois vésicales à la manière d'une suture de Lembert.

(1) Alexandrow. *Arch. f. klin Chir.*, 1891.
(2) Dietz. Loc. cit., p. 14.
(3) G. d'Antal et Pilcher. *New-York Med. Journ.*, 26 déc. 1885.
(4) Pozzi. Loc. cit.

M. Lucas-Championnière va plus loin et fait trois plans de suture. Le premier plan sert à affronter parfaitement les lèvres de la plaie. Les deux autres sont destinés à protéger le premier et à empêcher son tiraillement lors de la distension de la vessie, de sorte que la face externe de celle-ci se trouve adossée deux fois à elle-même au-dessus du premier rang.

J'emprunte à l'ouvrage de M. Albarran la description du procédé très simple, procédé de choix, qui lui a réussi sur ses malades; et que M. Guyon a employé aussi dans l'observation que j'ai mentionnée. Une précaution indispensable tout d'abord, lorsqu'on se propose de tenter la réunion totale, c'est de ne pas trop décoller la vessie de la paroi abdominale antérieure et surtout de la face postérieure de la symphyse; pour éviter ce décollement, il faut opérer toujours et autant que possible au-dessus du pubis.

Quant à la suture elle-même, voici comment elle se fait : un premier plan, fait au catgut, comprend une série de points séparés, distants les uns des autres de 8 à 10 millimètres; chaque fil est enfoncé à peu près à 3 millimètres du bord de la plaie et traverse complètement toutes les couches de la paroi vésicale, y compris la muqueuse. Pardessus ce dernier plan de sutures, qui, à lui seul, est déjà suffisant, on en fait un second plus superficiel, de renfort et de précaution, avec du fil de soie. Chaque point, fait à la manière de la suture intestinale de Lembert, pénètre dans les couches externes de la vessie sans toucher à la muqueuse : l'aiguille entre et ressort dans la paroi d'un côté avant d'arriver au bord de la plaie, puis de l'autre côté, elle parcourt en sens inverse le même chemin; les fils sont noués au-dessus du premier plan de sutures, qui se trouve ainsi complètement caché.

Il n'y a donc pas à se préoccuper, comme beaucoup l'ont fait, de ne pas passer le fil dans la muqueuse : M. Albarran fait à juste titre remarquer, qu'en prenant la muqueuse, l'affrontement des bords de la plaie est plus complet, et que que le fait ne peut avoir aucune conséquence fâcheuse. A la suite d'une taille avec suture, un malade de Assmuth (1) rendit, il est vrai, par l'urèthre, un bout de soie incrustée, provenant de la suture de la taille. Mais la soie n'est pas résorbable au même titre que le catgut : avec ce dernier, le même inconvénient n'est plus à craindre, et les observations si nombreuses de sutures partielles de la vessie, où la paroi a été traversée dans toute son épaisseur, prouvent jusqu'à l'évidence l'innocuité d'une pratique contre laquelle beaucoup se sont élevés sans raison.

Une précaution aussi qu'il ne faut pas dédaigner, c'est de faire des sutures au delà des limites de l'incision vésicale, de manière à assurer au mieux la fermeture hermétique, aux extrémités surtout.

Lorsque la plaie abdominale doit être fermée complètement, la suture sera faite comme d'ordinaire par un double plan, profond et superficiel. Le plan profond, au catgut à points séparés, réunit les couches musculo-aponévrotiques : M. Guyon passe généralement l'aiguille sur le plan le plus superficiel de la suture vésicale, pour établir des connexions intimes entre la vessie et la paroi, et solidariser les couches.

Dans les cas où l'on craindrait que la fermeture de la vessie ne fût pas hermétique (ce dont il faut d'ailleurs s'assurer, avant de suturer la paroi, par une injection intravésicale) ou bien si l'espace prévésical est largement ouvert, il faut laisser un drain dans l'angle inférieur de la plaie. Mais, et ce fait est important, ce drain ne doit rester en place qu'un jour ou deux : et, comme l'a fait M. Albarran, rien n'est plus simple que de placer pendant l'opération un crin destiné à fermer l'orifice du drain lorsque celui-ci sera retiré : ce fil doit traverser la peau et la couche musculaire : le drain retiré, on noue le fil sans que le malade éprouve aucune souffrance.

(1) Assmuth. *St-Pétersb. med. Wochens.*, 1886, n° 47.

De l'emploi de la sonde à demeure. — Après la taille avec suture totale, on peut mettre une sonde à demeure, faire des cathétérismes répétés ou laisser le malade uriner seul.

Cette dernière pratique a été suivie par quelques chirurgiens qui redoutaient une cause d'irritation ou d'infection. Monroë Thomas et Lindner ont laissé leurs opérés uriner seuls : sur quatre opérés de Lindner, un seul n'a été sondé qu'une fois; les autres ont uriné librement dès les premiers instants. Ces malades, deux enfants, un adolescent et un homme de cinquante-quatre ans, ont mis au plus trois semaines à guérir. De même, Basseini et Corradi ne sont pas partisans de la sonde à demeure; ils laissent l'opéré uriner seul et, s'il ne le peut, ils font le cathétérisme toutes les deux ou trois heures. Sur son dernier malade, M. Tuffier ne mit pas de sonde à demeure et ne fit pas de cathétérisme : trois heures après l'opération, le malade urinait spontanément et facilement, le liquide était à peine teinté par le sang. A partir de la troisième miction, l'urine fut parfaitement transparente : pendant la première journée, le malade urina toutes les trois heures : le second et le troisième jour, il y eut deux mictions par nuit et une seule après le troisième jour. Le malade quittait l'hôpital complètement guéri au neuvième jour.

Malgré ces brillants succès, cette conduite ne peut être suivie dans tous les cas. Il semble plus prudent de veiller à l'évacuation de la vessie, pendant les premiers jours, par les cathétérismes multipliés ou par la sonde à demeure. De ce fait, la guérison ne sera jamais retardée; sans allonger en rien la période de convalescence, c'est beaucoup gagner en sécurité.

Le cathétérisme intermittent pare à toutes les éventualités de la distension vésicale et, à ce titre, il ne peut qu'être recommandé. Mais cependant la sonde à demeure est bien préférable; le cathétérisme intermittent est souvent pénible pour les malades, il demande à être répété toutes les deux ou trois heures au moins pendant les premiers jours et exige une certaine habitude, une main expérimentée et attentive et des précautions antiseptiques, dont ici plus que jamais on ne doit pas se départir. Aussi semble-t-il beaucoup plus rationnel d'établir, pendant les premiers jours, une sonde à demeure, que les malades tolèrent facilement et qui n'expose à aucun des inconvénients du cathétérisme répété. La sonde à demeure n'expose pas à l'infection quand elle a été rendue aseptique et qu'on prend la précaution de faire plonger le tube qui lui fait suite dans un récipient stérile bouché à l'ouate; la sonde à demeure est journellement employée à la clinique de Necker, sans que les malades soient infectés, et les faits eux-mêmes sont ici la meilleure réponse à ceux qui objectent à la sonde à demeure le danger d'une infection par le calibre ouvert de la sonde.

Enfin, plus que tout autre moyen, la sonde à demeure s'oppose, par l'évacuation constante et continue qu'elle pro-

cure, à la distension de la vessie, et partant de la suture : elle est donc le meilleur moyen d'éviter l'infiltration d'urine et la plus sûre garantie entre les mains du chirurgien.

Les sondes de nouveau modèle, construites spécialement pour les tailles hypogastriques, par M. de Pezzer, présentent toutes les conditions désirables. Elles sont employées, depuis une année, à Necker et les succès de leur emploi ont justifié les espérances qu'elles permettaient. Ce sont des sondes en caoutchouc pur, molles comme les sondes de Nélaton ; elles ont sur ces dernières l'avantage d'un calibre intérieur supérieur avec un volume extérieur égal. A leur extrémité vésicale, elles présentent un renflement aplati, qui s'applique contre le col de la vessie ; aussi point n'est besoin de les fixer, elles tiennent d'elles-mêmes en place et lorsqu'on veut les retirer, il suffit d'exercer une traction sur la portion extra-uréthrale : la partie renflée intra-vésicale s'aplatit, se pelotonne par le fait de son élasticité et traverse sans difficultés la longueur de l'urèthre.

La mise en demeure de ces sondes est des plus simples : elle se fait au cours de la taille hypogastrique et avant la suture de la vessie. Une bougie conique est introduite par l'urèthre : avec le doigt, on fait ressortir par la plaie hypogastrique l'extrémité qui arrive dans la vessie : cette extrémité conique est enfoncée à frottement dans l'extrémité, infundibuliforme à cette intention, de la sonde de Pezzer. Avec un fil, on fixe la sonde sur la bougie : le plus souvent, d'ailleurs, elles se tiennent suffisamment d'elles-mêmes. En tirant sur l'extrémité extra-uréthrale de la bougie, la sonde de Pezzer est attirée dans l'urèthre d'arrière en avant, de la vessie vers l'urèthre, par cathétérisme rétrograde, et le doigt, introduit dans la vessie, s'assure que le pavillon renflé de la sonde est bien au contact du col.

Le maniement de ces sondes est très simple : leur fonctionnement se fait dans de bonnes conditions, elles réalisent un vrai progrès. Le seul inconvénient qu'elles présentent leur est commun avec toutes les autres sondes à demeure employées ; elles peuvent se boucher par les caillots qui viennent de la vessie ou s'incruster. Pour éviter que les coagulations fibrineuses ne s'arrêtent dans la sonde, il est bon de faire, plusieurs fois par jour, des lavages vésicaux avec prudence et il faut se rappeler aussi que ce mode de drainage ne convient pas à lui seul aux cas où il est prévu que la vessie saignera après l'opération.

L'incrustation des sondes à demeure est un autre inconvénient de leur emploi. Sur deux malades de Necker, la sonde s'était bouchée au dixième jour et faillit compromettre la réunion de la plaie. On peut sinon éviter cette incrustation, au moins en éviter les accidents, en la débouchant avec un mandrin ou en la remplaçant par une sonde ordinaire, dès que les grains phosphatiques se sont déposés dans son calibre. Pour savoir si la sonde s'incruste, M. Guyon a fait interposer, sur le trajet du tube de caoutchouc qui conduit l'urine de la sonde au récipient, un petit tube de verre. Dès que sur le conduit les dépôts phosphatiques se forment, ils se laissent voir sur le tube de verre et il n'y a plus qu'à changer la sonde ou à la supprimer.

Dernièrement, MM. de Pezzer et Sonnerat ont étudié le moyen de prévenir l'incrustation des sondes : ils ont constaté que les dépôts sont dus à des phosphates ou à des urates. Des injections intra-vésicales doivent être faites dans les cas de dépôts phosphatiques avec une solution à 1 ou 2 millièmes d'acide phosphorique ou lactique et, dans les cas de dépôts uratiques, avec de l'eau alcaline ou avec une solution de carbonate de lithine.

Combien de temps doit-on laisser la sonde à demeure ? Sous ce rapport, chacun a une façon différente de procéder. Dennis est d'avis de la laisser seulement vingt-quatre heures. Pilcher l'enlève le neuvième jour ; Franks recommande de ne jamais l'enlever avant le septième, car la suture peut encore céder à la fin de la première semaine. Dans un cas de Kümmel, on l'enleva au cinquième jour et il y eut une fistule : sur un autre malade, il ne la supprima que le quatorzième jour. M. Albarran, sur deux malades, l'enleva au neuvième et au treizième jour. Entre ces deux extrêmes, se trouve la moyenne au delà de laquelle la sonde à demeure n'a plus son indication. En règle générale, elle doit être laissée, chez l'adulte, une huitaine de jours et si, avant ce délai, il y avait incrustation, il n'y aurait qu'à changer la sonde de Pezzer et la remplacer par une sonde ordinaire.

Mais je pense aussi que, chez l'enfant, il y a avantage à enlever beaucoup plus tôt la sonde à demeure, vers le deuxième ou troisième jour, et, à partir de ce moment, de laisser les petits malades uriner seuls et sans cathétérisme.

III

Résultats. — Le moment est venu de juger la méthode à ses résultats. Malgré l'élasticité des statistiques, malgré la difficulté qu'il y ait à comparer des opérations faites pour des cas très différents et dans des conditions très variées, il y a cependant un certain intérêt à voir ce qu'a donné la suture de la vessie entre les mains des praticiens qui l'ont le plus employée. C'est la seule manière qui nous soit donnée d'avoir une idée approximative de la valeur de la suture.

Flury, dans sa thèse de Tubingue, en 1879, rapporte dix cas de suture vésicale, tous suivis de guérison.

En 1881, M. Monod communiquait à la Société de chirurgie trois cas de suture vésicale. Pour le premier malade, la guérison était presque complète au quinzième jour : il ne restait plus qu'une fistule abdominale, dans laquelle on injecta de la teinture d'iode : un érysipèle se déclara, et il s'ensuivit la mort du malade. Sur un deuxième malade, la suture fut tentée (totale de la vessie, partielle de la paroi abdominale), malgré la contusion et la déchirure nécessitées par l'extraction d'un calcul gros comme le poing, et au cinquième jour, le malade mourut d'infection putride. Enfin, un dernier malade, à qui on avait fait la suture totale de l'abdomen, mourut dans le coma au cinquième jour et, à l'autopsie, on ne trouva ni infiltration d'urine, ni péritonite, mais un foyer dans l'espace pré-vésical. Mais, comme le fait remarquer Dietz, à qui j'emprunte ces détails, ces cas malheureux n'étaient guère imputables à la suture.

La statistique de M. Tuffier, en 1884, comprenait vingt-deux observations, sur lesquelles il n'y avait eu que deux réunions par première intention, soit 9 p. 100. Trois malades avaient succombé rapidement, par suite d'infiltration purulente sous-péritonéale ; un autre fut atteint d'abcès prostatique, mais il guérit cependant.

Toutefois ces faits peu encourageants tenaient à une antisepsie moins parfaite et à une suture sans doute mal combinée. Et depuis que la technique de l'opération s'est modifiée dans son ensemble et dans ses détails, nous

voyons s'élever la proportion des réunions premières et des guérisons complètes et rapides.

Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur les statistiques publiées par les chirurgiens qui ont le plus tenté la suture : d'année en année, les résultats s'améliorent et la proportion s'élève des réunions premières.

En 1886, Schmitz relève sur 55 cas 47 guérisons, dont 17 réunions par première intention, soit 31 p. 100 : 13 sur des enfants et 4 sur des adultes.

Une autre statistique est établie la même année (1886) par Meyer ; elle comporte 41 cas avec 16 réunions *per primam*, soit 39 p. 100.

De 1884 à 1886, Irschick a fait à l'hôpital Wladimir de Moscou 20 opérations de tailles suivies de suture sur des enfants : il a obtenu 7 réunions par première intention, soit 35 p. 100. La filtration d'urine s'est faite entre le deuxième et le quatorzième jour. Malgré cet accident, la réunion a été plus prompte que dans les cas non suivis de suture.

Voici maintenant la statistique de M. Couvée, en 1887 : elle comprend trois séries de tailles sus-pubiennes avec suture totale au catgut, après pulvérisation à l'iodoforme de la cavité vésicale :

Une première série comprend 17 enfants, sur lesquels il y eut 12 réunions primitives (âge : dix-sept mois à treize ans);

Une deuxième série comporte deux opérations sur adultes : il y eut 2 réunions primitives (âge : dix-huit et soixante et un ans);

Enfin, dans le troisième groupe, nous trouvons un enfant et deux hommes ayant donné 3 réunions premières (âge : quatre ans, vingt-deux et trente et un ans).

Au total, donc, 22 opérations avec 17 réunions par première intention, soit une proportion de 77 p. 100.

La statistique de Bassini de 1887 à 1890 comporte 21 opérations de taille avec suture vésicale à trois plans : nous trouvons :

Quatorze guérisons immédiates (cicatrisation en dix à douze jours, 66,66 p. 100);

Six guérisons après écoulement d'urine (cicatrisation en dix-huit à trente jours).

Une mort chez un vieillard de soixante-dix-huit ans, atteint de cystite chronique.

En résumé :

		Réunions primitives.
Statistique de	Schmitz, 1886 . . .	31 p. 100.
—	Bereskin, 1886. . .	35 —
—	Meyer, 1886	39 —
—	Couvée, 1887. . . .	77,27 —
—	Bassini, 1887-1890 .	66,66 —

D'autre part, Dietz a réuni, pour sa thèse, 42 cas de taille hypogastrique avec suture, sur lesquels il y eut 27 réunions immédiates, soit 64,28 p. 100. Huit cas de tumeurs ou tuberculoses vésicales ont donné à eux seuls quatre réunions immédiates et quatre réparations après issue d'urine. Si, à ces faits, on ajoutait les succès de MM. Tuffier, Albarran, Ricard et Clado entre autres, on arriverait encore à élever la proportion des succès après la suture totale.

La plupart des sutures pratiquées sur l'enfant ont donné de bons résultats, de meilleurs que chez l'adulte : dans la statistique citée de Schmitz, il y a à la fois enfants et adultes. Celle de Irschick, à Moscou, ne comprend que des enfants, et la proportion des guérisons premières y est de 35 p. 100; et une série de M. Couvée a donné 12 guérisons sur 17 enfants, ce qui est énorme.

Dans un travail intéressant d'Alexandrow (1), je trouve sur la question de la suture, après la taille, des renseignements intéressants. Alexandrow a opéré 26 enfants par la taille haute : ces enfants étaient âgés de deux à sept ans et demi. Or, l'auteur ayant employé des procédés différents, il est possible d'établir une comparaison. Il a fait deux fois le drainage vésical et la guérison n'est survenue qu'au quarante-septième et au vingt et unième jour; ces deux périodes de guérison ont été ici, il est vrai, plus longues qu'elles ne le sont en général.

Sur 24 autres enfants, Alexandrow a fait la suture totale, complète de la vessie; 16 fois, il a fait le drainage pré-vésical; 8 fois, il a tout fermé, vessie et paroi. Voici ses résultats :

Seize sutures vésicales avec drainage pré-vésical ont donné :

Quinze réunions primitives;

Un insuccès (par désunion de la plaie vésicale).

La moyenne a été de dix-huit jours pour la fermeture de l'orifice du drain pré-vésical.

Par ailleurs :

Huit sutures totales de la vessie et de la paroi ont donné :

Sept réunions totales;

Une désunion (dans ce cas une hémorrhagie survenue au bout de quelques jours força à rouvrir la plaie vésicale, qui était en bonne voie).

Dans tous ces cas, il a été fait usage de la sonde à demeure : Alexandrow l'enlève, au plus tard, le troisième jour ; quant au procédé qu'il emploie, il est très simple et a été plus haut exposé.

De mon côté, j'ai relevé au hasard, parmi les publications les plus récentes, douze cas de suture vésicale après la taille chez l'enfant : ils appartenaient à des opérateurs très divers. Ce sont les observations de Swain (2), de Kispert (3), Kramer (4), Gésa d'Antal (5), Gross [de Nancy (6)], Violano (7), William Parker (8), Croft (9), Anderson (10), Lindner (11) [deux cas], et Monroë Thomas (12). L'âge de ces enfants a varié de vingt-neuf mois à dix ans : tous ou presque tous étaient infectés, le fait a bien sa valeur, et bien que, dans aucun cas, je ne trouve mention d'un examen bactériologique quelconque, il est facile à la lecture des observations de retrouver partout les traces de la cystite et de l'infection. Il s'agissait dans tous les cas de calculs : une seule fois, l'opération était faite pour corps étranger.

Malgré ces conditions relativement défavorables, les résultats ont été satisfaisants ; dix fois il y a eu réunion primitive de la vessie, et, cependant, chez deux de ces dix malades, il survint au cours de la guérison une scarlatine chez l'un, une pneumonie chez l'autre : et, malgré l'occurrence de ces deux complications, la réunion de la plaie vésicale

(1) Alexandrow. Loc.cit.
(2) Swain. *The Lancet*, 1880.
(3) Kispert. *Centralbl. f. Chir.*, 1881.
(4) Kramer. *Arch. f. klin. Chir.* 1883.
(5) G. d'Antal. *Centralbl. f. Chir.*, 1885,
(6) Gross. Congr. fr. de chir., 1886.
(7) Violano. *Ann. univ. di med. e chir.*, juillet 1886.
(8) Parker. *The Lancet*, 1883.
(9) Croft. *Idem*, 1888.
(10) Anderson. *Idem*, 1890.
(11) Lindner. *Idem*, 1888.
(12) Cité in Th. Dietz, Obs. XXIX.

ne fut entravée, ni chez l'un, ni chez l'autre. Deux fois (sur douze) il y eut désunion partielle de la suture vésicale : il en résulta une petite fistulette qui s'oblitéra d'elle-même en quelques jours. Voilà pour les résultats généraux.

Les résultats, partiels si l'on veut, les résultats relatifs à l'usage de la sonde à demeure et du drainage pré-vésical ne sont pas moins intéressants à rechercher. Sur les 10 cas, où la réunion première a été obtenue, 3 fois seulement la sonde à demeure a été employée; dans 5 cas, il n'en a pas été fait usage, et 2 fois (malades de Lindner), il n'y eut ni sonde à demeure, ni cathétérisme : l'enfant urina seul et dès le début.

Relativement au drainage pariétal, voici ce qui en est résulté : cinq fois, il a été employé et la guérison s'est faite au dix-septième, vingtième, vingt-quatrième jour, et deux fois, il est dit « guérison rapide ». Dans 7 cas, il n'y a pas eu de drainage, et la guérison a eu lieu en huit, dix, douze et vingt jours.

Ces quelques chiffres suffisent à prouver, ce qu'il était facile de supposer d'ailleurs, que la sonde à demeure n'est pas nécessaire, moins encore chez l'enfant que chez l'adulte, et qu'il y a avantage à ne pas drainer; la guérison est plus rapide, pourvu que toutes les conditions d'herméticité de la suture et d'asepsie de l'opération aient été réalisées.

Mais la conclusion la plus évidente, qui se dégage de ces observations, c'est la facilité avec laquelle chez l'enfant la réunion primitive et totale se trouve obtenue : les résultats sont, sous ce rapport, de beaucoup supérieurs chez l'enfant. La dernière statistique, la statistique de Bassini chez l'adulte, donnait 66,66 p. 100 de réunions premières : chez l'enfant, la proportion est, au contraire, de 83,33 p. 100. Il est donc évident que la réunion est plus facile à obtenir chez l'enfant; la suture atteint plus souvent et plus facilement son but; ses indications seront donc plus nombreuses encore à l'âge primitif. Et nous verrons plus loin, que la majorité des cas de taille hypogastrique chez l'enfant restent justiciables de la suture totale : c'est là, d'ailleurs, un point sur lequel j'ai particulièrement insisté dans ma communication au Congrès de chirurgie.

La raison de ces différences, des résultats de la taille chez l'enfant et chez l'adulte, a été cherchée dans des arguments de très diverse nature. Alexandrow pense qu'ils tiennent à ce que les enfants sont moins infectés : mais il n'en est rien; j'ai, plus haut, montré que l'infection du milieu ne compromettait en rien la suture, pourvu que celle-ci fût exécutée avec toutes les précautions désirables d'antisepsie. Et en fait d'ailleurs, les quelques observations dont je me suis servi pour établir la statistique citée, concernaient toutes des enfants, dont les urines étaient certainement infectées. L'infection n'est donc pour rien dans la différence des résultats.

On invoque encore l'état des parois vésicales, qui, chez l'enfant, sont plus souples, moins altérées, moins enflammées : la paroi vésicale joue bien son rôle, mais il est prouvé que les vessies anciennement enflammées, atteintes depuis longtemps de cystite, sont capables de se réunir et dans de bonnes conditions. Il en est ainsi de presque toutes les vessies qu'on suture, et à moins de lésions grossières, manifestes, la réunion se fait. Ce n'est donc pas là encore que l'on trouvera la raison de ces différences.

M. Guyon dans une clinique inédite, à laquelle j'ai beaucoup emprunté pour la rédaction de ce travail, insiste sur la différence qui existe chez l'adulte et l'enfant, entre la vascularité des parois vésicales et des tissus périvésicaux. Chez l'enfant, toutes les affections, qui chez l'adulte se caractérisent dans l'appareil urinaire par des hémorrhagies, ne donnent à cet âge aucun signe semblable. Rappellerai-je ici les tumeurs du rein, qui, chez l'enfant, sur 35 cas ne donnent que 10 fois de l'hématurie; alors que sur 65 adultes il y eut 38 fois hématurie (Guillet)? Pour la vessie, c'est la même chose : les calculs ne font pas saigner chez l'enfant; le petit malade, dont nous avons rappelé plus haut l'observation, n'avait jamais pissé de sang, bien que le mouvement du corps et la mobilité du calcul se soient souvent accordés pour réunir les conditions favorables à l'hématurie calculeuse. Les calculs, chez les enfants, ne font pas saigner : M. Guyon a maintes fois attiré notre attention sur ce point. Et ce que nous disons des calculs, est aussi vrai pour les tumeurs : chez l'enfant, les néoplasmes vésicaux évoluent sans hématurie. On a cherché à expliquer ce fait par la nature de la tumeur; cette raison n'est qu'accessoire; et en réalité l'hématurie ne se fait pas parce que les plexus veineux périvésicaux et intra-vésicaux ne sont pas développés chez l'enfant, comme ils le sont chez l'adulte. Et là seulement est la raison, qui fait la différence entre les résultats de la suture chez l'adulte et chez l'enfant : chez le premier, les hémorrhagies fréquentes rendent plus imminente l'oblitération de la sonde et la désunion de la suture. Chez l'enfant, rien de tout cela ne se produit : et rien ne vient menacer la réunion en voie de se faire. Telle est, d'après M. Guyon, la raison de vascularité qui fait les résultats de la suture inférieurs chez l'adulte, et meilleurs chez l'enfant.

Quels sont les avantages de la suture? La suture, quand elle réussit, est-elle un procédé supérieur au drainage? Quand elle ne réussit pas, expose-t-elle l'opéré à de plus longs ennuis, à une convalescence plus lente, que le malade traité par le drainage vésical?

A ces deux questions, il est facile de répondre. Quand elle ne réussit pas, la suture laisse le malade dans les conditions où il se trouve après le drainage vésical et une fois les tubes enlevés. Quelque sûr qu'un chirurgien soit et de sa suture et de son asepsie, il surveillera toujours le malade, et à la moindre menace de la température, à la moindre réaction locale, il se tiendra prêt à faire sauter un fil, à désunir une partie de la plaie pour évacuer ou prévenir une infiltration commençante. En suivant ces préceptes, en se tenant en garde contre toute complication imprévue, le chirurgien évitera les accidents sérieux : la taille suivie de suture n'aura par elle-même que la gravité d'une taille ou d'une opération quelconque, et si la désunion se fait spontanément, ou si un incident la rend nécessaire, l'opéré se trouve au même point que celui à qui on vient d'enlever les tubes. Après quelques jours de fistule, la plaie se ferme d'elle-même : il en fut ainsi sur les quelques opérés dont la suture ne réussit pas, la fistule se ferma d'elle-même et rapidement, en quelques jours.

Mais quand la suture réussit, abrège-t-elle singulièrement la durée de la guérison? Voilà la vraie question, la question réellement pratique à trancher. Il n'est pas difficile de le faire.

Lorsque la réussite se fait complète, lorsqu'il ne survient aucun incident, et que les conditions de l'intervention ont été assez heureuses pour qu'il fût permis de ne pas mettre de drain, la guérison se fait en huit à douze jours; un premier pansement conduit jusqu'à l'ablation des fils : et un deuxième est laissé jusqu'à la fin. Les malades de

M. Albarran étaient guéris au neuvième et douzième jour : ce sont bien là les interventions idéales ; pour celles-là pas de discussion possible, et il n'est point de taille avec drainage vésical qui donne une guérison aussi rapide.

Mais en fait, dans les opérations comprises dans les statistiques, la guérison ne s'est pas faite toujours aussi vite : je trouve guérison au vingtième, au vingt-quatrième jour, pour des cas où cependant la réunion par première intention a été obtenue. A quoi tiennent ces résultats? Souvent à un petit incident, un peu de suppuration, un fil malpropre, un drain laissé trop longtemps, et dont l'orifice reste fistuleux. Il n'en faut pas davantage pour faire perdre au malade le bénéfice de la suture et l'immobiliser aussi longtemps que s'il y avait eu drainage. Mais en réalité, ce sont là des défauts d'exécution, ce sont des fautes opératoires, qui, chaque jour, iront en diminuant : et ce n'est pas de cette façon qu'il faut comparer la suture au drainage. Non! il faut dire : une suture bien faite donne-t-elle un meilleur résultat qu'un drainage bien fait? Pour aucun, la réponse ne peut rester douteuse : la suture bien faite, sans accidents, sans incidents, c'est une affaire de huit à dix jours ; une taille avec drainage, bien faite, sans accidents, sans incidents, exige toujours une période d'immobilisation plus longue. En compulsant le registre des tailles à l'hôpital Necker, on trouve des fistules fermées au douzième et au quatorzième jour : deux des malades, opérés pendant que j'étais l'interne de M. Guyon, ont évolué aussi rapidement. Mais on ne peut dire que ce soit la règle : c'est tout au contraire l'exception, et il est incontestable que, sous ce rapport, la suture reste supérieure au drainage. Le drainage a marqué une époque dans l'histoire de la taille : la suture constitue à son tour un réel progrès. Mais il ne convient pas à tous les cas, et sous peine de la compromettre, il faut restreindre ses indications aux seuls cas qui en sont justiciables.

IV

Indications et contre-indications. — Nous avons vu, chemin faisant, que ni l'infection, ni la cystite n'empêchent la réunion primitive : ces deux accidents ne peuvent donc à eux seuls contre-indiquer la suture totale. Exception toutefois doit se faire, bien entendu, pour les cas où les altérations vésicales sont très prononcées, où la paroi est épaissie, avec adhérences périphériques et péricystite : dans ces circonstances, ce serait aller au-devant d'un échec, que de tenter la suture : mieux vaut alors faire le drainage. Mais, en règle générale, la cystite simple ne peut contre-indiquer l'opération : M. Albarran insiste beaucoup sur ce point, et j'y insisterai d'autant plus, que les auteurs des dernières thèses sur le sujet qui nous occupe rangent la cystite parmi les contre-indications de la suture. S'il en était ainsi, il ne faudrait plus guère songer à trouver des malades dans des conditions d'opportunité pour la suture totale : rares, en effet, sont les malades, qui sont justiciables de la taille hypogastrique et n'ont pas un certain degré de cystite.

A part les cas complexes d'altérations vésicales, toutes les contre-indications de la suture résident dans la question de l'hémorrhagie. M. Guyon considère, que la crainte d'une hémorrhagie après la taille est la seule raison, qui doive forcer le chirurgien à la suture. L'hémorrhagie après la taille, c'est l'oblitération de la sonde, c'est la tension de la vessie, c'est la désunion de la suture. Toutes les fois que l'hémorrhagie n'est pas à craindre, l'indication se pose pour la suture ; elle est à rejeter absolument au cas contraire. Nous avons dit comment, chez les enfants, la vascularité était faible de l'appareil urinaire : c'est assez dire que, pour une même affection, les contre-indications de la suture seront plus rares chez l'enfant que chez l'adulte.

Ces restrictions étant posées, quelles sont les affections à taille hypogastrique, dans lesquelles la suture sera plus spécialement indiquée.

En première ligne se placent les tailles hautes faites pour cathétériser d'arrière en avant un rétrécissement infranchissable : dans ces conditions furent faites les opérations de M. Tuffier, de M. Schwartz, de MM. Ricard et Clado. La vessie est relativement saine : nous nous retrouvons ici dans les conditions d'une cystotomie exploratrice.

Il en sera de même, lorsque la taille sera nécessitée par un corps étranger, ou un calcul. Pour le calcul, il faut cependant distinguer : les cystotomies pour calculs ne se font plus que pour des calculs primitifs impossibles à broyer, ou pour des calculs secondaires impossibles à atteindre (obstacle prostatique, cellule vésicale, etc.). Un calcul primitif, c'est souvent une vessie saine, ou relativement saine : ce sont de bonnes conditions pour la suture, surtout si le sujet n'est pas trop âgé et si l'urèthre est perméable. Pour les calculs secondaires, au contraire, il n'y a guère d'indications de la suture : la vessie est très altérée, douloureuse, la prostate souvent hypertrophiée : ici il faut drainer, il faut employer le siphonage vésical, et il y a contre-indication à toute tentative de suture.

Chez l'enfant, les conditions, dans lesquelles se présentent les calculs, doivent à l'avenir rendre beaucoup plus fréquentes les indications de la suture. Jusqu'ici, en effet, la taille périnéale a presque toujours été employée, et avec un succès d'ailleurs constant. Les chirurgiens de l'Orient, qui opèrent dans une région, où la lithiase, chez les enfants, est chose vulgaire et commune, nous ont répété souvent que la taille périnéale guérissait entre leurs mains avec une extrême rapidité : et les exemples, que nous avons vus chez nous, n'ont fait que confirmer ces appréciations. Il me souvient d'un enfant, que M. Guyon opérait l'année dernière d'un calcul vésical par la taille périnéale ; le soir même de l'opération, l'enfant sortait de son lit pour courir dans la salle. Mais la taille périnéale, malgré ces résultats brillants, est une opération aveugle et susceptible de blesser les canaux éjaculateurs et de compromettre pour toujours le fonctionnement génital. C'est là un argument qui a bien sa valeur. Et le jour où l'on aura montré, que la taille sus-pubienne peut être faite sans drainage, sans ces tubes-siphons, que les enfants ne supportent et ne tolèrent jamais, je crois que la chirurgie de la vessie, chez l'enfant, aura fait un pas en avant. Et je considère ce progrès comme réalisé : la taille haute, avec suture complète et totale, doit être désormais substituée dans la grande majorité des cas de calculs vésicaux, chez l'enfant, à la taille périnéale. C'est substituer une opération réglée, précise et sûre, à une intervention, heureuse sans doute en ses résultats, mais aveugle cependant, et dangereuse pour l'avenir.

Pour les tumeurs, c'est la question surtout de l'hémorrhagie qui doit décider entre le drainage et la suture. Une vessie saine, avec une tumeur petite, sessile ou grosse, mais avec pédicule, sera justiciable de la suture. Au contraire, une vaste tumeur, dont on ne peut que cautériser au

thermocautère la base d'implantation, expose nécessairement à l'hémorrhagie : ici ce serait imprudence et témérité que de vouloir fermer la vessie, il faut drainer. Mais il y a d'autres alternatives : si la tumeur, bien que volumineuse, bien que largement implantée, peut être totalement séparée de la paroi et si on peut suturer au catgut le point où est la surface d'implantation de la tumeur, on ferme du coup la porte à l'hémorrhagie et la suture reprend tous ses droits. C'est cette conduite que suivait M. Albarran dans l'opération brillante que nous lui avons vu pratiquer et le succès, un succès complet, en a été le résultat.

Un dernier mot de la tuberculose : Keyes, en 1887, a fait une cystotomie sus-pubienne pour tuberculose, il a fermé la vessie, et il y eut guérison. Est-ce là exemple à suivre? Je ne le pense pas : dans la tuberculose vésicale, la cystotomie n'a d'autre but que de permettre une action directe sur les lésions de la muqueuse (grattage, cautérisation) et de supprimer, par l'ouverture du réservoir avec les contractions de ses parois, les douleurs si violentes, si atroces, qui en sont la conséquence. Il me semble que la suture, dans ces conditions, va à l'encontre du but que l'on se propose : il ne peut en être question.

Et quant à la sonde à demeure, je ne puis que redire ce qui a été plus haut indiqué : ne pas mettre la sonde, ne pas faire le cathétérisme, c'est tenter un coup hardi et réaliser une opération brillante, idéale en quelque sorte. Mais en pratique, s'il est démontré, comme je le pense, que la sonde à demeure ne retarde en rien la guérison, mais reste une garantie, une sauvegarde, il ne reste plus place à la discussion : la sonde à demeure devra être toujours employée, dans les premiers jours au moins.

Je serai moins positif sur l'opportunité du drainage, parce que ce point de technique ne se lie pas réellement à la question de la taille, mais aussi relève de la chirurgie générale.

Chez l'adulte, le drainage est presque toujours nécessaire : la disposition excavée de l'espace de Retzius rend indispensable cette précaution, toutes les fois que la vessie a été incisée trop bas et séparée de la symphyse. Chez l'enfant, c'est différent : la vessie est haute par rapport à la symphyse, la paroi abdominale est au contact de la vessie, et il n'y a plus place pour le décollement et, partant, pour le drain. L'herméticité de la suture étant admise et résolue, l'opportunité du drain dépendra, chez l'adulte, des conditions anatomiques de la cavité de Retzius et de l'antisepsie de l'opération ; chez l'enfant, elle dépendra seulement de l'asepsie de l'opération. C'est une question de prudence, de tact chirurgical, qu'il est laissé à chaque opérateur le soin de sentir et de trancher à son gré et suivant ses préférences.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie de médecine, dans sa dernière séance, a nommé M. Grancher membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique, par 45 suffrages contre 27 donnés à M. Aug. Voisin.

— Par décret, en date du 9 juillet 1892, M. le médecin principal de première classe Boisseau, directeur du service de santé du 6e corps d'armée, a été promu au grade de médecin inspecteur dans le cadre du service de santé militaire, en remplacement de M. le médecin inspecteur Weber, placé dans la section de réserve.

— Par décret, en date du 9 juillet 1892, a été promu, à titre étranger, dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Landolt (Edmond), citoyen suisse, docteur de la Faculté de Paris, chirurgien oculiste consultant de l'Institution des Jeunes Aveugles. A fondé et entretient depuis 1876, à Paris, une clinique gratuite pour les maladies des yeux. Chevalier du 5 février 1881.

— Par décrets, en date du 11 juillet 1892, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Lamarre, médecin de la Maison d'éducation de la Légion d'honneur ; — M. Geoffroy, médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Colle, Rigubert, Cousyn, Themoin, Laurent, André, Deblenne et Pascalet.

— Par décret, en date du 10 juillet 1892, ont été promus dans le corps de santé militaire et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Flament, en remplacement de M. Giard, retraité ; Richon, en remplacement de M. Lévy, retraité ; et Barthélemy, en remplacement de M. Boisseau, promu ; maintenus à leur poste actuel.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Crussard, en remplacement de M. Flament, promu, maintenu à son poste actuel ; Poignon, en remplacement de M. Richon, promu, désigné pour la place et les salles militaires de l'hospice mixte de Verdun (médecin chef) ; Millet, en remplacement de M. Barthélemy, promu, maintenu à son poste actuel.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Dubrulle, en remplacement de M. Voizard, décédé, maintenu à son poste actuel ; Descargues, en remplacement de M. Jubiot, mis en non-activité pour infirmités temporaires, désigné pour le 88e d'infanterie ; Famechon, en remplacement de M. Klée, retraité, désigné pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie ; Blanchetière, en remplacement de M. Talloirt, retraité, maintenu à son poste actuel ; Sedan, en remplacement de M. Lelorrain, retraité, désigné pour le 6e d'artillerie ; Trifaud, en remplacement de M. Crussard, promu, maintenu à son poste actuel ; Kleinpetter, en remplacement de M. Poignon, promu, désigné pour le 75e d'infanterie ; Marty, en remplacement de M. Millet, promu, désigné pour le 77e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Ohier, en remplacement de M. Blanc, mis en non-activité pour infirmités temporaires, désigné pour le 128e d'infanterie ; Fradet, en remplacement de M. Girardeau, démissionnaire, maintenu aux hôpitaux de la division de Constantine ; Chauzeix, en remplacement de M. Pouey, décédé, désigné pour le 3e tirailleurs algériens ; Pech, en remplacement de M. Dubrulle, promu, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Oran ; Chenu, en remplacement de M. Desargues, promu, désigné pour le 150e d'infanterie ; Jannot, en remplacement de M. Famechon, promu, désigné pour le 2e d'infanterie ; Trédos, en remplacement de M. Blanchetière, promu, désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; Tricot, en remplacement de M. Trifaud, promu, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Oran ; Pouillaude, en remplacement de M. Kleinpetter, promu, désigné pour le 154e d'infanterie ; de Casaubon, en remplacement de M. Marty, promu, désigné pour le 35e d'infanterie.

Au grade de pharmacien-principal de deuxième classe. — M. le pharmacien-major de première classe Moullade, en remplacement de M. Pons, retraité, désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. le pharmacien-major de deuxième classe Beunat, en remplacement de M. Moulade, promu.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. le pharmacien aide-major de première classe Rouvet, en remplacement de M. Beunat, promu.

— Par décision ministérielle, en date du 9 juillet 1892, M. le médecin inspecteur Boisseau a été maintenu dans ses fonctions de directeur du service de santé du 6e corps d'armée à Châlons-sur-Marne.

— Par décision ministérielle, en date du 10 juillet 1892, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

MM. les médecins-majors de première classe Grandjean, pour l'Hôtel des Invalides; Benoit, pour l'École de Saint-Cyr; Bros, pour l'hôpital militaire Villemanzy, à Lyon; Dubarry, pour l'hôpital militaire de Toulouse; Oger, pour le 105e d'infanterie; Quivogne, pour le 45e d'infanterie; Franck, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Besançon; Landriau, pour le 70e d'infanterie; Tournade, pour le 33e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Schmit, pour le 36e d'infanterie; Pitois, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Simon, pour l'École de Saumur; Didier, pour le 100e d'infanterie; Durand, pour le 134e d'infanterie; Labroue, pour le 148e d'infanterie; Ferra, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie; Carlier, pour le 20e escadron du train des équipages militaires; Dumontier, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Humbert, pour ordre, à l'hôpital militaire du camp de Châlons.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Moingeard, pour le 95e d'infanterie; Bonnet, pour le 5e du génie; Roy, pour le 14e chasseurs à cheval; Lafaye, pour le 50e d'infanterie; Simonot, pour le 58e d'infanterie; Le Goïc, pour le 40e d'infanterie; Hénault, pour le 134e d'infanterie; Le Renard, pour le 52e d'infanterie.

M. le pharmacien principal de première classe Rebuffat, pour l'hôpital Saint-Martin; M. le pharmacien principal de deuxième classe Masson, pour l'hôpital militaire de Vincennes; MM. les pharmaciens-majors de première classe Barillé, pour l'hôpital militaire de Marseille; Karcher, pour la direction du service de santé du 11e corps d'armée; Simair, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

— Le concours du clinicat (ophthalmologie, voies urinaires), vient de se terminer par les nominations suivantes :

M. Rochon-Duviguaud, chef de clinique ophthalmologique; — M. Legueu, chef de clinique des maladies des voies urinaires.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Pierre Bosc est nommé préparateur de médecine légale, en remplacement de M. Castan, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Charles Vouillemin, pharmacien de première classe, membre du Conseil d'hygiène de la Haute-Marne et maire de Bourmont, sa ville natale, s'était décidé à faire ses études médicales à la Faculté de Nancy où il a pris toutes ses inscriptions, suivi avec assiduité cours et cliniques et subi tous les examens de doctorat. Il vient, à l'âge de cinquante-neuf ans, de soutenir sa thèse de doctorat. A l'issue de la soutenance, le plus jeune des étudiants de première année est venu lui offrir un magnifique bouquet de fleurs garni de rubans, portant la devise : « Au doyen des étudiants, ses camarades de la Faculté de Nancy. »

Ajoutons que, dans l'assistance, notre excellent confrère avait le plaisir de voir son fils, actuellement lieutenant d'artillerie, dont il avait jadis lui-même dirigé toutes les études jusqu'à son entrée à l'École polytechnique.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. le docteur Bordier est chargé d'un cours d'histoire naturelle.

— M. le docteur Plicque est pourvu du certificat d'aptitude aux fonctions de bibliothécaire dans les bibliothèques universitaires.

— M. le docteur Tussan est nommé médecin adjoint du lycée de Mâcon, en remplacement de M. le docteur Leriche.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bilhaut (d'Onzain); O'Neil (de Port-Saint-Père).

— Nous recevons le premier numéro des « Archives provinciales de chirurgie ». Ce nouveau recueil, auquel nous souhaitons la bienvenue, paraîtra tous les mois, sous la direction de M. Marcel Baudouin.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. le professeur Ed. Bureau fera une excursion botanique, du 5 au 11 août 1892, aux environs de Nantes et sur le bord de l'Océan.

Vendredi 5 août : Départ de Paris (gare d'Orléans), à onze heures vingt minutes du matin; arrivée à Nantes à six heures quarante-six minutes du soir. — Samedi 6 et dimanche 7 : visites au Jardin des Plantes et au Muséum d'histoire naturelle de Nantes; herborisations sur les bords de la Loire et dans les marais flottants de l'Erdre. Le 7, à sept heures quatorze minutes du soir, départ pour le Croisic. — Lundi 8, mardi 9 et mercredi 10 : herborisations dans la région maritime; sables de Pembron, côte granitique de Batz, dunes d'Escoublac, marais salants du Pouliguen. — Jeudi 11 : départ du Pouliguen à midi huit minutes; arrivée à Paris à onze heures cinquante-neuf minutes du soir.

Pour profiter de la réduction de prix demandée à la Compagnie du chemin de fer de Paris à Orléans, on devra se faire inscrire et verser le prix de la place (35 fr. 55 aller et retour en secondes, 23 fr. 15 en troisièmes, à volonté) aux galeries de botanique du Muséum d'histoire naturelle; les inscriptions seront reçues tous les jours, de midi à quatre heures, jusqu'au 28 juillet exclusivement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de thérapeutique chirurgicale, par Émile Forgue, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Montpellier, médecin-major de l'armée, et Paul Reclus, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Broussais, membre de la Société de chirurgie. 2 vol. in-8°, avec 368 figures dans le texte. — Prix : 32 francs. — Paris, G. Masson.

Traitement de la phthisie pulmonaire (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par G. Daremberg. 2 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 7 francs. — Paris, Rueff et Cie.

Memento de thérapeutique obstétricale et gynécologique, d'après l'enseignement du docteur A. Auvard, par ses chefs de clinique le docteur L. Touvenaint (pour la partie obstétricale) et le docteur E. Caubet (pour la partie gynécologique). In-12, cartonné, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

De la stérilité chez la femme et de son traitement (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par de Sinéty. In-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 18 juillet 1892.

L'épidémie cholérique, qui sévit actuellement dans la banlieue de Paris, vient de provoquer une très intéressante discussion à la Société médicale des hôpitaux (15 juillet). M. Netter est venu rendre compte de ses recherches bactériologiques sur les cas de choléra ou de diarrhée cholériforme, observés dans les environs de Paris. Voici les principales conclusions de son mémoire.

Chez les cholériques de la banlieue ouest de Paris, M. Netter a trouvé, d'une façon constante, dans les selles et dans le contenu intestinal, un bacille virgule qui présente une analogie fort grande avec le bacille virgule isolé par Koch dans le choléra de Calcutta, et retrouvé depuis en différents points. Cependant, cet organisme présente le plus ordinairement quelques traits permettant de le différencier du bacille ordinaire du laboratoire. Il est plus court, plus trapu, plus courbe; il forme des spirilles moins longues et moins nombreuses, donne plus rapidement naissance à une bulle dans la gélatine au pancréas et coagule assez vite le lait. Ces caractères sont communs aux bacilles de 1892 et à un microbe isolé dans des cas de choléra de Cochinchine, par M. le docteur Calmette. Si le microbe de 1892 peut être distingué de celui de Calcutta, il n'en présente donc pas moins une identité complète — au moins jusqu'à présent — avec une variété provenant de sujets affectés de choléra manifestement asiatique.

On est tenté d'attribuer les différences présentées, à ce fait que le bacille conservé depuis longtemps dans les laboratoires a dû subir des modifications notables du fait de sa vie à l'état de saprophyte. Mais cette explication ne saurait être conservée, puisque dans des cas, rares il est vrai, de choléra de la banlieue, M. Netter a trouvé des bacilles virgules, rappelant beaucoup plus l'ensemble des caractères connus de l'espèce indienne de Koch. On sait, du reste, que Cunningham, à Calcutta, a cru devoir distinguer jusqu'à dix variétés de bacilles virgules du choléra dont aucune, du reste, n'est absolument identique à celle isolée dans le plus grand nombre des cas de la banlieue.

En même temps que le choléra vrai, imputable au bacille virgule, il existe une proportion considérable de diarrhées cholériformes, absolument indépendantes de ce microbe. Ces diarrhées cholériformes peuvent déterminer la mort; elles peuvent atteindre simultanément ou successivement plusieurs personnes habitant la même maison. L'examen bactériologique, dans ces cas, a permis à M. Netter de découvrir plusieurs espèces microbiennes : bacterium coli, bacille encapsulé, streptocoque pyogène...

Ces diarrhées cholériformes ont été observées dans les localités où règne l'épidémie cholérique, mais elles ont un domaine beaucoup plus étendu et sont très fréquentes à Paris et dans toute la banlieue.

Il faut mentionner encore que M. Netter n'a observé jusqu'ici dans Paris et nés dans Paris, que des cas de diarrhée cholériforme, sans relation avec le bacille virgule; et que les cas vrais de choléra avaient tous été contractés dans la banlieue. Sans nier la possibilité de cas de choléra vrai gagnés à Paris, on peut donc dire que l'on n'en a jamais observé jusqu'ici, et que, en tout cas, ils doivent être fort rares.

C'est évidemment par l'eau que la contamination se fait.

M. Dieulafoy a, de son côté, pu observer quelques cas de choléra qui, au point de vue clinique comparé à l'examen bactériologique, sont d'un enseignement assez curieux.

Du 25 mai au 2 juin, M. Dieulafoy a observé quatre cholériques. De ces quatre cas, deux ont été relativement peu graves. Le premier atteignit un malade de dix-neuf ans, qui fut pris subitement de coliques violentes, de selles très fréquentes, de vomissemnts et de crampes dans les jambes et dans les mollets, mais sans hypothermie et sans algidité. Ce malade guérit en trois jours; le deuxième cas, semblable au premier, s'est développé chez un homme de vingt-huit ans, et la guérison fut complète en deux jours.

L'examen bactériologque des selles de ces deux malades fait, dans le laboratoir de M. Dieulafoy, par son interne M. Rénon, n'a révélé, pa l'examen direct et les ensemencements sur plaques de gélatine et sur gélose, que la présence du bacterium colicommune.

Les deux autres cas plus graves, sont beaucoup plus intéressants. Le premier s'est développé chez un homme de dix-sept ans, demeurant ans le IVe arrondissement desservi alors par de l'eau de Sene, et qui a été pris de tous les accidents graves du chcéra : hypothermie, crampes très violentes, algidité presqu complète, anurie, et qui, atteint le 26 mai, a été guéri le 3. Le deuxième cas s'est présenté chez une femme de quarate-neuf ans, qui, atteinte à Billancourt le 30 mai d'accidnts très graves, après avoir bu de

l'eau d'une pompe située dans un jardin, près des bords de la Seine, mourut cinquante heures après. L'autopsie révéla les lésions classiques de l'intestin dans le choléra asiatique.

L'examen bactériologique des selles de ces deux malades a été fait également par M. Rénon qui va publier prochainement, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, les résultats qu'il a obtenus avec l'aide de M. Roux et qui lui ont permis d'affirmer, dès le 4 juin, qu'il s'agissait de deux cas de choléra dus au vrai bacille virgule de Koch, dont il avait constaté toutes les réactions. La genèse seule de ce choléra a paru inexplicable.

Voici donc des cas, presque complètement assimilables au point de vue clinique, dont la cause est différente. Il y a, dans toute cette épidémie, bien des anomalies jusqu'ici inexpliquées.

Combien nombreux sont encore les détails inconnus!

Il faut aussi signaler dans cette séance, si bien remplie, la curieuse pièce anatomique présentée par M. Laveran. Il s'agit d'un infarctus du cœur qui entraîna la mort chez un malade âgé de trente-quatre ans.

A l'autopsie, on reconnut une altération hémorrhagique du myocarde qui était, en outre, marbré de taches blanches semblant des abcès en voie de formation. La lésion était limitée à une partie du ventricule gauche. En outre, on pouvait constater un épaississement de la valvule mitrale et des altérations athéromateuses de l'aorte; une des coronaires était saine, l'autre était oblitérée par un caillot, rouge dans presque toute son étendue et blanc au niveau d'un éperon de l'artère. Il y a donc eu, très vraisemblablement, infarctus du cœur pour une embolie dont le point de départ paraît être une des plaques athéromateuses de l'aorte.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. E. Delorme.

Des phlegmons sus-hyoïdiens, et en particulier du phlegmon sub-lingual (1)

Le rapport de M. Nélaton m'a remis en mémoire trois faits de la variété de phlegmon sepique sus-hyoïdien que M. Linon et lui ont observés et les remarques dont je les accompagnais dans un mémoire alressé à la Société en 1887. A ces observations que je vaisrésumer, j'en ajouterai une quatrième, je m'arrèterai à la question soulevée par MM. Nélaton, Quénu, Reclus, à savoir si le terme d'angine de Ludwig convient bien à ces phlegmons, s'ils constituent réellement une entité clinique avec des caractères bien marqués et un siège précis. Je parlerai enfin de leur traitement.

Observation. I. — *Phlegmon sub-lingal pris pour une angine, au début; caractères typiques; état généralgrave. Phlegmon bilatéral: ouverture dans les régions sous-maxillares; pus sous le milo-hyoïdien, vastes poches sub-linguales, guérion.* — J'observai mon premier blessé, N..., en novembre 1886. Il avait été envoyé dans le service médical de mon collègue et ari, M. Sorel, à Saint-Martin, avec le diagnostic d'angine. Il présenait alors une fièvre intense, un gonflement modéré de la région us-hyoïdienne, avec resserrement des mâchoires; la parole éait difficile, la déglutition très douloureuse, l'aspect typhoïde. les symptômes avaient commencé à s'accuser, brusquement, dux jours auparavant.

(1) Lu à la Société de chirurgie dar la séance du 13 juillet.

Au bout de trois jours, cet homme est évacué sur mon service et je constate: un gonflement uniforme, ligneux, squirrheux, bilatéral de la région sus-hyoïdienne droite, avec rougeur sombre de la peau; la palpation est douloureuse, la fluctuation obscure, incertaine. Le rapprochement des arcades dentaires ne permet pas un examen complet de la bouche, mais je constate — et le blessé en a conscience — que la langue est refoulée par la muqueuse gingivo-linguale qui forme un gros bourrelet bilatéral. La sécrétion de salive est incessante, les mouvements de la langue impossibles; la déglutition est des plus difficiles; il y a de la dyspnée, menace de suffocation; l'état général est des plus graves et la température, de 38°5 le matin, monte le soir à 40 degrés.

On était au huitième jour. Sans tarder, je pratique une incision, comme pour l'ouverture d'un adéno-phlegmon sous-maxillaire, tout en étant frappé, dans ce cas, de la symptomatologie si différente de celle de ces phlegmons, en particulier du refoulement de la langue par un gros bourrelet muqueux. Cette incision sous-maxillaire, faite dans la région de la glande, à travers un tissu cellulaire épais de plusieurs centimètres, *n'amène pas de pus.* Je contourne du doigt la glande, *pas de pus.* Le gonflement énorme de la région et l'élévation de la température ne laissant cependant pas de doute sur sa présence, je prolonge mon incision en avant vers la ligne médiane, je dissocie, puis coupe les fibres du mylo-hyoïdien et je tombe dans une cavité remplie d'un pus assez mal lié et infect. Cette cavité est parallèle à la base de la langue et au maxillaire. Une sonde cannelée, puis l'index s'y enfoncent très librement: ce dernier presque jusqu'à sa base. Le siège du pus m'affirmait que j'avais affaire à un phlegmon sub-lingual, à ce qu'on a décrit sous le nom d'angine de Ludwig.

Je répétai la même incision du côté opposé; de ce côté encore, la découverte de la glande sous-maxillaire ne fut pas suivie d'un écoulement de pus, mais celui-ci sortit après la section du milo-hyoïdien et, de ce côté comme de l'autre, je pus insinuer toute la longueur de mon doigt dans une cavité allongée, régulière, sub-linguale.

Pendant ces manœuvres, une certaine quantité de pus s'écoule par la bouche.

Je fais pencher en avant la tête du blessé, j'irrigue les cavités purulentes par des jets de solution boriquée poussés à travers des tubes à drainage de 10 à 12 centimètres de long qui atteignent le fond des deux cavités sub-linguales.

L'amélioration est presque immédiate; la déglutition, dans la journée, comme les mouvements de la langue, sont un peu moins gênés; la température baisse, puis, progressivement, la sécrétion des plaies qui avaient donné passage à des débris de tissu cellulaire, les premiers jours, est peu abondante; en dix à douze jours, elle était tarie, mais il s'écoula plusieurs mois avant que ce blessé retrouvât sa santé intérieure et le bourrelet muqueux gingivo-lingual mit plus d'un mois à disparaître, affirmant tardivement le diagnostic localiste.

C'était la première fois que j'observais cette variété de phlegmon; ses caractères si typiques me frappèrent, je les retrouvai dans la plupart des observations rangées sous l'appellation d'angine de Ludwig. Dès lors, chez les blessés qui se présentèrent à moi, le diagnostic fut établi rapidement, sans la moindre incertitude.

Obs. II. — *Phlegmon sus-hyoïdien bilatéral; variété: phlegmon sub-lingual; incision médiane, pas de pus, débridements latéraux sus-milo-hyoïdiens, issue d'une grande quantité de pus, cavités sublinguales admettant librement le doigt, lavages antiseptiques, guérison rapide.* — Le second malade, secrétaire d'état-major, le nommé R..., entra dans mon service du Val-de-Grâce, le 5 mai 1888. Les accidents qu'il présentait avaient débuté le 30 avril, dans la journée, par des douleurs lancinantes au niveau d'une molaire cariée. Ces douleurs avaient été rapidement suivies d'une indura-

-tion de la région sous-maxillaire droite, correspondante. Le soir, déjà, le plancher de la bouche était fortement gonflé, les mâchoires ne pouvaient plus s'écarter que difficilement; la sécrétion de la salive était abondante, la sensation de refoulement de la langue nette, la déglutition difficile et douloureuse, enfin la parole était inintelligible. La température dépassait 39 degrés.

Le lendemain, mêmes symptômes, plus accusés. Cet homme est envoyé dans un service de médecine avec le diagnostic angine, tant la gêne de déglutition est accusée.

Quand il est évacué dans mes salles, le cinquième jour, le gonflement ligneux de la région sus-hyoïdienne s'étend du côté droit au côté gauche, avec une teinte rouge sombre de la peau; il y a de l'œdème de la face.

La température atteint 40 degrés le soir et l'état général est alarmant.

Les caractères du gonflement sus-hyoïdien, son étendue, sa dureté, sa bilatéralité me font songer au blessé précédent et m'engagent à examiner la bouche.

Malgré le faible écartement des mâchoires qui admettaient à peine le petit doigt, je constate, par la vue et le toucher, un bourrelet muqueux considérable, d'une dureté ligneuse, en forme de fer à cheval, remplissant le sillon linguo-maxillaire, des deux côtés. Ce bourrelet, qui atteint presque le niveau du rebord des dents du maxillaire inférieur, est d'un rouge vineux; l'empreinte des dents est marquée à la surface; il refoule la langue en haut.

Je diagnostiquai un phlegmon septique sous-lingual. La bilatéralité du phlegmon m'engage à faire mon incision exactement sur la ligne médiane. Elle s'étend du maxillaire au-dessous de l'os hyoïde et traverse un tissu cellulaire épais de plusieurs centimètres. Malgré la profondeur de cette incision, qui dépasse le niveau des milo-hyoïdiens, il ne sort de la plaie que quelques gouttes de sérosité louche. Portant alors la sonde cannelée d'abord, l'index ensuite, en dehors, à droite, et séparant la face supérieure du milo-hyoïdien, je tombe dans une cavité pleine de pus infect, dans laquelle l'index s'engage en totalité et qui est limitée en dehors par le maxillaire non dénudé, la langue en dedans, le plancher milo-hyoïdien en bas et la muqueuse en haut. Je dégage, du côté gauche, la face supérieure du milo-hyoïdien, comme je l'avais fait à droite et je tombe, encore là, dans une cavité moins profonde, à siège identique, et de laquelle s'échappe du pus en quantité notable.

Pendant ces débridements et ces explorations, du pus en assez grande quantité sort par la bouche en même temps que par la plaie. Expression énergique du liquide par une compression digitale extérieure; grands lavages boriqués jusqu'à ce que l'injection sorte claire par la bouche et la plaie; le blessé ayant la tête penchée en avant, injections boriquées dans la bouche; longs drains maintenus au fond des culs-de-sac sous-lingaux.

L'amélioration fut presque immédiate chez ce blessé comme chez le précédent. Il affirme que le gonflement diminua le jour même dans la bouche et qu'il sentit sa langue devenir un peu mobile. Cependant la température se maintient pendant quelques jours encore aux environs de 39 degrés.

Le lendemain, le pansement était souillé par une grande quantité de liquide infect, l'haleine était des plus fétides, mais malgré les pressions énergiques exercées sur la région, les drains ne fournirent pas de pus et le blessé n'en sentit pas couler dans la bouche.

Grands lavages extra et intra-buccaux renouvelés plusieurs fois par jour. Trois jours après l'incision (8 mai), le gonflement sus-hyoïdien a diminué de moitié, la déglutition est facile, la langue assez mobile, l'haleine peu fétide, et, grâce à l'écartement plus grand des mâchoires, je puis aisément constater le bourrelet muqueux dur, épais d'un travers de doigt, remplissant les deux cavités linguo-maxillaires. Ce bourrelet mit plus de quinze jours à s'affaisser progressivement.

J'ajouterai que la face externe du maxillaire inférieur se montra toujours saine, comme chez le précédent blessé, et que sa face interne ne présentait aucun gonflement, dès qu'il me fut possible de l'explorer, quelques jours après l'incision.

Obs. III. — *Phlegmon sub-lingual unilatéral. Incision; pus sous le milo-hyoïdien; sédation des accidents, menaces de suffocation. Phlegmon du côté opposé, même incision, guérison* (résumée). — Même début brusque des accidents, mêmes caractères du gonflement sus-hyoïdien, même gêne des mouvements de la langue et de la déglutition, même température fébrile.

Comme les mâchoires étaient étroitement serrées et qu'il était impossible de constater l'existence du bourrelet sub-lingual, on eût pu hésiter entre un adéno-phlegmon sous-maxillaire et un phlegmon sub-lingual, mais on pencha pour ce dernier diagnostic, en raison surtout du soulèvement de la langue.

Incision de l'adéno-phlegmon, pas de pus. L'incision est prolongée en avant, le milo-hyoïdien sectionné, issue de pus. Constatation d'une cavité sub-linguale, dans laquelle on introduit l'index.

Détente, malgré la persistance de la température fébrile; menaces de suffocation quarante-huit heures après, pendant la nuit; ipéca, sédation des accidents.

Sept jours après l'incision, le côté opposé se prend; même incision. De ce côté comme de l'autre, le pus est trouvé sous le milo-hyoïdien. Grands lavages extra et intra-buccaux, guérison. Persistance du bourrelet linguo-maxillaire pendant près d'un mois.

Obs. IV. — *Phlegmon sus-hyoïdien à marche rapide : variété sublinguale; incision, guérison* (résumée). — Mêmes accidents, mêmes caractères cliniques que chez les précédents malades. Constatation du bourrelet linguo-maxillaire à travers un écartement léger des maxillaires. Incision le cinquième jour. Pus sous le milo-hyoïdien. Son examen bactériologique, fait par M. Maubrac, montre la présence du staphylocoque doré. Pendant la convalescence, signes bien accusés de diabète. Longue persistance du bourrelet linguo-maxillaire.

Ces faits, tout quatre identiques, ne sont-ils pas bien caractéristiques et bien différents de l'adéno-phlegmon sous-maxillaire?

Chez ces quatre malades, nous retrouvons, avec l'état général grave et l'élévation brusque de température, le gonflement ligneux, squirrheux en cuirasse, unilatéral ou bilatéral de la région sus-hyoïdienne, signe différentiel précieux; la gêne rapidement accusée des mouvements de la langue et de la déglutition, la sensation de refoulement de la langue, la salivation abondante, surtout la présence de ce bourrelet muqueux dur, élevé, en forme de demi-fer à cheval ou de fer à cheval complet, qui comble le sillon maxillo-lingual, enfin cette collection purulente située en un point précis sous le milo-hyoïdien.

Or, et dans l'observation de M. Linon, et dans celles de MM. Nélaton, Reclus, et je pourrais dire, dans une série considérable d'autres, ne retrouve-t-on pas ces mêmes caractères cliniques, cette *entité clinique?*

Que le terme d'angine de Ludwig, appliqué à ces cas, soit impropre, et parce que, comme l'a dit M. Nélaton, la description du médecin allemand ne présente pas une précision suffisante pour qu'on puisse attribuer, sans réserves, à cet auteur une paternité qu'il ne mérite pas, et parce qu'il ne convient pas d'appeler angine une affection du plancher buccal, enfin parce qu'en acceptant ce terme on attribue aux difficultés mécaniques de la déglutition une pathogénie inexacte, nous le concédons volontiers; mais n'est-il pas à craindre qu'en supprimant ce terme qui, défectueux ou juste, a servi de jalon pour rassembler une somme d'observations appartenant au même groupe clinique, et en ne le

remplaçant pas immédiatement par celui, bien plus explicite, de phlegmon sublingual, on ne laisse à penser qu'on n'admet pas non plus, qu'on méconnaît l'existence d'une variété très importante de phlegmon du cou, des plus typiques? Loin de moi la pensée de provoquer ici une querelle d'appellation. La question est bien plus haute, car c'est de l'idée qu'on se fait de l'entité et du siège de ces phlegmons que découle notre acte chirurgical.

Si vous admettez l'entité clinique, votre traitement est précis, sûr, et le pronostic de cette affection, dont nos collègues ont fait ressortir l'effrayante léthalité, s'atténue; n'admettez plus la distinction qui s'impose, votre acte opératoire est incertain et son succès est abandonné au hasard, qui sait même si certains, accordant, à l'adjectif septique que vous joignez à l'appellation de phlegmon sus-hyoïdien, une valeur qu'il ne comporte pas dans l'espèce, ne se croiront pas désarmés alors que leur interprétation devrait être suractive.

Je crois, pour ma part, que ces phlegmons septiques, dont il est question dans cette discussion, qui ressemblent à ceux que j'ai observés et à des centaines d'autres, ont un *siège précis :* ce sont des *phlegmons sub-linguaux uni ou bilatéraux* et je m'appuie sur mes quatre faits qui rentrent, j'y reviens encore, dans le cadre commun et chez lesquels je ne trouve le pus que sous la muqueuse sub-linguale, dans une poche étendue entre le maxillaire et la base de la langue, pour affirmer ce siège.

Que la porte d'entrée de l'infection directe par les produits de la bouche (dont les marins nous ont démontré, depuis longtemps, la virulence en s'inoculant sous la peau de la jambe une faible quantité de tartre recueilli sur une épingle, en vue de produire un phlegmon diffus d'invasion rapide qui les met hors de service), que cette porte réponde à une dent de sagesse comme dans le cas de M. Linon, à une petite molaire, qu'elle soit constituée par une ulcération banale ou une plaie des parties antérieures, moyennes, postérieures de muqueuse du sillon, l'infection, la suppuration tend à se généraliser dans cette gouttière d'une richesse lymphatique exceptionnelle et bien connue, dans cette atmosphère sous-muqueuse constituée par un tissu cellulaire des plus lâches et continu, le bourrelet muqueux, ce signe presque pathognomonique, apparaît, la langue est immobilisée et refoulée, la déglutition mécaniquement difficile ou impossible, le diagnostic de localisation s'affirme. Les faits montrent que cette période de localisation sublinguale dure quelques jours. C'est à ce moment qu'il faut agir. Et l'intervention utilisée alors n'amène pas que des liquides putrides, quelques gouttes de sérosité; mais, si j'en crois mes observations, et bien d'autres, l'incision fait sortir du pus, odorant, infect sans doute, mais du vrai pus, en nappe ou en foyer, c'est-à-dire une collection qu'il est toujours du devoir du chirurgien d'aller chercher au point où elle se trouve.

Étant donné que ce pus est sous la langue, *l'incision de la muqueuse linguale* paraît, *a priori*, la voie la plus directe pour l'atteindre, mais, le plus souvent, quand on a à traiter ces blessés, les mâchoires sont trop serrées pour qu'on puisse faire agir le bistouri sur le pli gingivo-lingual; l'ouverture risque d'être insuffisante; l'inoculation du foyer semble même devoir être facilitée par l'apport direct et incessant de nouveaux germes dans la poche très étendue et incomplètement ouverte, dont la désinfection est rendue difficile, à la fois par le resserrement des mâchoires et l'immobilité de la langue. Enfin, je ne me montrerai pas partisan de cette incision, parce qu'elle ne permet pas l'emploi de nos antiseptiques les plus énergiques, lesquels sont toxiques. Si toutes les incisions ne comptaient pas leurs morts, j'ajouterais même qu'on cite des observations de blessés qui ont succombé après l'ouverture spontanée de la collection purulente dans la bouche ou l'incision buccale.

L'*incision médiane*, qui semble indiquée surtout dans les cas où la région sus-hyoïdienne est prise des deux côtés, risque d'être insuffisante parce qu'on la porte au niveau du raphé médian, à la limite antérieure de la poche. Certains n'ont obtenu d'elle que quelques gouttes de liquide. Alors même qu'ils eussent, en décollant le milo-hyoïdien de chaque côté, comme nous l'avons fait, obtenu un flot de pus, cette incision me semble peu recommandable parce que, du fait du décubitus du blessé, elle devient supérieure et qu'elle assure mal l'écoulement des liquides et rend difficile la désinfection régulière de la poche.

Puisque le pus est sous la muqueuse linguale, il est évident qu'on ne saurait lui donner issue par l'incision trop superficielle de l'adéno-phlegmon sous-maxillaire, que dans les cas déjà anciens et relativement rares où celui-ci a franchi les limites de la région profonde primitivement atteinte, ou dans le cas où les ganglions sous-maxillaires eux-mêmes ont été infectés, mais cette incision ne dispense pas de l'ouverture large du sinus sous-lingual qu'on ne peut bien désinfecter qu'en le débridant largement. Plusieurs de nos observations montrent que l'incision portée à ce niveau n'a pas amené une goutte de pus. N'est-ce pas là, soit dit en passant, la démonstration qu'il ne s'agit pas, dans ces cas, d'adéno-phlegmons sous-maxillaires, comme le pense encore M. Kœnig?

L'incision de choix me paraît être une *section sous-maxillaire*, portée au niveau du rebord du maxillaire inférieur, coupant presque toute la région de la glande sous-maxillaire et très rapprochée en avant de la ligne médiane. L'épaisseur considérable du tissu cellulaire sous-cutané, qui atteint 4,5 centimètres, sa consistance qui s'oppose à l'écartement facile des lèvres de la plaie, qui favorise l'hémorrhagie des vaisseaux béants et rend délicat le pincement de ces vaisseaux, force à lui donner cette étendue. Au fond de cette plaie, il faut découvrir le milo-hyoïdien pour l'inciser ou le déchirer avec la sonde cannelée. Ce muscle sectionné, le pus s'écoule, mais pour ouvrir largement la cavité, je crois qu'il est bon d'introduire le doigt parallèlement au maxillaire, avec prudence sans doute, mais aussi loin qu'il peut pénétrer. Sur un de mes blessés, j'ai pu aisément enfoncer l'index jusqu'à sa base dans la partie postérieure de la poche, jusqu'à sa dernière limite.

Cette incision, qu'à tout prix on doit faire *très hâtivement*, ouvre parfois toute la cavité. Quand celle-ci se prolonge en arrière, elle rapproche du cul-de-sac, du diverticule amygdalo-pharyngé. Quant à son étendue, il ne semble pas qu'elle puisse entrer en ligne de compte, quand il s'agit d'une affection si grave. Je n'hésite pas à croire que c'est à elle, et à la rapidité relative avec laquelle je l'ai employée, que doit être attribuée, en grande partie, la guérison de mes quatre malades.

Cette incision n'est pas tout. Elle ne constitue qu'une partie de la tâche du chirurgien. Dans ces cas de phlegmons septiques il faut, en effet, désinfecter la poche d'une façon *incessante*, au moins les premiers jours, désinfecter, avec le même soin, la bouche dans laquelle le pus se dé-

verse parfois en partie par une ouverture étroite ou large. Il serait même utile d'administrer au malade, au plus tôt, un purgatif pour débarrasser l'intestin des produits septiques qu'il renferme.

La tête étant penchée en avant, pour permettre l'écoulement facile des liquides infectés qui, pénétrant dans la bouche ou le pharynx, seraient difficilement rejetés, j'ai, sur mes blessés, poussé avec une force croissante une solution boriquée jusqu'à ce qu'elle ressorte claire, et j'ai répété fréquemment ces lavages dans la journée.

Sur ceux chez lesquels il n'y avait pas de communication large avec la bouche, je n'ai même pas craint de pousser des injections phéniquées ou sublimées. Je crois qu'il est d'autant plus utile de faire ces lavages d'une façon incessante, que les antiseptiques employés sont le plus souvent peu actifs. Un tube à drainage, qu'on enfonce quelquefois très loin, facilitera les lavages et permettra d'en obtenir le maximum d'effet utile. Les topiques utilisés pour le pansement extérieur seront, autant que possible, volatils.

Pour me résumer, je dirai :

Si le terme d'angine de Ludwig peut être délaissé sans inconvénient, il ne semble pas possible de méconnaître l'existence du phlegmon sublingual qu'on a surtout décrit sous ce titre. Son siège, sa symptomatologie, sa gravité et son traitement spéciaux forcent à le distinguer.

Son pronostic est sombre, sans doute, mais sa gravité est singulièrement atténuée par des incisions hâtives, alors même qu'il est bilatéral.

En face d'un blessé présentant un gonflement ligneux uni ou bilatéral de la région sus-hyoïdienne, d'apparition rapide et inflammatoire, je penserais surtout à deux affections : à un adéno-phlegmon sous-maxillaire, à un phlegmon sub-lingual. Le blessé peut-il entrouvrir ses arcades dentaires, je recherche le bourrelet muqueux. Existe-t-il, le diagnostic de phlegmon sub-lingual s'impose. Le blessé ne peut-il écarter la mâchoire inférieure, je m'informe s'il éprouve la sensation d'immobilité, de propulsion de la langue. Dans l'affirmative, je pense encore au phlegmon sub-lingual. Dans ce cas, il ne faut pas se contenter de l'incision de l'adéno-phlegmon sous-maxillaire, il faut chercher le pus sous le milo-hyoïdien.

LE CHOLÉRA

Les quelques cas de choléra qui viennent de se produire dans les communes de Saint-Denis, de Saint-Ouen, d'Aubervilliers, s'expliquent aisément par les déplorables conditions hygiéniques qu'on y observe. Nous n'en voulons pour preuve que l'extrait suivant du rapport des travaux des commissions d'hygiène du département de la Seine, récemment présenté à l'Académie par son auteur, M. Léon Colin, et qui prouve que la petite épidémie actuelle était à prévoir. Voici, en effet, ce que dit M. Colin dans la préface de ce rapport :

Les rapports des Commissions d'hygiène des arrondissements de Saint-Denis et de Sceaux, ainsi que des communes de Sèvres, Saint-Cloud et Meudon, témoignent une fois de plus de la nécessité d'une lutte incessante contre toutes les causes d'insalubrité qui s'accumulent dans la banlieue de Paris.

En cette année 1890, 129 établissements classés nouveaux, dont dix de première classe, ont été autorisés dans les arrondissements de Saint-Denis et de Sceaux; si l'on considère que cette banlieue reçoit en outre journellement une partie notable des détritus de Paris, qu'à l'exception du produit de quelques puits artésiens, l'eau qu'on y boit est particulièrement dangereuse ou suspecte, que la population s'y accroît avec une rapidité exceptionnelle, on comprendra combien devient de plus en plus redoutable cette ceinture d'insalubrité dont, depuis de longues années, nous signalons les dangers pour la capitale (1). C'est en cette banlieue que le choléra de 1884 a couvé pendant plusieurs mois avant de pénétrer dans Paris; nous voudrions croire que semblable fait ne se renouvellera pas.

L'événement n'a malheureusement que trop bien justifié les prévisions de M. Léon Colin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juillet 1892. — Présidence de M. Chauvel.

LECTURE

Acné hypertrophique du nez. — M. **Denis** (d'Ypres) donne lecture d'une observation d'acné rosacée hypertrophique du nez, qu'il a traitée avec succès par l'ablation.

RAPPORT

Phlegmons graves du cou. — M. **Nélaton** fait un rapport sur une observation communiquée par M. Linon et qui est relative à un phlegmon sus-hyoïdien propagé dans le médiastin, ayant donné lieu à des accidents très graves et guéris par la trépanation du sternum au niveau de l'union de ses deux pièces. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 757.)

DISCUSSION

M. **Quénu** ne veut discuter que deux points de la communication de M. Nélaton, le premier concernant l'ulcération de la gencive développée autour de la dent de sagesse comme point de départ des accidents, le second relatif aux phlegmons du cou.

Pour le premier point, M. Quénu a eu plusieurs fois l'occasion de constater cette ulcération ; sans donc vouloir trancher la question, il pense que tout en tenant compte de la théorie classique relative à l'influence du défaut de place pour l'évolution de la dent de sagesse sur la pathogénie des conduits inflammatoires, infectieux, analogues à ceux dont il vient d'être question, il faut aussi admettre l'origine infectieuse par l'ulcération gingivale.

Quant aux phlegmons de la région cervicale, il est hors de doute qu'ils peuvent être très variés et qu'on connaît encore assez mal les accidents septicémiques aigus dont ils peuvent devenir le point de départ. M. Quénu a le souvenir de deux faits dans lesquels il a constaté tous les symptômes d'une septicémie aiguë et qui, malgré de larges interventions, se son terminés rapidement par la mort. Il s'agit, dans ces cas, de formes de septicémies qui ne constituent pas d'états spéciaux devant être désignés par des noms particuliers, tels que celui d'angine de Ludwig. M. Quénu partage donc, à ce point de vue, l'opinion de M. Nélaton. Il ajoute, en terminant, que ces phlegmons peuvent donner lieu à des décollements extrêmement étendus ; c'est ainsi qu'à l'autopsie d'un malade ayant succombé à cette affection, il a trouvé le larynx, la trachée et l'œsophage comme disséqués.

M. **Reclus** tout en admettant l'origine infectieuse de ces accidents avec une ulcération de la gencive comme point de départ, croit également qu'il faut tenir compte de l'action mécanique du défaut de place nécessaire à la dent de sagesse. Il a observé de nombreux exemples dans lesquels des accidents divers, autres

(1) Léon Colin. *Paris, sa topographie, son hygiène, ses maladies*, p. 339.

que ceux de l'adénite ordinaire d'origine dentaire, n'avaient pas d'autre cause.

Quant à l'angine de Ludwig, elle n'a servi jusqu'ici qu'à caractériser un manque de diagnostic et c'est une expression qui doit disparaître. M. Reclus signale trois faits qu'il a eu l'occasion d'observer : dans le premier, il s'agissait d'un homme dont la région cervicale était tellement indurée qu'on pouvait hésiter entre un phlegmon ou un squirrhe; ce ne fut qu'après trois semaines qu'on vit apparaître de nombreux abcès qui furent ouverts et le malade guérit.

Chez un autre malade, M. Reclus a constaté les mêmes particularités avec des accidents asphyxiques. La dyspnée devint telle que le soir même le malade succomba. On trouva à l'autopsie un œdème de la glotte.

Enfin, M. Reclus observa ces mêmes accidents chez un vieillard de quatre-vingt-six ans, chez lequel il intervint de bonne heure à l'aide du thermocautère et qui fut rapidement guéri.

M. Bazy a observé trois cas analogues dans lesquels il a porté le diagnostic de phlegmons septiques. Malgré de larges débridements faits de bonne heure, ces trois malades ont succombé.

La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

COMMUNICATION

Ablation des hémorrhoïdes par la méthode de Whitehead. — **M. Delorme** présente un jeune homme qui était atteint d'hémorrhoïdes, et qu'il a opéré par ce procédé qui consiste à faire sortir hors du sphincter les masses hémorrhoïdiennes, à tracer une incision circulaire à l'union de la peau et de la muqueuse, à faire ensuite quatre segments par des incisions distinctes, dans l'axe de l'intestin. Chacun de ces segments est saisi par une pince, disséqué et excisé; puis on suture le bord de la muqueuse à la peau.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie chirurgicale (1), par M. P. Poirier.

Pourquoi ce livre d'anatomie, alors que nous possédons les traités de MM. Richet et Tillaux, ces œuvres de maître? L'auteur nous l'apprend dans un court avertissement, en tête de son premier fascicule. Il lui a paru que les ouvrages les plus récents ne répondaient plus parfaitement aux besoins agrandis de la pratique tant médicale que chirurgicale. Tel chapitre, longuement traité, n'a plus de raison d'être ; tel autre, à peine ébauché par nos maîtres, est devenu d'importance primordiale. Les hardiesses légitimes de la chirurgie moderne, les changements apportés dans nos méthodes d'exploration et d'opération exigent une exposition autre, une compréhension plus large de l'anatomie médico-chirurgicale. C'est ce qu'a fort bien compris l'auteur.

A signaler, dans ce fascicule, l'étude approfondie des centres nerveux et de l'appareil auditif.

Des dessins nombreux, exacts, fort clairs, quoique non schématisés, donnent une représentation fidèle des choses telles qu'elles sont dans la réalité. L'auteur, anatomiste de profession, a su montrer qu'il est en même temps un chirurgien instruit et il s'est donné pour tâche de décrire le corps humain tel qu'il apparaît sous le bistouri du chirurgien.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les anciens élèves et amis de M. Dumontpallier se réunissent demain mardi 19 juillet, à sept heures, au restaurant Ledoyen, avenue des Champs-Élysées, pour célébrer sa récente nomination à l'Académie de médecine.

Adresser les adhésions à M. le docteur Leroux, 14, rue Chauveau-Lagarde.

— Par décret, en date du 14 juillet 1892, M. le professeur Nocard, ancien directeur de l'École d'Alfort, membre de l'Académie de médecine, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 14 juillet 1892, des récompenses honorifiques sont accordées aux membres honoraires et participants ci-après dénommés des sociétés de secours mutuels approuvées ou reconnues comme établissement d'utilité publique.

Deuxième rappel de médailles d'or. — M. le docteur Havard-Duclos, ancien président de la Société de Vitré (Ille-et-Vilaine).

Médaille d'or. — M. le docteur Turin, président d'honneur de la Société des anciens militaires, à Tarare, nº 30.

Rappel de médailles d'argent. — MM. les docteurs Guinaud, médecin de la Société des sapeurs-pompiers de Saint-Brieuc; Thomas, médecin de la Société des ouvriers et artisans de la ville de Billom.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Lacaze, médecin de la Société Saint-Pierre, à Salles-de-Belin; Lorreyte, médecin de la Société de Saint-Martin, à Pouillon; Depautaine, médecin de la Société de Gondrecourt et forges d'Abainville, à Gondrecourt; Baudon, médecin de la Société de Moüy; Gallet-Lagoguey, président de l'Association médicale mutuelle de la Seine, à Paris; Picqué, médecin de la Société des voyageurs et commis du commerce et de l'industrie, à Paris; Augeard, président de la Société de Mareuil.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Sicre, médecin de la Société de Saint-Lazare, à Quillon; Frissant, président et médecin de la Société la Républicaine, à Mouriès; Gentilhe, médecin de la Société de Tosse; Blanchon, médecin de la Société la Générale, à Blois; Faton, médecin de la Société la Vendômoise, à Vendôme; Robert, médecin de la Société de Saint-Mihiel; Terver, médecin de la Société d'Ecully, nº 28; Guillemaut, médecin de la Société de la ville de Louhans; Binet, Dumoret, Jola, Nespoulous, médecins de la Société la Prévoyance de la Préfecture de police, à Paris; de Villiers, ancien président de la Société des médecins de la Cie P. L. M., à Paris; Saissac, médecin de la Société de Saint-Michel, à Puylaurens; Sigault, médecin de la Société des Ormes (Vendée); Masson, médecin de la Société de Raon-l'Étape.

Mentions honorables. — MM. les docteurs Courbis, Magnanon, médecins de la Société des sapeurs-pompiers de Valence; Mennau, médecin de la Société l'Hermitage, à Angers; Morat, médecin de la Société la Sécurité fourmisienne, à Fourmies; Doury, médecin de la Société l'Union des familles du XVe arrondissement de Paris; Fournot, Jasienski, Loubrien, médecins de la Société l'Amicale de la Préfecture de police, à Paris; Debourge, médecin de la Société des sapeurs-pompiers de Rollot.

— M. le docteur Picaud, maire de Nontron, président de la délégation cantonale, est nommé officier d'Académie.

— Le premier Congrès international de gynécologie et d'obstétrique se réunira à Bruxelles sous la présidence du professeur Kufferath.

Ce Congrès, dont les présidents d'honneur sont, pour la France, MM. Budin, Demons, Fochier, Gaulard, Grynfelt, Hergott-Laroyenne, Lefour, Péan, Tarnier, s'annonce comme un grand succès, car il y a déjà plus de 200 adhésions.

Ci-joint le programme détaillé des actes du Congrès.

Mardi 13 septembre, neuf heures du soir : Raout-concert offert à MM. les membres du Congrès par la Société belge de gynécologie et d'obstétrique à l'Université de Bruxelles.

Mercredi 14 septembre, deux heures du soir : séance d'ouverture du Congrès.

Ouverture de l'Exposition. — Cette exposition comprend : 1º l'exposition internationale d'instruments et appareils se rap-

(1) Gr. in-8º, 1er fascicule. Prix : 12 fr. 50. — Paris, Ve Babé et Cie.

portant à la gynécologie et à l'obstétrique, au Palais des académies ;

2° Une exposition particulière, comprenant les collections d'instruments, pièces anatomiques, etc., des Universités belges, à la Maternité de Bruxelles. Sept heures du soir, fête.

Jeudi 15 septembre, huit heures du matin : visite des hôpitaux, expositions. Dix heures du matin : séance du Congrès, communications diverses. Deux heures du soir : séance du Congrès, discussion de la première question à l'ordre du jour : « Des suppurations pelviennes. » Neuf heures du soir : réception des membres du Congrès par M. le ministre des Travaux publics en son hôtel ministériel.

Vendredi 16 septembre, huit heures du matin : visite des hôpitaux, expositions. Dix heures du matin : séance du Congrès, communications diverses. Deux heures du soir : séance du Congrès, discussion de la deuxième question à l'ordre du jour : « Des grossesses extra-utérines. » Sept heures du soir : représentation de gala à l'Opéra.

Samedi 17 septembre, huit heures du matin : visite des hôpitaux, expositions. Dix heures du matin : séance du Congrès, discussion de la troisième question à l'ordre du jour : « Du placenta prævia. » Quatre heures du soir : séance de clôture. Sept heures du soir : banquet offert aux membres du Congrès, par la Société belge de gynécologie et d'obstétrique.

Dimanche 18 septembre, excursions diverses.

Les communications et démonstrations doivent, autant que possible, être annoncées avant le 1er août 1892.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le docteur Auvard, secrétaire spécial pour la France, 58, rue de la Boëtie, Paris, ou au secrétariat général à Bruxelles.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bouisson (de Marseille) ; Bridoux (d'Arleux-en-Gohelle) ; de Buire (d'Esmery) ; Jules Fochier, médecin du « Taygete » mort en mer ; M. Champon, élève de l'École du service de santé militaire de Lyon.

Traitement des maladies de l'estomac, par le docteur Dujardin-Beaumetz. 1 vol. gr. in-8° de 370 pages, avec figures et une planche en chromo. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

Album des centres nerveux, par MM. Ch. Debierre et E. Doumer. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

LE BROMIDIA

DANS LE DÉLIRE DE LA PNEUMONIE

Aucun médicament ne peut être comparé au BROMIDIA comme calmant et comme hypnotique certain. Mais c'est dans l'état typhique accompagné de délire, qu'on observe dans certaines formes de pneumonie, que j'ai surtout constaté ses bons effets. Les opiacés ne doivent pas être employés pendant cette période, afin de ne pas diminuer la force cardiaque. Il en est de même de l'aconit, de la digitale et du *veratrum viride*. Employé avec le sulfate de quinine et le carbonate d'ammoniaque, le BROMIDIA procure le sommeil et agit comme un puissant tonique cardiaque. Il n'y a pas dans ces cas de meilleur médicament, et MM. Battle ont rendu un véritable service à l'humanité en proposant cette préparation.

J'ai employé le BROMIDIA dans 15 cas de pneumonie avec les meilleurs résultats. En employant le sulfate de quinine comme antiseptique et tonique cardiaque, le carbonate d'ammoniaque comme stimulant, l'aconit comme sédatif, le lait et les œufs comme aliment, et le BROMIDIA contre le délire et l'insomnie, le médecin aura plus de succès en traitant la pneumonie que s'il avait employé les méthodes anciennes.

Dr Jesse E. Thompson.

Salem, Mo., États-Unis.

UNE BROCHURE ET ÉCHANTILLON
DE
BROMIDIA
seront envoyés franco sur demande
aux Médecins.

DÉPOT GÉNÉRAL
Pour la France et ses Colonies :
ROBERTS & Co,
PHARMACIENS-DROGUISTES
5, RUE DE LA PAIX, 5
PARIS

Prix au public : 5 *francs.*

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie, dans ces deux dernières séances, a entendu plusieurs communications intéressantes.

Dans un récent travail sur l'hystérie chez les nouveau-nés (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1300), M. Chaumier décrivait un groupe d'accidents infantiles attribués communément à la dentition. Ce travail a été l'objet d'un rapport de M. Ollivier. Auteur et rapporteur se sont trouvés d'accord pour protester contre cette opinion courante qui rattache presque toutes les formes d'accidents infantiles à cette cause unique, l'évolution des premières dents. M. Magitot vient à son tour de rappeler que, depuis 1881, il s'efforce de démontrer que la première dentition est absolument étrangère à toutes les affections de la première enfance, et il exprime le vœu que la classe des maladies dites de la dentition, chez l'homme, soit définitivement rayée du cadre de la nosologie médicale.

Dans cette même séance, M. Béchamp a terminé sa communication sur les origines de la pleurésie. S'appuyant sur les idées qu'il a souvent émises relativement aux microzymas, il s'applique à démontrer que la pleurésie n'est pas une maladie microbienne et qu'elle est toujours, nécessairement, une maladie d'origine physiologique.

Tel est le bilan de l'avant-dernière séance dans laquelle M. Grancher, ainsi que nous l'avons annoncé, a été élu membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique.

Il aurait dû y avoir aussi une élection d'un membre correspondant national dans la dernière séance, mais cette élection n'a pu avoir lieu, les deux principaux candidats, MM. Laënnec (de Nantes) et Liétard (de Plombières), ayant eu au troisième tour de scrutin, exactement le même nombre de voix. L'Académie n'a pas cru devoir procéder à un quatrième tour; elle a préféré ajourner l'élection à huitaine, ce qui lui a permis d'entendre une très intéressante communication de M. Budin sur l'allaitement des nouveau-nés, et en particulier sur les services que peut rendre, pour cet allaitement, le lait stérilisé, quand l'allaitement maternel, toujours préférable, n'est pas possible ou est insuffisant.

Nous signalerons deux autres communications, l'une de M. Cornil sur la tuberculose de l'œil; l'autre de M. Porak, sur la symphyséotomie, dont on trouvera plus loin le résumé.

HOPITAL ANDRAL. — M. Debove.

Sciatique et hystérie.

Par Ch. Achard et M. Soupault.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître, M. le professeur Debove, trois malades atteints de sciatique. Leur étude nous a permis d'aborder une question qui ne paraît pas avoir, jusqu'ici, suffisamment attiré l'attention des auteurs, celle des rapports qui peuvent unir cette névralgie avec l'hystérie.

Les trois malades, dont nous allons rapporter brièvement l'histoire, sont entrés à l'hôpital pour une sciatique siégeant du côté gauche. L'affection se présente chez eux avec tout l'ensemble de ses signes classiques, avec ses points douloureux bien connus, avec le caractère habituel des douleurs, qui non seulement sont continues et plus ou moins obtuses, mais qui subissent en outre des redoublements paroxystiques. Chez tous, la maladie est assez douloureuse pour donner lieu à de la claudication et à ces mouvements de salutation qui sont la caractéristique de la démarche, en pareil cas. On constate aussi, chez chacun de ces malades, le signe de Lasègue, qu'on a proposé d'utiliser pour déjouer la simulation : il consiste dans ce fait que la flexion de la cuisse sur le bassin provoque une vive douleur, si le nerf sciatique est fortement tendu par l'extension simultanée du genou, tandis que cette même flexion de la cuisse reste, au contraire, indolente si la flexion du genou vient en même temps mettre le tronc nerveux dans l'état de relâchement.

On a distingué deux formes cliniques de sciatique : la névralgie, dans laquelle la douleur est le phénomène essentiel et à peu près unique, et la névrite, dans laquelle les douleurs sont plus vives, la gêne fonctionnelle plus grande; c'est aussi dans cette variété qu'on voit l'atrophie musculaire, les altérations de la sensibilité, les troubles vasomoteurs et trophiques, la tendance à la chronicité. Chez le premier de nos malades, le nommé Desch..., il n'existe aucune trace d'atrophie musculaire. Chez les deux autres, Col... et Laj..., on note une légère diminution du volume de la jambe malade et une certaine mollesse des masses muscu-

laires du triceps crural. Il y a bien encore, dans toute l'étendue du membre malade, chez les trois sujets, de l'anesthésie; mais nous verrons qu'elle n'est nullement sous la dépendance immédiate de la sciatique. Enfin il n'existe aucun trouble trophique sur la peau. On voit donc qu'on pourrait ranger ces faits plutôt dans le type de névrite que dans celui de névralgie, mais qu'il ne s'agit certainement pas là du type de névrite dans sa forme la plus accusée. Au surplus, il importe de ne pas oublier que c'est là une distinction fondée bien moins sur des examens anatomiques que sur un ensemble de caractères cliniques. Aussi ne nous paraît-elle pas avoir, dans l'espèce, un bien grand intérêt pour l'étiologie et la pathogénie.

Ajoutons qu'on observe, chez ces malades, à des degrés très divers, la polyurie dont M. Debove a montré la fréquence dans la sciatique. Chez le premier malade, la quantité journalière des urines s'élève à 6 litres; chez le second, elle atteint 3 litres et demi; enfin, chez le troisième, elle ne dépasse pas 2 litres.

Outre ces symptômes qui dépendent de la sciatique, ces malades présentent encore les stigmates de l'hystérie, affection dont le rapport avec la sciatique ne paraît pas de prime abord évident. Nous avons indiqué, il y a un instant, l'anesthésie du membre malade; or cette anesthésie dépasse de beaucoup les limites du domaine de la névralgie; elle s'étend à tout le côté correspondant et elle offre tous les caractères de l'hémi-anesthésie hystérique, frappant à la fois la sensibilité générale de la peau et des muqueuses, les sens spéciaux, et s'accompagnant d'un rétrécissement du champ visuel. A cette hémi-anesthésie se joint un certain degré d'hémiparésie des membres du même côté. En outre, chez Laj..., on découvre des points hystérogènes multiples : dans le flanc gauche, sous le mamelon gauche, dans la gouttière vertébrale droite, à la nuque. Chez Col..., il existe aussi une zone hyperesthésique dans le flanc gauche et l'on observe l'hémispasme facial décrit par M. Charcot chez les hystériques. Ces deux sujets sont hypnotisables; le premier même est suggestionnable, et nous verrons le parti qu'on en a pu tirer pour sa guérison. Il convient encore d'ajouter que tous ces malades ont des antécédents névropathiques plus ou moins chargés. Laj... avait une mère hystérique, Col... a perdu son père et sa mère de paralysie, et sa mère était très probablement hystérique; le père de Laj... est mort également de paralysie. Col... a eu une attaque d'apoplexie hystérique, Laj... a eu de petites attaques avortées, des étourdissements; il est, de plus, entaché d'alcoolisme. De son côté, Col... a présenté des accidents saturnins (coliques de plomb et paralysie légère des extenseurs), et l'on sait avec quelle fréquence ces intoxications provoquent l'éclosion des manifestations hystériques.

En voilà donc plus qu'il n'est nécessaire pour établir, d'une façon indiscutable, que ces trois hommes appartiennent à la famille névropathique et qu'ils portent tous trois les stigmates de l'hystérie.

Une fois en possession de ces données, et après avoir reconnu chez nos malades la coexistence de la névralgie sciatique avec les stigmates habituels de l'hystérie, nous devons nous demander dans quel rapport étiologique sont entre eux ces deux ordres de phénomènes.

Si l'on se reporte à l'étiologie assignée par les auteurs à la sciatique, on y trouve la plus grande confusion et, pour bien des cas, la plus grande incertitude. On y voit figurer des causes extérieures, comme le traumatisme et l'action du froid, à côté de conditions inhérentes à l'organisme et de nature extrêmement variée : états diathésiques, infections, intoxications, névropathies. Parmi tant de causes, on cite l'hystérie, mais sans y attacher une bien grande importance (1). Anstie, en particulier, a noté l'existence de la sciatique chez les sujets névropathes, chez les femmes hystériques. Mais le rôle que joue la névrose dans le développement de la sciatique n'est nullement défini. Or ce rôle peut être interprété de deux façons.

On peut d'abord supposer que l'hystérie agit indirectement, en créant une prédisposition à la sciatique. C'est ainsi que la plupart des accidents nerveux, qui compliquent un grand nombre de maladies, se développent avec une prédilection marquée chez les sujets pourvus d'antécédents névropathiques. Cette même influence des antécédents se retrouve dans l'étiologie de certains désordres nerveux attribués à des causes banales comme le froid. M. Neumann a spécialement montré le rôle important de l'hérédité névropathique dans le développement de la paralysie faciale dite rhumatismale, et l'on pourrait aussi bien se demander s'il n'en serait pas ainsi pour cette autre affection attribuée souvent au refroidissement : la sciatique. Suivant cette manière de voir, l'hystérie, chez nos malades, n'aurait fait que préparer en quelque sorte le terrain et faciliter le développement de la névralgie.

Mais on peut concevoir les choses différemment, et il y a lieu de se demander si le lien qui unit la sciatique à l'hystérie n'est pas beaucoup plus étroit, si la névralgie ne relève pas en droite ligne de la névrose et si elle n'est pas par elle-même une manifestation hystérique. Les deux interprétations que nous trouvons en présence se sont d'ailleurs maintes fois offertes à l'esprit des auteurs, lorsqu'ils ont cherché à définir les rapports existant entre deux ordres de symptômes combinés, mais paraissant appartenir à deux affections distinctes, et la pathologie nous offre des exemples nombreux de semblables discussions. C'est ainsi que l'arthrite de la blennorrhagie a été attribuée tantôt à un rhumatisme compliquant l'uréthrite et appelé en quelque sorte par elle, tantôt à la maladie virulente localisée sur une jointure. C'est ainsi que la goutte saturnine a été considérée, soit comme la goutte véritable, développée à la faveur du saturnisme, soit comme une sorte de pseudo-goutte, d'arthropathie saturnine.

Pour entreprendre de résoudre les problèmes de ce genre, il ne suffit pas de noter le rapport de coïncidence, la fréquence plus ou moins grande de l'association symptomatique. Il convient encore d'étudier le détail des symptômes, de rechercher les circonstances étiologiques qui ont présidé à leur développement et de suivre leur évolution, afin de dégager, s'il se peut, de cette étude quelque élément spécifique indiquant la véritable nature de ces phénomènes.

Envisagée à ce point de vue, l'histoire de notre premier malade, Desch..., est particulièrement instructive. Cet homme, âgé de vingt-sept ans, avait fait comme soldat les grandes manœuvres, mais il avait supporté sans peine et sans fatigue les marches qu'il avait dû faire à cette occa-

(1) Briquet dit qu'on voit « rarement survenir la névralgie sciatique, les névralgies des nerfs médian et cubital à la suite d'une affection morale vive, l'hystérie ». (*Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, p. 246, Paris 1859.)

Lagrelette mentionne la sciatique hystérique et en rapporte un cas personnel. (*Étude historique, séméiologique et thérapeutique de l'hystérie*, Th. de Paris 1869, p. 81.)

sion. C'est en revenant chez lui, et sans cause appréciable, qu'il ressentit les premières douleurs, et c'est dans l'espace de quatre ou cinq jours que se développèrent les phénomènes de sciatique et de polyurie dont nous avons parlé plus haut; quant à l'hémianesthésie, elle était ignorée du malade et ne fut découverte qu'à son entrée à l'hôpital. On lui fit une pulvérisation de chlorure de méthyle, qui fut suivie d'une grande amélioration; mais il fut bientôt repris à la fois de sa sciatique et de sa polyurie. C'est alors qu'on reconnut qu'il était hypnotisable par la simple occlusion des paupières, et aussitôt M. Debove mit à profit le sommeil hypnotique pour suggérer au malade la disparition de ses douleurs. Dès la première séance, l'amélioration fut notable et, au bout de quatre séances, cet homme était complètement guéri. Après trois semaines, il n'y avait pas eu de rechute. Ainsi, dans cette observation, on peut dire que la curabilité de la sciatique par suggestion a jugé sa nature hystérique, et que la névralgie n'était qu'une manifestation de la névrose.

Chez le second malade, Col..., les accidents se sont produits il y a un an, après une assez longue marche. Il raconte qu'il avait parcouru environ six lieues et qu'il éprouva, à la suite, des crampes dans le mollet et sur le trajet du sciatique; tout le membre enfla; le genou surtout était distendu. On lui appliqua dans un hôpital un appareil pour immobiliser la jointure, et, fait assez remarquable, il se manifesta, dès le début du traitement, une contracture très prononcée. Il est difficile de décider, d'après les seuls renseignements du malade, quelle a été la nature de l'affection locale. On peut seulement se demander s'il ne s'est pas agi d'une de ces arthralgies hystériques qui s'observent notamment au genou, qui s'accompagnent parfois de gonflement, d'hyperesthésie cutanée, et dont le diagnostic est souvent fort délicat. On doit convenir que l'apparition de cette contracture, à la suite de l'application d'un appareil contentif, est bien propre à faire songer à une origine hystérique. Enfin, ce qui viendrait encore à l'appui de cette interprétation, c'est que, après un mois environ, les douleurs et la contracture disparurent brusquement et que le malade était si bien guéri qu'il put reprendre son métier de couvreur et remonter sur les toits. Ce n'est pas tout; récemment, le malade a été repris de douleurs présentant nettement les caractères de la sciatique, et pour lesquelles il est entré dans le service de M. Debove; or, cette sciatique est survenue à la suite d'une attaque d'apoplexie hystérique qui a laissé après elle, outre la sciatique, l'hémianesthésie et l'hémiparésie. Cette attaque a consisté dans un étourdissement avec chute et perte de connaissance pendant dix minutes. Lorsque le malade revint à lui, la douleur était si vive qu'il ne put marcher. Les tentatives de suggestion n'ont pas produit chez lui des résultats aussi nets que dans le cas précédent; cependant, elles ont été suivies d'une amélioration non douteuse. On voit donc qu'ici la nature hystérique de la sciatique, si elle n'est pas aussi solidement établie que dans le premier fait, est du moins très probable.

Quant à Laj..., il a éprouvé un simple étourdissement qui dura pendant un quart d'heure, et à la suite duquel il ressentit une vive douleur de sciatique dans la jambe gauche. Ce malade n'est pas hypnotisable, et l'application de l'aimant est restée, chez lui, tout à fait infructueuse. Il est clair qu'il n'y a pas là d'éléments suffisants pour qu'on doive admettre la nature hystérique de la sciatique, mais ce fait mérite au moins d'être rapproché des précédents.

Ainsi, des observations que nous venons de citer, il résulte que non seulement la sciatique peut s'associer aux stigmates de l'hystérie, mais qu'elle est elle-même, dans certains cas, un accident hystérique. Cette sciatique hystérique siégeait, dans les faits précédents, du côté de l'hémianesthésie, ce qui montre bien que l'anesthésie de la peau est indépendante de celle des troncs nerveux. Nous avons vu aussi que cette sciatique hystérique peut succéder à une attaque. On peut même se demander si elle ne serait pas capable de se substituer à quelque autre accident de la névrose. Ainsi M. Debove a rapporté autrefois l'observation d'un malade hémianesthésique, qui fut guéri par l'application de l'aimant, mais chez qui la disparition de l'anesthésie fut aussitôt marquée par le retour d'une sciatique dont il avait cessé de souffrir depuis cinq ans (1). On admit alors que la sciatique avait été masquée, pendant tout ce temps, par l'anesthésie, et l'on se crut en droit de faire remonter à ces cinq années le début de l'hémianesthésie. Mais, aujourd'hui, M. Debove se demande si cette sciatique nouvelle n'était pas plutôt une névralgie hystérique qui venait remplacer l'hémianesthésie.

Enfin cette interprétation qui fait, dans certains cas, de la sciatique un accident hystérique, comporte encore une conclusion pratique, c'est la possibilité de guérir la névralgie par suggestion. Il convient, à ce sujet, de se demander si ce n'est pas de même, par pure suggestion, qu'agissaient certaines médications empiriques, telles que la cautérisation du lobule de l'oreille, auxquelles on a dû nombre de succès mal expliqués.

ALLAITEMENT DES NOUVEAU-NÉS

Par M. le docteur Budin, accoucheur des hôpitaux.

En 1878, M. Bergeron a pu dire qu'un enfant qui naît à moins de chances qu'un homme de quatre-vingt-dix ans de vivre une semaine, et moins de chances qu'un octogénaire de vivre un an. Quoique, depuis douze ans, la mortalité infantile ait diminué, il n'en est pas moins évident que les premiers temps de la vie sont toujours ceux dans lesquels le nouveau-né court le plus de risques. Aussi son alimentation exige-t-elle une surveillance extrême. Pour cela, un auxiliaire indispensable est la balance qui seule permet d'apprécier ce que devient l'enfant.

A la Charité, depuis 1887, le poids de chaque enfant est inscrit sur une feuille spéciale. A la tête du lit de la mère se trouve, d'un côté, la courbe de sa température, de l'autre, la courbe du poids de son enfant. Un simple coup d'œil permet de juger de l'état des deux êtres.

Toute femme doit nourrir son enfant, à moins qu'elle n'ait pas de lait ou qu'elle soit atteinte d'une affection contre-indiquant l'allaitement.

Lorsqu'une accouchée n'a pas de lait en quantité suffisante, ce que l'on constate parce que le poids de son enfant diminue chaque jour, il faut lui venir en aide. Si elle n'a pas de lait du tout, il faut cependant alimenter le nouveau-né. A cet effet, nous avions primitivement des nourrices; mais mal rétribuées et conservant avec elles leur enfant, ces femmes avaient peu de soins pour les nourrissons qui leur étaient confiés. Nous les avons remplacées par des nourrices sèches, et leur lait par du lait d'ânesse. Ce dernier réussit bien, mais il coûte fort cher, s'altère très vite et des accidents surviennent. Nous lui avons substitué le lait stérilisé que l'on vend en ville et qui semble porté à une

(1) Note sur un cas d'hémi-anesthésie d'origine alcoolique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 11 février 1879, p. 49.

température voisine de 110 à 115 degrés. Il nous a d'abord donné d'excellents résultats, malheureusement, dans le nombre, il y a souvent des bouteilles dont le contenu est altéré : des accidents sont survenus. C'est alors que nous est venue l'idée de stériliser nous-même notre lait. Et ce sont les résultats obtenus avec ce dernier moyen, du 1er avril au 28 juin, que je viens vous communiquer au nom de mon interne, M. Chavannes, et au mien.

Pendant les deux ou trois premiers jours, en attendant que la montée laiteuse se soit produite, nous donnons aux enfants du lait stérilisé. Si alors le lait maternel est suffisant, il constitue seul la nourriture du nouveau-né. Si la mère n'a pas assez de lait, on lui vient en aide avec le lait stérilisé. Enfin, ce dernier devient la nourriture exclusive de l'enfant, quand la mère n'a pas de lait du tout. Ce qui fait que nous avons trois catégories d'enfants :

Ceux qui sont nourris au sein exclusivement;

Ceux qui, avec le sein, prennent du lait stérilisé (allaitement mixte);

Ceux qui sont nourris avec le lait stérilisé seul (allaitement artificiel).

Nos observations ont porté sur 191 nouveau-nés : 89, à partir du troisième jour, ont été nourris exclusivement par leur mère. Leur séjour à l'hôpital a été de dix jours en moyenne, et leur augmentation de poids moyen de 28gr17 par jour; 91 ont été soumis à l'allaitement mixte. Après un séjour de dix jours et demi à l'hôpital, leur augmentation moyenne était de 18gr16 par jour.

Enfin 11 enfants ont été soumis exclusivement à l'allaitement artificiel. Leur accroissement journalier a été de 14gr24.

Nous devons faire remarquer que, si l'accroissement moyen a été plus faible dans les cas d'allaitement mixte et artificiel, c'est que le lait stérilisé n'a été employé que lorsque les enfants n'augmentaient pas ou avaient diminué de poids.

Mais que se passe-t-il chez le nouveau-né du côté du tube digestif? Voici :

Sur 89 enfants nourris au sein, 6 ont eu de la diarrhée;

Sur 91 soumis à l'allaitement mixte, 7 ont eu de la diarrhée;

Sur 11 alimentés artificiellement, aucun n'a eu de troubles digestifs.

Les accidents qui ont eu lieu chez les enfants ont été bénins, tous sont sortis bien portants de l'hôpital.

Des faits signalés par Uhlig, Conrad, Comby, etc. ont déjà démontré que l'usage du lait stérilisé réussit bien dans certaines diarrhées des enfants. Nos résultats chez les nouveau-nés sont en rapport avec ceux constatés chez des enfants plus âgés. Ils digèrent bien le lait stérilisé.

La cause de la diarrhée infectieuse, du choléra infantile, c'est la contamination du lait par les germes de l'air. Cette contamination ne peut avoir lieu quand l'enfant prend directement le sein. Mais s'il doit absorber du lait de vache, il faut rendre ce lait inoffensif, il faut le stériliser. Il y a différents procédés de stérilisation du lait. Nous avons eu recours à celui de Soxhlet (de Munich). Ce moyen permet d'introduire un lait non altéré dans le tube digestif de l'enfant. Ce lait n'est pas coupé d'eau, car sous l'influence d'une température voisine de 100 degrés, la caséine semble subir des modifications qui le rendent plus digestible : au lieu de se prendre en masse, elle se transforme en fins grumeaux, dont la digestion est très facile.

Les résultats que nous avons obtenus sont très favorables, mais, nous le déclarons bien haut, le lait stérilisé ne doit pas remplacer l'allaitement au sein. En effet, quelque soin, quelque précaution que l'on prenne, des accidents peuvent arriver, redoutables : une bouteille mal bouchée, une bouteille oubliée suffisent. Ces accidents peuvent survenir dans les services hospitaliers, nous les avons vu se déclarer entre les mains des mères elles-mêmes.

Si donc le lait stérilisé peut rendre de grands services dans certaines conditions, on doit bien savoir qu'il ne saurait remplacer l'allaitement au sein.

Nos observations n'ont porté que sur des enfants qui sont restés de dix à douze jours et exceptionnellement de dix-huit à vingt jours à l'hôpital. Que donnera le lait stérilisé chez des enfants de six, huit, dix et douze mois? Nous ne pouvons le dire, mais nous espérons avoir bientôt l'occasion de le rechercher personnellement.

Le lait stérilisé pourra-t-il être donné avec avantage à des enfants venus avant terme et en état de faiblesse congénitale, à des enfants si peu développés qu'ils ne tettent pas? Certains faits semblent nous le prouver, mais ils sont encore trop peu nombreux pour que nous ayons le droit d'en tirer des conclusions. De ce côté, nos recherches ont besoin d'être complétées. Mais les résultats que nous avons obtenus chez les enfants arrivés à terme ou près du terme nous ont paru dignes d'attirer, dès maintenant, l'attention.

REVUE DE LA PRESSE

Tabes dorsal. — M. le docteur F. Raymond résume ainsi une leçon qu'il publie dans le *Progrès médical* :

Le tabes dorsalis est une maladie de l'âge mûr, qui débute rarement chez des enfants et chez des vieillards, qui est sensiblement plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

La prédisposition neuropathique congénitale intervient certainement dans son développement, mais il est tout à fait exceptionnel que le tabes dorsalis soit le produit de l'hérédité directe.

On connaît un certain nombre de faits où l'exposition au froid et à l'humidité, les marches forcées, des excès vénériens (coït debout), un traumatisme grave, ont été, en apparence du moins, la cause occasionnelle du développement de la maladie. Mais le nombre de ces cas est peu de chose par rapport à ceux où le tabes dorsalis s'est développé chez des syphilitiques, le plus souvent en dehors de toute cause occasionnelle apparente. Il est démontré aujourd'hui que la grande majorité des malades affectés du tabes dorsalis ont eu, antérieurement, la syphilis.

Il n'est pas prouvé, mais il est extrêmement vraisemblable, que la syphilis a une part directe ou indirecte au développement du tabes dorsalis, quand cette maladie se montre chez un syphilitique.

Il est certain que l'intervention de la syphilis n'est pas nécessaire pour que le tabes dorsalis vienne à se développer; la preuve en est dans les cas rares de syphilis contractée par des sujets qui présentaient déjà des symptômes du tabes avant l'infection syphilitique; et encore faut-il tenir compte de la possibilité d'une réinfection syphilitique.

La phthisie des faïenciers. — On a décrit la phthisie des mineurs, la phthisie des mouleurs, la phthisie des aiguisiers; M. le docteur Gustave Paté a fait de la phthisie des faïenciers le sujet de sa thèse inaugurale. Nous en reproduisons les conclusions, d'après les *Annales d'hygiène publique* :

« La plupart des faïenciers succombent à une affection pulmonaire chronique, la phthisie des faïenciers. Cette phthisie est une sclérose du poumon, produite par l'introduction des poussières irritantes dans les voies aériennes. Trois périodes dans son évolution. La première période est la période emphysémateuse. La seconde période revêt trois formes : une forme emphysémateuse, elle n'est que l'exagération des premiers symptômes; une forme pneumonique et une forme suffocante. Ces trois formes aboutissent à une période finale, la période asphyxique.

La tuberculose chez les faïenciers n'est pas très fréquente. Elle est remarquable par la lenteur de son évolution. Dans certains cas, si l'ouvrier, après une poussée aiguë de tuberculose, n'est pas trop affaibli pour abandonner l'atelier, elle peut guérir. Un tissu de sclérose vient englober les lésions tuberculeuses, les étouffer. C'est un mode de guérison de la tuberculose que nous avons observé plusieurs fois chez les ouvriers faïenciers de la fabrique de Montereau. »

Du dermatol en gynécologie. — M. le docteur Jules Chéron recommande, dans sa *Revue médico-chirurgicale des femmes*, l'emploi du dermatol en gynécologie.

Le dermatol ou gallate basique de bismuth se présente sous la forme d'une poudre jaune safran, inodore, très fine, non hygroscopique, inaltérable à l'air et à la lumière. Non toxique (on peut en administrer à l'intérieur 2 grammes par jour sans inconvénients), ni irritant, il a des propriétés siccatives énergiques, et il est en même temps cicatrisant. Son pouvoir antiseptique est très net sur les microbes de la suppuration.

On l'emploie utilement contre l'eczéma et le prurit vulvaire, sous forme de pommade au dixième, suivant la formule suivante :

Dermatol. . . . . 3 grammes.
Vaseline . . . . 30 —

Appliquer un peu de cette pommade le soir en se couchant et la laisser en place jusqu'au lendemain matin.

Dans plusieurs cas de vaginite chronique, M. J. Chéron a vu l'écoulement se tarir rapidement à la suite d'applications quotidiennes de tampons d'ouate hydrophile imbibés avec l'émulsion suivante :

Dermatol . . . . 20 grammes.
Glycérine neutre . . . . 200 —

Enfin Glaser recommande les insufflations de poudre de dermatol dans le traitement palliatif de l'épithélioma du col, pour diminuer l'abondance et la fétidité des sécrétions.

De la ladrerie chez l'homme. — D'une longue étude de la ladrerie humaine, publiée dans les *Annales d'hygiène publique*, par M. Bérenger-Féraud, se dégagent les conclusions suivantes :

Cette ladrerie humaine est affirmée aujourd'hui par tant d'observations qu'elle ne saurait être révoquée en doute. Chez l'homme comme chez le porc, le bœuf et une infinité d'animaux, elle entraîne les conséquences les plus variées, depuis l'absence de tout phénomène morbide jusqu'aux accidents les plus graves et les plus rapidement mortels. Le mécanisme de la production de la ladrerie est facile à concevoir : pour l'homme comme pour les animaux, c'est l'ingestion des œufs de tænia contenus dans l'eau de boisson ou dans les aliments qui engendre la maladie. Chez l'homme, en outre des dangers que lui fournit l'alimentation solide ou liquide, il faut faire entrer en ligne de compte l'auto-infection par l'arrivée éventuelle dans l'estomac d'œufs mûrs d'un tænia qu'il porte dans son intestin.

La thérapeutique, que nous avons à notre disposition contre les cysticerques humains, est facile à mettre en œuvre, dans certains cas où l'intervention chirurgicale est possible, impuissante jusqu'ici dans un grand nombre d'autres. Il est désirable que des recherches soient entreprises pour la découverte d'une médication générale capable de faire mourir prématurément les cysticerques qu'on ne peut atteindre par les moyens chirurgicaux.

La prophylaxie des cysticerques, comme celle des tænias, car les deux termes sont si étroitement unis l'un à l'autre qu'ils ne peuvent être disjoints dans la pratique, consiste à faire des efforts pour contrarier l'évolution du cycle biologique du parasite, qui passe successivement de l'hôte provisoire à l'hôte définitif. Donc, il faut garantir l'homme contre l'invasion du tænia qui lui fera produire des œufs; il faut protéger les animaux et l'homme contre les chances d'ingestion des œufs de tænia qui produisent les cysticerques, c'est-à-dire la ladrerie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 juillet 1892. — Présidence de M. Regnauld.

LECTURE

Nouveau principe appliqué à la stérilisation de l'eau. — M. **CORNIL** donne lecture d'un travail de M. Babès sur la stérilisation de l'eau, dont voici les conclusions :

La filtration de l'eau en grande masse, pour l'alimentation des villes, offre de grands inconvénients. De même, l'eau clarifiée par les filtres naturels ou par les filtres à sable artificiel ne donne pas des garanties absolues. Les filtres à sable surtout laissent à désirer, car on n'obtient jamais une eau stérile avec ces filtres.

On peut cependant arriver à obtenir une eau stérile pour l'alimentation des villes en précipitant les éléments corpusculaires par des substances appropriées.

On arrive à ce résultat en faisant passer l'eau dans des appareils dans lesquels la limaille de fer se trouve en contact avec un courant d'air. On obtient ainsi une grande quantité d'eau qu'on laisse se déposer pendant vingt-quatre heures. Après ce temps, cette eau est décantée par une sorte de niveau; elle ne contient que fort peu de microbes (de 0 à 20 par centimètre cube), tandis qu'avant le passage sur la limaille de fer, elle en renfermait de 1200 à 1300 par centimètre cube. Cette eau est un peu acide et d'un goût agréable. Avec l'alun, on obtient des résultats analogues.

Pour les besoins des ménages, il suffit, d'après ce procédé, d'un appareil très simple pour obtenir une eau stérile et tout à fait claire.

Un vase en zinc ou en verre d'une capacité de 10 à 40 litres, ayant la forme d'un ballon, posé sur un piédestal en bois, est percé à sa base d'un orifice dans lequel on introduit un bouchon de caoutchouc que traverse un tube en verre muni d'un robinet. Le vase est rempli d'eau. On y ajoute 1 gr. 50 d'alun en poudre par 10 litres. On secoue fortement le vase, ou bien on agite l'eau à l'aide d'une planchette trouée ou mieux d'un appareil rotatoire; on recouvre ensuite le vase d'un couvercle en fer blanc. Après dix-huit à vingt heures, on tire l'eau par le robinet (il est bon de ne pas employer le premier demi-litre qui passe).

Pour vider le vase, on agite l'appareil et l'on donne ensuite issue, par un orifice latéral, à l'eau qui reste.

L'eau peut être clarifiée dans cet appareil de la même manière par le sulfate de fer ou la craie en poudre.

Nous croyons donc qu'une décantation en grand, à l'aide du fer et du courant d'air ou du sulfate de fer et de la craie, et avec suppression de toute filtration ultérieure par le sable, doit être soumise à un examen spécial.

COMMUNICATIONS

Étiologie de la pleurésie. — M. **BÉCHAMP** termine sa communication sur la pleurésie.

Après avoir rappelé ses recherches sur les microzymas, après avoir démontré comment, anatomiquement, il n'y a aucune obscurité touchant l'origine des microzymas de l'organisme et démontré directement qu'ils ne viennent pas de l'air, M. Béchamp, abordant le sujet en discussion, c'est-à-dire la pleurésie, pense, avec MM. Peter, Hardy, Alph. Guérin, que l'anatomie et la physiologie classiques suffisent à expliquer la genèse, les symptômes et les phénomènes anatomo-pathologiques et histologiques dont on constate la manifestation dans le cours de la maladie. Il démontre que la pleurésie est toujours nécessairement une maladie d'origine physiologique, naissant de nous en nous; qu'elle n'est jamais microbienne, en ce sens que les bactéries qu'on peut découvrir dans la sérosité pleurétique n'en sont pas la cause.

De l'hystérie chez les nouveau-nés. — M. **MAGITOT**, membre de la Commission chargée d'examiner un mémoire de M. Chaumier (de Tours) qui porte ce titre, prend la parole sur le rapport de M. Ollivier lu dans l'avant-dernière séance. Il fait remarquer que le terme « l'hystérie chez les nouveau-nés » n'est qu'une nouvelle étiquette donnée par l'auteur du mémoire à une grande catégorie d'accidents de la première dentition, les accidents convulsifs ou l'éclampsie.

M. Magitot, rappelant ensuite ses recherches personnelles sur les « maladies dites de dentition » chez l'homme; puis la thèse d'un de ses élèves, M. Levêque; les études de M. Comby, médecin

des hôpitaux de Paris; celles de plusieurs autres auteurs modernes, M. Chaumier et M. Ollivier lui-même, etc., entreprend le procès à fond de cette interprétation purement empirique, qui rattache à la première dentition le plus grand nombre des maladies de l'enfance en vertu d'une croyance qui s'est transmise depuis les temps hippocratiques jusqu'à nos jours. Cette croyance, entretenue par de grandes autorités, celle de Hunter, Sydenham et tous les classiques, est passée ainsi à l'état de légende. Les conclusions de M. Magitot, en tous points conformes à celles du rapport de M. Ollivier, se terminent par le vœu « que les maladies dites de la dentition chez l'homme disparaissent définitivement du cadre de la nosologie médicale ».

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 769.)

COMITÉ SECRET

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Cadet de Gassicourt sur les titres des candidats à une place vacante de correspondant national (première division, médecine).

Les candidats sont classés dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Liétard (de Plombières); en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Costa (d'Ajaccio), Laënnec (de Nantes) et Layet (de Bordeaux).

La séance est levée.

Séance du 19 juillet 1892. — Présidence de M. Regnauld.

RAPPORTS

Grippe épidémique. — M. **LABOULBÈNE** lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Phocas, concernant la grippe épidémique (influenza) dans les écrits hippocratiques.

Astigmatisme. — M. **GARIEL** lit un rapport de M. Ostwalt ayant pour titre : « Recherches expérimentales sur l'influence que l'éloignement de l'œil exerce sur la surface réfringente du cylindre correcteur dans les différentes formes d'astigmatisme. »

La conclusion de M. Ostwalt est la suivante : pour un même astigmate, le verre cylindrique correcteur doit varier suivant l'amétropie sphérique concomittante.

PRÉSENTATION DE MALADE

Symphyséotomie. — M. **PORAK** présente une femme, primipare, rachitique qui n'a pu être accouchée qu'après avoir été préalablement opérée de la section de la symphyse des pubis.

Cette femme présente des déformations caractéristiques du squelette, courbure des membres inférieurs mais inégalement marquée à droite et à gauche, légère scoliose de la colonne vertébrale, proéminence de sternum, etc. Ces modifications s'accompagnent, du côté du bassin, de vices de conformation caractérisés par le rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur qui mesure à la distance promonto-sous-pubienne 9c6 et d'une asymétrie qui porte sur l'enfoncement de la partie gauche du bassin.

Au moment où M. Porak l'a examinée, elle était en travail depuis plus de dix-huit heures, la dilatation du col était complète, la poche des eaux rompue depuis plusieurs heures, l'enfant, bien portant, se présentait en O. I. D. P. la tête surplombant le pubis.

Une application de forceps énergique mais prudente démontra qu'il serait impossible de terminer l'accouchement par ce moyen. Rejetant toute indication d'opération césarienne, on se trouvait donc dans l'alternative soit de sacrifier l'enfant en recourant à l'embryotomie, soit d'essayer de l'extraire vivant après avoir pratiqué la symphyséotomie. C'est ce parti que suivit M. Porak.

L'opération fut décidée rapidement, la femme n'étant pas changée de situation, restant par conséquent en travers du lit.

Après les soins antiseptiques d'usage, l'incision sur la ligne médiane, le détachement des insertions du ligament triangulaire, la symphyse fut incisée de bas en haut et d'arrière en avant, à l'aide d'un bistouri boutonné, gardé en arrière par la pulpe du doigt indicateur, qui garantissait de toute blessure l'urèthre ou la vessie. L'hémorrhagie fut modérée.

Alors une seconde application du forceps fut pratiquée et permit l'extraction très facile d'un enfant vivant, pesant 2600 grammes, portant sur la face les traces de la première application de forceps et dont la tête, très comprimée transversalement, témoignait du rétrécissement infranchissable du bassin.

Les suites de l'opération furent des plus simples. La fièvre fut modérée pendant les trois premiers jours, et malgré un pansement très peu compliqué, la symphyse avait repris sa solidité le septième jour. La malade put marcher sans la moindre douleur dès le vingtième jour.

La symphyséotomie prend donc définitivement sa place parmi les opérations obstétricales. C'est une opération simple, innocente sous le couvert de l'antisepsie.

ÉLECTION

L'Académie procède au scrutin pour l'élection d'un correspondant national dans la division de médecine.

Au premier tour de scrutin, sur 70 votants, majorité 36, M. Liétard (de Plombières) obtient 34 voix; M. Laënnec (de Nantes), 21 ; M. Layet (de Bordeaux), 10; M. Costa (d'Ajaccio), 3 ; plus 2 bulletins blancs.

Au second tour de scrutin, sur 66 votants, majorité 34, M. Laënnec obtient 31 voix; M. Liétard, 30; M. Layet, 3, et M. Costa, 1 ; plus 1 bulletin blanc.

Au troisième tour de scrutin, M. Liétard et M. Laënnec obtenant chacun 32 voix, l'Académie décide que l'élection sera renvoyée à la prochaine séance.

COMMUNICATIONS

Allaitement des nouveau-nés. — M. **BUDIN** fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 783.)

Tuberculose du globe de l'œil. — M. **CORNIL** rappelle que M. Galezowski a adressé l'observation d'une jeune fille chez laquelle l'œil droit, puis l'œil gauche ont été pris successivement de tuberculose. L'œil droit, primitivement atteint, avait été enlevé.

Il résulte de l'examen que M. Cornil a fait sur l'œil enlevé que ce fait diffère des faits connus de tuberculose du globe par son siège dans le corps ciliaire et la choroïde, son extension à la sclérotique et à la conjonctive, sous forme de tumeur comparable par sa masse à une tumeur sarcomateuse. L'intégrité de la rétine est également caractéristique.

On connaît, depuis Bouchut, les granulations tuberculeuses isolées de la choroïde qui viennent avec une tuberculose généralisée. C'est là une première catégorie : les tubercules miliaires sont disséminés dans l'organisme et secondaires à la choroïde.

Toutefois, des tuberculoses iriennes peuvent s'observer primitivement chez l'homme. M. Parinaud en a observé des cas, et M. Cornil en a étudié aussi une pièce observée par M. Redman (de Dublin) : la tuberculose limitée à l'iris s'étendait un peu à la cornée.

A ces deux variétés : tuberculose généralisée, tuberculose irienne primitive, il faut, d'après l'observation de M. Galezowski, en ajouter une troisième forme, la tuberculose primitive en masse du corps ciliaire et de la choroïde, pouvant envahir par son extension circonférentielle la sclérotique et la conjonctive; à l'inverse des sarcomes de la choroïde, cette forme de tuberculose, qui leur ressemble par sa marche, en diffère par son peu de tendance à envahir la rétine.

DISCUSSION

M. **BUCQUOY** a récemment observé un jeune homme de dix-huit à vingt ans, qui portait sur chaque iris une petite masse tuberculeuse. L'iris seule était prise, toutes les autres parties du

globe étaient intactes. Ce jeune homme présentait des accidents de tuberculose menaçante du côté des sommets.

M. CORNIL fait rentrer ce cas dans la deuxième catégorie des tuberculoses oculaires dont il vient de parler.

Le pronostic de cette variété doit être très réservé, cette tuberculose irienne se propageant avec la plus grande facilité du côté des méninges. Les malades de M. Parinaud ont tous succombé à une méningite tuberculeuse.

A quatre heures trois quarts l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bucquoy sur les titres des candidats au titre de correspondant étranger.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 14 mai 1892, des médailles d'honneur ont été décernées aux personnes dont les noms suivent, qui se sont distinguées par leur courage et leur dévouement au cours de maladies épidémiques :

Médaille de bronze. — M. le docteur Suryot, médecin à Entrains.

Médaille d'argent. — M. Laurençon (Albert), interne des hospices de Lyon.

— Il convient d'ajouter à la liste des présidents d'honneur du Congrès international de gynécologie et d'obstétrique, le nom de M. le professeur Thiriar (de Bruxelles).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

16

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

57

BESANÇON (DOUBS)

BAINS SALINS DE LA MOUILLÈRE

(aux portes de la Ville).

SOURCES SALÉES DE MISEREY

CLASSE DES CHLORURÉES SODIQUES FORTES BROMO-IODURÉES, ATHERMALES

STATION et ÉTABLISSEMENT BALNÉAIRE DE PREMIER ORDRE

A 6 h. 1/2 de Paris. — A 5 h. de Lyon.

60

PEPTONE CORNÉLIS

SÈCHE, SOLUBLE, BLANCHE, entièrement *ASSIMILABLE*. Titrée à *90 p. 100*

LA SEULE PEPTONE **sans odeur** ET A **saveur très agréable.**

Représente également **10** fois son poids de **viande de bœuf** débarrassée de tous ses déchets.

Ne se vend qu'en flacons dessicateurs qui en assurent la conservation.

DOSE : 2 A 3 CUILLERÉES A SOUPE PAR JOUR.

Envoi franco d'échantillons.

Dépôt général : Pharmacie **L. Bruneau** (Lille).

52

VICHY, SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS

GRANDE-GRILLE

HOPITAL

Avoir soin de désigner la source.

PASTILLES AUX SELS NATURELS

SAISON DES BAINS

DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

42

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE D[r] COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

79

GUÉRISON DES FLUEURS BLANCHES

par les **OVULIDES GAUTHIER-ROBERT à la glycérine solidifiée.**

GAUTHIER, 121, rue de Turenne, Paris.

41

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur B[on] Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

94

„HUNYADI JÁNOS"

La plus sûre, la plus efficace et la plus agréable des Eaux purgatives naturelles.

APPROUVÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS, PAR LIEBIG, BUNSEN, FRESENIUS, LUDWIG.

„HUNYADI JÁNOS"

Unique d'après les appréciations de nombreuses célébrités en médecine de France et de l'Étranger qui lui attribuent les avantages suivants :

Effet prompt, sûr et doux

Absence de coliques et de malaises. — Sans constipation consécutive. — L'usage prolongé ne fatigue pas l'estomac. — Action durable et régulière. — Ne produit pas l'accoutumance. — Petite dose. — Pas désagréable à prendre.

„HUNYADI JÁNOS"

Autorisé par l'Etat — Chez les marchands d'eaux minérales et dans les Pharmacies.

Se méfier des contrefaçons.

Prière d'exiger l'étiquette portant le nom :

„Andreas Saxlehner."

66

EUCALYPTOL VOIRY

LE SEUL CHIMIQUEMENT PUR

Récompenses obtenues par R. VOIRY, pharmacien de 1[re] classe, pour ses travaux sur **l'Eucalyptol:**

Médaille d'OR, Société de pharmacie de Paris

Prix LAROZE, Ecole supér. de pharm. de Paris.

ÉLIXIR D'EUCALYPTOL VOIRY

Adopté d[s] les HÔPITAUX DE LA MARINE ET DE L'ÉTAT

Médicament présentant à MM. les Médecins toute garantie de pureté. — Prescrit toujours avec SUCCÈS DANS LE TRAITEMENT DES **affections des voies respiratoires**, *Catarrhes pulmonaires, Bronchites chroniques, Tuberculoses, etc.*

5, boulev. de Courcelles, Paris, et t[tes] ph[ies].

101

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

43

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales ph[ies].

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

17

CHARBON NAPHTOLÉ

FRAUDIN

Ph[ien], Boulogne-Paris.

Désinfectant antiseptique granulé

3 à 6 cuil. à café par jour.

39

SOLUTION DE BIPHOSPHATE DE CHAUX DES

FRÈRES MARISTES

Employée avec succès pour combattre les *scrofules*, la *débilité générale*, le *ramollissement* et la *carie des os*, les *bronchites chroniques*, les *catarrhes invétérés*, la *phtisie*, surtout aux 1[er] et 2[e] degrés. — Notice f[o]. — 5[f] le litre, 3[f] le 1/2 litre.

Exiger les signatures L. ARSAC et F[re] CHRYSOGONE.

DÉPOTS : Chez les Frères Maristes : à S[t]-Paul-Trois-Châteaux (Drôme); à S[t]-Genis-Laval (Rhône)· à l'Hermitage, par S[t]-Chamond (Loire); à Aubenas (Ardèche); à Beaucamps, près Lille (Nord); à Lacabane, par Terrasson (Dordogne); à Varennes-sur-(Allier Allier) et d[s] les ph[ies]. Remises par quantité.

32

GUÉRISON

DE

LA **GOUTTE**, DU **RHUMATISME**

DE LA **SCIATIQUE**

ET DU **LUMBAGO**

PAR

L'HUILE ET LA TISANE

SEQUAH

Préparés par E. SOUDAN, pharmacien

A ROUEN

36

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** (*caféine, iodoforme et strophantus*). Dép[t] Ph[ie] C[le] F[g] Montmartre, Paris.

62

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la pseudo-leucémie (1).

Par le docteur P. TISSIER.

I

Parmi la riche synonymie de la maladie, les termes d'adénie, proposé par Trousseau, à qui nous devons la première étude d'ensemble de cette maladie, et surtout de lymphadénie, sont à conserver, parce qu'ils répondent bien à un certain nombre des faits, mais il faut leur préférer le terme de pseudo-leucémie, tout impropre qu'il soit, si l'on veut faire rentrer dans la description de la maladie tous les faits groupés sous ce nom et qui sont loin, sans doute, de former une unité morbide.

Quoi qu'il en soit, nous séparerons complètement la pseudo-leucémie commune de la pseudo-leucémie infantile. A la première, on peut donner le nom de lymphadénie, à la seconde, celui d'anémie pseudo-leucémique infantile.

A la première, conviendrait le nom de maladie de Bonfils, à la seconde, celui de maladie de von Jaksch, si l'on voulait, par là, rappeler les auteurs qui en ont publié les premières observations précises.

II

A. — LYMPHADÉNIE

Définition. — On désigne sous le nom de lymphadénie une maladie caractérisée anatomiquement par l'hyperplasie ou la néoformation de tissu lymphoïde, pouvant se produire soit au niveau des ganglions lymphatiques (lymphadénie ganglionnaire), soit au niveau de la rate (lymphadénie splénique), de la moelle osseuse, des amygdales, de l'intestin, du testicule, de la peau, etc., et, cliniquement, par l'état absolument normal du sang, au moins au début, à l'inverse de ce qui s'observe dans la leucémie, dont elle reproduit presque complètement le tableau symptomatique et l'évolution.

(1) SYNONYMES : Lymphadénie, Leucémie aleucémique, Anémie, Cachexie lymphatique et splénique, Lymphome malin, Lymphadénome malin non leucémique, Maladie de Hodgkin, de Bonfils, etc.

Historique. — C'est à tort que l'on fait remonter à Hodgkin (1) la première mention certaine de la maladie. S'il y a une analogie incontestable entre les cas de l'auteur anglais et les observations ultérieures, il leur manque le point capital, seul susceptible d'entraîner la conviction, l'examen du sang. Aussi est-ce avec raison que Virchow (2) leur refuse toute valeur.

La première observation complète est celle de M. Bonfils (3), dans laquelle M. Robin fit l'examen du sang et des ganglions.

Nous citerons, chemin faisant, les auteurs qui ont attaché leur nom à l'histoire de la lymphadénie et nous nous bornerons à rappeler ici les travaux de Trousseau, de Wunderlich (4), de MM. Potain, Jaccoud (5), Cornil, Demange, de Trélat, de M. Debove, de Crocq, etc.

Au point de vue anatomique, la lymphadénie a pour substratum la production anormale de tissu lymphoïde, *typique*, c'est-à-dire comparable de tous points au tissu ganglionnaire normal, ou *métatypique*, c'est-à-dire différant de ce dernier par certains caractères anatomiques.

Dans le premier cas, on trouve un reticulum conjonctif formé de fibrilles très fines renfermant dans ses mailles de petites cellules rondes, à gros noyau (leucocyte de la première variété de M. Hayem) ; dans le second cas, les fibrilles du reticulum sont plus trapues et les éléments cellulaires plus volumineux et moins réguliers.

Qu'il s'agisse d'une hyperplasie (lésion siégeant dans un organe contenant normalement du tissu lymphoïde) ou d'une néoformation (lésion siégeant dans un organe ne contenant pas normalement de tissu lymphoïde), le processus intime reste le même. Dans le dernier cas, les lésions débutent par l'accumulation de cellules rondes, la formation du reticulum est secondaire [Ranvier (6)].

La lymphadénie peut être uniquement *ganglionnaire* et

(1) HODGKIN. On some morbid of the absorbent glands and spleen, *Med. Chir. Transact.*, 1832, t. XVII, p. 68.
(2) VIRCHOW. *Die krankhaften Geschwulste*, 1864.
(3) BONFILS. Hypertrophie ganglionnaire générale, cachexie sans leucémie, *Bull. de la Soc. anat.*, 1857.
(4) WUNDERLICH. Pseudoleukæmie, Hodgkin's Krankheit oder multiple Lymphadenome ohne Leukæmie, *Arch. f. Heilk.*, 1866, p. 53.
(5) JACCOUD. *Leçons de clinique médicale de l'hôpital Lariboisière*, 1873.
(6) OLIVIER et RANVIER. Soc. de biol., 1866.

alors *généralisée* ou *localisée.* Elle est souvent alors métatypique.

Voici les caractères des tumeurs ganglionnaires, d'après Crocq (1).

Les plus petites sont dures, blanchâtres, peu vasculaires et ne donnent pas de suc au râclage.

Les moyennes sont plus molles, jaunâtres, modérément vasculaires, donnant par le râclage un suc laiteux blanchâtre, miscible à l'eau.

Les plus grosses sont très molles, rosâtres ; elles donnent, au râclage, un suc abondant.

La rate peut être prise isolément [splénomégalie primitive : Debove, Bruhl (2) ; anémie splénique : Strümpel; lymphadénie splénique commune, par opposition à celle des nourrissons : Gilbert] ou en même temps que les autres organes, les ganglions notamment.

La *rate* est volumineuse, molle, ou, au contraire, dense, comme carnifiée (Demange), montrant, à la coupe, des noyaux grisâtres ou blanchâtres, de volume variable, d'aspect, de consistance et de structure analogues à ceux des ganglions envahis par le processus. Il s'agit de lymphadénie métatypique [Gilbert (3)] à gros reticulum, avec sclérose glomérulaire et capsulaire (fibro-adénie de Banti).

Certains auteurs (Fedé, Cohnheim, Pepper, Zencker) ont décrit une lymphadénie osseuse pure, comparable à la leucémie osseuse, mais, beaucoup plus souvent, l'altération osseuse est associée à des lésions d'autres organes.

Les autres organes qui peuvent être touchés isolément sont : le *testicule* (Trélat, Malassez, Monod et Terrillon); les deux testicules sont transformés en masses ovoïdes, élastiques, grisâtres à la coupe, à suc peu abondant par le râclage : l'épididyme est respecté ou pris tardivement, la généralisation est habituelle et rapide.

Les *amygdales* (Demange) prennent un aspect cérébriforme : leur consistance est molle.

L'*intestin* [Béhier (4), Alling, Demange, Kelsch (5), Barth, Gilly (6), etc.] peut être pris d'une façon primitive et la mort peut survenir de ce fait, avant toute généralisation. Il l'est souvent secondairement.

L'altération peut porter uniquement sur les follicules clos et les plaques de Peyer, qui atteignent parfois un volume énorme; les ulcérations sont rares et peu profondes, au niveau des lésions, l'intestin est distendu (forme folliculo-hypertrophique) ; ou bien les lésions siègent dans la couche lymphoïde de la muqueuse et se présentent sous forme de plaques épaisses, généralement ulcérées profondément jusqu'à la séreuse ; ou enfin, il n'existe qu'une seule plaque siégeant, de préférence, au niveau du duodénum chez l'adulte, de l'extrémité de l'iléon chez l'enfant, l'ulcération est ici encore à peu près constante et profonde.

Les follicules clos du gros intestin et l'estomac peuvent être atteints. Il est de règle que les ganglions mésentériques soient pris.

Enfin la *peau ;* nous ne ferons que mentionner le mycosis fongoïde de Bazin, rattaché à la lymphadénie par M. Ranvier (1).

Nombreux sont les organes qui peuvent être le siège de lésions lymphadéniques, consécutives à celles que nous venons de passer en revue : le foie, les reins, les poumons, les muscles, les centres nerveux, les séreuses.

Dans le foie, le tissu lymphoïde est généralement extra ou péri-lobulaire (Crocq).

Signalons encore, parmi les lésions que l'on trouve à l'autopsie, les exsudats sanguinolents ou séreux des ventricules cérébraux et des séreuses et les hémorrhagies des divers tissus.

Symptomatologie. — Avec Crocq, on doit distinguer deux périodes dans l'évolution de la lymphadénie : la première, période des lésions locales, dans laquelle l'état général reste excellent; la seconde, pendant laquelle s'installe la cachexie.

De beaucoup, c'est dans la première qu'il est le plus difficile de reconnaître la maladie : elle est insidieuse et, habituellement, à marche très lente. Les lésions ganglionnaires sont, au début, régionales et, le plus souvent, ce sont les glandes lymphatiques du cou (sous-maxillaires ou latérales), qui se prennent les premières (2).

Les tumeurs sont fermes, mobiles, indolores. Elles grossissent rapidement, deviennent bosselées, plus élastiques, moins mobiles, donnant à la région un aspect difforme.

Bientôt les autres ganglions se prennent, la maladie semblant se propager de proche en proche (groupe claviculaire, groupe axillaire, etc.), ou bien en faisant des bonds, envahissant, par exemple, le groupe inguinal.

A la période d'état, la tête, petite, semble reposer sur un coussinet de tumeurs, les ganglions de la racine des membres simulent de véritables mamelles (Trousseau) ou d'énormes bubons.

A noter l'atteinte exceptionnelle des ganglions épitrochléens et poplités.

Au niveau des ganglions tuméfiés, généralement assez mous, la peau reste mobile et sa coloration normale : les mouvements sont gênés, la circulation veineuse entravée.

Autrement graves sont les conséquences de l'envahissement des ganglions profonds (abdominaux et thoraciques) et cette gravité dépend de l'importance physiologique des organes comprimés (ictère, ascite, œdème des membres inférieurs, dyspnée, toux coqueluchoïde, dysphagie, congestion pulmonaire, troubles pupillaires, palpitations, œdèmes, etc.).

Il nous semble inutile d'insister sur le mécanisme de ces divers symptômes, mécanisme qui n'a rien de spécial ici et qui n'est autre que celui que l'on retrouve à propos de toutes les néoplasies de la cavité abdominale et surtout du médiastin, de quelque nature qu'elles soient.

Qu'il nous suffise de rappeler le rôle de la compression du récurrent dans la pathogénie des troubles vocaux et respiratoires.

Un point plus spécial est le peu de signes physiques qui appartiennent en propre aux adénopathies lymphatiques du médiastin (peu de tendance à faire issue au dehors, tardive apparition de la matité).

(1) J. Crocq fils. *Étude sur l'adénie ou pseudo-leucémie,* Bruxelles 1891.

(2) I. Bruhl. *Gaz. des hôp.*, 1891; — *Arch. gén. de méd.*, juin et août 1891.

(3) Gilbert. *Traité de médecine*, 1891, t. II.

(4) Béhier. Congr. de méd. de Norwich, 1868.

(5) Kelsch. Soc. anat., 1873.

(6) Gilly. *Étude sur la lymphadénie intestinale*, Th. de Paris, 1886.

(1) Ranvier, in Th. de Gillot. Th. de Paris, 1868.

(2) On a observé le début par les ganglions de l'aisselle, de l'aine, du mésentère, etc.

Bientôt l'état général s'altère : le sang qui était, au début, absolument normal, prend les caractères du sang anémique et « quand la maladie est plus avancée et que les malades sont devenus cachectiques, les caractères du sang restent les mêmes que dans toute autre affection chronique cachectisante » [Hayem (1)] : diminution du nombre des globules rouges, diminution parfois considérable (Eichhorst) de leur richesse en hémoglobine, déformations globulaires, plaques cachectiques, etc.

C'est la période de la pâleur des téguments, des épanchements dans les séreuses, des hémorrhagies, des œdèmes, des thromboses.

Il n'est pas rare qu'à cette période la *fièvre* s'allume et devienne parfois très intense (type intermittent, quelquefois rémittent).

Cette période cachectique s'installe progressivement, l'appétit diminue ; à l'asthénie souvent précoce succèdent une diminution progressive des forces et une apathie morale et intellectuelle plus ou moins marquée (Jaccoud et Labadie-Lagrave).

Le foie et la rate ont un volume souvent très considérable ; la rate augmente parfois par poussées accompagnées de tension, ou même de douleur dans la région splénique.

L'envahissement néoplasique peut se généraliser et, suivant le point envahi (reins, intestin, pharynx, etc.), produire les symptômes les plus divers.

L'albuminurie est rare, l'acide urique n'est pas augmenté, point capital pour Eichhorst et qui, pour lui, est suffisant pour faire admettre qu'il n'y a pas de relations entre la lymphadénie et la leucémie.

La mort peut survenir par les progrès de la cachexie ; elle peut ne se produire alors qu'au bout de deux ans. Cette durée peut être parfois très diminuée lorsqu'il survient des complications mécaniques (adénopathies médiastines précoces) ou hémorrhagiques.

Tel est très succinctement et très incomplètement esquissé le tableau clinique de l'adénie de Trousseau de la lymphadénie ganglionnaire généralisée.

La maladie peut rester longtemps *localisée* à un groupe ganglionnaire et il faut citer à ce point de vue la *lymphadénie cervicale*, sur laquelle nous ne reviendrons pas ; la *lymphadénie médiastinale* qui tue généralement avant la période de cachexie ; la *lymphadénie mésentérique* qui s'accompagne de vomissements, de météorisme, d'ascite, avec développement de la circulation collatérale, d'œdème des membres supérieurs, etc. (Gilbert) et qui arrive assez souvent à la phase cachectique.

Le *diagnostic* de la lymphadénie ganglionnaire est surtout délicat dans la forme généralisée au début et dans les formes localisées.

L'examen du sang fera écarter la *leucémie* : la persistance de l'état satisfaisant de la nutrition, l'absence de douleurs, la mobilité des tumeurs, etc., éloigneront l'idée de *cancer*. La *syphilis* s'accompagne ordinairement, lorsqu'elle envahit un certain nombre de ganglions, de lésions autres qui trahissent sa nature. Les lésions syphilitiques se ramollissent souvent à une certaine période de leur évolution, ce qui est tout à fait exceptionnel dans la lymphadénie. Le traitement sera enfin la pierre de touche dans les cas douteux. La *tuberculose* est le plus difficile à éliminer. Il faudra s'enquérir avec soin des antécédents, de la marche de la maladie, rarement aussi rapide dans la tuberculose, qui se généralise rarement et aboutit souvent à la fonte caséeuse.

(1) Hayem. *Du sang et de ses altérations anatomiques*, 1889.

Les autres adénopathies, reconnaissant pour cause une lésion des téguments, sont régionales et il est, en général, facile d'en retrouver le point de départ.

La *lymphadénie splénique* mérite de nous arrêter un instant ; elle a été décrite sous les noms d'anémie splénique, de cachexie splénique, et récemment désignée, par MM. Debove et Bruhl, sous celui de splénomégalie primitive. Elle se caractérise essentiellement par une hypertrophie de la rate, une anémie globulaire à marche progressive, sans leucémie, et l'absence d'adénopathies. Elle a été plus spécialement étudiée par Woillez, Muller, M. Landouzy, Strümpell, Banti, MM. Debove et Bruhl, Deglé, etc. (1).

Le début se fait tantôt par l'anémie, qui peut atteindre un degré extrême, tantôt par des crises douloureuses rappelant les crises viscérales, occupant l'hypochondre gauche, avec irradiations lombaires, dorsales et scapulaires, et mouvement fébrile.

Ces crises semblent être l'expression d'une poussée de péritonite périsplénique.

L'anémie ne présente aucun caractère bien spécial, l'hypoglobulie peut être très marquée, la teneur en hémoglobine très diminuée. Il ne semble pas y avoir de globules géants.

Comme symptômes relevant de l'hypermégalie splénique, qui peut être considérable, citons la douleur locale, l'existence d'une pleurésie sèche gauche, les troubles digestifs, relevant aussi souvent du trouble profond de la nutrition que de l'état de la rate.

Les hémorrhagies sont rares ; les auteurs ne sont pas d'accord sur ce qui concerne l'excrétion d'urée et de l'acide urique. La mort survient au bout de six mois à deux ans (Bruhl) par le progrès de la cachexie, quelquefois avec une température assez élevée.

Pour certains auteurs, l'anémie splénique mérite une place à part dans la nosotaxie. Strümpell la regarde comme le fait d'une congestion chronique de la rate ; Muller attribue la tumeur splénique à une production exagérée et à la rétention des cellules lymphatiques, mais l'anatomie pathologique (sclérose glomérulaire et de la pulpe, fibro-adénie de Banti) est peu favorable à cette hypothèse (Bruhl).

Pour MM. Bruhl et Debove, il s'agit d'une véritable splénopathie primitive de cause inconnue, d'une sorte de cirrhose hypertrophique de la rate, tandis que Banti, s'appuyant sur les cas où l'on a vu apparaître tardivement les adénopathies (Gretsel), en fait simplement une forme de la pseudo-leucémie. En faveur de son opinion, M. Bruhl invoque la précocité des symptômes spléniques, pouvant précéder l'anémie, la disproportion qui existe parfois entre le volume énorme de la rate et le faible degré de l'anémie, et surtout les résultats favorables de la splénotomie (3 succès sur 4).

La lymphadénie *médullaire* existe rarement isolée, et la plupart des auteurs contestent même son existence. Le cas de Wood (2), cité par Eichhorst, ne nous a pas paru le

(1) Deglé. Ein Fall von reiner liental Pseudo-leukæmie, *Wien. med. Presse*, 1891, n° 11.

(2) Wood. On case of splenic and lymphatic hypertrophys without leucocythemia, *Philad. Med. Times*, 15 déc. 1870, p. 91.

moins du monde probant. Celui de Porter (1) est plus certain. La maladie débuta comme une fièvre typhoïde : il se montra sous le maxillaire droit une tumeur et au front des saillies nombreuses, semblant dépendre du périoste. A l'autopsie on constata leur nature lymphomateuse.

Citons encore le cas très remarquable de Kahler (2). La maladie, dans l'observation de cet auteur, simula l'ostéomalacie. Elle se caractérisa, en effet, par une fragilité extrême du squelette, des côtes notamment. Le malade avait quarante-six ans. Mais il existait des douleurs violentes et du gonflement osseux.

Plus tard, apparurent des adénopathies. La maladie dura huit ans, et à l'autopsie on trouva de nombreuses tumeurs lymphomateuses des os.

Il y eut pendant longtemps une albuminurie constituée uniquement par des globules lymphatiques sans éléments osseux.

C'est à M. Demange (3) que nous devons les notions les plus précises sur la *lymphadénie amygdalienne*. Elle ne détermine, en tant que lésion locale, « que les symptômes de l'hypertrophie des amygdales ; le plus souvent elle est unilatérale et a jusqu'ici presque toujours siégé du côté gauche ; son aspect est grisâtre, cérébriforme ; son tissu ordinairement assez friable ; le volume peut être considérable et déterminer des accès de suffocation et de la gêne de la déglutition » (Demange). Seule l'extension de la maladie aux ganglions cervicaux et axillaires permet le diagnostic. L'affection, au début, reste donc le plus souvent méconnue ; elle peut être simplement supposée, en dehors de toute autre cause d'hypertrophie amygdalienne. La marche est ordinairement rapide et la mort survient par cachexie, par asphyxie ou quelquefois par suite de lésions locales (ulcération de la carotide interne).

Cette tendance ulcéreuse exceptionnelle pour les adénopathies, nous la retrouvons dans la *lymphadénie intestinale*.

Les symptômes de la lymphadénie intestinale, primitive ou secondaire, sont, au début, la perte rapide des forces et de l'embonpoint, la diarrhée intermittente, les œdèmes précoces sans albuminurie [Gilly (4)].

A une époque plus avancée, on observe de l'ascite avec développement de la circulation collatérale, de la résistance au niveau des anses intestinales infiltrées, parfois enfin, on peut sentir les ganglions mésentériques tuméfiés. La diarrhée persiste intermittente, rebelle à toutes les médications, très abondante ; du côté de l'estomac on note du pyrosis, des renvois, quelquefois des vomissements, la langue est sale, l'appétit est variable, diminué ou normal et même augmenté.

Dans le type néoplasique, la sensation très nette d'une tumeur abdominale, les vomissements, l'ictère, si c'est le duodénum qui est atteint, sont particulièrement remarquables (Gilly).

L'état général est assez vite touché, la marche est lente (plusieurs années) ou rapide (quelques mois). Chez l'enfant, la forme néoplasique seule a été observée.

(1) Porter. Lymphadenomata, *Brit. Med. Journ.*, févr. 1889.

(2) Kahler. Zur Symptomatologie der multiplen Myeloms, *Prag. Med. Wochens.*, 1889.

(3) E. Demange. *Étude sur la lymphadénie, ses diverses formes et ses rapports avec les autres diathèses*, Th. de Paris, 1874.

(4) Gilly. Loc. cit.

Dans les formes secondaires, les symptômes peuvent passer inaperçus, par suite du peu de développement des lésions.

Le diagnostic est extraordinairement difficile dans la forme intestinale pure, sans lésions des autres organes, et les meilleurs cliniciens ont été induits en erreur.

Dans la forme rapide, on a pu songer à la fièvre typhoïde (Kelsch), à la tuberculose subaiguë (Coupland), d'autant plus qu'il peut y avoir alors de la fièvre, des épistaxis, des hématuries, et que la rate est habituellement tuméfiée. Le siège de la tumeur dans la fosse iliaque droite permettra, chez l'enfant, d'être plus affirmatif.

Dans la forme chronique, l'idée de tuberculose abdominale est, le plus souvent, impossible à écarter : la diarrhée est plus rebelle, plus abondante, plus précoce, dans la lymphadénie, l'œdème est moins tardif, et enfin les selles ne contiennent pas de bacilles tuberculeux.

La mort survient par cachexie, quelquefois par perforation intestinale, assez souvent par broncho-pneumonie.

La lymphadénie *cutanée* se présente sous deux types cliniques, dont nous résumerons les traits d'après l'excellent article de M. Gilbert : le mycosis fongoïde, type Alibert-Bazin et le mycosis fongoïde, type Vidal-Brocq.

Dans le premier cas, on distingue en général quatre périodes : *eczémateuse* (rougeur, desquamation, prurit), durant de quelques mois à un et deux ans ; *lichénoïde* (épaississement de la peau, élevures rouges, dures) ; de *tumeurs* pouvant atteindre le volume du poing, hémisphériques ou irrégulières, sessiles ou pédiculées, à surface rouge vif, lisse, comme vernissée, à consistance irrégulièrement ferme et molle et susceptibles d'affaissement ; d'*ulcération* : à cette période la coupe ressemble à celle d'une tomate (Brocq et Vidal).

Les lésions peuvent être multiples et à des degrés divers d'évolution. Elles siègent à la face, au front en particulier, au tronc, au niveau des plis articulaires, etc.

L'état général se prend tardivement ; les ganglions sont peu atteints et d'une façon fugace (Gilbert).

La marche n'est pas continue (rétrocessions), mais on ne connaît que deux cas de guérison.

La mort survient de cinq à huit ans (elle peut être beaucoup plus précoce et aussi beaucoup plus tardive), par le progrès de la cachexie ou encore par suite d'une complication bronchique.

Le type Vidal-Brocq diffère du précédent en ce que les tumeurs apparaissent d'emblée, et que les lésions sont plus fixes et plus circonscrites [M. Joseph (1)].

Dans certains cas, on a observé simultanément des tumeurs de la peau, des muqueuses et même des muscles [E. Arning (2)].

Le diagnostic est le plus souvent posé ; néanmoins, M. Gilbert pense qu'il faudrait rattacher à la lymphadénie certaines observations rapportées à la sarcomatose cutanée.

L'étiologie de la lymphadénie nous échappe comme celle du cancer.

L'origine microbienne ne peut être soutenue à l'heure actuelle : on a trouvé le staphylocoque doré dans la lym-

(1) M. Joseph. Ueber Pseudo-leukæmie cutis, *Deuts. Med. Wochens.*, 1881, n° 51, p. 1373.

(2) Arning. Ein Fall von Pseudo-leukæmie mit multiple Haut Schleimhaut. und Muskeltumoren, *Deuts. Med. Wochens.*. 1991, n° 51, p. 1372.

phadénie ganglionnaire [Roux et Lannois (1)] : il existait dans le sang pendant la vie et dans les ganglions après la mort. Cultivé et inoculé à des lapins, ce staphylocoque a donné lieu à des hypertrophies ganglionnaires. Antérieurement Majocci et Peccini (1886) avaient trouvé sur le vivant et après la mort, dans les vaisseaux des organes malades, des cocci et des bacilles. Cardarelli (1889) a vu dans la lymphadénie splénique un bacille, qui pourrait bien n'être autre que le coli bacille; en 1885, Rindfleisch (2) et Auspitz (3) ont cultivé des streptocoques dans la lymphadénie cutanée.

Comme on le voit, il s'agit de microbes vulgaires et, ainsi que le fait remarquer excellemment M. Gilbert, leur multiplicité même éloigne toute idée de spécificité vis-à-vis de la lymphadénie.

Les causes provocatrices sont un peu mieux connues : on a incriminé une irritation locale; il en résulte une adénite simple qui se transformerait ultérieurement en adénie, « de même que le cancer de l'estomac se greffe le plus souvent sur une inflammation chronique de cet organe » (Crocq).

Trousseau a signalé l'otorrhée, le coryza, l'amygdalite à l'origine de la maladie et Meyer (4) attache la plus grande importance aux lésions dentaires.

Quelles sont les relations de la lymphadénie avec la tuberculose, l'impaludisme, la leucémie, l'anémie pernicieuse progressive ?

Dickinson (5) a rapporté deux observations de lymphadénie survenue chez des tuberculeux. A l'autopsie, on trouva les lésions de la tuberculose et celles de la lymphadénie, les deux se présentant sous un aspect caractéristique. Aussi l'auteur conclut-il à une liaison entre les deux processus. Cette combinaison a été observée par d'autres auteurs, mais leurs observations sont moins probantes, et il semble que la tuberculose ne joue ici que le rôle de cause provocatrice, comme l'irritation dans les cas précédents.

Le tubercule, rangé autrefois parmi les tumeurs lymphoïdes (Fœrster, Virchow, Rindfleisch), diffère par trop de caractères de la lymphadénie pour qu'avec Demange on ne sépare pas nettement les deux maladies.

La *fièvre intermittente* est notée bien moins souvent chez les lymphadéniques, 3/54, que chez les leucémiques, 25 p. 100. Cependant, il y a quelques mois, Virchow affirmait encore les relations indubitables de la pseudo-leucémie avec la malaria.

La *leucémie* ne diffère guère de la lymphadénie que par l'augmentation du nombre des globules blancs du sang. L'identité des lésions marche de pair avec la similitude presque complète des symptômes et de l'évolution.

Aussi, a-t-on voulu assimiler les deux processus que M. Jaccoud a réunis sous le nom de diathèse lymphogène. M. Demange s'est rangé à cette conception : la leucocythémie est, pour lui, effet et non cause ; c'est un symptôme tout à fait secondaire, ne créant pas plus l'unité morbide que l'albuminurie et la glycosurie, qu'on a observées plusieurs fois. Wunderlich, tout en admettant qu'il s'agit d'affections identiques dans leur essence, les regarde comme différentes dans leur genèse : la leucémie est une maladie primitivement locale, qui se généralise par le sang; la lymphadénie est primitivement générale.

On a publié plusieurs observations dans lesquelles la lymphadénie est transformée en leucémie. Nous citerons à ce point de vue l'observation de Mosler (1) : au début, l'examen du sang ne révéla rien de particulier. La fièvre apparut, le nombre des leucocytes augmenta progressivement pour arriver à atteindre celui des globules rouges.

Cohnheim a admis que, dans les cas de lymphadénie, l'absence de leucocytes tiendrait à ce que la marche serait trop rapide pour que les globules blancs, provenant des ganglions, aient pénétré en nombre assez considérable dans le sang. Wunderlich rejette cette hypothèse, ainsi qu'Eichhorst, qui fait remarquer que la lymphadénie peut durer des années.

Les dualistes (Trousseau, Eichhorst, Crocq) s'appuient surtout sur les résultats de l'analyse des urines ; tandis que dans la leucémie l'acide urique est constamment augmenté (Laache, Salkowski), dans la pseudo-leucémie, il est toujours moins abondant qu'à l'état normal.

Nous croyons qu'il ne faut pas se montrer trop absolu : la pseudo-leucémie et l'adénie se touchent par plus d'un point : à mesure que les observations précises se multiplient, les cas de transition deviennent plus fréquents.

En outre, sous le nom d'adénie, de pseudo-leucémie, on a certainement décrit des choses dissemblables. Tous les auteurs (Virchow, Brentano et Tangl, Roux et Lannois, Troje (2), etc.) sont d'accord pour admettre que l'on a décrit beaucoup de choses disparates sous cette dénomination : le nom seul de pseudo-leucémie n'indique-t-il pas, comme le disait récemment Virchow, que l'on est embarrassé pour poser un diagnostic exact? Pour cet auteur, beaucoup de cas de pseudo-leucémie ne sont que des exemples de lymphosarcome. Quoique ayant des traits communs, le lymphome et le lympho-sarcome n'en ont pas moins des limites précises.

Le courant actuel semble favorable au démembrement de la pseudo-leucémie en un certain nombre d'affections de cause et de nature différentes, ayant pour point commun d'atteindre les organes de l'hématopoïèse, ce qui explique et la gravité commune de leur pronostic et l'analogie de leur aspect symptomatique.

Le cas récemment étudié en détail par Brentano et Tangl (3) est, à ce titre, fort intéressant; chez un sujet ayant succombé après avoir présenté le tableau habituel de la lymphadénie commune, on trouve, à côté de lésions intestinales de nature tuberculeuse, des altérations ganglionnaires, dans lesquelles des examens répétés ne firent trouver aucune trace de tubercules. Il s'agissait de lésions lymphadénomateuses aussi nettes et aussi pures que possible. De même, l'examen bactériologique fut négatif. Cependant

(1) Roux et Lannois. Sur un cas d'adénie infectieuse due au staphylococcus pyogenes aureus, *Rev. de méd.*, 1890, p. 1011.

(2) Rindfleisch. Mykosis fongoïdes, *Deuts. med. Wochens.*, 1885, n° 15.

(3) Auspitz. Ein Fall von Granuloma fongoides, *Viert. f. Dermat. u. syph.*, 1885.

(4) Meyer. Beitrage zur Geschichte der Pseudo-Leukæmie, *Inaug. dissert.*, Göttingen 1889.

(5) Dickinson. Two cases, in wich tubercle was associated with or simulative of lymphadenome, *Trans. of the path. Soc.*, 1879, p. 373.

(1) Mosler. Ueber Pseudo-leukæmie als Vorstadium sehr rash verlaufender Leukæmie, *Virchow's Archiv*, 1888.

(2) Troje. Berlin. med. Gesellschaft, séance du 24 février 1892.

(3) Brentano et Tangl. Beitrag. zur Ætiologie der Pseudo-leukæmie, *Deuts. Med. Wochens.*, 1891, n° 17, p. 588.

l'inoculation aux animaux (cobaye) fut suivie de tuberculisation.

Depuis qu'on ne se contente plus d'un examen superficiel et que l'on a recours à l'examen histologique, bactériologique et aux inoculations, la coïncidence de la tuberculose et de la pseudo-leucémie devient de plus en plus fréquente (Waetzoldt, Askanacy, etc.). Il faut, en présence de ces faits, se demander s'il n'y a pas là plus qu'une simple coïncidence. La tuberculose peut évoluer sous le masque de la pseudo-leucémie, sans donner lieu à la production de tubercules ou de lésions caséeuses.

De là à supposer que tous les cas de pseudo-leucémie sont fonction de tuberculose, il y a loin, et les auteurs sont d'ailleurs les premiers à le reconnaître, mais il semble probable qu'un certain nombre de cas, et peut-être même les plus nombreux, relèvent de processus infectieux.

Il s'agirait alors tantôt de tuberculose, évoluant sans donner naissance à des lésions présentant les caractères des lésions communes de la tuberculose, mais néanmoins bacillaires et virulentes (inoculation); tantôt d'infections diverses (staphylococcus aureus comme dans le cas si intéressant de MM. Roux et Lannois), simples ou mixtes; tantôt enfin de lésions malariques, etc.

Dans les autres cas, on se trouverait en présence soit de lympho-sarcome (Virchow), soit du même processus que celui de la leucémie, qu'on verrait souvent alors apparaître à une période tardive [Virchow, Frænkel (1)].

Nous serons très bref sur la question du traitement. L'iodure de potassium à l'intérieur, les frictions résolutives à l'extérieur (iode, mercure) sont, le plus souvent, employés, sans succès d'ailleurs.

Il en est de même des toniques, du fer, de l'iode, de l'acide phosphorique, des viandes crues, des eaux minérales, des bains, salins ou simples, du massage, des douches, des révulsifs locaux, etc.

L'arsenic mérite un peu plus de confiance, il faut l'employer à haute dose (Nélaton, Billroth), jusqu'à symptômes d'intoxication, ou encore par injections sous-cutanées à dose progressive (Winiwarter).

Les succès relatifs obtenus par Westphall, Mosler, Bolger, sont souvent suivis d'une exacerbation dans la marche de la maladie.

L'hygiène reste ce que nous avons de mieux, ou plutôt de moins mauvais.

L'intervention chirurgicale n'est indiquée que pour parer à des accidents menaçant directement la vie.

Cependant, dans la forme splénique, dans celle que M. Debove a désignée sous le nom de splénomégalie primitive, l'ablation de la rate a donné des résultats fort remarquables, puisque, sur quatre interventions (Spencer Wells, Péan, Czerny, Franzolini), il y a eu trois guérisons.

III

B. — ANÉMIE INFANTILE PSEUDO-LEUCÉMIQUE.

Sous le nom d'*anémie infantile pseudo-leucémique*, il faut décrire une maladie décrite d'abord par M. Hayem (2) et von Jaksch (1) et bien étudiée, dans ces derniers temps, par M. Luzet (2), Cardarelli, Somma, Fede et Lorenzo, et caractérisée par une évolution subaiguë plutôt que chronique, par son développement chez le nourrisson, par sa marche insidieuse et par les caractères particuliers de l'anémie qu'elle entraîne.

L'étiologie est obscure : c'est une maladie appartenant en propre au jeune âge, sans relation avec la syphilis ni avec le rachitisme, quelquefois associée à des troubles gastro-intestinaux.

La rate est constamment augmentée de volume; elle ne présente pas d'augmentation d'épaisseur des travées conjonctives, ni d'hypertrophie des follicules de Malpighi. Tous les organes hématopoiétiques, sauf les ganglions, présentent des signes d'activité, activité qui se trouve au maximum dans la moelle des os. L'état du foie, moins intéressé, est cependant fort important.

Nous n'insistons pas, ne pouvant ici étudier en détail l'anémie pseudo-leucémique des nourrissons.

L'enfant semble préférer le décubitus horizontal et ne paraît souffrir que lorsqu'on le soulève par les bras; ses téguments sont d'une pâleur extrême, sans émaciation profonde comme chez les athreptiques.

L'appétit reste assez bon, cependant les vomissements et la diarrhée ne sont pas rares, surtout au début.

L'abdomen est gros, proéminent surtout à gauche; la rate est énorme, non douloureuse; le foie déborde les fausses côtes de deux ou trois travers de doigt. Il n'y a pas d'ascite. Rien à noter du côté des ganglions, du poumon, du cœur, etc. Les hémorrhagies sont assez fréquentes.

Beaucoup plus important est l'examen du sang, il y a forte hypoglobulie, pauvreté plus grande encore en hémoglobine (petits globules, globules déformés). Il y a eu aussi diminution du nombre des hématoblastes.

La présence de nombreuses cellules rouges est caractéristique : ces cellules ont un corps cellulaire plus volumineux que celui des globules rouges, leur protoplasma est pauvre en hémoglobine, leur noyau est, en général, volumineux et présente souvent des figures de division nucléaire (cellules à deux, trois noyaux).

Il y a aussi augmentation du nombre des globules blancs, augmentation souvent modérée, parfois, cependant, considérable : cette augmentation porte surtout sur les petits leucocytes, à noyau très colorable, à protoplasma hyalin peu marqué et sur les leucocytes hyalins à noyau diffusé et pâle. Il faut encore noter la présence de nombreux leucocytes à graines éosinophiles et de leucocytes à noyau segmenté.

La guérison est douteuse; la maladie se transforme parfois en leucocythémie.

Somma (3) a décrit trois formes d'anémie splénique infantile : A. forme chronique fébrile à rémissions; B. forme chronique apyrétique; C. forme chronique à accès fébriles rémittents, cette dernière, moins grave, pouvant se prolonger jusqu'à la puberté et guérir alors.

Comme on le voit, l'anémie pseudo-leucémique infantile

(1) Virchow, Frænkel. Berlin. med. Gesellschaft, séance du 24 février 1892.

(2) Hayem. Loc. cit., p. 864.

(1) Von Jaksch. Ueber Leukæmie und Leucocytose its Kindesalter, *Wien. Klin. Wochens.*, 1889, nos 22-23; — Ueber die Diagnose u. Therapie d. Erkrank. d. Bluts, *Prag. med. Wochens.*, 1890.

(2) Ch. Luzet. *Étude sur les anémies de la première enfance et sur l'anémie infantile pseudo-leucémique*, Th. de Paris, 1891.

(3) Somma. *Deuts. Med. Zeit.*, 1891, no 34.

diffère essentiellement de la lymphadénie commune (âge, évolution, état du sang, intégrité des ganglions, nature des lésions, etc.), elle semble même se rapprocher plutôt de la leucémie que de la lymphadénie.

La thérapeutique est ici encore peu puissante ; parmi les médicaments préconisés citons : la quinine à hautes doses, la teinture d'eucalyptus, le phosphore, l'arsenic, etc.

MÉDECINE PRATIQUE

Érysipèle de la face. — M. Ch. Talamon résume ainsi le travail qu'il a présenté à la Société médicale des hôpitaux, sur le traitement abortif de l'érysipèle de la face par les pulvérisations éthérées de sublimé :

Employer une solution de sublimé dans l'éther à 1 p. 100. — Se servir d'un pulvérisateur à main, de petit modèle, mais possédant une pression suffisante. Tenir compte, au point de vue de la durée de chaque pulvérisation, de la force du jet pulvérisé ; la durée doit être moindre avec l'appareil de Richardson, qu'avec un petit pulvérisateur ordinaire. — Tenir compte aussi de la finesse de la peau du sujet, et tâcher d'apprécier la profondeur de l'infiltration dermique, d'après la résistance de la plaque, sa saillie au-dessus du niveau de la peau saine, l'existence ou l'absence de bulles. — Ne pas craindre la vésication de la peau ; la provoquer hardiment en prolongeant la pulvérisation, si la plaque est encore peu étendue. — Arroser simplement le centre de la plaque ; pulvériser toujours plus longuement et plus largement sur la périphérie, et en particulier sur le bourrelet saillant. — Pulvériser systématiquement tout le pourtour de la plaque, en empiétant d'un centimètre ou deux sur la peau saine ; à ce niveau il faut tracer comme une ligne vésicante pour arrêter l'extension de l'érysipèle. — Arroser seulement les paupières supérieures tuméfiées, mais pulvériser plus largement dans l'espace intersourcilier, et sur le rebord orbitaire supérieur et externe, pour barrer le passage vers le cuir chevelu. — Recouvrir ensuite le visage de compresses trempées dans l'eau boriquée et maintenues humides par un renouvellement fréquent. Une ou deux pulvérisations énergiques suffisent quand elles sont bien faites. Les autres doivent être plus courtes. On doit, en tout cas, se contenter d'arroser les parties déjà pulvérisées et insister seulement sur les points de la périphérie où l'érysipèle paraît vouloir franchir la limite tracée. — Sur la nuque, sur le dos, sur le tronc et les membres, les pulvérisations doivent être beaucoup plus longues que sur la face. — Avertir le malade, avant de commencer le traitement, que les pulvérisations vont produire une cuisson assez douloureuse, mais pas plus douloureuse que la tension des tissus par l'infiltration érysipélateuse ; que le visage se gonflera ; qu'il se formera des cloques et des croûtes, toutes conséquences d'ailleurs que l'érysipèle peut déterminer et détermine souvent par lui-même. — Ne pas chercher à détacher les croûtes avec les doigts, les laisser se détacher et tomber d'elles-mêmes sous les applications des compresses boriquées.

En suivant ces règles, on ne fera pas sans doute avorter tous les érysipèles du jour au lendemain, mais même en cas d'insuccès, on n'en rendra pas moins service au malade en restreignant l'extension, en atténuant la violence et en diminuant la durée de la maladie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 juillet 1892. — Présidence de M. Chauvel.

COMMUNICATIONS

Traitement des hémorrhoïdes par l'extirpation. — M. Reclus emploie, pour traiter les hémorrhoïdes, un procédé analogue à celui de Whitehead, dont a parlé M. Delorme dans la dernière séance. Voici comment il procède : après avoir dilaté la région anale et fait saillir le bourrelet hémorrhoïdal, il saisit d'un côté avec une pince une portion du paquet variqueux, le sectionne avec des ciseaux ou avec le bistouri ; puis, plaçant sur la muqueuse, qui a tendance à remonter, une pince qui assure en même temps l'hémostase, il tire sur cette membrane jusqu'à l'amener au niveau de la peau et suture la peau et la muqueuse avec des crins de Florence.

Il agit de même de l'autre côté, sur une égale portion du tissu hémorrhoïdaire, et il en résulte que, en avant et en arrière, il reste une surface de muqueuse intacte à laquelle il ne touche pas, pour parer aux accidents possibles de rétrécissement ultérieur.

Il applique un pansement à la gaze iodoformée et soumet le malade à l'opium ; le septième jour, il enlève les fils.

M. Reclus a traité par ce procédé 27 malades, 17 à l'hôpital et 10 en ville. Sur ces 10 derniers malades, voici quels ont été les résultats immédiats et éloignés. Chez l'un, il s'est produit, deux heures après l'opération, une hémorrhagie due à une insuffisance de sutures ; chez les autres, aucune complication n'est survenue tôt ou tard. Relativement au rétrécissement, au sujet duquel on a émis des craintes à la suite d'extirpations de ce genre, il n'en a pas observé de cas, ce qu'il attribue à la précaution qu'il prend de comprendre dans la suture plus de muqueuse que de peau, et de laisser deux ponts de muqueuse intacte.

Sur ces 10 opérés, 4 étaient atteints de récidives d'hémorrhoïdes, qui avaient reparu après la dilatation. Aussi, sans rejeter absolument cette dernière, il croit préférable de recourir à l'extirpation toutes les fois qu'il existe un prolapsus hémorrhoïdaire.

Des phlegmons sus-hyoïdiens, et en particulier du phlegmon sub-lingual. — M. Delorme fait une communication sur ce sujet. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 774.)

M. Auffret a eu à traiter une quarantaine de cas de phlegmon du cou, de variété et de gravité différentes. La plupart s'étaient développés au niveau du siège des ganglions qui occupent les parties profondes ; tantôt ils restent localisés dans les points où ils ont pris naissance, tantôt ils irradient plus ou moins loin ; souvent ils ont de la tendance à proéminer sur la ligne médiane, surtout les phlegmons graves.

Pour ces derniers, M. Auffret a plusieurs fois noté l'existence d'un bourgeon gingival surplombant les dents et la présence d'une érosion de la muqueuse, par laquelle l'agent septique avait pu pénétrer. Dans tous ces cas, le meilleur traitement est l'incision profonde au bistouri ou au thermocautère, qui permet de donner issue au pus. Tous les malades observés par M. Auffret ont guéri.

M. Gérard-Marchant dit que, parmi les phlegmons sus-hyoïdiens, les uns ont une marche aiguë, les autres une marche subaiguë ou chronique.

Comme exemple de la première variété, il cite le cas d'un homme de trente-trois ans qui, malade depuis huit jours, s'était présenté avec un gonflement du cou accompagné d'œdème de la face et de paralysie faciale ; il n'y avait pas de fluctuation au niveau de la tumeur cervicale, mais de la sonorité. Une première incision n'a donné issue qu'à un liquide rougeâtre, fétide, et n'a pas arrêté l'extension de l'infiltration gazeuse, qui a gagné le côté opposé du cou. Une seconde incision sur la ligne médiane a mis au jour une cavité purulente, contiguë à une portion du maxillaire entièrement dénudé ; mais, malgré cette intervention, le malade a succombé quelques jours après.

Chez un autre homme de cinquante-huit ans, dont le phlegmon a présenté une évolution subaiguë, malgré deux incisions sèches dans la région sous-maxillaire, le gonflement cervical a augmenté et des trajets fistuleux se sont produits conduisant sur le maxillaire dénudé et sur des dents cariées. M. Marchant a dû enlever ces dents, abraser les tissus fongueux et réséquer les portions

dénudées du maxillaire. La guérison est survenue au bout de plusieurs mois.

On doit se tenir en garde contre quelques-uns de ces phlegmons qui surviennent à l'occasion d'un épithélioma de la région buccale. On voit, ainsi que cela a été noté dans un travail de M. Galippe, une gingivite se développer avec des caractères particuliers et, à sa suite, un phlegmon survenir; puis, un peu plus tard, on reconnaît qu'il existe dans le voisinage un épithélioma qui était la cause première de la lésion phlegmoneuse. M. Gérard-Marchant a observé un de ces cas il y a peu de temps, et dans des conditions telles que le diagnostic pathogénique en était impossible.

PRÉSENTATION DE MALADE

Fracture de la rotule. — M. BERGER présente une petite fille dont une fracture transversale de la rotule, ne se consolidant pas par les moyens ordinaires, a été traitée par l'intervention directe suivante : Le fragment inférieur, très petit, s'étant brisé, alors qu'on le perforait pour passer un fil à suture, on a rapproché et maintenu au contact les trois fragments par un fil d'argent conduit tout autour d'eux à travers le tendon du triceps, le surtout ligamenteux latéral et le tendon rotulien. En un mot, on a fait un cerclage circulaire extra-articulaire de la rotule. Le résultat obtenu a été très bon.

La séance est levée.

Séance du 20 juillet 1892. — Présidence de M. Chauvel.

LECTURE

Kyste hydatique de la rate. — M. MORDRET (du Mans) donne lecture d'une observation intitulée : Kyste hydatique de la rate, laparotomie, guérison (comm. M. Bouilly).

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PHLEGMONS DU COU

M. MARCHAND a observé un certain nombre de cas montrant que, si des complications graves, à expressions symptomatiques variées, peuvent survenir, il est possible, dans tous les cas, de ramener à deux formes primitives les phlegmons de la région cervicale profonde, causes primitives de ces multiples méfaits.

Les phlegmons profonds du cou, sous-aponévrotiques, prennent naissance dans deux régions distinctes : ou bien dans la gaine vasculaire et fort souvent dans la portion qui correspond à la bifurcation de la carotide primitive ; en second lieu, dans la région maxillo-pharyngienne, que l'on pourrait appeler rétro-maxillaire.

Si ces deux variétés peuvent présenter des phases évolutives communes, il n'en est pas moins établi qu'elles diffèrent, au début, par les symptômes qu'elles déterminent, et surtout par leur raison étiologique.

Les phlegmons qui débutent par la gaine des vaisseaux du cou proprement dits, sont tous dus à des adénites ou des lymphangites profondes infectieuses ; l'inoculation des tissus ne se fait que d'une façon indirecte, et par la voie lymphatique.

Bon nombre de phlegmons à début rétro-maxillaire tiennent à des périostites du maxillaire, consécutives elles-mêmes, soit à la carie dentaire et aux périostites radiculaires qui en sont la conséquence, soit à des traumatismes véritables (extractions de dents compliquées de fractures du bord alvéolaire). Parfois on les voit naître à la suite de lymphangites pharyngiennes, consécutives aux diverses inflammations de l'arrière-gorge.

Ces phlegmons du reste, à côté de différences sensibles dans la marche, offrent certains traits communs avec ceux de la première catégorie, puisqu'ils peuvent envahir la gaine des vaisseaux après avoir débordé dans la région sus-hyoïdienne. Ce sont ceux que l'on voit le plus fréquemment se compliquer de ces accidents septiques signalés par bon nombre de chirurgiens, et leur imprimant une gravité toute spéciale.

M. Marchand passe en revue les caractères et les principaux accidents évolutifs de ces deux variétés : les adéno-lymphites pré-carotidiennes sont naturellement sous-mastoïdiennes. Elles donnent lieu à une tuméfaction diffuse, dure, ligneuse. Trois fois il a constaté dans ces phlegmons des signes très sérieux de sténose respiratoire. La dyspnée peut être assez intense pour nécessiter une trachéotomie d'urgence. Cette complication peut même entraîner la mort.

Un malade entre à Saint-Antoine présentant cette variété de phlegmon. L'interne de garde fait une incision de 8 centimètres parallèle au bord interne du sterno-mastoïdien. Il n'atteignit pas le foyer purulent. Le malade fut cependant soulagé. Le lendemain matin, M. Marchand compléta l'opération en divisant l'aponévrose cervicale; il tomba sur un vaste foyer sous-mastoïdien qui déviait la trachée et il dut pratiquer une contre-ouverture sous le bord postérieur du sterno-mastoïdien. Les accidents cessèrent et le malade guérit.

Depuis, M. Marchand a observé deux cas analogues à Saint-Louis. D'après ces faits, il croit pouvoir établir qu'il existe une variété de phlegmon profond du cou développé dans les ganglions pré-carotidiens, ou à leur périphérie, lesquels, sans offrir des tendances destructives très accentuées, donnent lieu, en raison de leur situation anatomique même, à des accidents de compression sur les organes viscéraux du cou ; ceux-ci dans quelques circonstances, si un traitement convenable n'est point intervenu à temps, peuvent faire courir de sérieux dangers par les phénomènes dyspnéiques qu'ils entraînent et les fusées purulentes qu'ils envoient vers le médiastin. L'incision profonde, précoce, sous-aponévrotique, analogue en tout point à celle que nécessite la ligature de l'artère carotide, vers sa bifurcation, suivie de l'évacuation et de l'aseptisation du foyer, coupe court aux accidents. Parfois, cependant, on a été obligé, par suite de l'étendue du foyer ou de la marche de l'affection, de pratiquer une contre-ouverture à la base du cou et derrière le sterno-mastoïdien.

On comprend, d'autre part, que, si des foyers sont méconnus, de graves complications en puissent résulter. C'est d'abord la diffusion de la suppuration primitivement enkystée vers les régions inférieures du cou; puis, en haut, sous la parotide, sur le trajet de la carotide interne. Ultérieurement, si la mort ne survient pas plus tôt, les tissus cervicaux superficiels deviennent œdémateux, par infiltration plastique; la région en totalité revêt l'aspect décrit autrefois sous le nom de phlegmon large du cou.

Les accidents de compression signalés plus haut s'aggravent singulièrement; dans des cas heureux, l'aponévrose cervicale se perfore en plusieurs points, puis se forment des foyers purulents multiples, au niveau desquels la peau s'ulcère ou se sphacèle.

La seconde variété des phlegmons profonds du cou se développe primitivement dans l'espace maxillo-pharyngien. Ils succèdent presque toujours à des lésions dentaires, parfois à des angines infectieuses. C'est le phlegmon grave de la dent de sagesse, que celle-ci soit mise en cause directement ou que ce soient les lymphangites gingivales dont elle peut être la cause indirecte. Dans un cas de ce genre, après une tentative d'avulsion dentaire ayant amené une fracture du bord alvéolaire, il est survenu une périostite avec suppuration intra-buccale très fétide, bientôt suivie de tous les symptômes d'un phlegmon maxillo-pharyngien des plus graves.

L'affection débute généralement par un empâtement profond de la région sous-maxillaire qui gagne la région massétérine et s'accompagne constamment d'une contracture serrée des maxillaires.

M. Marchand a pu constater dans trois cas la malignité extrême de ce phlegmon, dont la septicité est excessive et qui s'accompagne de dysphagie et aussi de dyspnée très pénibles. L'examen intra-buccal, pratiqué sous le chloroforme, lui a permis de se rendre compte de ces deux phénomènes : la région latéro-pharyngienne, correspondant à l'excavation de l'amygdale, forme une saillie dure, résistante, qui rétrécit l'isthme du gosier et refoule en dedans le voile du palais, dont l'action se trouve ainsi

paralysée. Enfin, secondairement, si l'on n'intervient à temps, le phlegmon atteint la région carotidienne.

M. Marchand a observé quatre cas de cette variété de phlegmon profond du cou, dont l'un avait une gravité extrême. Après avoir fait connaître ces observations, il se résume en disant :

Il existe donc une série de phlegmons profonds du cou, développés dans l'espace maxillo-pharyngien. Au point de vue étiologique, ils reconnaissent pour cause presque toujours des accidents liés au système dentaire, parfois aussi sont-ils le résultat de certaines angines.

On voit fort souvent ces phlegmons prendre les caractères d'une septicité excessive. Ils peuvent fuser vers les régions inférieures du cou et s'y comporter comme les phlegmons profonds pré-carotidiens. On les voit aussi assez souvent gagner les parties latérales de la région sus-hyoïdienne, sans jamais atteindre la ligne médiane.

Je suis convaincu que la plupart des graves phlegmons, qui entraînent presque fatalement la mort par des dégâts tellement considérables, qu'il devient difficile de remonter à leur véritable origine, ne sont qu'un stade très avancé des variétés des phlegmons profonds, dont je viens de rappeler rapidement les caractères.

L'utilité des remarques précédentes est de mettre en garde contre ces affections, si on est assez heureux pour les observer à leur début. Elles montrent également que les interventions que l'on est appelé à exercer, même dans les cas extrêmes, ne doivent point être superficielles, qu'elles doivent, au contraire, pénétrer dans la profondeur de la région, puisque c'est là que se trouve le foyer infectieux, point de départ des accidents.

Pour ce qui concerne l'ouverture précoce des phlegmons rétro-maxillaires, il est bon de se souvenir que c'est le voisinage de l'os qu'il faudra serrer. Il est vrai que pour peu que l'abcès ait quelque volume, se soit rapproché de l'extérieur, il deviendra relativement facile de l'atteindre. On a prétendu que des suppurations périostiques profondes et graves, consécutives aux affections de l'appareil dentaire supérieur, ne s'observent jamais.

Je tiens à protester contre cette assertion qui est une flagrante erreur.

On peut observer des périostites suppurées de la tubérosité du maxillaire supérieur, qui entraînent la formation d'abcès pharyngo-maxillaires. La suppuration, limitée d'abord dans la fosse ptérygoïdienne, déborde ensuite cette région et arrive dans la fosse temporale au niveau des insertions du crotophyte et sous le masséter, ou bien elle suit le ptérygoïdien externe et passe par l'échancrure sygmoïde.

J'ai observé tout récemment, dans mon service, un cas de ce genre absolument typique. Il s'agissait d'une jeune femme de dix-neuf ans, admise à l'hôpital pour une tuméfaction siégeant dans la fosse temporale et coïncidant avec une constriction assez serrée des mâchoires. L'état général était sérieux. L'affection avait débuté par de la douleur, au niveau de la dernière molaire supérieure droite, puis les mouvements du maxillaire s'étaient peu à peu limités jusqu'à la constriction complète. En même temps, survenait un état fébrile intense, avec une tuméfaction débutant par la région temporale et envahissant peu à peu toute la région latérale droite de la face.

Je crus sentir, à la suite d'un examen attentif, une fluctuation très profonde et je n'hésitai pas à diagnostiquer une collection purulente, à siège sous-musculaire.

Je pratiquai une incision traversant toute l'épaisseur du muscle temporal et tombai sur une collection située entre ce muscle et l'os. Le stylet introduit par cette incision arrivait, en passant par l'échancrure sygmoïde, sous la face profonde du masséter. Il y avait collection sous-massétérine également, puisque une pression exercée à ce niveau faisait sourdre du pus par l'incision temporale.

Je fis une incision à travers le masséter, au-dessous du canal de Sténon et trouvai du pus entre la branche montante et le muscle. Je pus passer un drain vertical par ces deux incisions et passant sous l'arcade zygomatique. Enfin je pus, avec le stylet, arriver jusqu'au fond de la fosse ptérygoïdienne et sentir la tubérosité maxillaire dénudée. La malade guérit rapidement et, lorsque la contracture eut disparu, on put se convaincre que la dernière molaire supérieure droite, affectée d'une carie profonde, avait été le point de départ des accidents que je viens de décrire.

M. VERNEUIL fait observer que la discussion a dévié. M. Nélaton a simplement posé la question de savoir s'il y avait ou non une angine de Ludwig. Il a conclu en disant : il n'y a pas d'angine de Ludwig, il y a des angines graves. M. Verneuil partage cet avis et croit qu'on ne doit donner le nom d'un homme à une maladie, ce qui est toujours un grand honneur, que lorsque cet homme a bien véritablement décrit une maladie inconnue jusque-là.

La discussion qui a suivi le rapport de M. Nélaton s'est étendue et l'on a fait l'histoire générale de tous les phlegmons du cou. On a parlé des phlegmons infectieux, mais non plus des angines infectieuses. Cependant, l'angine infectieuse existe. M. Verneuil cite l'exemple d'un jeune homme de la province qui vient faire la fête pendant trois jours à Paris. Il retourne harassé dans sa ville natale et il est pris soudainement de dysphagie, de fièvre intense, d'un œdème de tout le plancher de la bouche. Tout cela se passe en un jour. M. Verneuil arrive le soir, trouve un moribond qui, malgré d'énormes balafres qu'il lui fait au thermocautère et de grandes incisions du plancher de la bouche, succombe dans la nuit. Il y avait eu là des phénomènes locaux et des phénomènes généraux d'une gravité formidable.

Une fillette de sept à huit ans prend froid ; elle a une angine générale qui fait de rapides progrès ; en moins de deux jours, toute la partie supérieure du cou, tout le plancher de la bouche sont le siège d'un énorme gonflement. Malgré de larges incisions, cette enfant succombe le soir du second jour.

Un cultivateur de Crespy-en-Valois est atteint de même d'un œdème formidable du cou et du plancher de la bouche. M. Verneuil fit de larges ouvertures avec des fers chauffés et fut assez heureux pour sauver le malade.

Il proposerait, pour ces cas, le nom de stomatite infectieuse. Il a lui-même contribué à expliquer la malignité de cette affection en montrant que les éléments spirillaires jouent un grand rôle dans les affections dentaires. Or, on trouve précisément des spirilles dans ces suppurations qui s'accompagnent de ces accidents formidables. Dans les angines d'origine amygdalienne, ce sont des streptocoques que l'on trouve.

Il y a aussi la périostite infectieuse. Dans un cas, à la suite d'un simple plombage de dent, le malade fut pris d'un abcès sous-périostique, qui se compliqua de méningite; il succomba dans l'espace de trois jours.

M. Verneuil voudrait que l'on fît une entité distincte de l'angine infectieuse. Il termine en indiquant les différents procédés dont il se sert pour ouvrir ces collections purulentes.

ÉLECTION

MM. Cerné, Forgues, Gueillot et Linon, sont nommés membres correspondants.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur l'uréthrite chronique (goutte militaire) (1), faites par M. le docteur HORTELOUP, chirurgien de l'hôpital Necker; recueillies par M. le docteur Ed. WICKHAM, ancien aide d'anatomie de la Faculté.

« En faisant, l'année dernière, des leçons sur l'uréthrite chronique, je me suis rappelé cette phrase de Ricord : « Si je vais en

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

enfer, je sais le supplice qui m'y attend : je serai entouré de blennorrhéens me faisant des signes désespérés pour obtenir leur guérison, et moi, je ne pourrai pas y parvenir. » Espérons que notre illustre maître n'aura pas vu son horrible rêve se réaliser; mais, hélas! sans aller en enfer, tout médecin qui s'occupe des maladies des voies urinaires connaît le supplice de voir arriver dans son cabinet les blennorrhéens réfractaires au traitement. Depuis dix ans, cette question a vu apparaître de nombreux travaux fort intéressants; de plus, l'uréthroscope inventé par un chirurgien français, qui l'a défendu trop modestement, nous est revenu de l'étranger avec une véritable réputation. Il y avait donc intérêt à réétudier cette difficile question en se servant de ces matériaux et en employant l'uréthroscope pour étudier « de visu » les lésions de l'uréthrite chronique. »

En parlant ainsi, M. Horteloup indique très nettement ce qu'il a désiré faire connaître à ses auditeurs. Disons de suite qu'il a parfaitement réussi.

Après avoir défini l'uréthrite chronique, avoir montré que la blennorrhagie aiguë en était toujours le point de départ, il en trace l'historique, décrit la marche de la blennorrhagie aiguë, discute la méthode abortive, expose enfin le traitement de la blennorrhagie aiguë.

Dans la deuxième leçon, M. Horteloup étudie l'anatomie normale du canal de l'urèthre, décrit l'uréthroscope, rend un hommage très mérité à M. Desormeaux. Avec l'uréthroscope, il examine d'abord l'urèthre sain, puis l'uréthrite aiguë, l'uréthrite chronique antérieure et postérieure.

Les troisième et quatrième leçons retracent l'étiologie, la symptomatologie, le pronostic, le diagnostic et le traitement de l'uréthrite chronique.

La conclusion de ces leçons, pour être malheureusement vraie, n'en est pas moins assez piquante. Écoutez plutôt le maître : « Arrivé à la fin de ces leçons, Messieurs, puis-je espérer que vous guérirez plus d'uréthrites chroniques, plus de gouttes militaires que vos prédécesseurs et que le cauchemar de Ricord ne viendra plus troubler le sommeil des chirurgiens? Je voudrais pouvoir le croire et j'en serais fort heureux. »

Malheureusement, il est à craindre que, dans la société, il y ait toujours des individus ennemis de toute loi et des blennorrhées résistant à tout traitement, pour la guérison desquelles il faudra toujours compter sur le temps, ce grand guérisseur; peut-être même faudra-t-il quelquefois, comme le dit La Fontaine, attendre « le trépas qui guérit tout ».

En attendant, tous nos compliments à MM. Wickham et Bordas, pour le soin apporté à la reproduction de ces intéressantes leçons, et à l'habile dessinateur M. Leuba, qui a eu la patience de copier, sous la direction du professeur, les lésions de l'uréthrite.

Les troubles de la mémoire (1), par le docteur P. Sollier, chef de clinique adjoint des maladies mentales à la Faculté.

L'auteur ne s'occupe que des amnésies, laissant de côté les hypermnésies ou exagérations de la mémoire, qui ne sont pas encore suffisamment étudiées.

Après un court historique indiquant les travaux antérieurs, M. Sollier rappelle les notions que nous avons aujourd'hui sur la mémoire et les lois de la conservation et de la perte des souvenirs, et tâche ensuite de déterminer le mécanisme de l'amnésie en général, et enfin des différentes amnésies cliniques. Bien que dans l'avant-propos il soit dit que le côté psychologique ne doive tenir qu'une place secondaire dans le livre, ces premiers chapitres n'en sont point dépourvus. Il faut reconnaître que, en cette matière, on ne pourrait, à moins d'écrire des banalités qui traînent partout, négliger ces questions difficiles de mécanisme psychologique. Mais peut-être ces schémas si nombreux et d'une lecture pénible rebuteront-ils plusieurs praticiens, non rompus à cette méthode nouvelle, d'exprimer avec des lignes géométriques des théories délicates. Ils auraient tort, car la deuxième partie de l'ouvrage est très clinique et contient des choses fort intéressantes.

L'auteur divise, pour la commodité de l'étude, les amnésies en progressives et en amnésies à début brusque.

Dans le premier groupe, il y a presque toutes les amnésies organiques : par exemple, les démences paralytiques, séniles, circonscrites, par intoxication et congénitales.

Dans le second, ce sont les amnésies fonctionnelles, traumatiques, épileptiques, hystériques, somnambuliques, des maladies générales, etc.

Enfin, une dernière partie comprend les amnésies survenant comme phénomène accessoire dans certains états vésaniques et névropathiques.

Tous ces syndromes psychiques sont étudiés minutieusement. Certains chapitres sont particulièrement curieux, notamment ceux sur les amnésies des hystériques, le dédoublement de la personnalité, le somnambulisme. D'ailleurs, tout ce livre dénote un labeur consciencieux et une documentation patiente. L'auteur s'efforce, en outre, d'être clair par des divisions nombreuses et logiques. C'est même cette abondance de paragraphes qui obscurcit un peu les premiers chapitres.

(1) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 juillet 1892, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Hervieux, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux; Catelan, ancien médecin de première classe de la marine, médecin sanitaire de France à Alexandrie.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Pouchet, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Oulmont et Talamon, médecins des hôpitaux; Piberet, médecin du Bureau de bienfaisance du IXe arrondissement de Paris; Devoti, médecin de première classe des colonies; Baréty, membre du Conseil général des Alpes-Maritimes; Guillaume, membre du Conseil général du Cantal; Lanelongue, médecin à Bordeaux; Guignard, maire d'Angers; Duché, membre du Conseil général de l'Yonne. — M. Philaire, pharmacien principal des colonies.

— Par décret, en date du 16 juillet 1892, MM. les docteurs Boëll, médecin à Baugé; Bury, médecin à Distré; Rolland, médedecin à Montpezat, ont été nommés chevaliers du Mérite agricole.

— Afin d'assurer la direction et la centralisation des services de désinfection et de transport des malades atteints de maladies épidémiques, tant à Paris que dans le département de la Seine, la Préfecture de police vient de créer un comité permanent d'hygiène composé de cinq membres recrutés parmi le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine. Quatre médecins inspecteurs du service des épidémies ont été adjoints à ce comité pour procéder à des enquêtes, prévenir les épidémies, y remédier et veiller au bon fonctionnement des services de transport et de désinfection.

— *Hospices civils de Marseille.* — Deux concours d'élèves en médecine et en chirurgie s'ouvriront à l'Hôtel-Dieu : 1° pour trois places d'élèves internes, le lundi 17 octobre 1892, à huit heures du matin; 2° pour huit places d'élèves externes, le lundi 24 octobre 1892, à trois heures du soir.

Ces deux concours auront lieu devant la Commission administrative assistée d'un jury médical. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité, délivré par le maire du lieu de leur résidence. Les candidats pour le premier

concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

Bien que le concours de l'internat soit annoncé pour trois places et celui de l'externat pour huit places, ce nombre pourra être diminué ou élevé, si la commission le croit nécessaire.

Pour plus amples renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Un concours pour la place de chef des travaux du laboratoire de physiologie aura lieu dans les premiers jours du mois de novembre prochain.

Un concours pour la place de préparateur de physiologie aura aussi lieu dans les premiers jours du mois de novembre prochain.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. le professeur Stanislas Meunier fera une excursion géologique publique à Chamonix et dans le massif du Mont-Blanc, du 3 au 11 août prochain. Le rendez-vous est à Paris, à la gare de Lyon, le mercredi 3 août, à onze heures du matin. Une réduction de 50 p. 100 sur le prix des places en chemin de fer est accordée aux personnes qui s'ensuiront au laboratoire de géologie avant le 1er août, à cinq heures.

On trouvera au laboratoire tous les renseignements relatifs à l'excursion, et spécialement un programme imprimé donnant le détail de l'itinéraire.

— La librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille à Paris, vient de publier un nouveau Catalogue général des livres de sciences (médecine, physique, chimie, histoire naturelle, agriculture et industrie). Ce volume, de 112 pages grand in-8 à deux colonnes, est accompagné d'une table alphabétique et méthodique des matières, qui en font une véritable bibliographie scientifique. Il sera adressé gratuitement à tous les lecteurs de ce journal qui en feront la demande à MM. J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE DE MÉDECINE MENTALE

Syphilis et paralysie générale. — Alcoolisme et paralysie générale. — Criminalité et dégénérescence. — La contagion de la folie.

Par le docteur Ed. TOULOUSE,
Médecin-adjoint des asiles de la Seine.

I

La question des rapports de la syphilis et de la paralysie générale est une des plus obscures et des plus discutées qui occupent aujourd'hui les aliénistes. Il ne se passe pas de mois qu'il ne paraisse, en France et surtout à l'étranger, de travaux sur ce sujet. Tout récemment encore, le docteur Jacobson (1), médecin de l'hôpital communal à Copenhague, publiait, dans une revue anglaise, un mémoire sur cette question et apportait de nouveaux documents en faveur de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale.

On en est encore à la période des statistiques, dans l'impossibilité où l'on se trouve de tirer de la clinique ou de l'anatomie pathologique des arguments plus sérieux.

Aussi le docteur Jacobson a recueilli 116 observations de paralysies générales, qui ont été traitées à l'asile Danish, durant une période de vingt-six ans, et les a réparties de la façon suivante : sur ces 116 cas, il en a trouvé 37 où la syphilis était certaine et 13 où elle était probable, ce qui fait un total de 43 syphilitiques pour 100 paralytiques généraux. Même ce chiffre paraît à l'auteur plutôt un minimum, car beaucoup de malades arrivent à l'asile dans un état mental tel qu'il est impossible de tirer d'eux aucun renseignement.

Cette réflexion est très juste ; elle vise un fait qui est le principal obstacle aux recherches anamnestiques entreprises sur les paralytiques généraux eux-mêmes. Les malades sont, en effet, le plus souvent incapables de donner des renseignements de quelque valeur sur leurs antécédents morbides et surtout sur des antécédents syphilitiques si souvent mal observés, parce qu'ils sont fugaces et n'empêchent pas le sujet de travailler. Comment faire alors pour dénicher la syphilis ? Le problème est des plus ardus qui soit.

Il est deux manières pour établir un antécédent morbide : rechercher une trace ineffaçable, un stigmate physique, tel que, par exemple pour la syphilis, une cicatrice de gomme, une exostose ou une poly-adénite chronique ; ou encore avoir recours à une interrogation rétrospective sur les symptômes antérieurs de la maladie. La première méthode, qui est la meilleure, est le plus souvent impraticable. Lorsque les paralytiques généraux viennent dans un asile, la syphilis est le plus souvent vieille de plusieurs années et toute trace d'elle a disparu ou est d'une authenticité douteuse. Pour reconstruire l'histoire morbide du sujet, on se heurte, d'une part, à l'affaiblissement intellectuel du malade et, d'autre part, à l'ignorance réelle et souvent feinte des parents, qui ne savent rien ou ne veulent rien dire.

Voilà ce qui rend excessivement difficile la recherche de la syphilis comme antécédent étiologique dans la paralysie générale. La syphilis est une maladie souvent latente, car, en ce point, on ne peut la comparer à la tuberculose ou à certaines maladies aiguës, dont les symptômes sont bruyants et connus par le grand public. En outre, c'est une maladie honteuse ; et la plupart, qui ne cacheront pas, à leurs femmes ou à leurs maris, des antécédents scrofuleux ou arthritiques, entoureront leurs accidents syphilitiques du mystère le plus profond.

Aussi, il n'est pas étonnant que les statistiques visant la syphilis comme étiologie de la paralysie générale soient si dissemblables entre elles. Les causes d'erreur sont là un maximum. On peut citer les principales :

1° L'opinion du médecin : Est-il pour l'étiologie syphilitique, il sera porté à attacher une signification absolue à des renseignements anamnestiques sans grande valeur par eux-mêmes, tels que des maux de tête ou de gorge, des éruptions cutanées. Est-il contre cette étiologie, il sera d'une rigueur critique telle que, comme il y a très rarement des signes critériaux absolus d'une syphilis passée, aucun symptôme de probabilité ne trouvera grâce devant lui ;

2° L'éducation syphiligraphique du médecin : C'est, en effet, dans les milieux où la syphilis est la mieux connue,

(1) JACOBSON. The relationship between general Paralysis of the insane and syphilis, *The Journ. of ment. Sc.*, avril 1892, p. 175.

qu'elle est la plus fréquemment notée dans l'étiologie de la paralysie générale ;

3° Le milieu social auquel appartient le malade : Dans les basses classes, le secret sur les maladies vénériennes est moins bien gardé que dans la bourgeoisie aisée ;

4° L'importance du centre où est situé l'asile : Dans une grande ville, comme à Paris, beaucoup de malades vivent isolés, loin de leur famille. Dans un petit asile de province, il est plus facile au médecin de procéder à une enquête minutieuse auprès des parents qui peuvent donner des renseignements sur une maladie antérieure ;

5° Enfin même l'état civil et le sexe du malade : Célibataire, un syphilitique pourra garder sur ses accidents spécifiques un secret plus grand que s'il est marié, c'est-à-dire exposé à trahir son mal dans une contagion conjugale, qui le dénonce. La femme est, de plus, très fréquemment ignorante de sa maladie, car le chancre induré passe chez elle souvent inaperçu.

Et qu'on ne croie pas que nous n'ayons dressé là qu'une liste de causes possibles d'erreur. Il n'y a qu'à consulter attentivement les diverses statistiques publiées et l'on verra que beaucoup sont justiciables de quelques paragraphes de notre tableau.

Dans les pays où la majorité des médecins admettent l'étiologie syphilitique de la paralysie générale, certaines statistiques sont très favorables à cette hypothèse. M. Mendel (1) a trouvé, sur 201 paralytiques généraux, 109 syphilitiques certains, c'est-à-dire un peu plus de 50 p. 100. Rieger (2) a noté, sur 1 000 paralytiques généraux, 399 syphilitiques, c'est-à-dire 40 p. 100 environ, tandis que, sur 1 000 personnes non paralytiques, il n'avait constaté que 39 fois la syphilis, 40 p. 1 000. En Angleterre, Mac Dowall (3) a cru pouvoir incriminer l'étiologie syphilitique 80 fois sur 100 cas de paralysie générale.

En France, où il existe plutôt une tendance hostile à cette étiologie, les premières statistiques publiées furent nettement contraires à la doctrine syphilitique. M. Magnan (4) ne trouva, sur 100 paralytiques, que 5 syphilitiques, dont 1 seul certain. M. Voisin (5) trouva une proportion plus faible encore et qui descendit jusqu'à 1,60 p. 100. Mais peu à peu l'idée allemande faisait du chemin et alors on vit paraître les statistiques de M. Régis (6), qui trouvait 80 p. 100 de syphilitiques parmi les paralytiques, de M. Bonnet (7) [66 p. 100] et de M. Anglade (8) [81,8 p. 100].

Que faut-il conclure de toutes ces statistiques contradictoires, sinon qu'on ne doit les accueillir qu'avec la plus grande réserve ? Une statistique brute n'a par elle-même aucune signification ; elle ne peut valoir que par les faits sur lesquels elle se base. Ces faits doivent être minutieusement rapportés. Il ne suffit pas de dire qu'un malade est syphilitique, ou qu'on le soupçonne d'avoir eu la vérole.

(1) Mendel. *Progressive Paralysie des Irren*, 1880.

(2) Rieger. *Schmid's Jahrbücher*, 1886, i., Bd. 210, p. 88.

(3) Mac Dowall, cité par Anglade. *Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de la paralysie générale*, Th. de Paris, 1891, p. 12.

(4) Magnan, cité par Morel-Lavallée et Bélières. *Syphilis et paralysie générale*, Paris 1889.

(5) Voisin, cité par Anglade. *Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de la paralysie générale*, Th. de Paris, 1891.

(6) Régis. Rapports de la paralysie générale et de la syphilis, *Gaz. méd. de Paris*, 9 juin 1889.

(7) Bonnet. Prix (Esquirol) de la Soc. méd.-psychol., Paris 1890. — Cité par Anglade.

(8) Anglade. Ouvr. cité, p. 77.

Ce qu'il faut bien indiquer, ce sont les symptômes spécifiques qu'on a constatés, ou, à leur défaut, les renseignements anamnestiques donnés par le malade ou l'entourage et amplement circonstanciés. De la sorte, tout le monde pourra juger les faits qui constituent une statistique et la refaire à son gré. C'est la seule manière d'apporter des arguments solides dans une question aussi peu claire que l'étiologie syphilitique de la paralysie générale.

En France, quelques travaux ont été publiés, dans ces derniers temps, sur cette question et contiennent des documents d'une certaine valeur. Nous citerons ceux de MM. Régis (1), Christian (2), Cullerre (3), Camuset (4), Bonnet (5), Anglade (6), Charbonneau (7), Paris (8), Joffroy et Létienne (9), Régnier (10) et Ritti (11), et surtout Morel-Lavallée et Bellière (12).

Actuellement, il est difficile de se faire une opinion sur ce sujet. Nous avons vu que les statistiques étaient impuissantes à nous éclairer. Si l'on a recours à la clinique, on se trouve en présence de faits complexes, difficiles à débrouiller et que chacun interprète à sa manière.

Trois opinions principales se partagent les aliénistes, notamment en France. Les uns admettent que la syphilis provoque des pseudo-paralysies générales, c'est-à-dire des complexus symptomatiques qui rappellent la physionomie de la véritable paralysie générale, mais qui n'est pas celle-là et qui peuvent s'en différencier par plusieurs caractères. Heubner (13), en Allemagne, et Mickle (14), en Angleterre, ont été les promoteurs de cette idée. Mais c'est surtout M. Fournier (15), qui a, chez nous, vulgarisé cette opinion, et a essayé de tracer un diagnostic différentiel de la vraie paralysie générale et de la pseudo-paralysie syphilitique. Les caractères spéciaux de cette dernière maladie seraient : l'absence du délire des grandeurs ; la prédominance de la forme dépressive ; la fréquence des paralysies partielles localisées (surtout des paralysies musculaires de l'œil et l'hémiplégie) ; une possibilité de guérison ; une démence moins profonde ; et une évolution plus longue. MM. Ball (16), Voisin (17), et Charpentier (18) ont accepté cette opinion. Mais on objecte que ces prétendues pseudo-paralysies syphilitiques ne rappellent que de loin la vraie paralysie

(1) Régis. Ouvr. cité.

(2) Christian. Syphilis et paralysie générale, Congr. de méd. mentale, 1890.

(3) Cullere, Congr. de méd. mentale, 1890.

(4) Camuset. Paralysie générale d'origine syphilitique, *Ann. méd.-psychol.*, 1890, t. XIII, n° 1.

(5) Bonnet. *Rapport de la syphilis et de la paralysie générale*, Th. de Paris, 1891.

(6) Anglade. Ouvr. cité.

(7) Charbonneau. *Pseudo-paralysie générale syphilitique*, Th. de Paris, 1891.

(8) Paris. Coexistence de la paralysie générale et de la syphilis cérébrale, *Union méd.*, 6 sept. 1891.

(9) Joffroy et Létienne. Contribution à l'étude de la syphilis cérébrale, *Arch. de méd. expérim.*, 1892.

(10) Régnier. Rapport de la syphilis et de la paralysie générale, *Rev. de méd.*, juin-juillet-août 1889.

(11) Ritti. Rapport de la paralysie générale et de la syphilis cérébrale, *Gaz. hebd. de méd.*, 7 déc. 1889.

(12) Morel-Lavallée. Ouvr. cité.

(13) Heubner, cité par Morel-Lavallée.

(14) Mickle, cité par Morel-Lavallée.

(15) Fournier. *La syphilis du cerveau*, Paris 1879.

(16) Ball. *Leçons sur les maladies mentales*, 1891.

(17) Voisin. *Traité de la paralysie générale des aliénés*, 1879.

(18) Charpentier, cité par Morel-Lavallée.

générale, que ce sont des démences liées à des lésions circonscrites du cerveau. On sait, en effet, que le diagnostic clinique entre ces deux groupes de maladies est parfois très difficile.

D'autres aliénistes croient que la syphilis peut produire la vraie paralysie générale. Ces idées ont surtout cours à l'étranger et ont pour principaux défenseurs Mendel (1), Mac Dowall (2), Goldsmith (3). Certains même, tels que Kjellberg (4), affirment que la paralysie générale ne se développe que chez des syphilitiques. En France, c'est surtout M. Régis (5) qui a accepté l'étiologie syphilitique de la paralysie générale. Mais il faut avouer que la majorité des aliénistes français ne partagent pas son avis, bien qu'il existe une tendance actuelle, manifestée dans les derniers travaux que nous avons cités plus haut, et qui pousse de plus en plus vers la doctrine syphilitique. Comment agirait la syphilis dans ces cas? Comme cause déterminante agissant sur un terrain prédisposé, ou comme cause principale, efficiente, dont les auxiliaires seraient d'autres facteurs, tels que le surmenage, l'alcoolisme, etc...? On s'est même demandé si la production de la paralysie générale ne serait pas, dans certains cas, sous la dépendance de la nature spéciale du virus syphilitique. M. Morel-Lavallée (6) a publié de curieuses observations de plusieurs individus contractant la syphilis à la même source et devenant plus tard paralytiques généraux.

Enfin, quelques médecins ne croient pas à une influence quelconque de la syphilis dans l'étiologie de la démence paralytique. M. Magnan, notamment, n'a pas vu de cas confirmant cette hypothèse, quoiqu'il ne rejette pas *a priori* cette idée que la syphilis puisse produire une encéphalite interstitielle diffuse, qui est, d'après lui, la lésion caractéristique de la paralysie générale.

Il semblerait que l'anatomie pathologique doive trancher la question et décider s'il existe des lésions spéciales à une paralysie générale syphilitique. Mais il paraît, au contraire, résulter des récentes recherches (7) que, dans la paralysie générale d'origine syphilitique probable, il n'y a pas de lésions spécifiques. La syphilis provoquant la paralysie générale, cette dernière évoluerait avec ses caractères histologiques propres. Cela explique pourquoi le traitement anti-syphilitique est, dans les cas de ce genre, complètement impuissant. Il n'existe pas, en effet, de cas authentique de paralysie générale vraie guérie par la médication spécifique.

Une intéressante discussion a eu lieu, durant le dernier trimestre, à la Société médicale des hôpitaux, sur les rapports du tabes et de la paralysie générale. Cette discussion a porté sur deux points qui se rattachent à notre question : la nature anatomo-pathologique de la paralysie générale et son étiologie syphilitique. Sur la lésion fondamentale et essentielle de la paralysie générale, l'accord n'est pas fait. M. Ballet pense que c'est nettement une encéphalite interstitielle diffuse péri-vasculaire et conjonctive. M. Rendu inclinerait à admettre que le parenchyme est lésé en même temps et que la lésion atteindrait d'abord les cellules, opinion qui se rapproche de celle de M. Joffroy qui, on le sait, place dans ces éléments l'altération première de la maladie.

Enfin M. Raymond accorderait aux lésions des tubes nerveux une importance plus grande. Au point de vue étiologique, MM. Raymond et Rendu, qui sont pour l'identité de la paralysie générale et du tabes, font jouer à la syphilis un grand rôle dans la production de la paralysie générale. C'est même un argument en faveur de l'identité des deux maladies que cette étiologie semblable. MM. Ballet et Joffroy, au contraire, tout en faisant la part du facteur syphilitique, ne négligent pas les autres.

II

Nous venons de voir que la paralysie générale est réclamée par la syphilis. Mais l'alcoolisme aussi revendique sa part étiologique dans la production de cette maladie.

Il y a même longtemps que les aliénistes se sont occupés de cette question des rapports entre l'alcoolisme et la paralysie générale. Une récente discussion au Congrès de médecine mentale de Lyon (1) n'a pas apporté grande lumière dans le débat. La plupart, parmi lesquels M. Magnan, inclinent à croire que l'alcoolisme chronique peut produire, de toutes pièces, la vraie paralysie générale. Certains, au nombre desquels est M. Ball, pensent que l'intoxication par l'alcool n'est capable d'engendrer que des complexus symptomatiques analogues à la paralysie générale, mais nullement identiques.

C'est toujours au fond le même débat que celui que nous avons analysé au sujet des relations entre la syphilis et la paralysie générale. Celle-ci est-elle une au point de vue symptomatologique, quelle que soit sa cause? ou existe-t-il une forme type pure, de cause immédiate inconnue et nettement différenciable des formes similaires produites par des intoxications ou des lésions cérébrales diverses?

Il n'y a, en somme, que deux manières de trancher la question au sujet de l'étiologie alcoolique de ce qu'on appelle communément la vraie paralysie générale. On peut montrer que, dans les deux maladies, il y a identité des lésions histologiques ou encore prouver par des faits cliniques le rapport de causalité entre l'une et l'autre de ces deux affections.

Une opinion, déjà ancienne et qui a régné jusqu'à ce jour, du moins en France, est celle de M. Magnan (2), qui fait de la sclérose interstitielle la lésion fondamentale de la paralysie générale. La sclérose étant le processus histologique le plus fréquent de l'alcoolisme chronique, on comprendrait de la sorte les rapports de cette maladie avec la paralysie générale qui n'en serait que la localisation cérébrale. Mais cette doctrine a été attaquée récemment, notamment par MM. Rendu et Joffroy. Et différents travaux parus dernièrement, parmi lesquels ceux de

(1) MENDEL. Ouvr. cité.

(2) MAC DOWALL. Ouvr. cité.

(3) GOLDSMITH, cité par Morel-Lavallée.

(4) KJELLBERG, cité par Morel-Lavallée.

(5) RÉGIS. *Gaz. méd. de Paris*, 9 juin 1889.

(6) MOREL-LAVALLÉE. Les déterminations organiques de la syphilis, *Gaz. des hôpit.*, 17 mars 1892.

(7) Voir l'état de la question, sur ce point, dans Morel-Lavallée et Bélières, et Klippel : Caractères histologiques différentiels de la paralysie générale, *Arch. de méd. expérim.*, 1er sept. 1881, n° 5.

(1) Congr. de méd. mentale de Lyon en 1891, *Semaine méd.*, 5 et 12 août 1891.

(2) MAGNAN. *De la lésion anatomique de la paralysie générale*, Th. de Paris, 1866.

Klippel (1), rendent plus complexe cette question, qui ne paraît plus aussi claire que jadis.

Aussi ce n'est pas l'histologie, qui, pour le moment du moins, a des chances de résoudre le problème. Force donc est de se contenter de la clinique qui a bien sa valeur aussi.

M. Berbez (2) a apporté ces jours-ci un argument clinique dans cette question obscure des rapports de la paralysie générale et de l'alcoolisme. Il a dressé une statistique comprenant le nombre comparatif des alcooliques et des paralytiques généraux entrés à Sainte-Anne durant chaque trimestre de printemps (avril, mai, juin) de ces dix dernières années. L'auteur a choisi le trimestre vernal, parce que M. Garnier (3) a prouvé, par des chiffres, que c'était la saison de l'année où les admissions d'alcooliques et de paralytiques généraux étaient les plus nombreuses.

Le tableau de M. Berbez apprend que le nombre des entrées des paralytiques et des alcooliques, qui était de 63 et de 58 au printemps de 1882, est, en 1891, de 101 et de 136 pour le même trimestre. Il y a donc eu, dans cette dernière période décennale, une augmentation progressive et à peu près parallèle des cas de paralysie générale qui ont presque doublé et de ceux d'alcoolisme qui ont plus que doublé.

Ces résultats statistiques sont d'accord avec ceux de M. Garnier (4) et de M. Planès (5). Ce dernier auteur avait trouvé, pour une période comprise entre 1872 et 1888, que le nombre des admissions avait, en dix-sept ans, triplé pour les alcooliques et doublé pour les paralytiques.

Il faut certainement tenir compte, dans l'examen de ces chiffres, de l'augmentation de la population parisienne et peut-être aussi de différentes causes qui tendent à rendre les séquestrations des aliénés, et notamment des alcooliques et des paralytiques généraux, plus nombreuses que par le passé. Les familles répugnent de moins en moins devant l'internement d'un de leurs membres ; l'aliénation mentale, surtout la paralysie générale, est mieux connue des médecins ; enfin les alcooliques ne sont plus considérés comme des délinquants, mais comme des malades.

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins ce fait qu'il y a un réel accroissement progressif et parallèle des cas de paralysie générale et d'alcoolisme. C'est là une présomption sérieuse, en faveur d'un rapport entre ces deux états morbides. Mais quelle est la nature de ce rapport? L'alcoolisme produit-il la paralysie générale ou y prédispose-t-il seulement, ainsi que toute autre cause de surmenage et de débilitation?

Les observations de M. Berbez ont une signification qui, au point de vue de ce dilemme pathogénique, est plus nette que les statistiques. L'auteur a recherché, sur un nombre considérable de cas, tous ceux où, la paralysie générale étant certaine, il n'existait aucune autre cause probable de cette maladie que l'alcoolisme chronique. Ainsi les paralytiques présentant de l'hérédité similaire, névropathique ou congestive, ceux atteints de syphilis, ceux ayant subi un traumatisme, ont été éliminés. On conçoit que le reliquat ne doit pas être considérable ; M. Berbez, en effet, n'a pu trouver, sur un grand nombre de cas, qu'une dizaine d'observations remplissant les conditions qu'il avait déterminées. Mais ces observations ont une réelle valeur.

Il s'agit de vieux alcooliques, où l'intoxication est évidente et s'est manifestée par divers troubles psychiques ou physiques, délire spécial, cauchemars nocturnes, affaiblissement intellectuel, pituite, tremblements des doigts, etc... Ces malades, après une durée variable d'excès de boisson, présentent les symptômes caractéristiques de la paralysie générale. La ligne de démarcation entre ce qui appartient à l'intoxication alcoolique et à la paralysie générale est le plus souvent impossible à délimiter. En effet, beaucoup de symptômes sont communs aux deux, l'affaiblissement intellectuel, l'embarras de la parole, l'inégalité pupillaire, le tremblement. Cependant il existe des nuances qui peuvent différencier ces divers troubles morbides. Ainsi l'intelligence est plus touchée chez le paralytique, dont la démence frappe en masse toutes les facultés. L'alcoolique bredouille et ne présente pas d'ordinaire cette scansion et ce redoublement de certaines lettres si caractéristiques chez le paralytique. Enfin l'inégalité pupillaire est plus commune chez ce dernier, où l'on remarque, en outre, le signe d'Argyl Robertson, d'une manière presque constante. Lorsqu'il existe des hallucinations de la vue, à caractère terrifiant et survenant surtout la nuit, on peut affirmer que l'alcoolisme est surtout en cause.

Mais, toutefois, il est très difficile, sinon impossible, de dire si un alcoolique, qui présente les grands symptômes démentiels et physiques que nous avons cités plus haut, deviendra paralytique et à quel moment il le devient. C'est bien là le cas de dire : *Natura non facit saltus*. Seule l'évolution progressive de la maladie indique la voie dans laquelle est entré le malade.

Un écueil est encore à éviter quand on examine des alcooliques dégénérés ; M. Berbez a bien insisté sur cette difficulté du diagnostic. Il existe, en effet, des alcooliques, des héréditaires, par exemple, qui, à l'occasion d'un excès, présentent un délire ambitieux assez incohérent et rappelant beaucoup celui des paralytiques. Cependant, il n'est jamais aussi absurde ni aussi contradictoire que le délire propre à la paralysie générale. Le dégénéré alcoolique conserve une certaine intelligence, qui coordonne ses idées délirantes et leur donne une cohésion, absente chez les déments paralytiques.

Lorsque la paralysie générale est déclarée chez un alcoolique, elle n'a aucun symptôme spécial. Elle évolue avec son aspect clinique banal. Aussi est-il délicat de la rattacher étiologiquement à l'alcoolisme. Quelles sont, en somme, les preuves de ce rapport? D'une part, l'absence d'autres causes connues : et, d'autre part, précisément cette continuité dans les symptômes de l'alcoolisme chronique et de la paralysie générale. C'est bien, en effet, ce passage insensible entre les deux états morbides, qui est en même temps toute la difficulté du diagnostic et la preuve clinique la plus évidente du lien causal qui unit ces deux maladies l'une à l'autre. L'affaiblissement de l'intelligence, les troubles de la parole et les autres symptômes physiques apparaissent chez l'alcoolique, candidat à la paralysie générale, à une époque tellement éloignée de la terminaison qu'on ne peut les rattacher qu'à l'alcoolique chronique, dont ils forment d'ailleurs un aspect clinique incontestable. Ces troubles divers évoluent lentement, se transforment à

(1) Klippel. Ouvr. cité.
(2) Berbez. *De la paralysie générale due aux excès alcooliques*, Th. Paris, 1892.
(3) Garnier. *La folie à Paris*, Paris 1890.
(4) Garnier. Ouvr. cité.
(5) Planès. *Quelques considérations sur la folie à Paris*, T. de Paris, 1886.

peine et d'une façon insensible, prennent des caractères qui en précisent peu à peu la fâcheuse signification. Puis, un jour, les intermédiaires ont disparu, le tableau est devenu d'une netteté telle que l'hésitation du diagnostic n'est plus possible : l'alcoolique s'est transformé en un paralytique général.

Il serait à désirer que des observations analogues à celles de M. Berbez soient recherchées et publiées en nombre considérable. Elles affirmeraient l'étiologie alcoolique de certains cas de paralysie générale, et peut-être fourniraient par leur comparaison un type clinique spécialisé, soit par l'évolution, soit par quelques symptômes propres. Mais il serait désirable aussi que ces observations soient complètes, c'est-à-dire aient la conclusion anatomo-pathologique qui confirme le diagnostic clinique. Certes, le plus souvent, ce dernier suffit en matière de paralysie générale; cependant, il est bon de ne négliger aucun élément de certitude. C'est là une lacune regrettable, peut-être la seule qui existe dans la thèse de M. Berbez, qui n'a pu citer aucun examen nécropsique du cerveau de ses malades.

III

M. Marandon de Montyel (1) a repris, tout récemment, la question des rapports de la criminalité et de la dégénérescence et l'a traitée, avec sa plume alerte et éloquente, d'une façon quelque peu paradoxale. Cette coquetterie, que met le médecin de Ville-Évrard à aller contre les opinions généralement admises, s'allie avec des convictions qu'on sent sincères; et les faits et les raisonnements, dont se sert M. Marandon dans son argumentation, sont assez curieux pour que nous les exposions ici à nos lecteurs.

La plupart des anthropologistes criminels admettent volontiers que la criminalité est une forme de la dégénérescence mentale et physique. Les uns, comme Lombroso, en Italie, voient dans l'hérédité le facteur principal de la délinquance; d'autres, surtout en France, accordent plus d'influence au milieu dans la production des criminels. Mais à peu près tous sont d'accord sur ce fait que le criminel est, le plus souvent, un dégénéré, c'est-à-dire un déséquilibré, possédant certaines de ces tares physiques et psychiques, que l'on a bien étudiées dans ces derniers temps sous le nom de stigmates de dégénérescence.

M. Marandon soutient, au contraire, que la dégénérescence et la criminalité sont incompatibles, et que, parmi les aliénés délinquants, les dégénérés sont les moins nombreux ; ses preuves les plus sérieuses sont tirées de la clinique. Faisant un tableau peut-être un peu schématique du dégénéré, personnage instable et impulsif, il sépare nettement ce malade des autres aliénés, tels que le persécuté systématique progressif et le lypémaniaque aigu, représentant les *psychoses pures* (?) sans tache dégénérative.

Le mélancolique et le persécuté systématique seraient les malades le plus fréquemment criminels, parce que leur délire est plus coordonné, plus stable qu'il ne se montre d'ordinaire chez le dégénéré. Ceci est vrai pour le persécuté systématique; mais il est plus difficile de voir dans la lypémanie aiguë une systématisation quelconque du délire, qui est, au contraire, diffus et sans consistance. Quant au lypémane religieux, n'est-ce pas le plus souvent un dégénéré ?

(1) Marandon de Montyel. Contribution à l'étude clinique de la criminalité et de la dégénérescence, *Arch. de l'anthrop. crimin.*, 15 mai 1892.

Au contraire, le dégénéré deviendrait rarement criminel, c'est-à-dire, d'après la définition de M. Marandon, ne serait ni voleur, ni violateur, ni incendiaire, ni meurtrier. Nous croyons qu'on pourrait lui laisser le vol, car l'auteur de l'article reconnaît lui-même à un moment que c'est un genre de délit que cette classe d'aliénés affectionne particulièrement.

Le dégénéré, dit M. Marandon, n'est pas un criminel, parce que, s'il a des impulsions diverses au vol, à l'incendie, au meurtre, il lutte contre elles jusqu'à donner, le premier, l'alarme après l'incendie qu'il aura allumé et jusqu'à aller se dénoncer au commissaire de police de ses pensées homicides. Il est certain que c'est un criminel bizarre, mais pourtant, quand il a commis le délit, celui-ci n'en demeure pas moins, et quelquefois irréparable.

M. Marandon sépare le criminel du dégénéré, par ce fait que celui-ci est un délinquant désintéressé et n'a pas de mobile suffisant. C'est un caractère différentiel, mais il ne suffit pas, pensons-nous, à annuler le délit une fois commis; et, en somme, le criminel est et sera toujours l'homme qui aura commis un crime. On peut bien admettre des classes parmi les délinquants, mais il ne faut pas vouloir les séparer trop profondément, de peur de tomber dans la métaphysique. Car si c'est la volonté qui est le signe pathognomonique du crime, on conçoit qu'un dément ou un idiot n'est pas un criminel. Mais l'impulsif qui « dans une brusque colère, terrasse un contradicteur avec une violence telle qu'il ne se relève pas », non plus? Alors à quelle dose de volonté l'auteur d'un crime méritera-t-il le titre de criminel ? On sent qu'accepter cette difficulté de l'étiquette, ce serait confondre la criminalité et la responsabilité, qui doivent être séparées en pratique.

Enfin, le dégénéré n'est pas un criminel, d'après M. Marandon, parce que son délire est mobile, changeant, et qu'il est « comme l'épave ballottée par les flots, qu'une vague pousse et qu'une autre reprend ». Ceci est vrai, mais n'empêche qu'une seule vague, survenant au bon moment, peut bien jeter le malade dans le crime, car, enfin, il ne faut pas une énergie si constante que cela pour donner un coup de couteau dans la région du cœur d'un passant.

M. Marandon a oublié de nous parler des persécutés-persécuteurs. Ce sont là des dégénérés de marque et il semble que ce sont bien les plus dangereux des aliénés, ceux qui répugnent le moins devant l'homicide. Chez eux, l'intelligence est souvent très développée, et l'on ne peut, sans mauvaise grâce, ne pas les ranger parmi les criminels, lorsqu'ils commettent un délit. Car leurs actes sont préparés de longue date et mûrement réfléchis ; en outre, l'absence d'hallucinations et de délire bruyant, la vraisemblance de leurs discours et la logique de leurs actions leur garantiraient une part de responsabilité, si celle-ci pouvait être aisément morcelée.

Voilà l'écueil principal où vient buter la théorie ingénieuse de M. Marandon. Et notez que c'est un écueil clinique, si l'on peut parler ainsi, ce qui le rend plus difficile à surmonter.

En résumé, il ne paraît pas que la dégénérescence soit incompatible avec la criminalité. Pour établir cette proposition, on peut employer deux ordres d'arguments, des faits et des raisonnements. Une enquête clinique s'exerçant sur beaucoup de cas est d'abord nécessaire, mais nous craignons fort qu'elle ne confirme pas complètement les idées de M. Marandon. Les raisons théoriques ne peuvent

s'appuyer que sur une conception de la criminalité et de la dégénérescence comme des entités définies. Or, la dégénérescence n'est qu'une notion encore un peu vague, une généralisation peut-être trop vaste, quoique portant sur des faits cliniques bien vus, et la criminalité n'est qu'un mot qui comprend des cas trop différents pour être réunis. Aussi, opposer l'une à l'autre ces deux choses, la criminalité et la dégénérescence et les opposer par leurs qualités et leurs caractères qui ne sont encore que des abstractions hâtives, c'est faire une besogne pour laquelle on n'est pas mûr. Ce qui reste, c'est, d'une part, des criminels et, d'autre part, certains aliénés ayant une physionomie assez spéciale et qu'on appelle des dégénérés. Ceux-ci sont-ils plus fréquemment criminels que les autres aliénés ? C'est affaire aux statistiques à trancher la question.

Quoi qu'il en soit, l'article de M. Marandon est des plus suggestifs et très joliment écrit. Nous regrettons de ne pouvoir l'analyser qu'à grands traits de plume, car il contient beaucoup d'idées originales et dont certaines, qu'on les admette ou qu'on les rejette, demandent une discussion approfondie.

IV

M. Ernest Pronier (1) vient de publier à Genève un mémoire sur la contagion de la folie. C'est une question qu'on n'a commencé à étudier que dans ces vingt dernières années. Ce n'est point qu'avant cette époque, on n'ait mis au jour aucune observation de folie communiquée. Déjà, en 1848, Poilroux (2) avait publié un mémoire sur une folie collective ayant éclaté dans deux familles se composant de treize membres. Brierre de Boismont (3) avait, en 1851, rapporté des cas de contagion de suicide. Plus tard, Baillarger (4), Auzouy (5), Constans (6), pour ne citer que les principaux, publièrent aussi des observations. Mais c'est à M. Falret et à Lasègue (7), que revient l'honneur d'avoir étudié la folie communiquée.

Depuis, les mémoires sur cette question se sont multipliés; et il serait difficile de les citer tous. Rappelons seulement la thèse de M. Régis (8), un travail de M. Marandon de Montyel (9), la leçon de M. Ball (10), le mémoire de M. Legrain (11).

M. Pronier rapporte quelques faits nouveaux qu'il classe d'après des idées qui ne lui sont pas tout à fait personnelles, mais qui paraissent assez justes.

Il divise les folies contagieuses en deux groupes : les maladies qu'il appelle *impressionnantes*, telles que la manie, l'hystérie, les mélancolies aiguës; et les maladies non impressionnantes, les délires systématisés, par exemple.

Les premières se transmettent par un procédé psychique, qui est en dernière analyse l'imitation.

Une personne assistant à un accès d'excitation maniaque est violemment émue ; et c'est l'occasion pour elle d'une crise de manie aiguë, reproduisant plus ou moins le tableau de l'accès observé. Il se passe là quelque chose d'analogue à ces attaques d'hystérie survenant successivement chez plusieurs malades couchées dans la même salle. On conçoit que, chez les individus prédisposés, l'émotion causée par le spectacle d'un maniaque devienne la cause occasionnelle et déterminante d'un accès analogue, qui n'attendait pour se produire qu'un choc moral. Les cas sont parfaitement authentiques, et ils sont, en somme, assez semblables à ceux de malades enfermés dans une salle d'agités et s'excitant les uns les autres.

Dans ce premier groupe, les maladies sont d'autant plus contagieuses qu'elles sont plus émotionnantes dans leurs symptômes extérieurs, qu'elles frappent plus l'esprit des spectateurs; en outre, la transmission en est rapide. En résumé, elles ne sont pas différentes des autres causes banales d'aliénation mentale, que l'on range sous l'étiquette d'émotions, peur, secousses morales, etc. Aussi le mot de contagion est peut-être illégitime, car il implique l'idée d'une transmission en nature d'une maladie. La tuberculose, le choléra, la syphilis reproduisent des ensembles symptomatiques identiques, tandis qu'on ne voit pas très bien le rapport étroit qui unit une mélancolie dépressive, survenue chez une personne fortement impressionnée par la vue d'un accès maniaque. Le lien étiologique n'est là guère différent de celui qui unit un traumatisme et une plaie.

Les autres maladies mentales transmissibles, composant le deuxième groupe, comprendraient les délires systématisés, et principalement les délires de persécution. Ce sont ceux que M. Falret et Lasègue ont si bien étudiés ; M. Pronier reproduit dans ses grandes lignes les idées de ces deux auteurs. Il fait remarquer que le mécanisme psychologique de la contagion est, dans cette classe, différent. Il ne s'agit plus là d'imitation automatique, mais de suggestion lente pénétrant peu à peu le sujet passif. En général, ce dernier est toujours plus débile, moins intelligent que le sujet actif, qui lui fait partager ses idées délirantes.

Mais ce qui domine la transmission de la folie, c'est la prédisposition vésanique du malade contagionné. M. Pronier a relevé 104 cas de folie à deux ou à plusieurs, comprenant 117 délirants passifs, et a établi le tableau suivant : 92 fois, c'est-à-dire dans les 4/5 des cas, il s'agit de sujets contagionnés par leurs frères ou sœurs, parents, enfants ou collatéraux. Le dernier cinquième comprend surtout des personnes vivant d'une façon intime, des époux, des amants, des amis, et, enfin, 5 cas où le délire se communique du maître à la servante, 1 où il se transmet de la servante au maître, et 1 d'une malade à sa gardienne.

Dans les 92 cas, où la maladie a atteint successivement deux parents, on conçoit que c'est la tare névropathique héréditaire qui est la vraie cause de l'état vésanique des sujets. La vie en commun, l'échange continuel des mêmes idées, la répétition des mêmes actes, finissent par donner aux manifestations de cet état vésanique la même forme d'aliénation. Il n'en est pas moins vrai qu'il y a un des deux sujets qui est le premier atteint, et qui est réellement actif. L'autre n'est que le comparse, qui souvent guérit dès qu'il a été arraché à l'influence de son compagnon héréditaire,

(1) E. Pronier. *Étude sur la contagion de la folie*, Genève 1892.

(2) Poilroux. *Ann. méd.-psychol.*, 1848.

(3) Brierre de Boismont. Du suicide, in *Ann. méd.-psychol.*, 1851.

(4) Baillarger. Exemples de contagion d'un délire monomaniaque, *Monit. des hôpit.*, 1857; — Quelques exemples de folie communiquée, *Gaz. des hôpit.*, 1860, p. 149. et *Ann. méd.-psychol.*, 1885.

(5) Auzouy. Hallucin. communiquées sympathiq., *Gaz. des hôpit.*, 1860.

(6) Constans. Relation d'une épidémie d'hystéro-démonopathie, *Ann. méd.-psychol.*, 1862.

(7) *Ann. méd.-psychol.*, 1873, séance de la Soc. méd.-psychol. — Lasègue et Falret. La folie à deux, *Ann. méd.-psychol.*, 1877.

(8) Régis. *De la folie à deux ou folie simultanée*, Th. de Paris, 1880.

(9) Marandon de Montyel. Contribution à l'étude de la folie à deux, *Ann. méd.-psychol.*, 1881.

(10) Ball. La folie à deux, *Encéphale*, 1885.

(11) Legrain. Contribution à l'étude de la folie communiquée, *Arch. de neurol.*, 1888.

mais qui parfois aussi continue à délirer pour son propre compte, et même à délirer alors d'une façon différente.

En résumé, la contagion de la folie est sensiblement différente de ce qu'elle est dans la pathologie générale. Elle ne s'exerce pas par le moyen d'une graine contenant les germes d'une maladie identique à celle d'où ils sont issus. Elle désigne des faits quelque peu dissemblables, et qui sont tantôt des traumatismes moraux, et tantôt des suggestions mentales. Aussi pensons-nous qu'on devrait cesser de leur appliquer le terme de contagion, qui peut un jour définir plus exactement des cas de véritable transmission en nature de quelques formes d'aliénation mentale. Il est possible, en effet, que certains états maniaques ou mélancoliques soient d'origine infectieuse et nécessairement contagieux au sens exact du mot. C'est à ces phénomènes que nous devrons plus exactement réserver le nom de contagion.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'épidémie cholérique de la banlieue Nord-Ouest est en décroissance. Le 20 juillet, 36 cas ont été déclarés ; le 21, 23 ; le 22, 11.

A la date du 20 juillet, on comptait, sur 587 cas, 323 décès, non compris 48 décès survenus à la Maison de Nanterre.

Parmi les communes les plus frappées, il faut citer Aubervilliers (242 cas, 84 décès); Saint-Denis (58 cas, 36 décès); Saint-Ouen (54 cas, 33 décès); Courbevoie (32 cas, 30 décès); Asnières (25 cas, 20 décès); Colombes (21 cas, 13 décès); Suresnes (19 cas, 12 décès); Puteaux (18 cas, 15 décès); Clichy (15 cas, 12 décès); Levallois (18 cas, 12 décès).

— Les concours pour les prix à décerner, en 1892, aux élèves internes de quatrième année, en fonctions dans les hôpitaux et hospices de Paris, auront lieu à l'Hôtel-Dieu : 1° pour le concours de médecine, le lundi 12 décembre 1892, à quatre heures; pour le concours de chirurgie et d'accouchements, le jeudi 15 décembre 1892, à quatre heures.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1[er] au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après avoir élu M. Laënnec (de Nantes), membre correspondant national, MM. Babès et d'Espine, membres correspondants étrangers, l'Académie a entendu une curieuse communication de M. Polaillon, qui lui a présenté une jeune femme, allaitant son enfant, chez laquelle il a enlevé les deux ovaires kystiques au troisième mois de sa grossesse. Celle-ci n'en a pas moins marché régulièrement jusqu'à son terme et l'accouchement a été normal. Les suites de cette double ovariotomie ont été, d'ailleurs, des plus simples. Mais, au cours de l'opération, il a fallu détacher des adhérences qui, en raison même de la grossesse, étaient extrêmement vasculaires et ont donné beaucoup de sang, ce qui a quelque peu étonné M. Péan; dans ces cas, en effet, ainsi qu'il l'a fait observer, il arrive toujours à éviter les hémorrhagies, grâce au pincement préventif des adhérences, tel qu'il l'a décrit dans ses ouvrages.

Si nous étions jamais assiégés de nouveau, les pigeons voyageurs ne porteraient pas seulement nos lettres, mais grâce à une ingénieuse idée de M. Strœbel, médecin militaire, ils pourraient encore nous apporter... des tubes de vaccin. Un pigeon peut porter jusqu'à cinq ou six tubes de vaccin.

C'est là une nouvelle et intéressante application des pigeons messagers.

Nous signalerons encore deux communications, faites au début de la séance, l'une par M. Blache sur une question relative à la protection de l'enfance, l'autre de M. Stapfer sur la kinésithérapie appliquée à la gynécologie.

Dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux (22 juillet), M. Netter a confirmé les conclusions qu'il avoit formulées antérieurement sur l'épidémie actuelle de choléra. Il affirme encore que l'existence de cas de choléra vrai, contractés à Paris, n'est nullement démontrée, et que tout, au contraire, tend à établir que le vrai choléra n'existe pas encore dans la capitale. La plupart des cas signalés se rapportent à des diarrhées cholériformes, qui ne sont pas causées par le bacille virgule. Les cas de choléra vrai, dus au bacille virgule, ont généralement été contractés dans la banlieue. Ceux-ci peuvent être dus à la contagion directe, émanant de personnes qui ont elles-mêmes contracté le choléra dans la zone suspecte; ils peuvent encore être dus à la fréquentation de personnes saines, mais rapportant le germe de la banlieue. L'opposition qui existe entre Paris et la banlieue s'explique par ce fait, que le véhicule habituel du contage, l'eau, ne renferme de bacille virgule que dans les conduites destinées à l'alimentation des communes situées en aval de Paris; et que, par contre, on ne rencontre pas le microbe spécifique dans l'eau desservie à Paris, même dans les quartiers où l'on distribue de l'eau de Seine.

M. Le Gendre rapporte une très intéressante observation d'infection staphylococcique (otite, méningite, arthrites suppurées, broncho-pneumonie). Voici le résumé de son mémoire :

Dans la séance du 29 juin dernier, M. Chauvel communiquait, à la Société de chirurgie, des observations de septico-pyohémies dans le cours de l'otite moyenne suppurée. Dans une discussion à laquelle prirent part MM. Reclus, Reynier et Quénu, des faits de même ordre ont été cités. Il en découle que deux catégories d'accidents graves peuvent accompagner ou suivre l'otite suppurée : tantôt il s'agit d'anciennes suppurations de l'oreille, qui, au bout d'un temps fort long, engendrent des accidents graves de voisinage, du côté de l'encéphale (phlébite des sinus, méningite, abcès du cerveau), tantôt on observe, presque aussitôt après l'apparition de la suppuration auriculaire, des accidents septiques généralisés.

Dans le cas suivant, la marche a été si rapide et si envahissante, qu'on peut se demander si l'infection générale ne s'est pas faite d'emblée et si l'otite, les accidents cérébraux, articulaires, pulmonaires, n'ont pas été des déterminations successives de cette infection primitive, dont l'agent unique était le staphylocoque.

Un infirmier de quarante-sept ans, ayant pour tout antécédent morbide la scarlatine à dix-huit ans, diverses blessures de guerre en 1870, et des fièvres paludéennes contractées en Algérie, mais guéries depuis quinze ans, est pris en pleine santé d'une violente céphalalgie hémicranienne. Le lendemain s'y ajoutait une douleur dans l'oreille droite,

assez forte pour arracher des cris au malade; cette douleur diminuait le jour suivant pendant qu'un abondant écoulement de pus se faisait par le conduit auditif externe.

Mais la céphalalgie persistait et le malade était pris d'un délire tranquille, avec idées tristes et pressentiments de mort prochaine.

Les urines ont été d'emblée albumineuses et l'ont été jusqu'à la fin. La fièvre s'est élevée par oscillations régulièrement ascendantes pour atteindre 42°2 le quatrième jour. Il y a eu une épistaxis, quelques selles liquides, la langue était sèche et blanche. Mais là se sont bornées les analogies avec la dothiénentérie. Les symptômes prédominants ont été ceux d'une méningite et d'une bronchopneumonie.

Le sixième jour de la maladie apparut une légère douleur du genou droit, sans déformation ni changement d'apparence extérieure. Mais le lendemain existait une tuméfaction avec chaleur de la peau et le choc rotulien. Le jour suivant, les phénomènes locaux n'ayant pas augmenté, mais l'état général étant de plus en plus mauvais, une ponction pratiquée avec l'aspirateur retire un demi-verre de pus jaunâtre, légèrement grumeleux; on fit ensuite des injections de naphtol camphré.

Le lendemain, neuvième jour à partir du début, la mort survenait après des alternatives de coma et de délire violent. L'autopsie montra, outre les lésions inflammatoires et congestives des poumons, un foie et une rate de maladie infectieuse; des reins, où l'examen microscopique a révélé une néphrite scléreuse d'ancienne date; une méningite suppurée localisée surtout à la base de l'encéphale et de graves lésions articulaires du genou (pus concret et fausses membranes sur la synoviale, fusées purulentes disséquant les faisceaux du triceps, érosions des cartilages fémoraux). L'examen microbiologique n'a décelé qu'un seul micro-organisme, le staphylocoque doré, dans le pus de l'oreille, des méninges et de l'articulation.

Il semble que le staphylocoque doré ait tenu à faire parler de lui cette semaine. M. Delpeuch communique, en effet, un cas de pyélo-néphrite primitive due aussi à la présence du même micro-organisme. Il s'agit d'un jeune malade de dix-sept ans qui fut pris, sans cause occasionnelle connue, de fièvre et de douleur lombaire du côté droit. Il rendit des urines purulentes et entra à l'Hôtel-Dieu annexe. Ces symptômes durèrent une quinzaine de jours, puis disparurent assez brusquement, mais pendant la convalescence, on nota, à plusieurs reprises, la présence d'une petite quantité d'albumine dans l'urine. L'examen bactériologique fut fait par M. Netter, qui trouva des staphylocoques dorés, sans autre agent pyogène. L'inoculation au cobaye montra que la tuberculose n'était pas en jeu.

Dans ce cas, on a eu affaire à une maladie infectieuse dont la porte d'entrée est inconnue et caractérisée par les symptômes suivants : une douleur lombaire unilatérale, une fièvre rémittente de 38 à 39 degrés, une polyurie notable, surtout les premiers jours (trois litres environ), et la présence de pus dans l'urine.

Les symptômes généraux ont été presque nuls et la guérison a été obtenue sans autre thérapeutique que le régime lacté et quelques grammes de sulfate de quinine.

M. Delpeuch insiste sur la bénignité de l'affection due, sans doute, à ce qu'un seul rein était touché; sur son apparente spontanéité, puisque l'on ne trouve, en aucun point de l'économie, la porte d'entrée de l'infection; enfin sur les conséquences qu'elle peut avoir dans l'avenir et l'explication qu'elle peut fournir de certaines albuminuries paraissant débuter sans causes et évoluer sans symptômes.

En quelques lignes, voici les principaux enseignements que l'on peut tirer d'un travail très intéressant de M. Faisans, sur la maladie de Grancher, à propos d'un cas de spléno-pneumonie grippale compliquée de pleurésie méta-spléno-pneumonique.

La spléno-pneumonie ou maladie de Grancher peut être et doit être souvent une manifestation de la grippe. Les signes objectifs de cette maladie, loin d'être immuables, varient souvent d'un jour à l'autre, au moins dans sa forme grippale.

Cette mobilité du syndrome physique peut devenir un élément important de diagnostic différentiel avec la pleurésie. La spléno-pneumonie peut, à l'instar de la pneumonie, donner naissance à une pleurésie purulente, et c'est une raison de plus de considérer cette maladie comme une forme clinique de la pneumonie classique. Dans le cas que rapporte M. Faisans, la pleurésie purulente méta-spléno-pneumonique était une pleurésie à streptocoques.

Malgré l'identité des signes physiques fournis, d'une part, par la spléno-pneumonie, d'autre part, par la pleurésie concomitante, il est possible de faire le diagnostic de cette dernière en tenant compte de l'état général du malade et en s'appuyant sur le degré de dilatation du thorax et sur le déplacement du foie (pour le côté droit).

La pleurésie purulente, même à streptocoques, peut être guérie dans certaines circonstances par une seule ponction suivie d'injection de sublimé.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE DE LILLE. — M. DUBAR.

Luxation du carpe en avant, sans fracture des extrémités, réduction impossible; résection des têtes du radius et du cubitus; retour partiel des fonctions du poignet.

Par le docteur GAUDIER,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté.

Mme X..., âgée de soixante-dix ans, ménagère, entre le 10 mai 1892, salle Sainte-Thérèse n° 19, dans le service de M. le professeur Dubar, pour un traumatisme du poignet gauche, survenu il y a six semaines dans les conditions suivantes.

Légèrement impotente des membres inférieurs, à la suite d'une poussée de rhumatisme qu'elle eut il y a quelques années, elle fit une chute, le 23 février 1892, en descendant un trottoir.

Elle essaya de se retenir et tomba du côté gauche, sa main recevant tout le poids du corps.

Comment la main était-elle disposée, à ce moment, c'est ce que nous ne pouvons savoir, la malade ne donnant aucun renseignement à ce sujet.

Au moment de la chute, elle ressentit une faible douleur, mais en se relevant, elle constata qu'elle ne pouvait faire aucun mouvement avec la main gauche.

En vingt-quatre heures, le poignet devint le siège d'un gonflement considérable qui mit une dizaine de jours à se dissiper; laissant toutefois un peu d'empâtement, surtout du côté de la face antérieure du poignet.

Elle pouvait alors faire quelques légers mouvements de flexion de la main; mais l'extension était impossible. La douleur avait complètement disparu.

Le 10 mai, elle se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — A l'entrée de la malade, on constate ce qui suit.

Il existe une déformation remarquable du poignet, et, tout d'abord, l'on peut voir que la main est déplacée du côté du bord radial.

A la face dorsale existe un relief très prononcé formé par les extrémités inférieures du radius et du cubitus, et qui donne au poignet la forme en dos de fourchette.

Du côté de la face palmaire, tout le carpe remonté en haut forme, en avant des os de l'avant-bras, un relief manifeste terminé en haut par un bord convexe et lisse, nettement sensible sous les téguments fort tendus.

Si l'on considère les choses d'un peu plus près, l'on se rend compte que l'on a bien affaire, sur la face dorsale, aux extrémités articulaires du radius et du cubitus.

En effet, ces os faisant une saillie considérable peuvent être facilement palpés dans presque toute leur étendue.

La forme courbe de la face articulaire du radius, ainsi que la forme de son apophyse styloïde, sont très reconnaissables, de même l'extrémité inférieure du cubitus.

On ne sent au niveau de ces os aucun épaississement, aucune trace de cal. La palpation ne révèle pas de douleur.

Les tendons extenseurs sont tendus comme des cordes de violon, et passent à la manière d'un pont, de l'avant-bras à la face dorsale de la main.

Les muscles radiaux forment, au niveau de la face externe du radius, une sorte de corde tendue qui roule sous le doigt.

Si l'on mesure les os de l'avant-bras malade et ceux du côté sain, on constate que les rapports des apophyses styloïdes sont conservés. L'apophyse styloïde du radius descend à 6 millimètres au-dessous de celle du cubitus.

Le radius et le cubitus ont les mêmes proportions, du côté droit et du côté gauche, 22 centimètres pour le radius, 24 centimètres pour le cubitus.

Donc du côté des os de l'avant-bras, conservation des rapports respectifs des apophyses styloïdes; longueurs égales à celles du côté droit et aucune trace de fracture à la partie inférieure.

Si nous prenons le diamètre antéro-postérieur du poignet droit au-dessous de l'articulation radio-carpienne, nous trouvons 3 centimètres et demi.

Pour le poignet malade, la même mensuration nous donne 6 centimètres.

Il y a en effet saillie de tout le carpe en avant de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras.

Cette saillie est caractéristique par sa forme ovalaire à bord supérieur convexe et mousse.

Les muscles des éminences thénar et hypothénar sont en voie d'atrophie.

Le pli inférieur du poignet qui, prolongé normalement du côté dorsal passe au-dessous des apophyses styloïdes, coupe au contraire le radius et le cubitus à 2 centimètres plus haut.

Les mouvements d'extension sont impossibles; il existe une légère flexion qui se passe probablement dans les articulations médio-carpiennes, et quelques mouvements de latéralité.

La pronation et la supination sont impossibles.

La traction ne réduit pas cette déformation; même lorsqu'on déploie une certaine force.

L'ensemble de ces symptômes nous fait poser le diagnostic de luxation du carpe en avant, sans fracture des os de l'avant-bras.

Le 12 mai, la malade est endormie et nous tentons la réduction de cette luxation.

Malgré toutes les manœuvres employées, cette réduction étant impossible et pour ne pas prolonger inutilement le chloroforme, nous nous décidons à ouvrir largement l'articulation pour voir quels étaient les obstacles à la réduction.

Et voici ce que nous avons constaté :

Le carpe refoulant les tendons fléchisseurs était venu se loger en avant du muscle carré pronateur.

Le ligament latéral externe de l'articulation était complètement rompu. Le ligament latéral interne avait résisté. Le ligament antérieur, détaché, adhérait à l'apophyse styloïde radiale.

Entre le carpe et les os de l'avant-bras, les tissus étaient infiltrés de sang et de sérosité qui s'écoula aux premières incisions.

A ce moment, nous essayons de nouveau la réduction qui est impossible.

Nous pratiquons alors la résection des extrémités inférieures du radius et du cubitus, qui s'opposaient à la réduction de la luxation.

En dénudant ces extrémités osseuses, nous pouvons voir qu'il n'y a ni cal, ni traces de fissure; de plus, chose caractéristique, le cartilage articulaire est complètement intact.

Le ligament triangulaire est déchiré et rompu.

La réduction s'obtient facilement après résection d'une faible portion du radius et du cubitus; et la main est placée dans un appareil inamovible, après suture des plaies, sans drainage. L'opération avait duré trois quarts d'heure.

Les suites de l'opération furent des plus simples.

Réunion par première intention.

Le 10 juin on enlève l'appareil inamovible. La main et l'avant-bras ont conservé leurs rapports respectifs. A partir de ce moment, nous mobilisons tous les jours les doigts et le poignet de la malade; et à l'heure actuelle, elle commence à avoir quelques mouvements d'extension et de flexion; mouvements volontaires qui se passent bien dans sa nouvelle articulation.

L'amplitude de ces mouvements a notablement augmenté depuis une quinzaine de jours.

Cette observation est très intéressante, parce qu'elle nous offre un exemple authentique, et constaté sur le vivant, d'une luxation du carpe en avant.

On sait, en effet, la rareté extrême de cette luxation, et Malgaigne a attiré l'attention sur les difficultés du diagnostic.

Dans presque tous les cas cités comme tels, il y avait, en effet, en même temps que la luxation, une fracture soit du radius, soit du cubitus.

Jusqu'à présent, le cas que nous venons de signaler est le quatrième observé de luxation pure sans fracture.

Les trois premiers étaient dus à Malle (1), Goodall (2) et Kœhler (3).

Dans ces trois cas il y a luxation du poignet en avant sans fracture des extrémités.

Un autre point à signaler dans cette observation, c'est le retour de mouvements chez une vieille femme de soixante-dix ans, après une résection du poignet.

Nous ne savons ce que deviendront ces mouvements, et s'ils augmenteront d'étendue; mais en tout cas, ils méritaient d'être signalés à titre de rareté chirurgicale.

AVORTEMENT DANS LA CONVALESCENCE DE LA VARIOLE

(PRODROMES ATTRIBUABLES A LA VARIOLE TARDIVE DU FŒTUS)

Par le docteur G. ARNAUD,

Ancien chef de clinique obstétricale à l'École de médecine de Marseille.

A la fin de la variole, quand la fièvre est tombée, que l'appétit et les forces renaissent, que la desquamation est presque achevée, on voit quelquefois survenir des symptômes parfois graves, inexplicables en apparence, mais dus en réalité à l'infection tardive et à la mort du fœtus.

---

(1) MALLE. *Mém. de méd. et de chir. milit.*, 1838, t. XLIV, p. 25.
(2) GOODALL. *The Lancet*, 1878, vol. I, p. 937.
(3) KŒHLER. *Berlin. klin. Wochens.*, 1888, nº 48, p. 977.

J'ai recueilli une observation de ce genre, j'en ai trouvé quelques autres dans les auteurs. Après les avoir relatées, je tâcherai de démontrer que ces accidents sont bien dus à la variole fœtale.

Observation I (Charcot, Société de biologie, 1851). — Femme ds vingt-trois ans, secundipare (premier enfant venu à terme). Varioloïde au cinquième mois de la seconde grossesse : l'évolution des pustules, depuis l'apparition des papules jusqu'à la chute des croûtes, s'est faite en cinq jours. C'est dans le cours de cette maladie que les mouvements fœtaux sont sentis pour la première fois : assez intenses d'abord pour être douloureux, ils ne tardèrent pas à devenir très rares. Quinze jours après le début de la varioloïde, dix jours après la chute des croûtes, la femme présente cet aspect : « Face très pâle, plombée ; yeux enfoncés entourés d'un cercle brun. Langueur extrême ; céphalée, un peu de fièvre le soir, frissons erratiques. Douleurs lombaires et hypogastriques ; l'utérus monte au-dessus de l'ombilic, mais pas de bruits fœtaux. Rien dans les autres organes qui puisse expliquer cet état général. »

Huit jours environ après le début de cette complication, le travail débute brusquement sans aucune provocation. Les eaux ne sont pas fétides, mais le fœtus est macéré. Sa peau présente plusieurs pustules arrondies, saillantes, ombiliquées à leur centre. Rien de notable dans les principaux viscères ; foie sain.

La mère guérit bientôt après l'expulsion de ce produit.

Obs. II (Depaul et Budin, 1880 ; in thèse Margoulief, Paris 1888-1889, p. 35). — Femme de trente-trois ans, secundipare, premier enfant vivant, bien portant. Vers la fin du quatrième mois de la seconde grossesse, elle a une variole non confluente. Convalescence au 15 février. Dans les premiers jours de mars, elle est prise de fièvre, d'amaigrissement rapide ; face très pâle, menace de syncope (on est même obligé, pendant une nuit, de la surveiller constamment). Elle n'avait pas senti remuer, mais l'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et on entend les bruits du cœur fœtal. Après quatre ou cinq jours de cet état grave, la malade se transforme rapidement, elle paraît tout à fait guérie et sort de l'hôpital. Le 30 avril, elle rentre à la Clinique et expulse son enfant mort, pesant 820 grammes. L'enfant, très macéré, présente plusieurs pustules, les plus petites sont ombiliquées. Rien de notable dans les principaux viscères. Le placenta présente, dans son épaisseur, un grand nombre de masses grisâtres : l'une d'elles, diffluente, contient une matière puriforme.

Obs. III (personnelle). — Femme de vingt-six ans, venue depuis peu de la campagne, très robuste. Secundipare : le premier enfant, qui a maintenant deux ans, est très vigoureux. Elle occupe, depuis un mois, un appartement évacué par un varioleux. Au commencement de mars 1892, elle a de la céphalée, de la courbature, des vomissements. Cinq jours seulement après ce début, apparaît dans l'aine un rash hémorrhagique qui, avec des épistaxis, fait redouter une variole hémorrhagique. Au sixième jour, des boutons se montrent à la face, sur les membres où ils sont nettement ombiliqués : les pustules nombreuses et surtout larges donnaient, à la période de suppuration, l'aspect d'une variole confluente : il y eut alors un peu de délire.

Cependant, la mère continuait à sentir les mouvements fœtaux, on entendait très nettement les bruits du cœur. Les renseignements sur les dernières règles, la hauteur du fond de l'utérus démontraient une grossesse arrivée à la fin du cinquième mois. La dessiccation fut assez rapide, la femme put se lever le 26 mars : l'enfant vivait toujours (bruit du cœur, mouvements fœtaux).

On me rappelle le 30 mars : depuis la veille, la femme sent des frissons erratiques, elle a de nouveau de la céphalée, de la fièvre et surtout une sensation de faiblesse, d'accablement : elle ne peut sortir de son lit. Je ne trouve nulle part l'explication de ces phénomènes généraux assez alarmants : aucun abcès superficiel, rien aux poumons, ni au cœur. Les urines, fébriles, n'ont pas d'albumine.

La femme m'apprend, enfin, qu'elle ne sent plus remuer son enfant depuis le matin : la veille les mouvements étaient encore très énergiques et même plus violents et plus fréquents. Pourtant la femme ne sent aucune douleur utérine, elle n'a pas eu de grande perte ; je ne sens pas de dilatation au col.

L'état que j'ai déjà décrit persistait encore sans amélioration le 4 avril. Alors la femme accouche d'une fille de six mois, macérée, mais sans fétidité. Je ne trouve en aucun point de la peau de papules, ni de pustules varioliques. Le placenta ne montre superficiellement aucune lésion : je n'ai pas fait, à dire vrai, de coupe de cet organe. Après l'expulsion de ce produit, la mère guérit rapidement.

Il faut montrer maintenant : A. que les symptômes généraux qui ont précédé l'avortement ne sont pas dus à une autre complication de la variole ; B. que, en dehors de la variole, les causes habituelles de la mort du fœtus manquaient dans notre observation. Nous pourrons, il semble, conclure de ce diagnostic différentiel que les prodromes de l'avortement étaient bien dus à la variole fœtale.

A. J'ai noté, dans les observations, l'absence de toute complication tardive (phlegmons, pleurésie purulente, néphrite) pouvant expliquer les symptômes observés. Pour mon cas, en particulier, je suis d'autant plus certain de leur absence que, ignorant alors les prodromes de ces avortements tardifs, je cherchai partout la cause de ce que j'observais. Je m'arrêtai un moment au diagnostic de septicémie, mais la marche de la maladie m'y fit enfin renoncer ; en effet, en l'absence de toute suppuration, on ne pouvait penser qu'à une infection générale. L'infection n'était pas d'origine utérine, puisque, au moment des premiers symptômes maternels, le fœtus vivait encore, sans rupture des membranes, sans aucun signe de travail ; et, plus tard, il n'y eut pas putréfaction fœtale, mais macération, qui, d'après MM. Cazeaux, Tarnier, Budin, ne produit jamais à elle seule de la septicémie. Or cette infection, étrangère à l'utérus et d'emblée générale, aurait eu sûrement des symptômes plus graves, une terminaison moins heureuse : les symptômes n'auraient pas disparu bientôt après l'avortement, ni surtout avant l'avortement comme dans l'observation de M. Budin.

B. La variole seule pouvait être accusée de la mort du fœtus.

Les autres causes maternelles de l'avortement manquent dans les trois observations : pas d'avortement antérieur, pas de syphilis ni de maladies organiques, pas de traumatisme. La variole maternelle, guérie au moment de l'avortement, n'en était pas la cause immédiate. Il faut accepter comme intermédiaire la variole tardive du fœtus, évidente dans les deux premières observations, où, en l'absence de toute autre lésion, on constata des pustules nettement varioliques. Le manque de cette caractéristique, dans notre cas, nous oblige à rechercher l'existence des autres causes ordinaires de la mort du fœtus. Ces causes font défaut chez la mère, je l'ai déjà dit ; le père est jeune, robuste, sans aucune tare infectieuse ni toxique ; d'ailleurs, de ce mariage est né un premier enfant très vigoureux. Les annexes fœtales n'avaient aucune lésion macroscopique ; le fœtus ne présentait, au moins extérieurement, aucune anomalie qui pût faire prévoir une malformation viscérale incompatible avec la vie. Ces exclusions successives ne valent pas, pour convaincre, la constatation d'une seule pustule variolique.

On ne rejettera peut-être pas ce diagnostic, si l'on veut bien se souvenir que, dans la vie extra-utérine, un varioleux peut succomber à l'intensité de l'infection avant l'apparition de toute éruption caractéristique. Dans ce cas, pourvu que le malade ait vécu dans un milieu infecté, on admet sans peine le diagnostic variole. Nous pouvons, je crois, sans trop forcer les analogies, rapprocher notre cas de ceux-là : le fœtus n'a manifesté de maladie (par des mouvements plus fréquents et plus violents et par les symptômes généraux de la mère) qu'un jour seulement avant la disparition des mouvements, l'infection l'a tué trop rapidement pour laisser des traces.

Étant admise la variole fœtale, on peut se demander comment elle produit les symptômes généraux maternels. Les recherches de M. Malvoz (1) montrent que l'infection du fœtus se produit quand une lésion placentaire établit une communication directe entre les circulations maternelle et fœtale.

La même voie reste ouverte pour une infection en retour du fœtus à la mère, la syphilis nous offre des exemples analogues : loi de Colles et surtout syphilis conceptionnelle. Mais on admettra difficilement une seconde infection chez une femme récemment vaccinée par sa variole : il est vrai que, dans les trois observations relatées, il s'agissait de varioloïde ou de variole peu grave et que le terrain, incomplètement épuisé par une première culture, permettait une rechute à symptômes atténués, incomplets.

Mais ces symptômes, au nombre desquels n'était pas l'éruption, seule caractéristique, s'expliqueraient peut-être mieux par l'absorption des produits pyrétogènes fabriqués par le fœtus malade. La persistance de ces symptômes, après la cessation de la circulation fœtale et des échanges placentaires, s'explique par la lenteur de l'élimination du poison à travers les émonctoires de la femme gravide. La vitesse de cette élimination varie d'ailleurs avec les sujets, puisque ces symptômes ont pu disparaître complètement avant l'avortement, après la mort du fœtus (Observ. de M. Budin).

A ces poisons fâcheux nous pourrions peut-être attribuer les symptômes que nous avons observés et aussi les malaises brièvement relatés dans ces observations, où une femme, exposée à la contagion, accouche sans variole d'un fœtus présentant, lors de la naissance, des pustules varioliques.

Dans ces cas et dans le nôtre, la mère, insensible au virus variolique qu'elle a transmis à son fœtus, réagit aux poisons fabriqués par celui-ci.

Les symptômes présentés par la mère, s'ils ont été graves (Observ. de M. Budin), n'ont pas eu assez de durée, ou, dans d'autres cas, n'ont pas été assez intenses (surtout après la mort du fœtus) pour qu'il y ait eu indication de provoquer l'avortement par des pratiques obstétricales. La quinine, indiquée d'ailleurs par les symptômes maternels, est un ocytocique surtout à doses élevées : je l'ai employée après constatation de la mort du fœtus.

On a des exemples nombreux de gravité de l'expulsion fœtale dans le cours de la variole, même régulière : métrorrhagie, symptômes très graves, quelquefois d'aspect typhique (Hervieux), qui produisent la mort de la mère peu d'heures après l'avortement, sans grand changement dans l'aspect de l'éruption (sauf le brusque affaissement des pustules). Il n'est pas sans intérêt d'opposer à cela le pronostic bénin, malgré des prodromes alarmants, de l'avortement pendant la convalescence.

(1) Malvoz. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars 1888, avril 1889.

CHIRURGIE PRATIQUE

Résection de l'urèthre. — Ayant assisté M. le professeur Heurtaux dans une résection de l'urèthre, M. Vignard (de Nantes) a fait des recherches sur cette opération; nous reproduisons ses conclusions d'après les *Archives provinciales de chirurgie* :

« La résection de l'urèthre n'occupe pas dans la chirurgie urinaire le rang auquel elle a droit. — Sans refuser aux rétrécissements blennorrhagiques le bénéfice de cette opération, on peut dire que son indication la plus nette est le rétrécissement traumatique : 1° parce que ce rétrécissement constitue une lésion limitée de l'urèthre; 2° parce que les autres modes de traitement sont impuissants contre lui ou illusoires.

Dans les rétrécissements traumatiques infranchissables, la résection est la seule opération rationnelle. — Dans les rétrécissements indilatables, c'est l'opération de choix. — Dans les rétrécissements difficilement dilatables, elle doit être proposée au malade.

La résection d'un rétrécissement traumatique uréthral avec intégrité ou lésion limitée du périnée est une opération facile. — Le rapprochement des deux bouts et leur accolement parfait par la suture est le plus souvent possible. — Cette suture, il est plus sûr de la faire sous-muqueuse. — La suture par étage des parties molles du périnée est un complément nécessaire de la suture uréthrale.

En cas d'infection vésicale ou uréthrale, des lavages avec une solution faible de nitrate d'argent, répétés pendant et après l'opération, peuvent rendre les plus grands services en assurant la réunion immédiate. — La sonde à demeure est utile; elle sera enlevée le plus tôt possible. — L'entretien du calibre de l'urèthre par le cathétérisme, ne sera recommandé que dans le cas où il est survenu après l'opération de l'uréthrite un peu intense ou prolongée, de la suppuration périnéale, complications qui peuvent faire supposer l'échec de la réunion primitive de l'urèthre et une cicatrisation par bourgeonnement. — Dans le cas contraire, on peut se borner à une exploration à intervalles éloignés, et faire espérer au malade une guérison durable, peut-être radicale. — Pour l'affirmer, il faut attendre que les faits vieillissent et que nous possédions un grand nombre de résultats très éloignés de la résection. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juillet 1892. — Présidence de M. Regnauld.

LECTURES

Protection de l'enfance. — M. **Blache** lit un travail sur l'application de la loi Roussel dans le département de la Seine en 1890.

Sur 4802 nourrissons, il y a eu 380 décès, soit 7,91 p. 100 (0,27 p. 100 en moins que pendant l'année précédente).

Sur 3 enfants décédés, 2 étaient élevés au biberon, 1 au sein. La moitié des nourrissons décédés avaient de 0 jour à 5 mois.

Kinésithérapie appliquée à la gynécologie. — M. **Stapfer** a étudié, dans une mission, le traitement de Th. Brandt, pour les maladies des femmes. Ce traitement a pour but la guérison des affections chroniques et subaiguës de l'utérus et des annexes dont il vise la libération et le retour à l'intégrité anatomo-phy-

siologique, sans opération, sans appareils chirurgicaux, sans médicamentation, sans repos absolu ni prolongé.

De ses recherches personnelles, M. Stapfer se croit en droit de conclure que ce traitement est inoffensif et qu'il est urgent de le mettre à l'étude en France.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national.

Le nombre des votants étant 66, majorité 34, M. Laënnec (de Nantes) obtient 35 suffrages; M. Liétard (de Plombières) 31; en conséquence, M. Laënnec est élu.

Elle procède ensuite à l'élection de deux membres correspondants étrangers. MM. Babès (de Bucharest) et d'Espine (de Genève), sont élus : le premier par 46 suffrages sur 56 votants, le second par 47 voix sur 48 votants.

COMMUNICATIONS

Ovariotomie double au cours d'une grossesse. — M. POLAILLON présente une jeune femme chez laquelle, au troisième mois d'une grossesse, il a enlevé les deux ovaires kystiques. Malgré cette double ovariotomie, la grossesse a suivi son cours, et cette femme a accouché d'un enfant à terme qu'elle allaite.

On sait qu'en général l'avortement est la conséquence d'interventions de ce genre. Cependant, on a cité un assez grand nombre de cas dans lesquels la grossesse a suivi son cours après l'ablation d'un seul ovaire. Mais le fait est extrêmement rare après l'ablation des deux ovaires. En pareil cas, en effet, l'utérus ne reçoit plus de sang par les vaisseaux des ligaments larges, il n'en reçoit plus que par les vaisseaux inférieurs. Il est donc beaucoup plus étonnant que, dans ce cas, il ait pu continuer à se développer aussi régulièrement.

Les suites de l'opération ont été des plus simples; la malade a eu un seul jour 38 degrés de température. L'accouchement et la délivrance se sont faits normalement. La cicatrice abdominale est parfaitement régulière, et il ne s'est pas fait d'éventration, malgré le développement progressif du ventre après l'opération.

Voici, d'ailleurs, le résumé de cette observation :

Cette femme à vingt-trois ans présenta les premiers symptômes d'un kyste ovarique. Jusque-là pas de grossesse. A vingt-neuf ans, alors qu'elle n'avait pas eu ses règles depuis plusieurs mois et qu'elle ressentait quelques troubles analogues à ceux qui accompagnent le début de la grossesse, elle éprouva tout à coup des douleurs assez vives dans l'abdomen. Le ventre était très développé.

L'examen de la malade montra qu'il existait un vaste kyste ovarique, peut-être suppuré, avec un état général très grave. Dans ces conditions, quoique l'examen de l'utérus pût faire croire à une grossesse, l'ovariotomie d'urgence fut décidée.

On trouva un volumineux kyste de l'ovaire gauche, adhérent à l'intestin et à la trompe droite. M. Polaillon détacha ces adhérences, qui saignèrent assez abondamment, et enleva l'ovaire gauche. Il constata, alors, que la trompe droite continuait de saigner et que l'ovaire droit avait le volume d'une pomme et était kystique. Il en fit l'ablation.

Les suites de l'opération furent très simples et la grossesse évolua régulièrement. L'accouchement fut normal.

Ce fait prouve que la grossesse peut continuer après l'ablation des parties supérieures des deux ligaments larges, et malgré les troubles que doit provoquer, dans les circulations utérine et placentaire, la suppression des vaisseaux utérins supérieurs.

DISCUSSION

M. PÉAN a été étonné d'entendre M. Polaillon dire que sa malade a perdu beaucoup de sang. Il estime qu'en pareil cas et alors qu'il s'agit d'une malade affaiblie, il faut être extrêmement économe du sang de ces malades, aussi bien en incisant la paroi qu'en détachant les adhérences. C'est pourquoi il a toujours préconisé, dans ces cas, le pincement préventif des vaisseaux. Grâce à cette méthode qu'il a imaginée, il y a déjà longtemps, M. Péan pratique ces opérations sans faire perdre de sang à ses malades.

M. POLAILLON répond à M. Péan que, dans son cas, le pincement préventif des adhérences était fort difficile, pour ne pas dire impossible. Les adhérences, comme il arrive toujours dans les cas où il existe une grossesse, étaient très vascularisées. Il y avait, d'un côté, toute une surface saignante en nappe, qu'il n'était pas possible de pincer, et l'hémorrhagie, de ce côté, n'a pu être arrêtée que par la compression avec des éponges. De l'autre côté, au contraire, la trompe était tellement vascularisée et la section a entraîné une telle hémorrhagie que la compression n'eût pas suffi; mais heureusement il a été facile d'y appliquer le pincement, tel que l'a préconisé M. Péan.

Emploi du vaccin par pigeons messagers. — M. HERVIEUX lit un rapport sur un mémoire de M. Strœbel, médecin-major de deuxième classe, dans lequel l'auteur traite de l'envoi du vaccin par pigeons voyageurs. Un pigeon peut transporter jusqu'à cinq ou six tubes de vaccin. C'est donc un procédé qu'on pourrait employer en cas de nécessité absolue, en cas de siège par exemple.

Un pigeon porteur d'un tube a pu aller de Fontenay-le-Comte (Vendée) à La Rochelle en douze heures.

RAPPORT

Hygiène de l'enfance. — M. CHARPENTIER lit le rapport sur les prix de l'hygiène de l'enfance.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Quinquaud sur le prix Saint-Paul.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours du clinicat chirurgical s'est terminé par les nominations de MM. Thiéry, Demoulin et Villemin, et celui du clinicat obstétrical par celles de MM. Démelin et Lepage.

—Par décret, en date du 23 juillet 1892, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Foch et Salomon, médecins-majors de première classe, en retraite.

— Par décret, en date du 23 juillet 1892, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. Giard, Frilley, Krug-Basse, Lévy et Bazille, médecins principaux de première classe, en retraite.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. Rochet et Josieu, médecins principaux de deuxième classe, en retraite.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Longet, Apté, Joly, Paloque, Mounier, Weber, Dissaux et Dubois, médecins-majors de première classe, en retraite.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Viguier, médecin-major de deuxième classe, en retraite.

— Par décret, en date du 24 juillet 1892, ont été promus ou nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de première classe de la marine Mirabel.

MM. les médecins de deuxième classe de la marine Haueur et Villars.

M. le médecin de deuxième classe des colonies Pierre.

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins de deuxième classe de la marine Carrière, Marquehosse, Pujol, Dutigny, Brochet, Lautour, Maureau et Millet.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — MM. les pharmaciens auxiliaires de deuxième classe de la marine Ventrillon et Ducoux.

— Par décret, en date du 25 juillet 1892, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Gros, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

— Par décision ministérielle, en date du 20 juillet 1892, M. le médecin-major de deuxième classe Vallois, du 102e régiment d'infanterie, et M. le médecin aide-major de première classe Piedpremier, du 1er régiment étranger, ont été désignés pour assurer le service médical du bataillon étranger détaché au Bénin.

— Les chaires de médecine expérimentale et de thérapeutique, à la Faculté de médecine de Bordeaux, sont déclarées vacantes.

— La chaire de chimie médicale de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

— M. le docteur A.-J. Martin vient d'être nommé inspecteur général du service d'hygiène et de salubrité de l'habitation, récemment institué à la Préfecture de la Seine.

Une commission, composée de médecins, d'ingénieurs et de conseillers municipaux, est chargée de l'étude et du contrôle permanent de ce service.

— Le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine a voté un vœu demandant l'interdiction absolue de l'exploitation de la glace provenant de l'étang d'Épinay-Enghien et l'organisation d'un service de surveillance et, au besoin, d'analyse, des glaces livrées à la consommation.

— Vendée : Poste médical vacant, excellent avec la pharmacie. — Pour renseignements, s'adresser à M. le docteur Roblin, 11, rue Contrescarpe, Nantes (Loire-Inférieure).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des adhérences de la vaginale testiculaire; cause, fréquence, anatomie pathologique, clinique, conséquences aux points de vue de la stérilité et de l'hydrocèle.

Par M. le docteur Félix Regnault,
Ancien interne des hôpitaux.

La vaginalite chronique a été bien étudiée en tant que proliférante, comme cause de l'hématocèle, et en cas d'hydrocèle ; mais l'inflammation de la vaginale, aboutissant à de simples adhérences, ne fait pas l'objet d'un paragraphe spécial dans nos livres classiques. Sans doute parce que, affection silencieuse, le clinicien n'a pas besoin de la diagnostiquer chez ses malades. Néanmoins, elle a une certaine importance. Tout d'abord par sa fréquence : Duplay et Curling l'ont signalée dans un tiers des cas. Puis, pour certains auteurs, elle pourrait, quand elle est totale, amener la stérilité; Gosselin pensait ainsi, et M. Monod, de nos jours, paraît se ranger à cette opinion que M. Reclus combat. Enfin, les rapports de la vaginalite avec les lésions de l'épididyme ou du testicule ont été souvent agités par Kocher, MM. Terrillon et Reclus.

I

Vaginale testiculaire normale. — Il est utile (1), avant de faire l'étude de la vaginale, de l'examiner à l'état normal : elle offre, en effet, de nombreuses variations dans son passage sur l'épididyme et le testicule, variations sur lesquelles les auteurs ont peu insisté jusqu'à présent.

L'examen de quelques cadavres d'adultes en donne facilement idée, car elles sont fréquentes. Mais on les verra encore plus nettement sur des testicules d'enfants : ces organes étant petits chez eux, les dispositions de la vaginale y paraissent plus schématiques.

Aspect normal de la vaginale. — Nous examinerons successivement le passage de la vaginale qui s'est repliée sur le cordon, d'abord sur l'épididyme, puis sur le testicule.

Passage de la vaginale sur l'épididyme. — Elle l'aborde suivant ses trois quarts postérieurs, passe sur les faces latérales de l'épididyme.

Mais la partie antérieure et la tête de l'épididyme est recouverte sur ses faces antérieure et latérales. Le testicule maintenu dans la cavité vaginale suivant les trois quarts postérieurs de l'épididyme, la cavité vaginale est antérieure par rapport au testicule, et celui-ci reste en arrière en cas d'hydrocèle.

Passage de la vaginale sur le testicule. — Il faut, pour le bien comprendre, pratiquer trois coupes perpendiculaires au grand axe de l'épididyme et passant, l'antérieure par la tête, la médiane par le corps, la postérieure par la queue de l'épididyme.

Première coupe : tête. — La vaginale passe directement de la tête de l'épididyme sur le testicule.

Deuxième coupe : corps. — A. A la face interne, passage direct.

B. A la face externe, au contraire, la vaginale se replie sur la face inférieure de l'épididyme, s'adosse à son feuillet interne pour former un mésotestis ; on a ainsi un cul-de-sac entre le corps de l'épididyme et le testicule.

Troisième coupe : queue. — Passage direct comme pour la tête.

Il s'ensuit qu'à l'examen de la face externe du testicule, on observe un cul-de-sac situé entre l'épididyme et le testicule, et limité antérieurement et postérieurement par deux replis de la séreuse.

L'un, antérieur, est court et se perd au bout d'un demi-centimètre dans la vaginale testiculaire.

Le postérieur, plus long, enveloppe l'extrémité postérieure du testicule, par un cercle qui contourne ses deux faces, mais en embrassant toujours une plus grande portion de la face externe. Ce cercle est la limite de la vaginale pariétale qui embrasse immédiatement, non seulement les trois quarts postérieurs de l'épididyme, mais encore l'extrémité postérieure du testicule, le coiffe et ne s'arrête qu'à ce repli.

Ce que M. Tillaux, dans son *Traité d'anatomie topographique*, signale « comme point d'adhérence entre les deux feuillets de la vaginale », est donc en réalité une surface.

Variations. — Elles sont fréquentes, et nous les examinerons successivement aux diverses parties que nous venons de décrire :

(1) De la vaginalite chronique blennorrhagique, *Ann. des org. gén.-urin.*, févr. 1891, p. 91.

1° *Tête.* — A l'extrémité antérieure de la tête, la séreuse peut se replier sur la face inférieure de l'épididyme et la séparer de la sorte du testicule, sur une longueur qui varie de 3 à 5 millimètres. La tête épididymaire est alors libre dans la cavité vaginale.

2° *Corps.* — Le cul-de-sac peut être plus ou moins profond; souvent il dépasse le bord interne de l'épididyme, et la vaginale forme un long mésotestis.

3° *Replis.* — Le repli antérieur peut être très faible ou même ne pas exister; le mésotestis et le cul-de-sac se continuent alors jusqu'à la tête.

Le repli postérieur peut embrasser une plus ou moins grande partie du testicule, il peut en recouvrir jusqu'au cinquième.

Les deux testicules sont ordinairement recouverts de même façon par la vaginale, mais on peut quelquefois observer une légère différence.

II

Anatomie pathologique. — *Fréquence de ces altérations.* — On rencontre fréquemment sur le cadavre des adhérences entre les deux feuillets de la vaginale.

Duplay, le premier (1), a noté ces altérations : il observait à Bicêtre sur des vieillards, et 44 fois sur 59 cas il trouva une vaginale pathologique : 17 fois des adhérences, 12 fois un épaississement de la tunique vaginale, 15 fois de l'hydrocèle, de 4 grammes à 200 grammes.

M. Reclus (2) reprit plus tard la question. Sur 300 testicules qu'il examina, 23 seulement avaient des adhérences : sur lesquels 12 cas étaient à adhérences complètes.

Ces travaux n'ont guère été mentionnés chez les classiques : seul, Kocher les relate dans le *Traité de chirurgie allemand* (3) sous le nom de « péri-orchite chronique adhésive ». Réunissant les statistiques de Duplay et Curling, il trouve que, sur 83 cas examinés par ces auteurs, il y a eu 26 fois des adhérences, ce qui fait environ un tiers des cas.

A deux reprises différentes, j'ai recherché la fréquence des adhérences vaginales et j'ai trouvé sensiblement la même proportion.

A Marseille, sur 48 sujets examinés, il y en avait 18 qui offraient des adhérences très nettes; j'ai rejeté tous les cas où il pouvait y avoir doute : ce sont des vaginales sans brides mais où le repli postérieur paraît un peu épaissi.

A Paris, à l'amphithéâtre de Clamart, sur 39 sujets, j'en trouve 12 avec adhérences; mais chez l'un d'eux, il y avait tuberculose testiculaire avec noyaux caséeux.

Le point important de ces deux statistiques est qu'elles ont porté sur des sujets de tout âge; car ils provenaient d'hôpitaux généraux. Au contraire, les statistiques de Duplay et Reclus n'ont porté que sur les vieillards de Bicêtre, et on aurait pu en conclure que ces adhérences étaient plus spéciales à cette époque de la vie, alors qu'elles existent aussi bien chez les sujets adultes.

La statistique de M. Reclus donne une proportion bien plus faible que celle de Duplay, de Curling et de la mienne.

Il est probable que M. Reclus n'aura tenu compte que des adhérences accentuées sur une grande surface, car il ne s'occupait que du rôle des adhérences sur les fonctions testiculaires.

(1) Duplay. *Arch. gén. de méd.*, 1855, p. 129.
(2) Reclus. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 597, séance du 11 juillet.
(3) Kocher. *Der Handb. der chir.*, Bd. III, 1871-1875.

Variabilité des lésions. — Or, ces lésions sont très variables, on peut observer tous les degrés depuis l'adhérence complète jusqu'à de minimes brides. Nous allons en retracer la description.

A. *Adhérences en surface.* — Elles peuvent être plus ou moins étendues. Rarement on aura une adhérence totale. On ne pourra séparer à coups de ciseaux les deux feuillets de la vaginale qui ne formeront plus qu'une membrane.

En quelques cas, en donnant des coups de ciseaux obliques, on peut trouver une surface de 1 à 2 centimètres carrés, où les deux vaginales restent séparées.

Le plus souvent, l'adhérence est partielle. Elle est située généralement à la partie postérieure du testicule. La partie antérieure est alors presque toujours indemne.

Nous avons indiqué plus haut l'adhérence normale entre les deux feuillets de la séreuse, qui existe à la partie postérieure du testicule, et est limitée par une ligne en forme de cercle et se continuant par la bride postérieure.

Ce cercle sera franchi et l'adhérence occupera les deux tiers ou les trois quarts postérieurs du testicule.

Quelquefois les deux faces externe et interne seront prises, d'une façon plus ou moins égale. En d'autres cas, l'une seule, l'interne ou l'externe, sera intéressée.

Dans les cas légers, l'adhérence s'arrêtera à la bride postérieure. Mais cette ligne limite entre la partie adhérente et la libre, qui normalement est peu marquée et très légère, tranchera alors en blanc mat sur la vaginale testiculaire.

Le cul-de-sac peut être totalement effacé ou en partie dans sa longueur ou sa profondeur. Cette altération peut exister seule ou s'accompagner d'autres adhérences et de brides.

Enfin, nous avons observé des cas où la limite entre la partie saine antérieure de la vaginale et la postérieure adhérente est formée par une bride épaisse, blanche et nacrée, qui déprime le testicule et semble l'étrangler; en haut et en bas de ce repli, le testicule forme comme hernie, de sorte que le testicule est courbé par cette bride. Nous verrons par la suite que ce sont les seuls cas que l'on puisse parfois diagnostiquer sur le vivant; le toucher des bourses vous fournit alors la sensation d'un testicule qui aurait une surface concave.

B. *Adhérences par brides.* — Les brides sont fréquentes, peuvent exister avec ou sans surfaces adhérentes. Quand il y a en même temps adhérences, ces brides se rencontrent surtout à la ligne de séparation de la vaginale adhérente avec la portion libre.

Elles peuvent être isolées; quelquefois, on ne trouve pour toute lésion qu'une bride plus ou moins épaisse, longue et large.

Ainsi, une de nos observations n'offrait pour toute lésion qu'une simple et mince bride au testicule gauche. Elle partait de la tête de l'épididyme pour aller se fixer à la face externe et supérieure du testicule en un point où existait un petit kyste gros comme une tête d'épingle.

Un autre cas n'offrait qu'une seule adhérence au testicule gauche. Mais ici elle avait une largeur de 8 millimètres, était épaisse et venait se fixer par une large insertion à la partie moyenne du testicule.

Isolées ou s'accompagnant d'adhérences, les brides suivent généralement une direction très oblique. Leur largeur et leur longueur sont très variables, nous en avons mesuré d'une longueur de 4 millimètres à 2 centimètres et d'une largeur d'un quart de millimètre (prise au microscope) jusqu'à 1 centimètre.

Il est à noter que les brides qu'on observe, allant de la tête de l'épididyme au testicule, sont assez rares, longues et toujours très minces.

Altérations coexistantes. Corps étrangers, kystes, hydrocèles, lésions de l'épididyme et du testicule. — Certaines lésions coexistent fréquemment avec les adhérences vaginales, et paraissent formées sous l'influence de la même cause; je veux dire les corps étrangers et surtout les kystes du testicule.

Les corps étrangers se rencontrent surtout chez les vieillards.

Ces corps sont cartilagineux ou osseux. Ils sont soutenus par un pédicule très mince qui naît de la tunique albuginée. Ils peuvent s'en séparer et devenir libres. Leur volume varie du grain d'un chènevis à celui d'une cerise.

Les kystes sont fréquents. Ils naissent souvent du bord supérieur du testicule et soulèvent plus ou moins l'épididyme. Ils peuvent naître au-dessous de la tête de cet organe. Leur volume est ordinairement peu considérable, il varie de celui d'un grain de chènevis à un grain de raisin.

Présence de liquide dans la vaginale. — C'est là un fait très important. Il arrive assez souvent qu'on voit sortir de la vaginale, au moment où on l'incise, un peu de liquide citrin, limpide, identique à celui de l'hydrocèle.

Duplay, dans ses recherches sur les vieillards de Bicêtre, avait déjà constaté l'hydrocèle de la tunique vaginale 15 fois sur 59 sujets, 8 fois d'un seul côté et 7 fois sur les deux testicules. La quantité de liquide variait de 4 à 200 grammes.

Dans tous les cas d'hydrocèle, à l'exception d'un seul, il a rencontré soit des lésions de la tunique vaginale, soit des lésions d'une autre nature.

Tantôt les lésions de la tunique vaginale sont étendues; mais en d'autres cas elles peuvent être minimes et se réduire à une simple bride mince et nacrée, ou à des adhérences postérieures sans brides.

La vaginalite est-elle la cause première de l'hydrocèle, ou celui-ci en admet-il une autre, c'est ce que nous rechercherons par la suite. Qu'il suffise d'établir actuellement la fréquence de l'hydrocèle dans les cas d'adhérences vaginales.

Coexistence de ces altérations sur les deux testicules. — Bien que les lésions de la tunique vaginale puissent exister sur un testicule à l'exclusion de l'autre, il est à noter que plus souvent, des deux côtés, les vaginales sont altérées, bien qu'elles le soient à des degrés divers.

Épaisseur des tissus enflammés. — L'épaisseur de l'albuginée, recouverte de l'épithélium vaginal, fournit un autre élément de différenciation; tandis que, dans le testicule sain, l'albuginée n'a guère en moyenne que $0^m,0025$ d'épaisseur, aux points enflammés on trouve des épaisseurs de 1 millimètre à 1 millimètre et demi; les endroits sains conservant sur les mêmes testicules leur épaisseur d'un quart de millimètre.

Dans les parties où il y a adhérence, l'épaisseur des deux vaginales réunies atteint jusqu'à 2 millimètres et 2 millimètres et quart.

III

Examen histologique. — Les adhérences entre les feuillets de la vaginale sont constituées de même que toute lésion analogue des séreuses; Kocher dit que la péri-orchite chronique adhésive ressemble à la pleurite adhésive. Elles sont, en effet, formées de tissu fibreux compact en couche lamelleuse.

Albuginée et adhérences sont très vascularisées. Il en est de même des brides qui sont constituées par du tissu fibreux compact avec vaisseaux.

Altérations de l'épididyme. — En cas de vaginalite chronique adhésive, y a-t-il toujours des lésions de l'épididyme?

Percival Pott, le premier, a écrit que la vaginalite était toujours consécutive à des lésions, non du testicule, mais de l'épididyme.

Curling, dans son *Traité des maladies du testicule* (1), dit : « Nous voyons l'inflammation de l'épididyme se propager à la tunique vaginale beaucoup plus facilement que celle dont le siège primitif est la substance glanduleuse du testicule. »

M. Fournier écrit également (2) que, dans l'énorme majorité des cas d'épididymite blennorrhagique, la tunique vaginale participe à l'inflammation de l'épididyme, tandis que le testicule est ordinairement tout à fait indemne.

Sigmund (3) a, par une statistique, établi la coexistence fréquente entre l'épididymite et la vaginalite. Sur 1,342 malades il a trouvé :

Épididymite	seule	61
	avec vaginalite	856
	avec funiculite	108
	avec funiculite et vaginalite	317

ce qui donne 1,173 cas de vaginalite sur 1,342 cas d'épididymite.

Ricord, sur 500 cas d'épididymite, a trouvé 100 fois une vaginalite manifeste.

M. Aubry l'a signalée dans le quart des cas.

M. Lapata (4), à l'hôpital du Midi, sur 92 cas d'épididymite, trouva 26 vaginalites évidentes; dans un autre service, sur 61 cas, 41 vaginalites.

Gosselin dit (5) que, dans la plupart des cas, il y a vaginalite en même temps qu'épididymite; mais la vaginalite reste le plus souvent à l'état congestif ou hyperhémique.

Dans les cas où on a pu faire l'examen anatomo-pathologique de l'épididymite, on a trouvé un peu de sérosité ou des fausses-membranes minces dans la tunique vaginale, surtout au voisinage de l'épididyme.

Kocher (6) signale plusieurs faits d'épididymite uréthrale s'accompagnant de vaginalite, alors que le testicule était sain ou seulement congestionné.

Shepolern, dans deux cas d'épididymite, a trouvé de la sérosité dans la vaginale et des couches pseudo-membraneuses dans la moitié inférieure.

M. Marié (7) signale, dans une autopsie d'orchite blennorrhagique, un peu de liquide dans la tunique vaginale, avec quelques fausses membranes légères dans le voisinage de l'épididyme.

Nélaton, au dire de M. Trélat, aurait enseigné couramment que les collections vaginales étaient toujours symptomatiques de lésions épididymaires.

Pour M. Reclus (8) le testicule, protégé par sa carapace

(1) Curling. *Traité des maladies du testicule*, p. 279.
(2) Fournier. *Dict. Jaccoud*, art. Blennorrhagie.
(3) Sigmund. Cité par Jullien, *Traité des maladies vénériennes*.
(4) Lapata. Th. de Paris, 1874.
(5) Gosselin. *Leçons cliniques*.
(6) Kocher. In Pitha et Billroth, IIIe vol., 2e partie, p. 23.
(7) Marié. *Gaz. des hôp.*, 1865, p. 597.
(8) Reclus. *Diction. encycl. des sc. méd.*, art. Hématocèle.

albuginée, est absolument isolé de la séreuse qui le recouvre. L'épididyme, au contraire, par le tissu cellulaire qui l'entoure et qui se continue directement avec celui qui double la vaginale, est en communication intime avec la séreuse. Le système lymphatique de l'épididyme a des relations étroites avec celui de la séreuse : rien d'étonnant à ce que son inflammation se propage facilement à la vaginale. Une réaction, même faible, sur l'épididyme peut laisser sur la vaginale des stigmates beaucoup plus profonds que sur l'organe primitivement touché. Après une injection d'éther iodoformé qu'il fit dans un épididyme, la réaction épididymaire fut très fugace et disparut pour laisser après elle une vaginalite très nette.

MM. Terrillon et Schwartz ont voulu vérifier expérimentalement la facilité de propagation de l'inflammation de l'épididyme à la vaginale, et l'impossibilité de cette propagation entre cette vaginale et le testicule. Ils ont fait sur douze chiens des injections avec une solution de nitrate d'argent au dixième ou d'ammoniaque liquide. Quand les injections ont été faites dans l'épididyme il y a eu retentissement sur la vaginale. Quand elles l'ont été dans le testicule, il n'y a rien eu à la vaginale, excepté dans les cas de rupture de la cavité purulente dans la séreuse. Ils en ont tiré les conclusions qui suivent :

1° Toutes les fois que l'épididyme et sa queue sont enflammés d'une façon un peu intense, il se passe du côté de la vaginale un travail inflammatoire qui peut aller depuis la simple infection jusqu'à la suppuration totale et qui, dans les cas intenses, envahit le scrotum ;

2° Toutes les fois que l'inflammation est localisée au testicule et qu'il n'y a pas de communication entre le foyer et la cavité séreuse par une lésion de l'albuginée, la vaginale reste intacte et les bourses de même.

Certes, les recherches de M. Panas, les statistiques de Sigmund, les expériences de MM. Terrillon et Schwartz indiquent que l'épididymite s'accompagne très fréquemment de vaginalite, mais ils ne témoignent pas que la vaginalite ne puisse exister sans épididymite.

Du moment où on trouve des adhérences vaginales, accentuées ou minimes, dans un tiers environ des autopsies faites au hasard, on est en droit de penser qu'elles ne sont pas toujours accompagnées de lésions épididymaires, car les épididymites ne sont point à beaucoup près aussi fréquentes.

Dans la partie clinique, nous avons retracé le tableau d'une vaginalite survenant dans la blennorrhagie sans lésion épididymaire apparente. Mais déjà par l'examen anatomo-pathologique, on peut dire que la sclérose épididymaire n'est pas constante.

Quand on retrouve, avec des adhérences vaginales, une sclérose de la queue de l'épididyme, la vaginalite est alors consécutive à une épididymite développée au cours d'une blennorrhagie. Mais sur neuf cas d'adhérences soigneusement examinés, quatre seulement offraient cette sclérose. Dans les cinq autres cas, on trouvait la queue de l'épididyme saine à l'examen à l'œil nu et à la loupe. Une coupe faite suivant le diamètre transverse offrait le même aspect que celle d'un épididyme normal pris pour terme de comparaison ; les canaux séminifères se montraient béants et nombreux au milieu d'un tissu conjonctif normal ; pas de consistance indurée au toucher.

Enfin, l'examen histologique de coupes colorées au picro-carmin, à l'hématoxyline et à la purpurine (cette dernière, pour déceler l'état des muscles lisses, formant la paroi des canaux), prouvaient péremptoirement l'absence de toute lésion.

La vaginalite chronique, simple, adhésive, peut donc être indépendante de toute lésion de l'épididyme.

Ce fait n'a rien qui puisse nous surprendre. Si on admet que la vaginalite adhésive est consécutive à la blennorrhagie, comme nous l'indiquerons par la suite, la propagation de l'agent pathogène peut se faire par le système circulatoire général, comme en cas d'arthrite blennorrhagique. Mais elle peut se produire directement par le canal et remonter par l'épididyme sans que le passage de l'agent microbien produise d'inflammation, tout au moins assez accusée pour se traduire par des symptômes fonctionnels et occasionner des altérations permanentes de ces conduits.

Lésions du testicule. — Les adhérences de la vaginale amènent-elles la sclérose de l'organe qu'elle entoure, comme il arrive dans toute inflammation des séreuses vis-à-vis de l'organe qu'elles couvrent ?

L'orchite scléreuse atrophiante peut survenir sous l'influence de plusieurs causes. La plus fréquente est la syphilis qui, indépendamment des gommes, peut occasionner une orchite interstitielle. On a incriminé également l'orchite traumatique et l'orchite à la suite de maladies infectieuses, surtout les oreillons. Elle pourrait survenir par propagation d'une inflammation chronique de l'urèthre (blennorrhagie chronique, rétrécissements, écoulements uréthraux prolongés) et de varicocèle.

Enfin, au début de la vieillesse, on a décrit une orchite atrophiante spontanée, qui explique l'agénésie qui survient à cette époque de la vie.

Mais on ne me paraît pas avoir signalé de sclérose du testicule, consécutive aux altérations de la vaginale. Néanmoins mon collègue M. Pilliet (1) a fait faire un grand pas à la question en décrivant deux cas d'inflammation chronique du testicule consécutive à l'hématocèle. Or, on sait que l'hématocèle n'est autre qu'une vaginalite proliférante hémorrhagique. On savait déjà que, dans l'hématocèle vaginale hémorrhagique, le testicule s'atrophie à la longue ; mais les auteurs avaient pensé qu'il s'agissait là d'une atrophie simple. Pour Curling (2), la cause en serait l'altération de la nutrition, pour M. Duplay (3) la vascularisation anormale et la compression de la glande ; Kocher, Walther et Gosselin (4), MM. Cornil et Ranvier (5) se sont rangés à cette dernière opinion.

Or, M. Pilliet, sur trois examens de testicule, a trouvé deux fois de la sclérose. Dans un de ces cas, la sclérose se réduisait à une mince bande, située sous l'albuginée, comprenant une épaisseur de trois à cinq tubes en moyenne, les tubes sont diminués de volume et aplatis, leur membrane externe est très épaissie et leurs cellules présentent tous les degrés de l'atrophie, depuis une simple diminution de nombre jusqu'à la transformation graisseuse et l'oblitération du tube, dont la lumière est réduite à une fente allongée et irrégulière. A part cette bande de sclérose, le reste du testicule était normal.

Dans le second cas, le testicule tout entier était envahi

(1) Pilliet. *C.-R. de la Soc. de biol.*, 1887, 3e série, t. IV. p. 324.
(2) Curling. Trad. Gosselin, 1857, p. 239.
(3) Duplay. *Pathologie externe*, t. VII, fasc. ii.
(4) Walther et Gosselin. *Dict. de Jaccoud*, 1883, t. XXXV, p. 276.
(5) Cornil et Ranvier. *Histologie pathologique*, t. II, p. 663, 2e éd.

par des bandes de tissu scléreux se continuant largement avec l'albuginée. Un grand nombre de tubes étaient atrophiés, aplatis, sans lumière centrale. Les tubes de l'épididyme étaient exactement dans le même état d'atrophie, ce qui distinguait cette lésion du testicule sénile, avec lequel elle avait beaucoup de points de ressemblance, et de l'atrophie traumatique. L'endartérite était partout considérable.

Mais, si on admet la sclérose du testicule consécutive à l'hématocèle, beaucoup d'auteurs la mettent encore en doute dans les cas de vaginalite simple.

Dans la discussion qui suivit la communication de M. Paul Reclus à la Société de chirurgie, M. Monod, s'appuyant sur les recherches de M. Pilliet, pensa que la sclérose du testicule devait exister dans les cas d'oblitération de la vaginale. Il faisait la remarque que la sclérose des parenchymes, consécutive à l'inflammation chronique des séreuses qui les recouvrent, est un fait bien connu de pathologie générale.

M. Poulin (1) a résumé, dans sa thèse, les recherches faites sur ce point par MM. Charcot, Brouardel, Potain et lui-même.

C'était, du reste, l'opinion de Gosselin qui, dans une note de sa traduction de Curling, dit que :

« Sur un testicule anémique, et dont la tunique vaginale était oblitérée, il a positivement constaté l'existence de cordons fibreux remplaçant les tubes, à côté d'autres tubes encore apparents. Il y aurait ainsi dans l'anémie deux périodes : une première, caractérisée par la pâleur avec conservation du calibre des conduits excréteurs; une seconde, caractérisée par la pâleur, avec passage à l'état fibreux de ces mêmes conduits (2). »

M. Reclus, au contraire, n'admet pas la propagation de l'inflammation de la vaginale au testicule. Le testicule, protégé par sa carapace albuginée, est absolument isolé de la séreuse qui le recouvre. De plus, l'inflammation ne se propage que par les lymphatiques, et il n'y a aucune communication entre les lymphatiques du testicule et ceux de la vaginale : les lésions scléreuses du testicule sont donc consécutives à l'épididyme, ce sont des troubles récurrents.

Pour juger cette question, j'ai recherché (3) quel était l'état du testicule dans les cas d'adhérences vaginales.

La sclérose du testicule est rare dans les cas de vaginalite chronique simple.

Dans les cas où les adhérences sont légères et ne consistent qu'en quelques brides, le testicule est normal.

Quand les adhérences sont étendues, le testicule offre quelquefois (un cas sur quatre) de la sclérose partielle limitée aux points d'adhérence.

Tandis que, pour faire la statistique du nombre de cas présentant des adhérences vaginales, j'ai pris tous les sujets sans choix, ici, pour rechercher l'état du testicule, j'ai écarté :

Les vieillards chez qui on aurait pu objecter que la sclérose testiculaire était due, non aux adhérences vaginales, mais à la sénilité;

Les sujets offrant des cicatrices spécifiques, ganglions, plaques muqueuses, dont les lésions testiculaires auraient pu avoir pour cause la syphilis.

Je reproduis ici trois observations qui me paraissent convaincantes; en effet, dans l'Observation I, les lésions du testicule sont partielles et n'existent qu'aux points où il y a adhérence.

L'Observation II est d'un homme assez âgé, il est vrai, mais où les lésions n'existaient qu'au testicule où se trouvait une adhérence presque complète.

L'Observation III présentait des altérations avancées.

Les lésions testiculaires relatées aux Observations I et II sont les plus fréquentes.

A la coupe d'un testicule offrant des adhérences vaginales, on trouve un organe sain sur les surfaces de coupe où la vaginale est restée libre : la substance séminifère se déprime au doigt, on étire facilement sur une assez grande longueur, et sans les rompre, les tubes séminifères. L'examen à la loupe, sous l'eau ou même simplement l'examen à une lumière oblique, pour un œil myope, mais possédant une bonne acuité visuelle, montre que les tubes séminifères sont égaux entre eux comme calibre, sans interposition excessive de tissu conjonctif.

Mais, continuant les coupes du testicule, quand on arrive à la portion où l'on a observé les adhérences vaginales, on remarque, en quelques cas, un changement dans l'aspect de la surface de coupe.

Le tissu résiste davantage au doigt; si on veut étirer un tube séminifère, il se casse au bout de 1 à 2 centimètres. L'examen oblique et à la loupe révèle un aspect nacré de la substance, soit sur toute la surface de la coupe, soit principalement sur la partie périphérique la plus voisine de la vaginale altérée.

Si on procède à l'examen microscopique de cette partie du testicule, on observe les lésions de la sclérose au début.

Les tubes séminifères n'ont pas disparu; aucun n'a été étouffé par le stroma conjonctif, ils paraissent encore volumineux, égaux entre eux. Mais ils sont plongés dans un stroma conjonctif abondant et serré, bien plus considérable que sur un testicule sain. Sur une coupe à l'extrémité postéro-inférieure du testicule, où cet organe était entouré par une adhérence vaginale très prononcée, l'aspect était celui d'un tamis dont la substance aurait été constituée par le stroma conjonctif et dans les trous duquel passaient les tubes séminifères. Les artérioles offrent de l'endartérite et de la périartérite.

Cette lésion n'est que le premier degré d'une sclérose qui doit aboutir à l'étouffement des tubes séminifères. Mais je n'ai observé cet étouffement que dans un cas (Obs. III) d'un homme de trente-cinq ans : la lésion est alors identique à la sclérose atrophiante sénile. Par places, on observe des surfaces blanches nacrées, surtout proches de la vaginale. Et au microscope, ces surfaces sont constituées d'un stroma conjonctif, avec quelques rares tubes séminifères, réduits au quart et au cinquième de leur volume, altérés et en dégénérescence granulo-graisseuse.

L'évolution de la sclérose, en cas d'adhérences vaginales, doit, je le répète, être très lente, puisque le premier degré se rencontre assez fréquemment, alors que je n'ai observé l'atrophie que dans un cas.

La sclérose testiculaire peut donc accompagner la vaginalite chronique simple. Elle ne s'observe que dans les cas où celle-ci est étendue et prononcée et même alors elle

(1) Poulin. *Étude sur les atrophies viscérales consécutives aux inflammations chroniques des séreuses*, Paris 1881.

(2) Curling. *Traité des maladies du testicule*, trad. franç., p. 422, note du traducteur. Paris, 1857.

(3) F. Regnault. *C.-R. de la Soc. de biol.*, 26 mars 1892, p. 261.

n'est pas constante. Elle est partielle, périphérique, contiguë aux surfaces altérées. Elle consiste en l'hypertrophie du stroma conjonctif et aboutit rarement à l'atrophie des tubes séminifères.

Observation I. — Homme, âgé de trente-trois ans, mort de cancer de l'estomac. Le testicule gauche offre des adhérences à sa face externe et dans son tiers postérieur.

Le droit, dans son tiers postéro-interne, adhère en surface et par de larges brides. Rien d'apparent à la vue, ni au toucher, à l'épididyme.

Sur une coupe au tiers inférieur, la substance testiculaire gauche résiste à la pression du doigt; les canalicules séminifères se déroulent difficilement et se brisent immédiatement.

La vue oblique de la coupe faite au tiers inférieur, le testicule offre une apparence nacrée plus nette et démonstrative à l'examen sous l'eau et à la loupe.

Sur des coupes faites à la partie supérieure et moyenne, le testicule paraît sain.

Le testicule droit offre le même aspect, bien que moins accentué.

Des coupes de la partie inféro-postérieure du testicule gauche, colorées au picro-carmin, montrent qu'il n'y a pas disparition des canalicules séminifères qui sont tous égaux en volume, les uns par rapport aux autres. Mais le tissu conjonctif qui entoure ces canalicules est hypertrophié et épaissi.

Cet aspect est surtout net à l'extrémité postéro-inférieure du testicule. On dirait un treillis à mailles égales, par où passent les canalicules séminifères. Il y a endo-péri-artérite des petites artérioles.

Le testicule n'est sclérosé que dans son tiers postérieur, ailleurs les coupes sont normales.

Le testicule droit n'offre qu'une légère sclérose péri-canaliculaire analogue, mais moins accentuée que la précédente.

Obs. II. — Adulte, cinquante ans. Testicule gauche, adhérences complètes; antérieurement, on sépare difficilement les deux séreuses, ce qui est possible postérieurement.

La coupe de ce testicule est dure à la pression du doigt; il ne se laisse pas déchiqueter au doigt comme un testicule normal. A l'examen oblique et à la loupe, on observe un aspect nacré.

Testicule droit, petit kyste de la tête de l'épididyme.

Quelques rares adhérences postérieurement.

Examen histologique. — Testicule gauche, lésions identiques à celles décrites plus haut, mais étendues à tout le testicule.

Le testicule droit n'offre pas de lésions.

Obs. III. — Homme, âgé de trente-cinq ans. Pas de cicatrices, ni lésions spécifiques sur le corps.

Testicule droit, liquide séreux dans la vaginale; adhérences inféro-postérieures.

Le cul-de-sac n'existe plus.

Testicule gauche, petit, mou, offre des adhérences à la partie postérieure; le cul-de-sac a disparu dans la moitié de sa longueur.

A la coupe des deux testicules, existent des surfaces blanchâtres, d'où il est difficile de désencastrer les tubes séminifères, alors que, sur un testicule normal, ils se laissent facilement dérouler.

Le testicule gauche, près de la vaginale, offre un vaisseau gros comme une lentille, à parois épaisses, sclérosées, faisant saillie hors du stratum testiculaire.

Les lésions microscopiques offrent l'aspect des lésions du testicule syphilitique.

Les deux testicules sont semés de surfaces blanches nacrées, surtout proches de la vaginale, composées de tissu conjonctif, qui contiennent des vaisseaux enflammés et de rares tubes séminifères amincis au quart ou au cinquième de leur volume, étouffés dans la substance conjonctive; ils ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse.

Les parties profondes de la glande offrent des tubes séminifères nombreux, de calibre normal, avec leurs cellules typiques. Ils sont intacts, mais le tissu conjonctif qui leur sert de stroma est enflammé.

IV

Étiologie. — La vaginalite chronique adhésive peut reconnaître pour cause la propagation de l'inflammation des organes voisins : le testicule ou l'épididyme.

Quand le testicule est en cause, on a ordinairement affaire à une tuberculose ou une tumeur maligne de cet organe (sarcome, carcinome) ou une orchite traumatique. Mais comme la séreuse est séparée de cet organe par l'albuginée, membrane épaisse et très résistante, il faut que l'obstacle, que cette dernière offre à la propagation de l'inflammation, soit rompu, pour qu'il y ait vaginalite. Ce cas ne peut se produire que lorsque la tumeur tend à s'abcéder au dehors et à former fongus.

En ces cas, l'adhérence vaginale n'est qu'un épiphénomène insignifiant du tableau clinique.

M. Reclus a montré la non-propagation de l'inflammation du testicule à la vaginale. En clinique, l'atrophie testiculaire syphilitique ou à la suite de maladies infectieuses, oreillons, variole, n'amène pas d'adhérences.

MM. Terrillon et Schwartz ont démontré expérimentalement ce fait déjà établi en clinique. Les injections de substance irritante dans le testicule ne provoquaient d'adhérences qu'au cas où il y avait transformation purulente.

On ne comprend pas comment, si l'inflammation ne peut se propager (sans fongus) du testicule à la séreuse, elle le puisse inversement de la séreuse au testicule.

Mais ne serait-ce là qu'une constatation de fait déjà rendue évidente et dans l'hématocèle par M. Pilliet et dans l'adhérence vaginale, un fait n'a pas besoin d'être expliqué pour être admis. Néanmoins, on peut penser qu'il n'y a pas ici contradiction formelle. S'il y a sclérose du testicule, il n'est pas forcé que cette sclérose soit consécutive à l'inflammation de la séreuse, elle peut avoir été produite en même temps et par le même agent pathogène : le gonocoque, par exemple, si on admet, comme nous le démontrerons plus tard, que la blennorrhagie est la cause la plus fréquente des adhérences vaginales.

Autant les adhérences sont rares dans les maladies du testicule, autant elles sont fréquentes à la suite d'épididymite.

La vaginalite subaiguë, dit M. Reclus (1), accompagne, dans un certain nombre de cas, l'épididymite tuberculeuse.

Mais la cause, de beaucoup la plus fréquente, est l'épididymite blennorrhagique. Comme nous l'avons déjà indiqué à l'anatomie pathologique, tous les auteurs, Percival Pott, Curling, Fournier, Sigmund, Ricord, Aubry, Lapata, Gosselin, Rocher, Schepolern, MM. Nélaton, Reclus, Terrillon et Schwartz, ont été d'accord pour signaler la fréquence des lésions vaginales dans l'épididymite blennorrhagique.

Mais s'il existe une vaginalite par propagation, l'inflammation ne peut-elle se fixer primitivement et d'emblée sur la séreuse? Le fait est admis pour les autres séreuses de l'économie : pleurésie, péritonite, méningite, pourquoi ne le serait-il pas pour la séreuse vaginale?

La fréquence des adhérences vaginales (un tiers des cas) empêche d'en rechercher toujours la cause dans l'inflam-

(1) Reclus. *Du tubercule du testicule*, Th. de Paris, 1867.

mation d'un organe voisin. De plus, nous avons vu en anatomie pathologique que la vaginalite chronique peut se manifester sans lésions appréciables de l'épididyme. Quelle serait la ou les causes de la vaginalite primitive ?

Les traumatismes, coups, chutes sur les parties, pourraient être invoqués. Sans aller jusqu'à provoquer une orchite, ils pourraient être une cause suffisante pour amener un peu de vaginalite et des adhérences consécutives.

Or on sait combien les coups sont fréquents, ils pourraient donc justement expliquer la fréquence des adhérences vaginales. Il faut rapprocher des traumatismes les adhérences amenées par la cure radicale de l'hydrocèle, soit au moyen d'injections irritantes (teinture d'iode, etc.), soit d'une incision, comme l'a préconisée Volkmann.

Mais le traumatisme devrait amener des adhérences sur les testicules d'enfants comme sur ceux d'adolescents ou de vieillards ; or l'examen d'un grand nombre de testicules d'enfants à la salle d'autopsie de l'hôpital des Enfants-Malades, m'a montré qu'à cet âge, *ils étaient toujours sans adhérence aucune*. Cependant les enfants surtout sont exposés aux traumatismes de cette région. Le traumatisme n'est donc qu'une cause assez rare d'adhérences.

La vieillesse n'a pas non plus l'apanage des adhérences vaginales, comme on pourrait le penser en consultant les statistiques de MM. Duplay et Reclus. En effet, ces chirurgiens ont opéré à Bicêtre et n'avaient guère que des vieillards à leur disposition. Faisant mes recherches dans des hôpitaux généraux et des amphithéâtres, j'ai trouvé que ces adhérences étaient aussi fréquentes chez les adolescents que chez les vieillards.

La cause qui semble de beaucoup la plus fréquente est la « blennorrhagie ». C'est en effet une maladie extrêmement répandue et qu'on retrouve dans presque tous les cas.

Si on interroge les malades au point de vue de leurs antécédents, et qu'on les retrouve ensuite sur la table d'amphithéâtre, on voit que la cause la plus fréquemment avouée est la blennorrhagie.

Nous avons ainsi établi un certain nombre d'observations que nous répartirons dans le tableau suivant :

Sur 9 individus ayant avoué une blennorrhagie, 3 avaient une vaginale saine, 6 avaient une vaginale malade. Sur ce nombre, deux seuls avaient eu une épididymite.

Sur 12 individus ayant récusé toute blennorrhagie, 10 ont eu à l'autopsie une vaginale saine, 2 ont eu à l'autopsie une vaginale malade.

On remarque de suite la relation entre la blennorrhagie et la vaginalite.

Or, si l'on songe combien il est difficile d'interroger des malades graves, on pensera qu'on a bien pu recueillir quelques fausses négations dans la première catégorie. Car l'un des deux qui se disaient non blennorrhagiques et chez qui on a trouvé des altérations vaginales, ne parlait qu'italien.

Il faut songer de plus qu'il existe des blennorrhagies indolores, quant à l'écoulement, et qui peuvent ne se révéler à leur porteur que par leurs complications. Si les gens de la classe aisée, soigneux de leurs personnes, s'aperçoivent des premières manifestations de la blennorrhagie, tout autre est le manouvrier insoucieux de sa santé. Il vient consulter, porteur d'une complication telle que bubon suppuré, épididymite, et s'indigne quand on lui dit qu'il a une blennorrhagie. A l'entendre, il n'a jamais éprouvé de douleurs en urinant, ni observé aucun écoulement. On dépistera le mal aux quelques taches sur la chemise et à la rougeur du méat à défaut d'écoulement si le malade vient d'uriner.

V

Symptômes. — Si une blennorrhagie peut rester ignorée, *a fortiori* une vaginalite simple qui ne s'accompagne que de symptômes sourds.

Nous avons questionné et examiné de nombreux blennorrhagiques, et il nous a été rarement possible d'établir, d'une façon ferme, ce diagnostic. On ne le pourra que sur de rares sujets chez qui on retrouvera et les signes et les symptômes commémoratifs que je vais énumérer.

Premier groupe. — Sujets chez qui les signes et symptômes se trouvent réunis.

A. *Symptômes fonctionnels.* — Dans le cours d'une blennorrhagie, le malade ressent des douleurs sourdes dans une des bourses, douleurs bien moins intenses que dans la blennorrhagie.

S'il est soigneux de sa personne, il pourra craindre une épididymite et gardera le lit : au bout de deux ou trois jours tout sera passé ; ce n'aura été qu'une fausse alerte (Obs. IV).

S'il est insouciant, il continuera à vaquer à ses occupations (Obs. V), avec ou sans suspensoir. Les douleurs ne forcent pas à garder le repos. Et la terminaison s'effectuera généralement comme dans le premier cas.

Obs. IV. — M..., étudiant en médecine, attrape, vers la mi-juin 1887, une blennorrhagie. Vers le début d'octobre, il a une épididymite gauche bien caractérisée qui dure huit jours.

Le 12 octobre, elle entre en résolution, le malade vaque à ses occupations, quand, le 25 du même mois, il ressent une douleur à l'épididyme droit, douleur de même nature, quoique moins forte, que celle ressentie au début de l'épididymite précitée : elle siégeait au cordon, le long du canal inguinal, et dans le testicule. Mais à l'examen, l'épididyme est sain. Néanmoins il croit à une nouvelle atteinte et garde le repos absolu avec cataplasmes. Au bout de deux jours, toute douleur avait disparu et ce n'était qu'une fausse alerte. Mais à l'examen du testicule, sur sa face externe, on sentait, pour la première fois, une bride transversale, et de chaque côté le testicule bombait : on aurait dit qu'il avait été serré par un lien. De plus, il donnait au toucher une sensation de dureté qu'on ne trouve pas sur le testicule normal.

Cet aspect ne disparut pas, et, trois ans après, ayant eu l'occasion de revoir le malade, nous retrouvâmes le testicule dans le même état.

Obs. V. — A la consultation de l'hôpital du Midi (août 1891), vient un jeune homme porteur d'une blennorrhagie qui date de deux mois. Il en a déjà eu une qui a duré un an.

Six mois après sa première blennorrhagie, il a eu des douleurs sourdes du testicule gauche avec tiraillements du cordon. Il n'a jamais gardé le lit, mais il avait un suspensoir et le soir en se couchant il mettait des cataplasmes.

Ces douleurs disparurent au bout de quelques jours.

Or, à l'examen des testicules, on ne trouve rien à droite, mais à gauche, le testicule est dur, résiste au doigt, et offre une courbe très accentuée en dehors : on le dirait serré avec un lien.

Le malade ne s'en plaint aucunement.

B. *Signes physiques.* — Si, au moment où éclatent ces symptômes, on examine l'épididyme, on reconnaît qu'il est sans noyau d'induration, souple et indolore comme à

l'état normal. De même le cordon est normal. Il ne s'agit donc ni d'épididymite, ni de déférentite.

C'est l'examen du testicule qui donnera la clé du diagnostic.

Au toucher, le testicule est sensible mais non très douloureux ; et, signe capital, on peut le trouver en bissac, ou mieux bridé de façon à former une dépression sur sa face externe.

Pour rechercher ce dernier signe, il ne faut pas prendre le testicule à pleine main ni à deux mains. Le mieux nous a paru de se mettre du côté opposé au testicule malade ; de le saisir entre le pouce placé en dedans et les quatre doigts réunis en dehors, et de le faire ainsi glisser légèrement. On percevra bien ainsi les deux saillies du testicule séparées par un creux.

On se fera une idée de la lésion qui donne cet aspect au testicule, si on se reporte à l'anatomie pathologique. Les adhérences et l'épaississement de la vaginale se font principalement à la partie postérieure, et, dans les cas de moyenne intensité, on les observe en arrière, tandis que le reste de la vaginale est sain. Faisant glisser le testicule entre les doigts, on percevra le ressaut à la ligne où les deux tuniques séreuses adhèrent.

En même temps que ce ressaut, on sentira que le testicule est dur, résiste à la pression du doigt et qu'il a une rénitence qu'on n'observe pas sur un testicule normal.

Ces altérations sont permanentes, et, lorsqu'on les a observées sur un sujet, elles nous paraissent devoir persister toute sa vie. Les adhérences séreuses ne sont pas, en effet, susceptibles de disparaître avec le temps. Et dans l'Observation IV, je l'observai trois ans après sans aucune modification.

Deuxième groupe. — Sujets chez qui il n'existe que des signes physiques.

Dans le cours d'une blennorrhagie, on pourra avoir les signes d'une vaginalite chronique alors que le malade ne se plaindra d'aucun symptôme : soit que la douleur soit assez faible pour qu'il n'en ait tenu aucun compte, soit que réellement il n'en ait pas eu.

La blennorrhagie terminée, on pourra, plus tard, retrouver ces signes physiques sur le sujet qui, néanmoins, niera avoir eu aucun symptôme du côté des bourses, soit qu'il les ait oubliés, soit qu'il y ait eu inflammation insidieuse.

Dans ces deux cas, le diagnostic ne doit se poser que si les signes sont absolument nets.

En effet, il faut se garder de prendre, pour une bride testiculaire, la dépression qu'on peut observer entre le testicule et la queue de l'épididyme dans le cas où celle-ci commence à devenir variqueuse, comme il arrive chez les vieillards. En ce cas, l'épididyme est mou, il en est de même du testicule.

De même, chez quelques sujets, la courbe de réunion des deux vaginales, à la partie postérieure du testicule, peut donner la sensation d'un léger ressaut. Mais le testicule est mou, cette sensation de ressaut est tout à fait à la partie postérieure du testicule, et non vers son milieu ou son tiers postérieur ; ce ressaut n'est pas ferme, et n'offre pas la sensation d'une bride serrée qui étrangle le testicule.

Nous avons dressé le tableau ci-contre d'après un certain nombre de blennorrhagiques, vus à l'hôpital du Midi, en août 1891. Il montre la fréquence des signes et des symptômes de vaginalite.

NUMÉROS	AGE	BLENNORRHAGIE antérieure.	Durée de la blennorrhagie actuelle.	SIGNES fonctionnels.	SIGNES PHYSIQUES	
					Testicule droit.	Testicule gauche.
1	21 ans.	Une qui dura 3 semaines, il y a 2 ans.	15 j.	Néant.	Néant.	Néant.
2	20 —	Néant.	18 m.	Petites douleurs aux 2 bourses, assez vives en marchant ; ne durent qu'une hre.	Dur et nettement bridé et courbe.	Dur et nettement bridé et courbe.
3	26 —	»	2 m.	Néant.	Néant.	Néant.
4	17 —	»	18 j.	»	»	»
5	24 —	»	3 m.	»	»	Dur et incurvé.
6	19 —	»	15 m.	A eu une orchite droite.	Queue indurée, testicule paraît normal.	Incurvé.
7	27 —	»	15 j.	Néant.	Néant.	Néant.
8	30 —	A eu une blennorrhagie.	8 j.	»	»	»
9	18 —	»	2 m.	A eu une orchite droite.	Induration de la queue.	»
10	22 —	A eu, il y a 3 ans, une blennorrhagie qui dura 6 semaines, avec orchite droite.	qq. j.	Néant.	Induration de la queue.	Induré et courbe.
11	32 —	A eu une blennorrhagie à l'âge de 18 ans.	2 m. 1/2	Néant.	Néant.	Néant.
12	26 —	*Idem*, à l'âge de 20 ans.	15 j.	Douleurs dans les bourses.	Néant.	»

Il n'y a donc, sur 12 cas, que 4 où on ait trouvé un ressaut bien net, et, sur ces 4, qu'un où il y ait eu quelques symptômes fonctionnels.

Ce tableau nous amène à rechercher s'il n'existe pas de vaginalite latente.

Troisième groupe. — Vaginalites sans symptômes fonctionnels, ni signes physiques. Ce sont de beaucoup les cas les plus fréquents.

Pour s'en assurer, il suffit d'examiner, par la palpation, les testicules de décédés et d'ouvrir ensuite la vaginale. On reconnaîtra qu'il est impossible de diagnostiquer la grande majorité des vaginalites chroniques qui ne sont qu'une trouvaille d'autopsie.

Observation I. — Examen à la palpation : testicule gauche, rien ; testicule droit, petit kyste gros comme une lentille à la face externe en arrière sur la partie médiane.

Autopsie : testicule gauche, rien ; testicule droit, le kyste existe. Il y a adhérence à la partie postérieure de la vaginale.

Obs. II. — Examen à la palpation : testicule gauche, rien ; testicule droit, on sent une bride à l'union des deux tiers postérieurs avec le tiers antérieur, bride dure et épaisse.

Autopsie : testicule droit, une demi-cuillerée à café de liquide citrin. La bride existe très accentuée ; testicule gauche, il y a une demi-cuillerée à café de liquide et une bride très accentuée.

Obs. III. — Examen : testicules droit et gauche, néant.
Autopsie : idem.

Obs. IV. — Examen : néant.
Autopsie : idem.

Obs. V. — Examen : testicules droit et gauche mous et petits.
Autopsie : testicule droit, varices de la queue ; testicule gauche, sain.

Obs. VI. — Examen : néant.
Autopsie : idem.

Obs. VII. — Examen : néant.
Autopsie : idem.

Obs. VIII. — Examen : rien de net.
Autopsie : testicule droit, néant; testicule gauche, une cuillerée à café de liquide citrin. En arrière, sur la face externe, bride épaisse longue de 8 millimètres environ.

Obs. IX. — Examen : néant.
Autopsie : testicule droit, quelques gouttes d'un liquide clair citrin. Plaque d'inflammation sur la séreuse testiculaire, épaisse, saillante, blanc mat, sans adhérences avec la vaginale pariétale; testicule gauche, paraît atrophié. Épaississement de la vaginale en bas et en dehors, à l'union des deux feuillets. Point en avant sur la face interne où les deux vaginales adhérentes forment un pont entre elles.

Il est facile de multiplier les tentatives, mais ces quelques observations nous ont paru pleinement suffisantes pour montrer combien il est rare de pouvoir diagnostiquer la vaginalite chronique, alors que celle-ci est une lésion si fréquente, dans les villes tout au moins, car ce sont des citadins, célibataires le plus souvent, non réclamés par suite, que nous avons presque toujours dans nos amphithéâtres.

Si nous avions affaire à des campagnards ou des gens mariés jeunes, chez qui la blennorrhagie est moins fréquente, il est probable que nous aurions une moins forte proportion.

VI

Pronostic. — La vaginalite chronique ne paraît pas constituer une affection grave, puisque le malade n'en souffre pas. Mais il faut rechercher si elle ne peut être cause d'autres affections plus graves et plus importantes, à savoir la stérilité et l'hydrocèle.

On voit souvent des ménages stériles où la femme n'a rien à se reprocher et l'homme une simple blennorrhagie sans orchite, soit que l'union reste définitivement stérile, soit qu'au bout d'un certain nombre d'années, la femme vienne à concevoir, sans que cependant aucun soupçon injurieux puisse lui être adressé.

Le fait est ici le même que celui de sujets atteints d'orchite double qui peuvent, dit-on, récupérer leur pouvoir fécondant au bout de longues années.

Si la stérilité pouvait être provoquée par de simples adhérences vaginales, on comprendrait le fait suivant qu'admettent de nombreux observateurs : à savoir qu'une orchite unilatérale peut néanmoins amener la perte du pouvoir fécondant. MM. Liégeois et Terrillon (1) auraient vu qu'en ce cas, les zoospermes seraient moins nombreux et moins actifs.

Or, on ne peut admettre que l'arrêt de fonction d'un seul testicule suffise pour faire disparaître le pouvoir fécondant de l'autre.

On sait, en effet, que la perte d'un testicule ou la monorchidie ne suffit pas à rendre un individu stérile, si l'autre testicule est normal.

Ces faits s'expliqueraient merveilleusement, si on admettait que l'autre testicule a pu être atteint de vaginalite chronique simple avec sclérose.

Mais tout d'abord la vaginalite chronique est-elle une cause de stérilité? M. Paul Reclus a voulu éclaircir cette question et a examiné plus de 300 testicules : 23 offraient des adhérences et, sur 12, la fusion entre les deux feuillets de la vaginale n'était pas absolue : « Les cinq sixièmes de la séreuse étaient oblitérés par des néo-membranes épaisses et résistantes, mais il restait encore un espace libre capable de loger un haricot ou un pois. » Ces cas devraient donc être écartés, bien que quatre fois les spermatozoïdes fissent défaut, alors que huit autres fois ils se rencontraient en abondance.

Dans les autres cas, l'oblitération était complète, définitive, par une fusion des feuillets, d'une dureté telle que, pour isoler le testicule, il fallait le sculpter dans la gangue fibreuse ; dans ces 12 cas, les spermatozoïdes ne manquaient que 3 fois et, 9 autres fois, ils existaient sans conteste.

Et même chez les trois sujets qui manquaient de spermatozoïdes, dit M. Reclus, on ne peut dire que l'oblitération de la vaginale en eût été la cause, car ils avaient soixante-dix ans, quatre-vingt-un ans et quatre-vingt-quatre ans. Or les recherches de Duplay père, de Dion et de M. Paul Reclus montrent qu'à cet âge, les spermatozoïdes manquent dans plus de la moitié des cas (1).

Mais il ne suffit pas, pour savoir si un individu est stérile, de rechercher si son sperme a des animalcules, même abondants. Même alors le sperme peut être privé de propriétés fécondantes, les animalcules ne présentant pas de mouvements ou n'offrant qu'une faible vitalité. Pareille recherche est incommode sur l'homme où il est délicat de se procurer du sperme immédiatement après l'émission. Mais c'est là une opinion reçue en médecine vétérinaire et il n'y a pas de raison pour ne pas la généraliser à l'homme.

Friedberger et Fröhner (2) disent en effet :

« Il est des cas où le liquide séminal renferme des spermatozoïdes, mais ceux-ci sont morts ou immobiles, phénomènes dus très probablement à des états inflammatoires chroniques ou dégénératifs des canalicules séminifères... »

Tout récemment, MM. Balzer et Souplet (3) ont recherché la présence des spermatozoïdes chez les sujets atteints d'orchite double. Ils ont reconnu que, si les spermatozoïdes font habituellement défaut à la suite de l'orchite récente, on les retrouve souvent dans les cas d'orchite double ancienne. Et de plus, la disparition du noyau épididymaire ou sa persistance n'aurait pas grande valeur comme indice du retour ou de la disparition définitive des spermatozoïdes. La conception de la stérilité par occlusion des canaux épididymaires n'était pas, en effet, physiologique. Car cette occlusion, durable et permanente d'un canal excréteur, aurait amené un gonflement démesuré de la glande qu'elle dessert ou son atrophie, faits qu'on n'observe pas. La présence de spermatozoïdes, malgré l'induration de la queue, prouve que le canal fonctionne bien et que, s'il y a stérilité, elle est due simplement à l'état des spermatozoïdes morts ou doués d'une faible vitalité,

(1) Liégeois et Terrillon. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Testicule, chap. Orchite.

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 597.
(2) Friedberger et Fröhner. *Traité de pathologie et de thérapeutique spéciales des animaux domestiques*, trad. de l'allemand par Cadiot et Riest, p. 326.
(3) Balzer et Souplet. Soc. franç. de dermat. et de syphil., session du 22 avril 1892.

parce qu'ils ont été sécrétés par un testicule malade sclérosé, en même temps que se produisait de la vaginalite.

Le cas me paraît le même chez notre malade de l'Observation clinique IV ; il offre des spermatozoïdes nombreux mais immobiles et, marié, il n'a pas eu d'enfants.

Donc, comme l'a fait remarquer justement M. Monod, il faut tenir compte de la sclérose testiculaire possible. En cas d'adhérences vaginales, nous avons dit qu'elle était rare, partielle, localisée aux points où existaient les adhérences. Mais elle peut être généralisée quand les adhérences sont étendues, et, bien qu'elle aboutisse rarement à l'étouffement absolu des canalicules, le seul fait de l'hypertrophie du stroma conjonctif peut suffire à vicier leurs produits et diminuer la vitalité des spermatozoïdes.

Ce serait là une cause rare mais possible de stérilité.

La seconde maladie qu'on peut rapporter à la vaginalite chronique adhésive est l'hydrocèle.

Alors que la plupart des auteurs, Curling, Nélaton, Humphry, Cooper, Boyer regardaient l'hydrocèle comme une lésion essentielle, primitive et indépendante de toute altération du testicule, M. Panas (1) montra, au contraire, que l'hydrocèle s'accompagnait fréquemment d'une altération de la queue de l'épididyme. Dans huit observations, il a retrouvé cette induration s'étendant, dans quelques cas, jusqu'au corps qui était gros et douloureux à la pression. Or, aucun de ces malades n'avait accusé d'orchite; ils étaient indemnes de syphilis, de blennorrhagie et de diathèse tuberculeuse. On avait affaire à une épididymite subaiguë, et, comme telle, indolente ou à peine douloureuse. Quand cette induration est volumineuse, dit M. Panas, elle se diagnostique aisément; mais quand elle est petite, elle peut passer facilement inaperçue et « engendrer ces hydrocèles réputées essentielles ». Or, la plupart des malades adultes ont dépassé la quarantaine et même la cinquantaine, et à cet âge les altérations du col de la vessie et de la prostate sont communes (calculs prostatiques, graviers uriques, hypertrophie de la prostate, état varicoïde du col), on est tenté d'attribuer à un travail irritatif, sourd, de ces parties, qui retentit jusqu'à l'épididyme et au testicule, la cause première de cette orchite.

Après le remarquable travail de M. Panas, on a admis l'inflammation de l'épididyme comme cause possible de quelques cas d'hydrocèle.

Mais, la méthode curative de Volkmann (large incision de la tunique vaginale) permettant d'examiner la vaginale, on a reconnu que souvent il n'y avait pas d'altérations apparentes de l'épididyme. Mais on trouva très fréquemment de petits kystes de l'épididyme, des corps étrangers libres ou adhérents, des exsudats sanguins ou pseudo-membraneux, des plaques calcaires ou cartilagineuses : c'étaient là des signes de vaginalite chronique adhésive.

S'il est des cas d'hydrocèle qui paraissent se produire sans lésions de la vaginale, il faut songer que ces adhérences peuvent être très faibles.

Reportez-vous à l'anatomie pathologique de la vaginalite, vous y verrez que, dans quelques cas, on peut observer un simple épaississement de la partie postérieure de la vaginale, au point où les deux feuillets pariétaux et viscéraux se réunissent. De plus, en ces cas, nous avions vu qu'on trouve très souvent, ainsi que Duplay l'avait déjà remarqué, quelques grammes d'un liquide séreux et citrin, augmentez-le en quantité et vous aurez l'hydrocèle clinique constituée (1).

(1) Panas. *Arch. gén. de méd.*, 1872.

L'épididymite paraît n'être qu'un épiphénomène dans la production de l'hydrocèle. C'est parce qu'elle s'accompagne très fréquemment de vaginalite, comme tous les auteurs l'ont reconnu, qu'elle peut coexister avec l'hydrocèle.

VII

Conclusions. — La vaginalite chronique plastique est d'une extrême fréquence : un tiers environ des sujets pris au hasard en sont atteints.

La cause en est généralement une ancienne blennorrhagie.

La vaginalite plastique, avec adhérences consécutives, peut se développer dans le cours d'une blennorrhagie, sans épididymite concomitante.

Les signes de la vaginalite sont très obscurs, la plupart des adhérences ne peuvent être diagnostiquées qu'à l'autopsie.

Néanmoins, en quelques cas devra-t-on y penser, quand chez un blennorrhagique on observera pendant quelques jours des douleurs testiculaires sans épididymite concomitante au toucher; et on trouvera une incurvation du testicule provoquée par une bride.

La vaginalite chronique, si elle est limitée et faible, ne retentit pas sur le testicule. Si elle est généralisée et intense, en quelques cas, on trouve une sclérose au début et partielle de cet organe. La sclérose avec disparition des tubes séminifères est très rare.

On doit se demander si cette sclérose n'est pas une cause de stérilité par faiblesse des spermatozoïdes, surtout dans le cas où l'autre testicule deviendrait impuissant par sclérose de la queue de l'épididyme.

On observe souvent avec les adhérences vaginales, même légères, un léger degré d'hydrocèle. Elles pourraient donc provoquer cette maladie.

(1) De la vaginalite chronique, cause de l'hydrocèle, *Bull. de la Soc. anat.*, déc. 1891, fasc. XXII, p. 662.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. Brown-Séquard et d'Arsonval, en raison de l'affluence inattendue des demandes qui leur sont faites, se voient obligés de borner *actuellement* leurs envois aux médecins ayant déjà des malades en traitement. Ils ne pourront reprendre leur distribution de liquide sur une plus vaste échelle qu'après les vacances.

— *Missions scientifiques.* — M. le docteur Jules Janet est chargé d'une mission en Allemagne pour étudier le fonctionnement des cliniques des maladies des voies urinaires.

M. le docteur Paul Berthod et M. Lacroix, préparateur de chimie à l'École supérieure de pharmacie, sont chargés d'une mission en Turquie d'Europe et en Turquie d'Asie, pour étudier, le premier, l'organisation de l'enseignement médical au point de vue de la gynécologie et de l'obstétrique, et le second, l'état de la pharmacie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cabrillac (de Serignan), Chesseret (de Brout-Vernet), Chevalier (de Soubize), Clément (de Marauville) et Choisnet (de Durtal).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les pierres du poumon, de la plèvre et des bronches, et la pseudo-phthisie pulmonaire, d'origine calculeuse, par le docteur S.-A.-Marius Poulalion, ancien interne des hôpitaux et de l'hospice de la Salpêtrière. 1 vol. in-8°. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Steinheil.

Manuel d'anatomie microscopique et d'histologie, par P.-E. Launois, préparateur-adjoint d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, ancien interne des hôpitaux, et H. Moran, préparateur-adjoint d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, lauréat de la Faculté de médecine. Préface de M. Mathias Duval, professeur d'histologie à la Faculté, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-18 cartonné. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

La vision chez les idiots et les imbéciles, par les docteurs Marie et Bonnet, anciens internes des asiles de la Seine. Grand in-8° de 140 pages, avec figures et deux planches en couleurs. — Prix : 4 francs. — Paris, O Doin.

Du curetage de l'utérus, sa technique et sa valeur, par le docteur Berlin (de Nice). In-8° de 92 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

93

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.) Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..................		
Chlorure de sodium..................		
Matières organiques..................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

38

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge: il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

43

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL: **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

19

DROGUERIE MÉDICINALE PATRE

Seule maison s'occupant exclusivement, depuis plus de cinquante ans, de la fourniture des médicaments aux **Médecins** et aux **Hospices.**

Maison de confiance, recommandée.

MÉRÉ et Cie, pharm. de 1re classe, ex-interne des hôpitaux de Paris, à Orléans (Loiret).

PRIX COURANT FRANCO, SUR DEMANDE

79

GUÉRISON DES FLUEURS BLANCHES

par les **OVULIDES GAUTHIER-ROBERT à la glycérine solidifiée.**

Gauthier, 121, rue de Turenne, Paris.

5

ANALYSE DE JUILLET DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de juillet, a été faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois:

Densité à 15°		1032.400
	gr.	
Beurre par litre.	52.200	
Albumine.	5.900	
Caséine.	28.800	
Sucre de lait	54.600	
Sels.	6.500	
Total des matières fixes. . .	148.000	148.000
Eau		884.400

L'analyse des sels a donné par titre de lait:

	gr.
Acide phosphorique.	2.118
Acide sulfurique	0.145
Potasse	1.494
Soude	0.604
Chaux	1.716
Magnésie	0.180
Acide carbonique, chlore, fer, etc. . .	0.243
Total.	6.500

Prix:	Dans les dépôts. . .	65 c. le litre.
	— . . .	40 c. le 1/2 litre.
	Rendu à domicile. .	70 c. le litre.
	— . . .	45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. Nicolas, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

33

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux,** du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

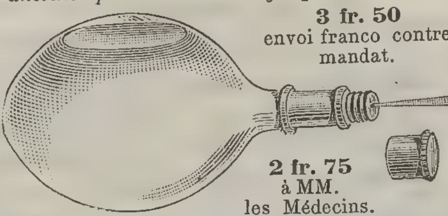
A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, phien, ex-préparatr à l'Ecole de médecine et de pharmacie, rue Victor-Hugo, 14, LYON.

42

CHLORÉTHYLE DU Dr BENGUÉ

anesthésique local et analgésique instantané.



3 fr. 50 envoi franco contre mandat.

2 fr. 75 à MM. les Médecins.

Dr Bengué, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

73

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient:

0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,

exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que: **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles,** etc.....

Doses. — Enfants: 1 cuillerée à café;
Adultes: 1 cuillerée à soupe,
avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon: CINQ FRANCS.

Dépôt: à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon: QUATRE FRANCS.

Dépôt: Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros: Chez tous les droguistes.

29

A VENDRE OU A LOUER

A CONTREXÉVILLE (Vosges)

belle habitation d'un médecin qui avait la plus importante clientèle de la station. Conviendrait à un docteur sérieux qui voudrait s'établir.

S'adresser, à Paris, à M. Ed. Brongniart, 14, rue Cuvier, de onze heures à midi.

79

ANTISEPTIQUES GRANULÉS BERTHIOT

Benzonaphtol Berthiot GRANULÉ

Naphtol B. Berthiot GRANULÉ

Béthol Berthiot GRANULÉ

Salol Berthiot GRANULÉ avec $NaO2Co^2$

Salicylate de bismuth Berthiot GRANULÉ

Salicylate de magnésie Berthiot GRANULÉ

Leur emploi supprime émulsions et cachets toujours acceptés avec répugnance par les malades. Pas de dégoûts, pas de nausées à craindre. Administration facile, même chez les enfants. Chaque flacon est accompagné d'une mesure contenant 2 gr. de granules antiseptiques, qui représentent 20 centigr. de l'antiseptique prescrit. — Dépôt général: Phie Berthiot, 107, faub. Saint-Antoine, Paris.

72

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre; 2° le catgut nos **1, 2, 3, 4, 1** fr. **25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective,* **1** fr. **25** le mètre; 4° le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 1er août 1892.

A la fin de l'année dernière, le conseil de surveillance de l'Assistance publique avait fixé, à vingt-cinq ans, la limite d'âge pour le concours de l'internat des hôpitaux; cette limite devait être appliquée à partir du concours de 1893. Un des premiers, nous avons protesté, avec presque toute la presse médicale, contre les inégalités regrettables que ces nouvelles dispositions créaient entre diverses catégories de candidats. Les étudiants en médecine, vivement émus, ont signé des pétitions, d'abord contradictoires, et différant sur certains des points en litige. Il paraissait difficile d'établir un accord unanime; or, l'Association des étudiants a imaginé et proposé une solution qui a l'avantage de les protéger mieux qu'une limite d'âge et de rétablir l'égalité entre tous les candidats. Cest à cette mesure que se rallient tous les étudiants en médecine; c'est elle qu'ils ont demandé au conseil de surveillance de vouloir bien appliquer :

Elle est ainsi conçue :

Les étudiants ne pourront concourir pour l'internat que pendant les six années qui suivront la prise de la première inscription.

Les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comprises dans ce délai.

Ainsi, un étudiant, âgé de dix-neuf ans, prenant, au mois de novembre 1890, sa première inscription, pourra encore prendre part au concours qui s'ouvrira en octobre 1896, s'il n'a pas fait de service militaire; s'il a fait un an de service, il pourra prendre part au concours qui s'ouvrira en octobre 1897, et ainsi de suite.

Cette mesure aurait des avantages considérables :

I. Tout d'abord, elle laisse le temps à la grande majorité des étudiants français;

1° De faire leur première année de service militaire;

2° De préparer l'internat pendant six années et de se présenter à quatre concours environ;

3° D'obtenir avant le délai légal leur titre de docteur en cas d'échec à l'internat.

II. Cette limite place dans des conditions égales tous les candidats :

Les étrangers, les réformés, les femmes, qui constituent la moitié environ des étudiants en médecine, n'auront plus l'avance que leur donnait l'année de service de leurs camarades : ils auront exactement le même nombre de concours que leurs concurrents soldats. (Cela donne satisfaction à une première pétition demandant un concours de plus pour ceux qui doivent faire une année de service.)

III. Enfin, au contraire d'une limite basée sur l'âge, elle n'élimine pas fatalement du concours les nombreux candidats qui commencent leurs études trop tard : soit qu'il s'agisse d'étudiants qui, par suite de circonstances dignes d'intérêt, ont fait trois ans de service militaire; — ou d'étrangers venus tard en France; — ou d'étudiants auxquels leur situation de fortune n'a pas permis des études secondaires rapides : — ou d'étudiants qui se sont livrés, avant leurs études médicales, à d'autres études supérieures (pharmacie, sciences, droit, lettres).

En présence de ces considérations capitales, les organisateurs des différentes pétitions, réunis aux membres de l'Association des étudiants, proposent l'adoption de la mesure qu'ils viennent d'indiquer.

Cette mesure serait applicable à partir du concours d'octobre 1896 inclusivement.

Nous avons le plaisir d'annoncer que, sur le rapport de M. Brouardel, cette proposition vient d'être adoptée par le conseil de surveillance de l'Assistance publique. Il ne lui manque plus, pour avoir force de loi, que l'approbation préfectorale qui ne saurait être différée.

A la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux (29 juillet), M. le professeur Debove a fait une communication intéressante sur une maladie rare, qu'il a étudiée avec M. le docteur Bruhl et qu'il dénomme : splénomégalie primitive. Le phénomène principal est, en effet, une augmentation de volume de la rate qu'on ne peut rapporter à aucune cause connue. Le début de la maladie est parfois insidieux; le malade présente des phénomènes vagues de dyspepsie, il pâlit et s'anémie, et, à l'examen de l'abdomen, pratiqué assez souvent dans le but de rechercher la dilatation de l'estomac, on constate que la rate est grosse, énorme, qu'elle déborde les fausses côtes, qu'elle est dure, ligneuse, et quelquefois irrégulière. D'autres fois, l'attention est attirée par des crises douloureuses dues, sans doute, à des

poussées de péritonite péri-splénique. Quoi qu'il en soit, l'état général devient plus ou moins rapidement mauvais, il y a tendance à la cachexie, assez souvent on constate des hémorrhagies gastriques ou gastro-intestinales, et la mort finit par survenir. Tout cela peut durer très longtemps, des années. On pense naturellement soit à la leucocythémie, soit à l'adénie; mais, contrairement à ce qui s'observe dans la leucocythémie, il n'y a pas augmentation du nombre des globules blancs du sang, il y a simplement diminution du nombre des globules rouges; contrairement à ce qu'on voit dans l'adénie, les ganglions restent normaux.

Qu'est-ce donc que cette hypertrophie splénique? Il est difficile de le dire dès maintenant, M. Debove n'ayant pas eu l'occasion de faire d'autopsie; mais de faits publiés à l'étranger, de la consistance de l'organe, on peut penser que la rate a subi une dégénérescence scléreuse, une sorte de cirrhose hypertrophique. Aux recherches de l'avenir, il appartiendra de compléter l'histoire de cette hypertrophie splénique primitive, de fixer sa place à la fois dans la pathologie générale, et dans le cadre des affections de la rate.

M. Sevestre apporte un chaud plaidoyer, appuyé sur six cas heureux, en faveur des bains froids dans le traitement de la pneumonie franche chez les enfants. Ils abaissent la température, diminuent la fréquence du pouls et de la respiration, calment l'excitation nerveuse, et amènent le sommeil. La durée totale de la maladie a paru diminuée, bien que ce soit toujours là un élément d'un jugement délicat.

M. Sevestre a donné de 4 à 5 bains par jour, de 20 à 25 degrés, régulièrement espacés : il n'hésiterait pas au besoin à agir plus vigoureusement encore.

Dans la broncho-pneumonie les bains froids peuvent être très utiles aussi, quelle que soit la nature de la maladie première. Ici la mort est plus fréquente, précisément parce que la broncho-pneumonie est habituellement secondaire, et qu'il faut compter ainsi avec l'état protopathique d'où elle dérive.

N'attendez pas trop longtemps pour y avoir recours, dit l'auteur, car on ne sait jamais ce que deviendra une broncho-pneumonie même d'allures bénignes.

M. Sevestre se défie davantage des bains froids contre la fièvre typhoïde chez les enfants; dans les cas bénins, en majorité, pas n'est besoin d'y penser; dans les cas graves, il faut en surveiller de près l'administration. Les enfants seraient, en effet, plus que les adultes, sujets aux complications cardiaques, à la myocardite, et exposés en conséquence au collapsus et à la syncope. La chose mérite d'attirer l'attention et d'être vérifiée, puisque, chez les enfants, le cœur est précisément indemne, en général, de toute lésion antérieure, myocardique ou valvulaire.

A en juger d'après la communication de M. Netter, qui présente un jeune malade heureusement opéré par M. Bouilly, et qui a relevé diverses statistiques étrangères, la pneumotomie donnerait, dans les kystes hydatiques du poumon, des résultats souvent favorables. Malgré la gravité de l'intervention, la menace d'hémorrhagie quand on incise le parenchyme pulmonaire, le résultat a été plus souvent favorable que défavorable. La difficulté principale gît dans le diagnostic. Ici l'examen de l'expectoration rend de grands services; on ne trouve pas de bacilles, mais quelquefois des vésicules ou des fragments caractéristiques de vésicule. Dans des cas de ce genre, la collaboration du médecin et du chirurgien s'impose en quelque sorte, celui-là fournissant à celui-ci son diagnostic et ses points de repère.

La Société s'ajourne au vendredi 14 octobre.

HOPITAL NECKER. — M. Dieulafoy.

Deux cas d'angine de la fièvre typhoïde (infections secondaires à streptocoques et à staphylocoques blancs).

Par M. Louis Rénon, interne des hôpitaux.

Les complications dans la fièvre typhoïde peuvent être dues, soit au bacille typhique seul, que l'on a retrouvé dans le pus d'abcès, d'ostéo-périostites et dans la pleurésie, soit à une infection secondaire par un microbe pyogène non spécifique, streptocoque, staphylocoque, pneumocoque; et ce sont ces cas qui ont été bien mis en lumière par MM. Laveran, Netter et Vincent, en France, Frænkel, en Allemagne. Nous venons d'observer deux faits de cette nature dans le service de notre maître M. le professeur Dieulafoy, et nous allons rapporter ces deux observations : dans la première, recueillie, en 1890, par notre ami M. le docteur Marius Poulalion, alors interne du service, il s'agit d'angine pseudo-membraneuse, d'abcès et de phlegmatia alba dolens produits par le streptocoque; dans la seconde, qui nous est personnelle, il s'agit encore d'angine et d'abcès, mais dus au staphylocoque blanc.

Observation I. — Le nommé G..., âgé de vingt-trois ans, palefrenier, entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Dieulafoy, le 27 août 1890.

Depuis le 15 août il se plaint de céphalalgie, de courbature générale, de douleurs dans les membres, d'insomnies et de cauchemars la nuit. Sept jours après, ces symptômes se sont aggravés et il est pris de diarrhée jaune, abondante, très fétide, ainsi que de douleurs abdominales localisées surtout dans la fosse iliaque droite : il n'a pas présenté d'épistaxis.

A son entrée à l'hôpital, le malade est plongé dans l'état typhoïde, la température est de 39°4; le ventre est ballonné, douloureux à la pression, dans la fosse iliaque droite, et aussi dans la région du flanc gauche, où la rate, tuméfiée, est très nettement sensible à la palpation. On ne note pas de taches rosées. Les urines sont peu abondantes et ne renferment pas d'albumine.

28 août. La température est de 39 degrés le matin. Le malade a rendu seulement 250 grammes d'urines. Le soir, température 39°4.

29 août. Température 39 degrés le matin, 40 degrés le soir. Le malade a pris 2 bains froids depuis la veille. L'état général paraît meilleur, la quantité d'urine est de 500 grammes; contre la diarrhée qui persiste, on prescrit 100 grammes de décoction blanche de Sydenham.

1er septembre. Depuis deux jours, l'état paraît stationnaire : la température est toujours aussi élevée (40 degrés le soir); la diarrhée a cessé; la bronchite s'est un peu étendue, et la toux est devenue fréquente; les urines se sont élevées à 1 000 grammes. Le malade a pris 4 bains le 29, 4 bains le 30, et 3 seulement le 31. Mais, depuis le matin, il éprouve de la dysphagie intense, et à l'examen du pharynx on constate les deux amygdales rouges, tuméfiées et recouvertes d'un enduit pultacé.

2 septembre. Température 39 degrés le matin, 40 le soir. La diarrhée reparaît de nouveau. On a donné 4 bains froids depuis la veille. La quantité d'urines a été de 900 grammes. L'état du pharynx s'est aggravé : l'enduit pultacé des amygdales a fait place à un enduit nettement diphthéroïde recouvrant les piliers du voile du palais : on prescrit des badigeonnages avec un collutoire boriqué.

12 septembre. La température commence à baisser un peu (37 degrés le matin, 38°8 le soir) : la quantité d'urine reste à peu près limitée à 1 litre : on a donné 22 bains froids depuis le 2 septembre : l'état général paraît amélioré; mais tous les signes du côté du pharynx persistent, les fausses membranes se reforment rapidement dès qu'on les enlève : elles s'étendent à la luette depuis deux jours.

16 septembre. Température 37°5 le soir. Le malade a pris 8 bains, depuis quatre jours, suivis chaque fois d'abondantes transpirations : la quantité d'urines s'élève maintenant à 1 800 gr. L'état du pharynx est stationnaire.

21 septembre. Depuis le 15 septembre, le malade ne prend plus de bains, la température n'étant plus très élevée : les transpirations abondantes continuent ; le pharynx présente une certaine amélioration, les fausses membranes se reproduisant moins rapidement et en moindre quantité. Le malade rend 2000 grammes d'urines; il se plaint, depuis la veille, d'une douleur vive sur le trajet du cordon spermatique à gauche.

24 septembre. Le malade souffre d'une douleur intense dans le jarret, le creux poplité et la cuisse gauche : sur le trajet de la veine saphène interne, on constate un cordon induré de phlegmatia alba dolens. On note en même temps la présence d'un peu d'albumine dans l'urine.

29 septembre. Les fausses membranes du pharynx ont complètement disparu ; on ne voit plus qu'une rougeur intense des piliers, de la luette et des amygdales. Le malade souffre moins de sa phlegmatia alba dolens, mais il existe au niveau de la nuque un petit abcès occipital.

1er octobre. Petit abcès au niveau de l'index gauche.

12 octobre. Les abcès sont guéris : l'angine est complètement terminée et le pharynx a repris sa coloration normale. La phlegmatia alba dolens s'est terminée par résolution et il ne reste plus qu'un peu de douleur de la jambe gauche : la quantité d'urines rendues est de 2 500 grammes.

L'examen des fausses membranes du pharynx a été pratiqué par MM. Marius Poulalion, Albarran et Hallé qui, par l'examen direct et par les ensemencements, ont trouvé qu'il s'agissait d'une infection produite par le streptocoque.

Obs. II. — Le nommé Eug. Et..., âgé de vingt-neuf ans, imprimeur, entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Dieulafoy, le 17 février 1892, pour de la fièvre et un mauvais état général.

Cet état a débuté, il y a environ trois semaines, par des maux de tête, une lassitude générale et quelques frissons : la céphalalgie s'est aggravée les jours suivants et le malade a été obligé de s'aliter il y a quinze jours : à ce moment il eut, en deux jours, trois petites épistaxis, et un violent mal de gorge.

A son entrée à l'hôpital, le malade se plaint d'une très forte céphalalgie, d'une toux souvent répétée, d'un point de côté, et d'une diarrhée intense qui le force à aller à la garde-robe dix fois à peu près dans les vingt-quatre heures, diarrhée fétide et jaune. Le ventre est peu ballonné; il n'y a pas de météorisme net; la fosse iliaque droite est douloureuse à la pression; on n'observe pas de gargouillement à son niveau. On trouve quelques taches rosées lenticulaires très nettes, disparaissant à la pression. Rien à l'auscultation du poumon ni du cœur.

Le malade rend 600 grammes d'urine brunâtre, très légèrement albumineuse.

L'état général témoigne d'un profond abattement, bien que l'état typhoïde ne soit pas très marqué; la température est de 38°6, le pouls de 96, dicrote.

Mais ce qui surtout attire l'attention, c'est l'état du pharynx : le malade est pris d'une dysphagie intense, il ne peut avaler qu'avec très grande difficulté, et quand on lui fait ouvrir la bouche on constate que les dents sont fuligineuses, que la langue élargie transversalement est sèche, rouge, et fendillée en maintes places, que les piliers du voile du palais et la luette sont recouverts d'une sorte d'enduit blanchâtre très léger, adhérant peu à la muqueuse, et qui forme comme au-dessus d'elle un voile extrêmement mince. Le fond du pharynx et le voile du palais sont rouges, granuleux. Le malade fait incessamment des efforts de déglutition très pénibles : on ne note pas d'engorgement ganglionnaire.

On prescrit un gargarisme boriqué; comme alimentation du lait et de la lactose, et comme thérapeutique, 4 bains froids dans la journée, ainsi que 100 grammes de décoction blanche de Sydenham.

Le soir température 38°8.

19 février. Le matin température 39 degrés. Le malade ne semble pas aller plus mal : il a transpiré abondamment après chacun de ses bains : la diarrhée s'est un peu modifiée : on n'a noté que quatre selles. La quantité d'urines rendues dans les vingt-quatre heures a été de 800 grammes. L'éruption de taches rosées est devenue presque confluente et on en observe dans le dos, sur la poitrine et sur les cuisses.

Il n'y a guère de changement dans l'état de la gorge : les très légères fausses membranes persistent toujours.

On prescrit 4 bains froids pour la journée.

Le soir, température 39°4.

20 février. Le matin, température 39 degrés. Peu de changement dans l'état du malade qui a eu neuf selles depuis la veille : pas de modifications dans l'état de la langue, et dans l'état du pharynx toujours très douloureux. La quantité d'urines est de 450 grammes.

Le soir, température 39°2.

21 février. Le matin, température 39 degrés. Le malade a pris 4 bains froids depuis la veille : on note cinq selles, 1 200 grammes d'urines, une réelle amélioration dans l'état général; mais la dysphagie est aussi intense, et il n'existe aucune modification de l'état pseudo-membraneux de la luette et des piliers.

Le soir, température 39°2.

22 février. Le matin, température 38°2 : l'amélioration générale continue, la quantité d'urines rendues a été de 1400 grammes : le malade souffre autant de sa gorge qui présente le même aspect; il a pris 3 bains seulement depuis la veille.

Le soir, température 39 degrés.

23 février. — Le matin, température 38°4. L'état général est satisfaisant : la quantité d'urine est de 1700 grammes; on n'a noté que trois selles : on n'a donné que deux bains depuis la veille. Même état du pharynx. Le soir, température 39 degrés.

27 février. — Depuis quatre jours, la température continue à baisser, elle atteint 37°2 le 27 février; on a donné 5 bains froids seulement en ces quatre jours, la maladie paraît terminée en tant qu'affection générale; l'appétit est revenu; la quantité d'urine s'est élevée de 1 700 à 2 500 grammes, mais la lésion locale pharyngée est à peine modifiée; c'est à peine si la langue est moins rouge, moins sèche et si l'exsudat de la luette et des piliers se forme moins facilement; jamais il n'y a eu de fausse membrane bien nette, mais seulement un voile très mince qu'on observe encore.

9 mars. — Depuis deux jours seulement, on constate une amélioration notable du côté de la gorge, bien perceptible aujourd'hui : la langue est humide, le pharynx est moins rouge et les fausses membranes ont disparu : la déglutition est plus facile.

12 mars. — Cet état s'est encore modifié depuis trois jours et on peut dire que le malade est guéri de ses accidents : la température est de 39 degrés le matin et on s'aperçoit de la formation d'un abcès au niveau de l'épiphyse inférieure du tibia droit, siège d'une ancienne fracture.

16 mars. — Cet abcès qui a fait monter la température jusqu'à 39°8 la veille au soir est ouvert et la température retombe à 37 degrés les jours suivants.

Le malade est définitivement guéri le 18 mars.

Nous avons fait trois ensemencements sur gélose des produits pseudo-membraneux de la gorge de notre malade,

de la luette le 26 février, du pilier postérieur droit le 4 mars, du pilier postérieur gauche le 6 mars, et trois fois nous avons eu, après trente-six heures de culture à l'étuve à 37 degrés, des colonies pures de staphylocoques blancs.

Un ensemencement sur sérum coagulé, fait le 28 février, nous a donné un résultat négatif au point de vue du bacille de Lœffler.

Du pus de l'abcès de la région tibio-tarsienne gauche, pris aseptiquement et ensemencé sur gélose et sur bouillon, nous a donné également des cultures pures de staphylocoques blancs.

Nous n'avons jamais obtenu de bacille typhique, bien que nous ayons fait parallèlement des cultures sur gélose et sur bouillon phéniqués.

Ces deux malades ont été traités avec succès par la méthode des bains froids, telle que l'applique, depuis longtemps, M. Dieulafoy, dans son service. Voici cette méthode : dès que la température, prise toutes les deux ou trois heures, s'élève au delà de 38°8, on plonge le malade dans un bain à 24 degrés, que l'on ramène, en dix ou quinze minutes, à 22 degrés, par addition d'eau froide. Au sortir du bain, le malade, enveloppé dans une couverture de laine, est porté dans son lit et on lui fait prendre du thé chaud additionné de rhum. Une abondante transpiration s'établit bientôt, le malade s'endort, urine à son réveil.

Ces bains sont répétés aussi souvent que l'exige l'élévation de la température : on peut en donner jusqu'à six par jour.

Les accidents pulmonaires ne sont pas une contre-indication à ce mode de traitement qui les améliore et les fait souvent disparaître : jamais ils n'ont été produits par la médication. Les avantages de celle-ci sont les suivants : état général bon, ne ressemblant en rien à ceux des typhiques traités par les autres méthodes, et diurèse abondante produite en quelques jours seulement.

Cette médication, faite par M. Dieulafoy, à l'exclusion de toute autre, sans sulfate de quinine, sans antisepsie intestinale, lui a donné des résultats excellents, surtout quand elle pouvait être appliquée dès le début de la maladie : on ajoute seulement, contre la diarrhée, la décoction blanche de Sydenham à la dose de 100 à 150 grammes et, comme alimentation, du lait et de la tisane de lactose.

Voici donc deux malades atteints de fièvre typhoïde, d'intensité moyenne, qui sont pris, l'un seize jours après le début de l'affection, l'autre presque dès son début, d'accidents infectieux secondaires dus, pour le premier malade, au streptocoque, pour le second, au staphylocoque blanc : dans un cas comme dans l'autre, c'est au pharynx qu'apparaît la première manifestation de l'infection qui se généralise ensuite pour former des abcès et une phlegmatia alba dolens : les deux angines, bien que dues à des agents pathogènes de virulence toute différente, ne s'en sont pas moins fait remarquer, la première, par son intensité, la seconde, par sa durée, et l'état local qu'elles ont créé a dominé l'état général et a duré plus que lui, puisque les malades ne souffraient guère que de leur gorge et que, guéris de leur fièvre typhoïde, ils ne l'étaient pas encore de leur angine.

DE LA GÉNÉRALISATION ET DE LA RÉCIDIVE SUR LE STERNUM DU CARCINOME DU SEIN

Par le docteur G. Verdié.

La *Gazette des hôpitaux*, numéro du 22 décembre 1891, dans sa Revue de la presse, signale un article de Snow paru dans *The Lancet* qui considère comme assez fréquente la généralisation au sternum dans le cancer du sein.

Cet article nous a suggéré l'idée de publier une observation de cette nature qui s'est présentée dans notre pratique et d'entrer, à ce sujet, dans quelques considérations qui peuvent offrir un certain intérêt, d'autant plus que la plupart des auteurs classiques n'insistent pas et passent rapidement sur ce point. Par contre, ils parlent beaucoup plus de la généralisation à la colonne vertébrale. Dans le carcinome du sein, dit M. Peyrat, les tumeurs secondaires se développent « surtout dans les vertèbres », et il ajoute : « La base du crâne, la tête fémorale et d'autres extrémités d'os longs en sont parfois le siège. »

M. Duplay (1) écrit : « Dans le cas de généralisation du cancer de la mamelle, la colonne vertébrale est le siège le plus habituel des néoplasmes secondaires. »

MM. Poulet et Bousquet, dans leur ouvrage, signalent encore les vertèbres comme fréquemment atteintes.

M. Tripier, à une époque très antérieure à ces auteurs, dans une monographie spéciale d'abord, et ensuite dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, avait considéré la colonne vertébrale comme un lieu d'élection pour la généralisation.

En définitive, parmi les quelques lectures qu'il nous a été donné de faire, ce sont là à peu près les opinions qui ont été exprimées ; et, comme on peut le voir, les chirurgiens qui ont écrit sur la matière sont d'un commun accord quand il s'agit de la généralisation du carcinome du sein à la colonne vertébrale, mais ils glissent assez vite sur l'envahissement du sternum par un noyau secondaire.

Toutefois, et comme faisant exception à cette entente presque unanime, il convient d'indiquer M. Reclus qui, dans ses *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, a manifesté une opinion diamétralement opposée, que nous trouvons exposée, pour la première fois, avec une grande netteté, et qu'il convient de citer en entier : « Avant d'intervenir, dit-il, un examen sérieux est de rigueur et l'on se rappellera que si tous les viscères et tous les os peuvent être envahis secondairement, les poumons, les plèvres et le foie le sont le plus souvent; bien loin, en arrière, viennent le péritoine, les ovaires, les reins, le crâne, les côtes, le *sternum* ; *la colonne vertébrale n'est prise que très exceptionnellement*, mais ses cancers sont redoutables par les douleurs qu'ils provoquent trop souvent. »

Or, il importe de connaître quels sont les organes, les os, où la généralisation et la récidive ont été observées, et d'être fixé sur les indications spéciales qui en résultent au point de vue pratique.

Il est évident que, si une intervention opératoire est indiquée et possible lorsque les ganglions axillaires sont seuls pris, il n'en sera plus de même dès que les côtes et surtout le sternum seront le siège d'un noyau secondaire. L'audace opératoire a des limites et le respect de la vie humaine fera probablement encore longtemps, du moins en France, reculer les chirurgiens devant une amputation du sein

(1) Duplay. *Traité de pathologie externe*, t. V.

suivie du curage du creux axillaire « et qui devrait être complétée soit séance tenante, soit ultérieurement, par l'extirpation du sternum, ainsi que des ganglions lymphatiques rétro-sternaux », dont les rapports sont intimes avec cet os. Au reste, quand le sternum est pris secondairement, l'extension en d'autres points se fait rapidement et d'autres organes ne tardent pas à être envahis. Il en est ainsi advenu dans notre observation où, six mois après l'amputation du sein, le *premier indice* de récidive fut un noyau qui apparut tout d'abord assez haut, au niveau de l'articulation de la seconde côte et, par conséquent, assez loin du siège primitif de la tumeur. Il fut suivi, à brève échéance, de récidive locale sur la côte sous-jacente au néoplasme avant son extirpation, de généralisation pulmonaire probable et de cachexie cancéreuse.

Quelle est l'origine de cette infection secondaire du sternum qui survient à une assez grande distance de la tumeur première ?

Quand il s'agit de l'engorgement des ganglions axillaires, leurs connexions avec les lymphatiques efférents de la mamelle en paraissent une cause suffisante et l'explication est péremptoire. Mais ici la possibilité d'invoquer le même argument ne ressort pas d'une aussi nette façon. Cependant, ce nous semble, on peut encore, dans ce cas, mettre en cause la propagation par la voie lymphatique et nous allons nous efforcer de le démontrer, du moins autant que cela est en notre pouvoir, en l'absence de recherches anatomiques et expérimentales, nécessaires pour prouver le fait d'une façon positive, mais auxquelles nous ne pouvons malheureusement nous livrer actuellement.

D'après les auteurs d'anatomie, M. Sappey notamment, qui fait autorité en la matière, les lymphatiques de la mamelle et de la région mammaire sont aujourd'hui très connus et parfaitement décrits ; ils se rendraient tous aux ganglions de l'aisselle.

Il est vraisemblable et même presque certain que cette opinion est trop exclusive.

M. Richet, dans son *Anatomie chirurgicale*, dit cependant que quelques-uns des troncs lymphatiques profonds du sein se jettent directement dans les ganglions intra-thoraciques, comme l'a constaté M. Giraldès. M. Tripier (1) écrit la phrase suivante : « Parmi les lymphatiques de cette région, il en est qui se jettent dans les ganglions situés derrière le sternum. »

Enfin Rieffel, dans sa récente thèse (2), d'après le compte rendu qu'en a fait la *Gazette des hôpitaux*, déclare que les ganglions du médiastin doivent être rangés parmi les organes qui reçoivent une partie des vaisseaux lymphatiques de la région mammaire. Ainsi, voilà déjà des opinions en nombre suffisant pour servir de base et étayer assez solidement notre hypothèse. Pour nous, il est absolument certain qu'il existe entre la région mammaire et les ganglions avoisinant le sternum, et que M. Sappey désigne sous le nom de pré-sternaux, des relations suffisantes pour que l'infection puisse, par cette voie, se faire à distance, en un point quelconque du sternum. Mais des recherches sérieuses et très précises permettraient seules de déterminer exactement les rapports anatomiques et les connexions du système lymphatique sternal et mammaire.

(1) Tripier. *Diction. encycl. des sc. méd.*, art. Mamelle.

(2) Rieffel. *De quelques points relatifs aux récidives et aux généralisations du cancer du sein chez la femme.*

Toutefois, il est vraisemblable que c'est la zone interne ou supéro-interne de la mamelle qui doit communiquer avec le système lymphatique du sternum, et, partant, ce serait surtout le carcinome localisé à cette zone qui effectuerait sa propagation le plus facilement à cet os. C'est, du reste, ce que nous avons observé. Indépendamment de ces causes dans les cancers de la partie interne du sein, il est inutile de dire que la généralisation pourrait également se faire par continuité, surtout dans les tumeurs volumineuses et présentant déjà une certaine extension.

Snow indique, comme siège le plus habituel pour cette généralisation, le niveau de la deuxième articulation costale où il se produit lentement une tuméfaction indolore. C'est également en ce point que chez notre malade se fit la récidive. Au bout de peu de temps, cette tuméfaction, d'abord peu appréciable, s'accrut et devint le siège de douleurs lancinantes assez vives.

Édifié antérieurement par l'examen histologique sur la nature maligne de la tumeur, il fallut nous rendre à l'évidence et bien admettre que la récidive que nous attendions ailleurs se produisait en ce point.

Voici d'ailleurs l'observation de notre cas :

Mme X..., quarante et un ans, sans antécédents pathologiques héréditaires, le père et la mère étant encore vivants ; quant à elle, elle s'est toujours bien portée jusqu'à l'heure actuelle. Elle ne se rappelle aucune circonstance de sa vie où elle ait souffert du sein, et n'invoque pas la moindre contusion. Elle s'est aperçue vers le commencement d'octobre 1890, en retirant son corset qui la gênait sur le sein droit, que cet organe renfermait une tumeur grosse comme la moitié d'un œuf de poule et située à la partie la plus interne de la glande. Quand elle avait gardé le corset un certain temps, elle éprouvait des élancements en ce point. Impossible d'avoir d'autres renseignements plus précis sur le début qui devait déjà dater d'un certain temps. A aucune date il n'a existé d'écoulement, soit séreux, soit sanguinolent, par le mamelon.

L'examen et la palpation donnent le résultat suivant :

La tumeur est d'une dureté presque ligneuse, elle est encore mobile sur les parties sous-jacentes ; quant à la peau qui la recouvre, lorsque l'on essaie de la plisser ou de la mobiliser, elle se fronce et semble déjà être reliée au néoplasme par quelques tractus. Dans le creux axillaire du même côté, il existe des ganglions appréciables au toucher ; mais du côté sain, il en existe d'aussi volumineux, ce qui fait que ce renseignement complémentaire n'a pas une extrême valeur.

Le diagnostic porté fut : carcinome du sein droit, et l'amputation proposée. Cette opération fut pratiquée avec l'assistance de deux confrères, dans les premiers jours de novembre.

Le sein fut enlevé très largement en dépassant de beaucoup les limites du mal. La réunion put être faite ; sutures au crin de Florence, un drain à l'angle externe de la plaie, pansement au salol.

Aucun incident post-opératoire ne vint troubler notre opérée. Au bout de douze jours, après le troisième pansement, réunion par première intention, parfaite et solide.

A l'examen macroscopique, le sein enlevé était occupé à sa partie interne par la tumeur, grosse comme la moitié d'un œuf, non encapsulée, lardacée à la coupe, en partie ramollie à son centre, et offrant au raclage le fameux suc cancéreux. Dans ses environs peu éloignés, il existait deux ou trois petits points dégénérés.

Au mois de février 1891, sur notre demande, M. le docteur Brault voulut bien pratiquer un examen histologique sommaire et confirma le diagnostic d'épithélioma mammaire.

A cette époque, le résultat post-opératoire se maintenait bon. Cicatrice très belle, peau mobile partout. Nul indice de récidive.

A la fin d'avril, dans une visite de l'opérée, le sternum fut trouvé avec une légère bosselure située en un point élevé au niveau de la deuxième articulation costale. Le ganglion laissé dans le creux axillaire ne bouge pas.

Le mois suivant, même état.

En juin et juillet, cette proéminence du sternum se développe davantage, les douleurs, jusqu'alors nulles, apparaissent et prennent un caractère assez aigu. En même temps il se déclare un noyau de récidive à la place occupée primitivement par la tumeur enlevée. Il adhère fortement à une côte et à la peau. Il existe aussi un peu de toux, et, à deux ou trois reprises, expuition de quelques crachats légèrement striés de sang.

Rien toujours au creux axillaire.

En août, l'état s'aggrave de plus en plus, le noyau sternal s'étend, la récidive locale tient également toute la région pectorale : cachexie avancée et état général très mauvais.

La malade se retire alors dans une campagne éloignée, et nous la perdons de vue ; mais une issue fatale n'aura pas tardé à survenir.

Dans ce cas, nous étions parfaitement décidé à tenter une nouvelle intervention opératoire, si la récidive était survenue dans le ganglion axillaire, qui n'avait pas été extirpé. Mais dès qu'il fut devenu évident que la récidive était osseuse, et qu'elle se présentait tout d'abord au sternum, notre idée bien arrêtée fut de ne pas risquer une nouvelle opération qui, outre sa difficulté, n'assurait aucune garantie contre une récidive nouvelle, fixé que nous étions sur la nature de la tumeur première. Au reste, la toux, l'expuition sanguine (1), la récidive costale, survenant dans un temps fort court, tout cela justifiait notre réserve.

Comme conclusion et dernière analyse de cette observation, il se dégage une impression qui peut être résumée en quelques mots : Dans les carcinomes du sein, la récidive se fait au sternum, peut-être plus souvent qu'on ne le pense ; cet os doit être soigneusement exploré, avant et après l'acte opératoire, au même titre que le creux axillaire, et, si l'on constate un noyau secondaire à sa surface, il conviendra de s'abstenir.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Histoire des plantes (2), par H. Baillon, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Le dixième volume de l'*Histoire des Plantes* est consacré à l'étude des Bignoniacées, des Gesnériacées, des Gentianacées, des Apocynacées, des Asclépiadacées, des Convolvulacées, des Polémoniacées, des Boraginacées et des Acanthacées. Cette simple énumération montre toute l'importance de ce volume.

Si les usages des Bignoniacées, en dehors de l'emploi des bois que beaucoup d'espèces fournissent à l'industrie et à l'économie domestique, sont peu nombreux ; si les Gesnériacées, dans la famille desquelles M. Baillon intercale les Clandestinées et les Orabanchées, ont des usages peu nombreux, il n'en est plus de même des Gentianacées. Ce groupe doit ses propriétés à une substance amère et colorée, nommée « gentianin », qui, dans un grand nombre d'entre elles, se trouve alliée à un acide, un principe odorant et volatil, une huile, une matière glutineuse indéterminée, gommeuse et muco-saccharine. Presque toutes sont amères, toniques, propres à donner de l'activité au système digestif et à favoriser l'assimilation des aliments.

Les Apocynacées sont remarquables par la présence dans leurs divers organes d'un latex généralement riche en caoutchouc. Les Asclépiadacées ont des propriétés qui les rapprochent des Apocynacées, cela est dû au suc laiteux dont elles sont pourvues ; ce suc est souvent vénéneux, purgatif, vomitif. Le latex des Convolvulacées joue encore un rôle important dans cette famille, il est riche en principes résineux drastiques qui s'extraient surtout des renflements souterrains. Sans nous arrêter aux Polémoniacées, nous arrivons à la famille des Boraginacées.

Peu actives en général, ces dernières plantes ont joui d'une grande réputation par leurs propriétés mucilagineuses, parfois amères et astringentes. Avec les Acanthacées se terminent ce volume.

Des 812 genres décrits dans le volume que nous analysons, 97 appartiennent aux Bignoniacées, 86 aux Gesnériacées, 45 aux Gentianacées, 127 aux Apocynacées, 190 aux Asclépiadacées, 30 aux Convolvulacées, 6 aux Polémoniacées, 95 aux Boraginacées et 136 aux Acanthacées.

M. Baillon admet les sections suivantes dans ces diverses familles.

Bignoniaceæ. — 1. Bignonieæ (44 genres); 2. Tecomeæ (39 genres) ; 3. Eccremocarpeæ (1 genre) ; 4. Crescentieæ (13 genres).

Gesneriaceæ. — 1, Gesnerieæ (16 genres) ; 2. Columellieæ (1 genre); 3. Cyrtandreæ (55 genres) ; 4. Martynieæ (1 genre); 5. Clandestineæ (1 genre); 6. Orobancheæ (12 genres).

Gentianaceæ. — 1. Exaceæ (3 genres) ; 2. Chironieæ (30 genres) ; 3. Gentianeæ (8 genres) ; 4. Menyantheæ (4 genres).

Apocynaceæ. — 1. Arduineæ (20 genres); 2. Allamandeæ (1 genre) ; 3. Vinceæ (45 genres) ; 4. Neerieæ (57 genres) ; 5. Geniostomeæ (1 genre) ; 6. Gelsemieæ (3 genres).

Asclepiadaceæ. — 1. Asclepiadeæ (73 genres) ; 2. Marsdenieæ (34 genres) ; 3. Stapelieæ (21 genres) ; 4. Gonolobeæ (25 genres); 5. Secamoneæ (1 genre) ; 6. Periploceæ (36 genres).

Convolvulaceæ. — 1. Convolvuleæ (25 genres); 2. Cresseæ (2 genres) ; 3. Cuscuteæ (1 genre); 4. Dichondreæ (2 genres).

Polemoniaceæ. — 1. Polemonieæ (6 genres) ; 2. Cobaeæ (1 genre); 3. Bonplandieæ (1 genre).

Boraginaceæ. — 1. Borageæ (60 genres) ; 2. Echieæ (3 genres); 3. Harpagonelleæ (1 genre) ; 3. Heliotropieæ (4 genres) ; 4. Ehretieæ (10 genres); 6. Cordieæ (3 genres); 7. Hydrophylleæ (2 genres); 8. Phacelieæ (11 genres) ; 9. Hydroleæ (1 genre).

Acanthaceæ. — 1. Thunbiergieæ (4 genres); 2. Nelsonieæ (5 genres) ; 3. Ruellieæ (35 genres) ; 4. Brillantaisieæ (1 genre); 5. Acantheæ (5 genres) ; 6. Justicieæ (96 genres).

En dix volumes, M. Baillon a passé, non pas seulement en revue, mais à l'analyse la plus délicate et à la critique la plus savante, 116 familles. Cette œuvre considérable se poursuit avec une régularité telle que nous pouvons entrevoir le couronnement de ce magnifique monument élevé à la science botanique. Au moment où nous écrivons, le onzième volume va paraître. Nous faisons des vœux pour que la santé et les forces permettent au maître de terminer son œuvre. Elle restera l'œuvre la plus remarquable de notre siècle et jette le plus grand lustre sur la science française. Tous ceux qui aiment la botanique comprendront et partageront, nous n'en doutons pas, le jugement que nous portons sur l'*Histoire des Plantes*.

Guide pratique pour le traitement des maladies de l'oreille (1), par J. Baratoux.

C'est actuellement la mode aux petites publications, sans grande prétention scientifique. Le livre de M. Baratoux a pour but de vulgariser l'étude des maladies de l'oreille, l'auteur s'est donné pour tâche d'indiquer aux malades la manière d'appliquer le traitement prescrit par le médecin. C'est donc un petit livre essentiellement élémentaire et pratique.

(1) Indice d'une généralisation pulmonaire ou pleurale probable.

(2) Un vol. in-8°. Prix : 25 francs. — Paris, Hachette et Cie.

(1) Petit in-4°. Prix : 3 francs.— Paris, Société d'éditions scientifiques.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

186. M. Caye. Des kystes dermoïdes et mucoïdes médians de la langue et du plancher de la bouche. — 187. M. J. Briton. De la constriction permanente des mâchoires. — 188. M. Seguin. De l'ophthalmie des nouveau-nés (étiologie et prophylaxie). — 189. M. Chabory. De l'influence des affections nasales sur l'appareil respiratoire. — 190. M. Leparquois. Étude sur le diabète azoturique compliqué de sueurs. — 191. M. Berbez. De la paralysie générale due aux excès alcooliques. — 192. M. Bouchard. De la suppression du cristallin transparent comme traitement de la myopie forte. — 193. M. Malbec. Sels de strontiane. Étude physiologique et thérapeutique. — 194. M. Casamayor-Dufour. Contribution à l'étude de l'éclampsie puerpérale d'après une statistique de la clinique de 1872 à 1892. — 195. M. Vivien. Placenta prævia et tamponnements. — 196. M. Merle. De l'avortement gemellaire. — 197. M. Gagé. Contribution à l'étude des oreillons. Albuminurie ourlienne. — 198. M. Hyvernaud. Quelques recherches sur les attaques de sommeil hystérique. — 199. M. Chevalet. Complications articulaires de la scarlatine. — 200. M. Lesueur. De la stérilisation de l'eau, au point de vue de l'alimentation publique. — 201. M. Beaumé. Contribution à l'étude des myocardites. — 202. M. Breitmann. Contribution à l'étude de l'arthrite fongueuse de l'articulation sterno-claviculaire. — 203. M. de Bourgon. Du glaucome hémorrhagique. — 204. M. Comte. Des fausses défervescences dans la pneumonie franche. — 205. M. Lienaitzky. Palatoplastie (méthode Baizeau, Langenbeck, modifiée par M. Polaillon). — 206. M. Cornet. L'asile de Saint-Robert (Isère) de 1840 à 1890. — 207. M. Cultru. Du traitement de l'empyème chronique par les opérations thoracoplastiques et en particulier du procédé de M. le docteur Quénu. — 208. M. Dufour. Contribution à l'étude de la tétanie (tétanie des individus sains ou tétanie essentielle). — 209. M. Loir. La microbiologie en Australie. Étude d'hygiène et de pathologie comparée. — 210. M. Onanoff. Sur un cas d'épithélioma (étude histologique).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 25 juillet 1892, sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Berger, adjoint au maire de Brest; Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Lajoux, professeur à l'École de médecine de Reims; Lieutaud, professeur à l'École de médecine d'Angers; Manichon, adjoint au maire d'Oulchy-le-Château; Marquez, médecin en chef de l'hôpital d'Hyères.

MM. les pharmaciens Deshayes (de Vendôme); Fabre (de Villefranche-de-Rouergue); Grave (de Mantes) et Rambaud (de Poitiers).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Arnaud, professeur à l'École de médecine de Marseille; Brousse, chargé de cours à la Faculté de médecine de Montpellier; Boyron (de Deville); Bury (de Distré); Chancerel (de Pont-de-Gennes); Contaret, au lycée de Roanne; Cazes (d'Aspet); Denigès, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux; Dromain (de Paris); Dupuy, maire de Roquefort; Durand (de Brassac); Florence, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon; Fanton (de Marseille); Garnier, médecin en chef de l'asile départemental d'aliénés de Dijon; Garetta, maire de Lésignan; Gey (de Méru); Guillon (de Hayron); Hérail, professeur à l'École de médecine d'Alger; Hugounencq, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon; Larmande (de Montélimar); Limouzin-Lamothe (de Mormant); Longuet, médecin-major de première classe; Mordagne (de Tourny); Olivier (de Paris); Patay (d'Orléans); G. Phocas, agrégé à la Faculté de Lille; Piéchaud (de Paris); Regnault, chargé de missions scientifiques; Serre, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier; Sicard (de Lyon); Seguy, médecin de l'École normale de Milianah; Truchot, chargé de cours à l'École de médecine de Clermont; Terson, maire de Puylaurens; Vals (de Baixas); Villard (de Verdun).

MM. les pharmaciens Belus, pharmacien en chef des hôpitaux de Béziers; Camus (de Paris); Chalaux (de Seilhac); David, pharmacien-major de première classe à Marseille; Frébault (de Châtillon-en-Bazois); Lavocat (de Lyon); Massip (de Caucon); Rigaud (de Mareuil-sur-le-Lay).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Collomp (de Marseille); Cressent (de Dieppe); Dandré (de Hombleux), Daumas (de Siran); Denis (de Steenwoorde).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Verneuil, fidèle aux principes qu'il a toujours défendus relativement à l'influence des propathies sur les traumatismes et, réciproquement, des traumatismes sur les maladies antérieures, vient de communiquer à l'Académie trois observations fort instructives à ce point de vue. Il s'agit, dans ces trois cas, d'opérations simples pratiquées sur des malades atteints d'anciennes maladies du foie. Ces trois malades, peu de jours après l'intervention chirurgicale, ont été pris d'accidents graves et ont succombé. A l'autopsie, on a trouvé des lésions avancées du foie. La conclusion fort sage que M. Verneuil tire de ces faits est la suivante : il est du devoir du chirurgien, chaque fois qu'il va pratiquer une opération, si simple qu'elle soit, d'examiner avec la plus grande attention le foie de son malade, au même titre que le cœur et les poumons. Cet examen du foie s'impose d'autant plus qu'on sait que les maladies de cet organe peuvent rester silencieuses et ne se révéler, au moment de l'intervention, par aucun symptôme. Une maladie du foie étant ainsi reconnue, quelle doit être la conduite du chirurgien ? Doit-il passer outre ou bien refuser son intervention ? Cela dépend évidemment du plus ou moins d'urgence de l'opération, du plus ou moins de gravité de l'affection qui la nécessite. La conduite à tenir ne sera pas la même, par exemple, en présence d'une hernie étranglée ou en présence d'une affection ne compromettant pas immédiatement la vie.

M. Semmola (de Naples) a fait une intéressante communication sur la syphilis du cœur. Chaque fois qu'on se trouve en présence de troubles cardiaques chez un ancien syphilitique, il faut recourir au traitement spécifique. Telle est la conclusion pratique qui se dégage du travail de M. Semmola, qui a donné lieu à quelques objections de la part de M. Lancereaux.

Au début de la séance, à l'occasion d'une petite note complémentaire de M. Laborde sur le traitement de l'asphyxie par submersion, MM. Brouardel et Lancereaux ont pris la parole et fait connaître des faits et des expériences d'un réel intérêt. On trouvera le résumé de ces communications au compte rendu.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CONSTANTIN PAUL.

Pneumonie droite sans réaction fébrile à la suite d'une intoxication par l'oxyde de carbone.

Par M. DUFOURNIER, interne des hôpitaux de Paris.

Le nommé H. Alphonse, cinquante ans, est amené salle Vulpian, le 28 avril 1892, et couché au n° 20, après une tentative d'asphyxie par l'oxyde de carbone. Ce malade était resté deux heures dans une chambre très exiguë, dont il avait bouché toutes les ouvertures et dans laquelle il avait allumé un réchaud. Un chat enfermé avec lui a donné l'éveil aux voisins par le bruit qu'il faisait pour s'échapper.

Apporté à l'hôpital, le malade est sans connaissance, dans le coma absolu; des matières fécales souillent ses vêtements. On pratique immédiatement une saignée au bras gauche, et on lui fait respirer trois ballons d'oxygène, sans qu'il reprenne connaissance. On lui fait en plus absorber quelques gorgées de café. C'est seulement quatre heures après son entrée qu'il reprend connaissance. Il se plaint de lourdeur de tête et reste dans un état de prostration assez grand pour qu'on ne puisse avoir de lui aucun renseignement. Les mains présentent une teinte rosée.

29 avril. Le lendemain, le malade a sa connaissance, son état est très déprimé; la respiration est facile; pas de dyspnée, pas de suffocation; garde-robes involontaires.

Traitement. — Acétate d'ammoniaque, 20 grammes.

30 avril. Le malade est mieux; la tête est toujours un peu lourde, la respiration est régulière. — Le mieux s'accentue les jours suivants.

4 mai. Huit jours après son entrée à l'hôpital, le malade se plaint de douleurs dans les reins et dans le côté droit. L'état général est toujours le même, on ne constate pas d'élévation de température, pas de frissons, pas de vomissements.

Traitement. — Ventouses. Ipéca.

5 mai. Le point de côté persiste à droite; le malade est plus anxieux, tousse un peu.

Les mains ont conservé la teinte rosée. La peau est fraîche, le pouls est normal; en arrière et à droite, matité complète à la percussion. On constate alors à l'auscultation du poumon, en arrière et à droite, dans toute l'étendue de la poitrine, du souffle tubaire et de la bronchophonie.

En avant, à droite, mêmes signes.

A gauche, en arrière, la respiration rude et soufflante au-dessous de l'épine de l'omoplate, dans une petite région nette-

ment localisée. — A la percussion, aucune modification dans le son.

Traitement. — Potion de Todd. Vésicatoire à droite.

Température. — 5 mai : matin, 37°8 ; soir, 37°5. — 6 mai : matin, 37°2 ; soir, 37°4. — 7 mai : matin, 37 degrés ; soir, 37°4.

8 mai. Le malade, qui tousse un peu, expectore des crachats rouillés, visqueux, adhérents au vase.

Mêmes signes stéthoscopiques.

Température. — 8 mai : matin, 36°6 ; soir, 37°8. — 9 mai : matin, 36°6 ; soir, 37°2. — 10 mai : matin, 36°8 ; soir, 37 degrés. — 11 mai : matin, 37 degrés ; soir, 37°4.

Les crachats persistent jusqu'au 11 mai.

Toujours pas de température. Pouls normal.

12 mai. Les crachats deviennent moins visqueux, moins colorés.

Température. — 12 mai : matin, 37°2 ; soir, 37°4.

13 mai. Le malade tousse faiblement. Plus d'expectoration.

14 mai. Le souffle tubaire, constaté au début, persiste avec la même intensité et dans la même étendue de poumon à droite. Bronchophonie.

En faisant tousser le malade, on entend dans la ligne axillaire, en bas, de gros râles crépitants.

Température. — 14 mai : matin, 37°2 ; soir, 37°4. — 15 mai : matin, 36°6 ; soir, 37°4. — 16 mai : matin, 36°4 ; soir, 37 degrés. — 17 mai : matin, 36°7 ; soir, 37 degrés. — 18 mai : matin, 37 degrés ; soir, 37°3. — 19 mai : matin, 36°6 ; soir, 37 degrés.

20 mai. L'état local ne s'est pas modifié ; l'état général s'est amélioré progressivement. Le malade dort bien et mange avec bon appétit.

Température. — 20 mai : matin, 36°6 ; soir, 37 degrés. — 21 mai : matin, 36°8 ; soir, 37 degrés. — 22 mai : matin, 36°8 ; soir, 37. — 23 mai : matin, 36°6 ; soir, 36°8. — 24 mai : matin, 37 degrés ; soir, 37°2.

25 mai. Plus de souffle, plus de bronchophonie. Il n'existe plus aucun bruit anormal dans la poitrine.

Température. — Matin, 36°4 ; soir, 37 degrés.

30 mai. Le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

En résumé, ce malade, après une intoxication grave par l'oxyde de carbone dont il conservait encore des traces huit jours après (état rosé de la peau et, particulièrement, des extrémités), a été atteint d'une pneumonie droite qui a évolué sans que l'on vît s'élever un seul instant la température au-dessus de 37°8. Cette particularité reconnaît-elle comme cause l'intoxication ? Telle est la question qu'il nous semble permis de poser après l'observation de ce fait.

TROIS OPÉRATIONS SIMPLES SUIVIES DE MORT

CHEZ DES SUJETS ATTEINTS DE MALADIE DU FOIE.

Par M. le professeur VERNEUIL, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

Dès 1867, M. Verneuil a étudié l'influence réciproque qu'exercent, les unes sur les autres, les affections hépatiques et les lésions traumatiques accidentelles ou opératoires. Depuis cette époque, il a souvent montré que, lorsque cette association existait, le pronostic du traumatisme était considérablement accru, et que, dans ces conditions, l'on pouvait voir une opération, d'ailleurs bénigne, se terminer par une mort que rien dans le traumatisme ne faisait prévoir.

Il vient d'observer trois faits qui démontrent une fois de plus cette influence. Les progrès incontestables de la méthode antiseptique ont pu faire croire que ces dangers n'existent plus ou, du moins, qu'ils ont été exagérés, à ce titre ces observations sont instructives.

Ces trois observations ont été recueillies dans le service de M. Verneuil, à quelques semaines d'intervalle.

OBSERVATION I. — Femme de trente-huit ans, fracture bi-malléolaire qui se consolide mal et crée une infirmité grave pour laquelle, le 16 juin, M. Ricard pratique une arthrectomie et remet le pied en bonne position. L'opération ne présente aucun incident. La malade avait toutes les apparences d'une santé florissante, mais, trois jours après, elle fut prise d'un ictère généralisé, avec décoloration des matières fécales. Par la suite, l'état général devient mauvais : inappétence, constipation, langue sale, épistaxis, douleur à la région hépatique, ascite et, finalement, le 4 juillet, la malade succombe.

A l'autopsie, on trouve un gros foie lisse, pesant 3kg500, présentant tous les caractères de la cirrhose graisseuse hypertrophique. L'examen histologique montre une prolifération conjonctive générale constituant la cirrhose inter et intra-lobulaire. Peu de temps avant la mort de la malade, une enquête approfondie avait montré qu'il s'agissait d'une alcoolique, mais ni les renseignements fournis par la malade, ni l'état de sa santé au moment où elle entra à l'hôpital, n'avaient pu faire penser à porter un pareil diagnostic.

Il est important de noter qu'à l'autopsie, le champ opératoire était dans un parfait état d'asepsie, sans aucun exsudat, sans aucun épanchement entre les surfaces articulaires ; la réunion des parties molles était également complète, sans trace de rougeur à aucun des fils.

OBS. II. — Femme de cinquante et un ans, atteinte, depuis cinq ans, d'un volumineux polype utérin qui cause des métrorrhagies et a amené un état général grave et un état de septicémie chronique.

La malade est pâle, faible, les membres inférieurs sont œdématiés, palpitations de cœur, souffle anémique, température de 39 degrés, inappétence, urines légèrement albumineuses. Pendant quelques jours, l'asepsie du vagin et de l'utérus fut pratiquée avec le plus grand soin, l'état général parut s'améliorer quelque peu et la température redevint normale, sauf un léger mouvement fébrile le soir. On se décida alors à enlever la tumeur à l'écraseur, après avoir pris toutes les précautions pour aseptiser le vagin avant, pendant et après l'opération. L'opération n'a rien présenté de particulier, elle n'a donné lieu à aucune hémorrhagie.

Malgré la bénignité d'une semblable opération, l'état général de la malade s'aggrave, la dépression des forces augmente, l'adynamie se déclare, le pouls monte à 126, la température à 39°5 et la malade meurt trois jours après l'ablation du polype.

L'autopsie montre une stéatose avancée du foie. Au microscope, les cellules hépatiques sont atteintes, à divers degrés, de dégénérescence graisseuse.

OBS. III. — Femme de soixante-sept ans, atteinte d'une petite hernie crurale étranglée depuis deux jours. En outre, on constate un volumineux cancer du foie.

Comme l'étranglement herniaire menace plus immédiatement la vie, on fait la kélotomie en réduisant l'intervention chirurgicale au minimum : simulacre d'anesthésie, débridement, réduction et suture, sans chercher à faire la cure radicale.

L'opération amène un soulagement rapide, les symptômes d'étranglement disparaissent, l'état général est des plus satisfaisants pendant les neuf premiers jours, la plaie opératoire n'offre rien d'anormal. Mais le dixième jour, brusquement et sans cause, la température s'élève, point de côté, pneumonie de la base, et, trois jours après, la malade succombe dans l'adynamie.

Il n'y eut pas d'autopsie, mais l'existence du cancer du foie n'est pas douteuse.

Voici donc trois opérations qui, par elles-mêmes, ne compromettaient pas la vie, n'intéressaient aucun organe important, et ne présentèrent aucune complication ; pourtant, dans les trois cas, la mort survient prompte, inexplicable d'après les anciennes théories.

Dans ces conditions, il faut incriminer les affections hépatiques préexistantes, bien aggravées soudainement et directement par l'acte chirurgical.

Quelle est la cause de ces accidents et quels sont les cas où

cette gravité des opérations chez les hépatiques doit interdire l'opération? C'est là ce que M. Verneuil veut rechercher en analysant ces trois cas.

En principe, il approuve les opérations faites sur ces trois malades, mais il se demande si elles ont été opportunément faites, si on s'est assuré de toutes les précautions qui auraient pu en assurer le succès.

La troisième malade (hernie étranglée) avait un cancer du foie qui devait la faire mourir à brève échéance, un étranglement herniaire survient qui doit déterminer une mort prochaine, il n'y avait aucun doute à avoir, on devait faire l'opération sans s'inquiéter de la maladie du foie et l'opération donna tout ce qu'elle pouvait donner : une aggravation du cancer; mais, comme compensation, quelques jours d'existence relativement supportables.

En d'autres termes, dans les cas de ce genre, il n'y a pas d'hésitation à avoir, parce que les contre-indications opératoires tirées des maladies constitutionnelles n'existent guère devant les cas d'urgence.

Les conditions sont différentes dans la deuxième opération, la malade au fibrome, parce que les jours de cette malade n'étaient pas comptés. Toutefois, il y avait une certaine urgence à opérer pour remédier aux hémorrhagies et à la septicémie provoquée par la rétention des matières putrides dans le fond des cavités vaginale et utérine. Le revers de la médaille consistait à opérer en pleine septicémie chronique alors que la dégénérescence graisseuse du foie rendait cette septicémie particulièrement dangereuse. Les lavages antiseptiques pratiqués avec le plus grand soin pendant les quelques jours qui précédèrent l'opération avaient, il est vrai, amélioré la situation, la température de la malade était moins élevée, l'écoulement putride moins odorant; mais ces lavages n'avaient pas été suffisamment prolongés puisque tous les accidents septiques n'avaient pas complètement disparu, ainsi que le prouvait une légère ascension vespérale de la température, la veille même de l'opération.

Dans ces conditions, se plaçant uniquement au point de vue de la septicémie, il eût été prudent d'attendre, de continuer la désinfection locale pendant quelques jours et au besoin d'administrer à l'intérieur quelques préparations antiseptiques, telles que le chloral ou l'antipyrine, qui ont semblé rendre service en pareil cas.

Enfin, en tenant compte de la théorie du microbisme latent, peut-être eût-il été sage, en raison de la septicémie actuelle ou récemment éteinte, d'examiner le sang à l'aide d'une piqûre du doigt et d'ajourner encore, si l'examen avait montré de plus ou moins nombreux microbes en circulation.

A tous ces motifs d'ajournement on peut, sans doute, opposer le péril de voir les hémorrhagies se reproduire, mais M. Verneuil a insisté sur les avantages, en cas de stéatose hépatique d'origine hémorrhagique (chez les hémorrhoïdaires), de la révulsion sur la région du foie, soit par l'hydrothérapie, soit par les vésicatoires, etc. On eût pu essayer une semblable action qui réussit si souvent dans les hémorrhagies les plus diverses.

En ce qui concerne le premier fait (ostéotomie ne présentant aucun caractère d'urgence), chez une femme d'apparence robuste, sans antécédents connus, alors qu'en réalité il s'agissait d'une alcoolique avec cirrhose, on peut se demander s'il n'eût pas été possible d'éviter cette regrettable terminaison.

Il eût d'abord fallu soupçonner l'alcoolisme, et consécutivement la cirrhose. Or tout, dans les apparences extérieures, permettait d'éliminer cette hypothèse.

Comme pareil fait peut se reproduire, M. Verneuil conclut qu'il y a lieu d'avertir les chirurgiens du péril que les propathies hépatiques font courir aux opérés et de la nécessité absolue de placer le foie au rang des organes dont l'exploration attentive, anatomique et fonctionnelle, avant une opération, est rigoureusement commandée; ce qu'on fait actuellement, dans presque tous les cas, pour les poumons, le cœur, les reins doit lui être appliqué. La difficulté de l'examen, l'incertitude des renseignements fournis, en un mot, les obscurités du diagnostic sont autant de raisons pour redoubler d'efforts pour atteindre le but.

Si, en effet, la cirrhose alcoolique avait été reconnue d'avance, même fortement soupçonnée chez cette malade, on aurait d'abord sursis à une opération qui ne présentait aucune urgence, puis, si on en avait résolu l'exécution ultérieure, on aurait institué pour le moins un traitement pré-opératoire, opposé à la fois à l'alcoolisme et à la cirrhose.

Si le retour à la sobriété, un régime alimentaire approprié, l'hydrothérapie, les médicaments tels que l'opium, la noix vomique, peut-être l'hippurate de chaux, etc., avaient très notablement amélioré l'état, on eût été en droit de reprendre le programme opératoire; si, au contraire, la dyscrasie et les lésions matérielles avaient persisté et surtout progressé, on se serait sagement borné à remplacer l'anaplastie sanglante par l'innocente prothèse mécanique.

THÈSES DE LYON

De la création d'un urèthre contre nature chez les prostatiques. Cystostomie sus-pubienne; opération de Poncet-Mac Guire, par S. Bonan, ancien externe des hôpitaux. — Dans une excellente thèse, récemment soutenue à Lyon, M. Bonan vient de fixer les indications, les avantages et la technique opératoire de la « cystostomie sus-pubienne ». On sait que M. le professeur Poncet a, dans une série de communications, conseillé, contre divers accidents pouvant survenir chez les prostatiques, l'établissement d'une bouche hypogastrique analogue à l'anus contre-nature. Cette opération a pour but d'assurer l'écoulement permanent et complet de l'urine, de permettre la désinfection de la vessie et surtout, par la suture des lèvres de la plaie de la vessie à celles de la plaie cutanée, de créer un véritable urèthre hypogastrique artificiel, devant suppléer, parfois définitivement, l'urèthre normal, permettant ainsi à tout le système urinaire de se reposer et de se réparer. Pratiquée dans ce but pour la première fois, par M. le professeur Poncet, en avril 1888, cette opération fut faite trente-sept fois depuis par notre maître. L'antériorité de date et le nombre des opérations faites, justifient pleinement le nom « d'opération de Poncet » donné par M. Bonan à la cystostomie sus-pubienne. Sédillot, Bœckel, M. Guyon ont bien pratiqué la taille hypogastrique chez des prostatiques, mais à part Mac Guire, dont les travaux sont postérieurs à ceux de M. le professeur Poncet, aucun chirurgien ne paraît avoir eu l'idée si féconde de la création d'un canal artificiel sus-pubien.

La thèse de M. Bonan est divisée en plusieurs chapitres. En raison de leur importance, nous allons successivement les analyser.

Le chapitre des « indications et contre-indications » est un des mieux traités de cette thèse. On y voit que M. Poncet reconnaît trois catégories principales d'indications.

A une première catégorie appartiennent les indications relevant du cathétérisme, de son impossibilité, de ses dangers. Le chirurgien doit pratiquer la cystostomie lorsqu'il ne peut arriver à sonder un prostatique atteint d'une rétention d'urine complète (cas rare, mais admis par M. le professeur Guyon lui-même); lorsque l'état d'irritabilité de l'urèthre, des fausses routes, des uréthrorrhagies abondantes commandent la sonde à demeure; enfin, lorsque le cathétérisme devient de plus en plus laborieux et difficile, qu'il constitue, en somme, à chaque reprise, un véritable acte opératoire.

Dans une deuxième catégorie rentrent les cas d'irritabilité vésicale particulière, d'infection de la vessie, de cystite. Alors, la vessie intolérante réclame le cathétérisme toutes les heures, toutes les demi-heures; elle est infectée. Le méat hypogastrique aura l'avantage d'assurer l'écoulement de l'urine et les lavages antiseptiques, en permettant au besoin un véritable drainage. On aura transformé une plaie profonde, cavitaire, en plaie ouverte et on l'aura mise, pour ainsi dire, sous l'œil du chirurgien.

L'intoxication urineuse constitue une troisième indication pressante de la cystostomie. Cette opération s'adresse, en effet, à la cause même de l'intoxication : les altérations vésicales qui permettent l'absorption. Par le repos de l'organe, conséquence de l'opération, la congestion disparaîtra, les lésions pourront se réparer. En outre, la suppression de l'obstacle au cours de l'urine devra amener, suivant les idées de M. Albarran, une amélioration dans les symptômes rénaux.

D'autres indications plus rares de la cystostomie résident dans les hémorrhagies dues parfois à des ulcérations de varices du col, et dans la présence de ces concrétions calculeuses signalées par M. Poncet et rencontrées plusieurs fois par Mac Guire.

Enfin, le chirurgien devra intervenir rapidement si, à la suite de ponctions capillaires, il s'est développé un empâtement hypogastrique, premier temps, comme nous le verrons tout à l'heure, d'un phlegmon urinaire.

Nous aurions voulu, à la fin de cette analyse des divers accidents qui peuvent forcer le chirurgien à prendre le bistouri, voir M. Bonan en faire une synthèse et nous donner le tableau clinique du « prostatique lyonnais », tel qu'on l'observe si souvent à l'Hôtel-Dieu. C'est, en général, un vieillard qui s'est présenté une première fois à l'hôpital, pour des accidents peu intenses, avec une hypertrophie minime et à qui, faute de place, on a donné une sonde et quelques bons conseils. Pendant un an ou deux il a couru les consultations gratuites, peu outillées pour la chirurgie urinaire, et s'est fait refuser plusieurs fois à la porte de l'hôpital. Il revient enfin un jour avec une rétention d'urine absolue, des fausses routes, des hématuries ou une cystite, quelquefois avec tous ces accidents réunis. Le malheureux, miné par le besoin continuel d'uriner, n'a plus pris aucune précaution antiseptique pour ses cathétérismes; ou bien, pour soulager ses douleurs, il s'est livré à des sondages brutaux, de véritables traumatismes de son canal.

C'est pour ces cas-là, qu'on ne voit peut-être pas aussi fréquemment dans d'autres hôpitaux, que « l'opération de Poncet » a été primitivement créée, et c'est en raison des résultats observés que notre maître en a étendu les indications.

Dans un troisième chapitre, M. Bonan établit un parallèle entre les diverses opérations conseillées chez les malades atteints de rétention d'urine d'origine prostatique.

Le cathétérisme reste évidemment la méthode de choix ; et nous avons déjà vu les cas où on devra lui substituer la cystostomie.

La question de la sonde à demeure n'est peut-être pas suffisamment discutée par M. Bonan, d'autant plus que M. Vignard (1) et M. Guyon (2) lui-même ont soutenu dans de récents articles ce mode de traitement classique à Necker. L'argumentation de M. Bonan, pour repousser l'usage de la sonde à demeure, s'appuie sur ces faits que la sonde est souvent mal supportée, qu'elle s'infecte fréquemment; qu'en tous cas, elle s'altère et que, par conséquent, il faut la renouveler de temps à autre, ce qui nécessite des manœuvres nuisibles chez un malade qu'on peut considérer comme un *noli me tangere*.

Nous ajouterons, avec M. le professeur Poncet, que, chez les prostatiques avancés, la présence de la sonde provoque souvent, en dehors de toute infection apparente, des accès de fièvre intense, des phénomènes généraux graves qui cèdent mieux encore et plus vite à l'enlèvement de la sonde, qu'au sulfate de quinine ou aux lavages.

Nous dirons aussi que le cathétérisme à demeure ne nous paraît pas être une opération définitive. Les rechutes sont la règle après son emploi. Le malade reste constamment sous la menace de nouveaux accidents, mieux vaut un urèthre sus-pubien.

Quant à la ponction hypogastrique capillaire, elle est très bien discutée par M. Bonan. On ne peut songer à en faire la base d'un traitement rationnel de la rétention d'urine prostatique, comme l'avait peut-être pensé M. le professeur Fochier en 1875 (1). Tout au plus, peut-elle être bonne comme opération d'urgence, quoiqu'elle ait provoqué souvent de l'infiltration d'urine, 8 fois sur 22 cas (in thèse de M. Pouliot), et quoique MM. Monod, Hache, Gangolphe, Poncet l'aient souvent surprise en « flagrant délit d'accidents graves ». Citons, entre autres, une observation très remarquable de M. Poncet où, chez un opéré qui avait été ponctionné six heures avant la cystostomie, on constata, après l'incision de la paroi abdominale, un jet d'urine filiforme de 6 à 8 centimètres de hauteur, se faisant jour par le pertuis qu'avait laissé, à son passage dans la vessie, l'aiguille capillaire.

Contre la *prostatotomie*, récemment défendue par M. Vignard, M. Poncet fait remarquer la persistance des inconvénients et des dangers inhérents au cathétérisme, dont l'établissement d'une boutonnière périnéale ne supprime pas l'emploi. L'urine et la sonde irritent toujours la vessie, le col, le sphincter prostatique. Les éléments congestion, spasme, infection même, pourront persister, la prostatotomie n'aura été d'aucune utilité.

Quant à la *prostatectomie* partielle ou totale, M. Poncet l'admet parfaitement chez des sujets jeunes et dans des cas bien déterminés. A propos de cette opération, nous rappellerons que M. Guyon préconisait, en 1885 (2), la taille hypogastrique pour enlever la prostate comme des amygdales ou une tumeur de la vessie. Nous ajouterons avec M. Poncet que, chez le vieillard, il faut songer d'abord à sauver le malade, la destruction de l'obstacle prostatique ne venant qu'en seconde ligne. Cet obstacle prostatique n'est d'ailleurs pas tout dans le syndrome hypertrophie de la prostate. Ainsi que l'a si bien montré l'école de Necker, il peut exister du prostatisme sans hypertrophie de la prostate, ou du prostatisme vésical chez la femme (3).

Dans un quatrième chapitre est étudié le *manuel opératoire*. Après désinfection, le malade est mis dans la position déclive de Trendelenburg. M. Poncet a supprimé l'emploi du ballon de Petersen, reconnu dangereux (éraillures, déchirures du rectum; rupture de la vessie malade). Injection vésicale boriquée, si possible : 250 à 300 grammes. — 1° *Incision cutanée.* — 2° *Incision de la ligne blanche.* — 3° *Recherche de la paroi antérieure de la vessie et refoulement du cul-de-sac péritonéal avec l'index.* — 4° *Fixation de la paroi antérieure de la vessie aux bords de la plaie et ouverture de cet organe.* La cystopexie, avant l'ouverture de la vessie, est souvent impossible. L'incision vésicale (8 à 10 millimètres) devra être aussi rapprochée que possible du col; ce qui est plus sûr au point de vue du péritoine et donnera plus d'obliquité au futur canal. On introduira l'index qui explorera la vessie et dirigera la pose des fils — premier lavage de la vessie et de la plaie. — 5° *Des points de suture métalliques* (6 à 8 environ) fixent les bords de l'ouverture vésicale aux bords de la plaie abdominale, ce qui empêchera l'infiltration d'urine.

La cystostomie peut et doit être pratiquée en dix à douze minutes, elle n'entraîne pas d'hémorrhagie. Nouveau grand lavage uréthral et vésical. Lorsqu'il y a eu des fausses routes, injections dans le canal d'huile iodoformée.

M. Poncet ne met à demeure ni drain, ni sonde, ni tubes de Perier, tous instruments qui irritent la vessie.

Le meilleur pansement est l'absence de pansement : un gâteau de coton hydrophile placé au-dessus du pubis absorbera l'urine.

Consécutivement, et pendant l'incontinence des premières semaines, on se contentera de laver les bords de la plaie ; l'idéal, à ce moment, est de supprimer la cavité vésicale, de la transformer en un simple conduit où l'urine ne reste pas ; le malade sera d'ailleurs averti par ses douleurs, si l'urine séjourne avant que la vessie ne puisse la supporter.

Il faut surveiller le malade au point de vue de la température et de l'état des voies digestives.

(1) Vignard. Opérations palliatives chez les prostatiques, *Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1890.
(2) Guyon. Traitement de l'hypertrophie de la prostate, *Id.*, 1889 et 1890.

(1) Fochier. *Indications de la ponction capillaire dans l'hypertrophie de la prostate*, Lyon 1875.
(2) Thèse de M. Launois.
(3) Chevalier. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1891.

On peut enlever les fils métalliques le sixième ou huitième jour et, dès ce moment, le malade peut se lever (véritable moyen de le mettre à l'abri des congestions passives).

Lorsque la vessie devient tolérante, pour s'opposer au rétrécissement occlusif du nouveau canal, il faut avoir soin de maintenir son calibre, par le passage, de temps à autre, d'un cathéter. S'il existe de l'incontinence, divers appareils peuvent être employés, depuis une simple sonde coudée suivant la direction du canal, jusqu'à l'ingénieux appareil de Martin.

Les *résultats immédiats* de l'opération se traduisent par une sensation de bien-être et de repos inaccoutumés. Les douleurs, le ténesme vésical, l'insomnie, certains troubles urinaires, tout a disparu. L'urine sort d'une façon indolente et continue.

M. Bonan dit que Mac Guire, M. Poncet n'ont jamais observé ni infiltration d'urine, ni hémorrhagie après l'acte opératoire. Pour notre part, nous avons vu une hémorrhagie secondaire chez un malade opéré récemment par notre maître, et chez lequel, il est vrai, les urines renfermaient depuis longtemps du sang en abondance. Quoique cette hémorrhagie, survenue au douzième jour de l'opération, ait été assez grave pour faire porter un pronostic fatal, elle finit par céder aux moyens habituels, dont le plus efficace parut être des injections vésicales froides d'eau de Rabel (le malade est actuellement guéri).

Résultats éloignés. — Nous avons comparé, au début de cette étude, la cystostomie sus-pubienne à l'anus contre nature. Cette comparaison est fausse, car, dans les cas favorables, les fonctions de l'urèthre contre nature deviennent telles que celui-ci ne constitue pas une infirmité. C'est ordinairement vers la troisième ou quatrième semaine, que la vessie devient tolérante au point de garder l'urine une heure ou deux. Cette contention résulte aussi du rétrécissement du méat hypogastrique et de la formation d'un petit tunnel : canal artificiel conduisant à la vessie. Ce canal, pour remplir les fonctions d'un urèthre normal, doit être étroit (14 à 15 filière Charrière), long, oblique et situé au milieu des tissus dont la tonicité lui serve de sphincter (sangle formée par les droits).

Au point de vue anatomique, les cystostomisés peuvent être divisés en trois catégories : ceux qui ont un méat à fleur de peau ou exubérant (forme à obtenir); ceux qui ont, au contraire, un orifice en entonnoir (résultat moins bon) et les intermédiaires.

Au point de vue physiologique, il faut distinguer les opérés en trois catégories également :

1° Ceux qui ont une incontinence absolue à laquelle remédient peu des appareils mal supportés (4 sur 11 résultats éloignés);

2° Ceux qui, avec une cheville obturatrice, peuvent se prémunir contre l'écoulement de l'urine et qui n'ont qu'un peu de suintement dans les grands efforts ou la toux (2 sur 11);

3° Les opérés qui possèdent un véritable urèthre contre nature, 5 sur 11; chez qui l'urine peut séjourner pendant quatre ou cinq heures, qui ont un véritable besoin d'uriner et aussi une sortie en jet du liquide.

La thèse de M. Bonan se termine par de bonnes figures explicatives et la relation de 28 observations empruntées à la pratique lyonnaise, mais ce travail est basé sur l'ensemble des 35 opérations de M. Poncet, 1 de M. Jaboulay, 1 de M. Gangolphe, 8 de Mac Guire.

L'observation la plus intéressante est, sans contredit, celle de l'éminent chirurgien de l'Antiquaille, M. Diday, qui nous semble être le plus bel éloge qu'on puisse faire de l'opération de Poncet. On y compare en effet, en un saisissant parallèle, l'état du prostatique avant et après l'intervention. M. Diday, étant donné les merveilleux résultats fonctionnels créés par un urèthre artificiel, n'hésite pas à recommander vivement, aux prostatiques avancés, la cystostomie sus-pubienne. Il s'agit, comme on le voit, d'une véritable méthode thérapeutique des nombreux accidents que l'on peut observer chez les prostatiques. La thèse de M. Bonan en démontre la réelle valeur.

A. RIVIÈRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 août 1892. — Présidence de M. Larrey.

CORRESPONDANCE

Traitement de l'asphyxie par submersion. — M. LABORDE adresse une note relative aux cas d'asphyxie qu'il a communiqués dans la séance du 5 juillet (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 735). M. Le Roy de Méricourt, dans la discussion qui a suivi cette communication, s'était prononcé en faveur de la méthode de Sylvester, dont M. Laborde n'a jamais contesté les avantages. Mais cette méthode avait été impuissante dans les deux cas qu'il a cités. « Le procédé de Sylvester, dit M. Le Roy de Méricourt, comprend, outre la respiration artificielle, les moyens propres à faciliter l'introduction de l'air dans les voies aériennes, moyens sur lesquels a insisté M. Laborde. » Ce n'est plus uniquement à cela que s'applique le procédé de M. Laborde qui vise essentiellement et réalise l'incitation énergique et le rappel du réflexe respiratoire et par suite de la fonction que ce réflexe constitue.

DISCUSSION

M. LE ROY DE MÉRICOURT croit qu'il est indispensable de recourir simultanément aux deux méthodes, à la traction de la langue, et à la méthode de Sylvester.

M. BROUARDEL dit que la mort par submersion peut arriver de trois manières différentes. Tantôt elle arrive subitement, au moment où l'individu tombe à l'eau ; elle est produite alors par un arrêt subit de la respiration, résultant d'une action inhibitoire sur le larynx, déterminée par l'action du froid. Dans ces cas, les bronches et les alvéoles étant restées intactes, les mouvements respiratoires ou le procédé de M. Laborde peuvent parfaitement réussir, parce qu'il n'y a pas d'eau dans la poitrine. D'autres fois l'individu pique à fond et séjourne quelque temps; les muscles respiratoires se contractent et rien ne pénètre encore dans les voies aériennes, dans ce cas encore le noyé peut être assez facilement rappelé à la vie.

Mais le plus souvent, l'individu plonge, revient à la surface, disparaît de nouveau, et, dans ces mouvements incoordonnés, les substances contenues dans l'estomac refluent vers le pharynx puis dans les voies aériennes ; en même temps l'eau y pénètre en quantité qui correspond à peu près au tiers de la quantité totale du sang. Chez ces individus, le passage de l'eau détermine des lésions dans les alvéoles et les bronches, qui rendent très difficile, souvent même impossible, le retour à la vie, quel que soit le procédé employé.

M. LANCEREAUX appuie ce que vient de dire M. Brouardel et ajoute que les mêmes phénomènes se produisent dans les cas pathologiques. Il cite l'exemple d'un malade atteint d'épithéliome du larynx qui fut trouvé un jour en état de mort apparente. L'interne lui fit une injection de morphine et le malade revint à la vie, parce qu'il s'agissait d'un spasme du larynx. Les injections de morphine pourraient donc rendre service dans les cas d'asphyxie par submersion de la première catégorie dont a parlé M. Brouardel.

COMMUNICATION

Cardiopathies syphilitiques. — M. SEMMOLA. Je crois d'abord que les cardiopathies doivent être non seulement partagées en cardiopathies valvulaires primitives et en cardiopathies d'origine artérielle, mais aussi en cardiopathies primitives dues à un vice de nutrition du cœur, plus ou moins localisé, sans cependant qu'il y ait vice valvulaire dès le commencement, et je pense que celles-là sont les cardiopathies les plus insidieuses et les plus terribles, parce que, dans ces cas, le cœur ressent les influences de conditions bio-chimiques générales dont il me semble que jusqu'ici l'on ne tient pas bien compte en clinique.

Déjà, en 1859, Virchow, sur de simples observations anatomo-pathologiques, admit la possibilité de rapports entre la syphilis et la pathologie du myocarde.

Cependant, ce n'est guère que depuis trois ans que quelques travaux cliniques isolés ont paru sur la question. Nous signalerons, parmi ceux-ci, les travaux de Bogosslowski, de Moscou; Nekam, de Buda-Pesth; J.-A. Zakarine, de Moscou; Ch. Mauriac, de Paris, Lang. Il s'agit d'observations de cardiopathies reconnues syphilitiques à la présence de gommes du myocarde ou bien à la suite du résultat du traitement. Tous les observateurs, en effet, ont déclaré qu'il ne paraissait pas exister de symptômes caractéristiques permettant de diagnostiquer, pendant la vie, les cardiopathies syphilitiques.

Voici deux observations qui viennent corroborer l'existence de cette variété de cardiopathie.

Vers 1883 se présenta à mon observation un médecin, le docteur N..., avec tous les symptômes les plus graves d'une cardiopathie non compensée.

Tous les traitements par les toniques du cœur avaient été essayés sans aucun résultat et le malade semblait perdu.

J'appris alors qu'il était syphilitique, mais à l'époque de mon observation, il n'y avait pas le moindre symptôme de syphilis.

Pensant, comme mon maître Ricord, que, lorsque l'on a été un syphilitique avéré, tout est possible, même l'impossible, je fis de suite des injections sous-cutanées de sublimé corrosif et donnai de hautes doses d'iodure de sodium (5 gr. dans les vingt-quatre heures).

Après quatre semaines, le docteur N... était sans dyspnée, sans œdème, sans palpitations, sans arythmie, et ce malade put reprendre sa pratique médicale, sans digitale et sans aucun autre médicament cardiaque.

Depuis cette époque je n'ai jamais cessé de mettre à profit les antécédents syphilitiques de tous les malades cardiaques qui se sont présentés à mon observation; je ne vous donnerai pas toutes les observations, je me bornerai à la suivante :

Mme X..., âgée de quarante-cinq ans, depuis vingt-cinq ans syphilitique, se présenta à ma consultation au mois de septembre dernier; elle se plaignait d'avoir observé depuis le mois de mai une grande irrégularité dans son pouls.

On avait diagnostiqué une arythmie nerveuse. J'ai pensé que l'arythmie n'était pas nerveuse, étant continuelle et persistante, même pendant le sommeil, depuis des mois, et qu'il s'agissait d'une conséquence de la syphilis (probablement une gomme ou une myocardite); je prescrivis un traitement spécifique et complet (iodure de sodium par la voie de l'estomac, injections de sublimé pendant le premier mois et plus tard cinq mois de frictions mercurielles, à la plante des pieds, de un gramme par jour).

La malade fut parfaitement guérie de son arythmie au bout de deux mois et elle jouit à présent d'une parfaite santé.

La conclusion que je crois pouvoir tirer de cette série d'observations cliniques est que, lorsqu'un ancien syphilitique bien avéré se présente à l'observation du médecin, avec des symptômes d'arythmie continuelle, persistante, et même avec ou sans quelque gêne dans la respiration, rebelle à tous les moyens hygiéniques et pharmaceutiques que l'on peut employer pour régulariser la fonction cardiaque, le clinicien doit soupçonner de suite qu'il y a là-dedans un processus syphilitique insidieux et doit conseiller au malade un traitement spécifique bien dirigé, lors même qu'il n'y ait plus actuellement aucun symptôme qui puisse donner la démonstration visible de la syphilis constitutionnelle.

S'agit-il peut-être dans ces cas d'une myocardite syphilitique à son début ou d'une infiltration gommeuse, etc., je n'en sais rien.

Ma communication a seulement pour but de constater le rapport entre une syphilis ancienne, les nouveaux troubles cardiaques et la guérison par le traitement spécifique; c'est-à-dire qu'elle est seulement une contribution de clinique thérapeutique à l'histoire de la syphilis du cœur.

M. LANCEREAUX fait observer que M. Semmola a parlé d'un certain nombre d'accidents tels que l'artério-sclérose du cœur qui ne paraît pas appartenir à la syphilis du cœur. Si le virus spécifique modifie parfois les artères cardiaques, c'est toujours sur un point circonscrit, là comme ailleurs l'artérite syphilitique est une lésion circonscrite.

Quant à l'arythmie, phénomène auquel M. Semmola attache une grande importance, c'est un simple phénomène qui, à lui seul, ne peut conduire à diagnostiquer la cardiopathie syphilitique.

Le diagnostic de cette affection repose sur un ensemble symptomatique ayant une évolution spéciale. Tout d'abord, le malade peut avoir des palpitations, de l'essoufflement, puis peu à peu le cœur se dilate par le fait de la myocardite et survient un nouveau phénomène résultant de cette dilatation. C'est un souffle systolique de l'orifice mitral. Plus tard enfin, apparaissent des phénomènes d'asystolie : hyperhémie, statique des viscères abdominaux, œdème et anasarque. Le traitement pour être utile, comme l'a fort bien dit M. Semmola, doit avoir lieu dès le début, car au bout d'un certain temps un kyste fibreux se constitue, l'organe se dilate et l'asystolie survient. Quoi qu'il en soit, il faut retenir de cette communication de M. Semmola que l'arythmie peut servir à attirer l'attention sur la possibilité d'une affection syphilitique du cœur.

M. SEMMOLA. Je regrette beaucoup que M. Lancereaux ait voulu transporter la question sur un terrain tout à fait différent de celui où je me suis placé pour ma communication. En effet, je me suis renfermé dans le côté purement clinique et thérapeutique. Je n'ai pas touché non plus à l'existence d'une artério-sclérose d'origine syphilitique, bien qu'il y ait des auteurs très recommandables qui en reconnaissent l'existence. J'ai même déclaré, dans ma communication, que je me bornais absolument aux cardiopathies primitives, qui n'avaient rien à faire avec l'artério-sclérose.

Je ne me suis pas non plus occupé de la symptomatologie caractéristique des myocardites syphilitiques, et j'ai même fait remarquer que jusqu'ici personne n'a attribué à ces myocardites une forme clinique caractéristique. J'ai même ajouté qu'il sera très difficile de pouvoir plus tard indiquer cette forme clinique pour une raison toute simple. Si l'on soupçonne pendant la vie l'existence d'une myocardite syphilitique à son début, il est évident qu'on en triomphera par le traitement spécifique, et il serait tout à fait impossible dans ces cas-là de contrôler la forme clinique par les résultats de l'autopsie; ce qui, en somme, constitue le vrai moyen d'attribuer une forme clinique constante à une altération anatomique bien déterminée. Et dans les cas cliniques de cardiopathies dans lesquels la mort est survenue sans qu'on soupçonne la nature syphilitique, il est aussi évident que, dans la gravité du tableau clinique final, il n'est pas possible de rechercher les symptômes initiaux caractéristiques d'une myocardite syphilitique à l'époque de son début.

Ma communication s'est bornée exclusivement à constater, dans un certain nombre de cas, le rapport entre une simple arythmie cardiaque, continuelle, persistante et rebelle, avec une ancienne syphilis dont on a jugé la nature par le traitement spécifique, lorsque même il n'existait dans l'actualité aucun symptôme de syphilis constitutionnelle.

Je ne suis pas entré, et je ne veux pas entrer dans d'autres questions, et je remercie M. Lancereaux d'avoir bien voulu retenir la conclusion de mes observations cliniques.

LECTURE

Trois opérations simples suivies de mort chez des individus atteints d'anciennes maladies du foie. — M. VERNEUIL lit un travail ainsi intitulé (Voir plus haut, page 838).

RAPPORT

Hygiène de l'enfance. — M. CHARPENTIER achève la lecture du rapport sur les prix de l'hygiène de l'enfance.

Les conclusions de ce rapport sont lues en comité secret.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

211. M. JULLIEN. Contribution à l'étude de l'introduction de l'air dans les veines. Mécanisme de la mort et traitement. — 212. M. RICHARD. Du lit plâtré dans le traitement du mal de Pott. — 213. M. MILLAT. De la léontiasis ossea. — 214. M. ROCHON-DUVIGNEAUD. Recherches sur l'angle de la chambre antérieure et du canal de Schlemm. — 215. M. WIDIER. De l'arthropathie tabétique, considérée surtout au point de vue de l'intervention chirurgicale. — 216. M. BOMPART. Étude sur l'asapsol et ses propriétés thérapeutiques. — 217. M. PALEY. Du craniotabes ou ramollissement des os du crâne chez les jeunes enfants. — 218. M. MAURICE. Contribution à l'étude du diagnostic des présentations du siège. — 219. M. CHRISTOYANAKI. Contribution à l'étude de l'hémato-salgingite. — 220. M. LEMOULT. Contribution à l'étude du benzonaphtol ou benzoate de naphtol. — 221. M. POUX. Méthode sclérogène. Son application au traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du cou-de-pied. — 222. M. BEZANÇON. Etude sur l'ectopie testiculaire du jeune âge et son traitement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 31 juillet 1892, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef. — M. le docteur Forné, médecin en chef de la marine en retraite.

— Par décision ministérielle, en date du 30 juillet 1892, les médecins-majors de deuxième classe, dont les noms suivent, sont désignés, savoir : MM. Roux du 129e régiment d'infanterie pour le 119e régiment de même arme, par permutation avec M. Bourbon; Follenfant, du 124e régiment d'infanterie pour le 101e régiment de même arme, par permutation avec M. Salebert.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Degaillé (de La Flèche), Demommerot (de Mainneville).

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les dangers du lait et les moyens de les combattre.

Par le docteur Paul CHÉRON,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les nouveau-nés peuvent être alimentés, soit par leur mère ou une nourrice, soit par du lait provenant de divers animaux, c'est-à-dire que leur allaitement est naturel ou artificiel. Ces deux modes d'alimentation comportent chacun leurs dangers, l'alimentation naturelle — vérité banale, mais qu'il faut toujours répéter — étant toujours supérieure à l'alimentation artificielle, dans l'état physiologique de la mère.

I

1. Le lait d'une nourrice peut être altéré par suite de conditions très différentes. Tantôt il s'agit de certains états physiologiques, tels que la menstruation et la grossesse, tantôt de malades, tantôt enfin de l'absorption de substances qui passent dans les sécrétions. Dans toutes ces conditions, il peut y avoir une altération plus ou moins profonde du lait et consécutivement des troubles dans la santé de l'enfant.

Il y a longtemps que l'on a dit que, pendant la menstruation, le lait devenait plus séreux. MM. Vernois et Becquerel ont montré qu'il n'en était rien. Il y a seulement (Tarnier et Montreuil) une légère diminution du lait à chaque époque, et un accroissement dans la quantité des matériaux solides. Le beurre, la caséine et les sels augmentent, le sucre diminue (Dawis). Même pendant la période séparant les époques, ces modifications du lait persisteraient quoique à un plus faible degré. Pendant la période menstruelle, l'enfant digère souvent moins facilement, crie davantage et ne s'accroît plus. MM. Budin et Segond ont aussi constaté un arrêt dans l'augmentation du poids pendant la durée des règles.

Mais Schlechter (1) est arrivé à des résultats opposés et bien souvent il n'y a pas d'accidents ou tout se borne à quelques coliques, à un peu de diarrhée, qui cessent dès que la période menstruelle a pris fin (1).

Pour Boissard (2), la menstruation n'entraîne pas d'accidents du côté de l'enfant, mais la mère, soumise à deux causes d'affaiblissement, doit rapidement cesser de nourrir, du quatrième au septième mois.

Morits (3) a vu la réaction du lait devenir neutre pendant la menstruation; fréquemment les enfants avaient de la dyspepsie et du catarrhe de l'intestin.

Il n'y a donc pas de réponse absolue à faire à cette question : l'apparition de la menstruation rend-elle le sevrage nécessaire? Si les troubles de la santé de l'enfant manquent ou sont passagers, la mère pourra continuer à nourrir; dans le cas contraire, si l'augmentation du poids persiste à diminuer après les règles, on devra interrompre la nourriture (Usselmann).

Quelle est, maintenant, l'influence de la gestation sur l'allaitement? Chez les vaches, le lait diminue de quantité avant le part, mais le moment où se montre cette diminution est très variable. Il y a des animaux qu'il faut cesser de traire si l'on veut que la sécrétion se tarisse, tandis que, chez d'autres, il n'y a plus de lait quatre, cinq et même six mois avant le vélage (Poirier). D'après Vernois et Becquerel le lait ne s'altère d'une façon manifeste qu'au moment du part; il diminue alors de quantité et se concentre.

Pour Weber (4), le lait fourni par une vache pleine de six mois et même de sept, est plus riche que celui des vaches non pleines et des vaches châtrées; le lait de ces dernières vient ensuite.

Chez une femme enceinte de trois mois, Vernois et Becquerel ont constaté l'augmentation du beurre et du sucre et la diminution de la caséine.

Poirier a recueilli 51 observations dont 17 prouvent péremptoirement que la gestation, jusqu'au quatrième ou cinquième et même sixième mois, n'apporte aucun trouble profond dans la composition du lait, puisque le nourrisson continue à s'accroître régulièrement et n'a pas d'accidents du côté du tube digestif. Dans 10 cas, il y a eu perturbation grave dans l'état général de l'enfant, et généralement la mère fut obligée de sevrer; 4 cas sont douteux. Un seul enfant a succombé et en admettant que ce soit par suite de

(1) SCHLECHTER. *Wien. klin. Wochens.*, 1889, n° 51.

(1) G. POIRIER. Th. de Paris, 1890.
(2) BOISSARD. *Notes et observations cliniques*, Paris 1892.
(3) MORITS. *Wiener Med. Presse*, 1891, n° 27.
(4) In Th. de M. Poirier, p. 19.

l'allaitement défectueux, cela ferait une mortalité de 1,9 p. 100.

Uffelmann (1), au contraire, admet qu'à l'apparition d'une nouvelle grossesse, il faut cesser de nourrir; les enfants nourris par une femme enceinte, dit-il, ne prospèrent pas, et leur développement est souvent retardé pendant des années entières.

Pour Archambault (2), le lait, pendant la grossesse, renferme plus de sucre et de graisse et moins de caséine. Davis (3) a trouvé que tous les éléments solides diminuaient.

Les auteurs sont donc loin d'être d'accord sur l'influence de la grossesse sur l'allaitement, puisque, pour les uns, il n'y aurait que très rarement des accidents; tandis que, pour les autres, non seulement l'enfant pâtirait, mais l'avortement serait fréquent.

Il nous semble que le médecin devra, comme dans un grand nombre de cas de la pratique médicale, se décider suivant les circonstances, suivant la situation sociale de ses clients, l'état de la mère et celui de l'enfant, etc. En tout cas, ainsi que le dit M. Poirier, pour juger définitivement la question, il faudrait savoir quelle est, dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire les nourrices n'étant pas enceintes, la proportion des cas où la femme ne peut continuer l'allaitement jusqu'au bout. Les chiffres manquent jusqu'à présent.

2. Il est assez difficile de savoir exactement par les caractères physiques ou chimiques du lait de femme, quelle est sa qualité.

D'après Monti, si le poids spécifique oscille entre 1030 et 1034, l'enfant augmente régulièrement de poids; cette augmentation se produit aussi si le poids spécifique, d'abord trop bas, s'élève jusqu'au chiffre normal. Mais dans les cas où l'accroissement brusque est suivi d'une chute non moins brusque, l'enfant n'augmente de poids que fort peu; enfin, il diminue si le poids spécifique du lait s'abaisse pendant plusieurs jours.

Le lait est bon quand, son poids spécifique étant de 1030 à 1835, il renferme de 3 à 5 p. 100 de graisse. Le poids de l'enfant n'augmente que lentement, quand, le poids spécifique étant peu élevé, la proportion de graisse est faible. L'inflammation de la mamelle, la fièvre, etc., entraînent tantôt une augmentation, tantôt une diminution dans la quantité de graisse.

Pour Ivanoff (4), le diagnostic de la valeur nutritive du lait de femme doit être basé sur le nombre des globules graisseux; viennent ensuite comme caractères de moindre importance : la grandeur des globules, la quantité des éléments cellulaires et la quantité de granules. D'autre part, quand il y a plus de 3 et demi p. 100 de globules de graisse, le lait est mal supporté par l'enfant trop jeune; il en est de même quand les globules sont volumineux. Le lait qui contient peu de globules de graisse donne peu d'augmentation de poids (16 grammes par jour); il en est de même quand les globules sont en trop grande quantité ou trop volumineux (19 grammes par jour). Le maximum de l'augmentation est de 27^{gr}7. Les femmes maigres et jeunes sont les moins bonnes nourrices.

(1) Uffelmann. *Traité pratique de l'hygiène de l'enfance*, trad. franç., p. 274.
(2) Archambault. *Progrès méd.*, 1877.
(3) Davis. *Trans. of the Amer. Med.-Assoc.*, 1877, t. VII, p. 537.
(4) Ivanoff. *Vratch*, 1890, nº 26.

Nous n'insisterons pas sur ces recherches, non plus que sur celles plus sérieuses de M. Bouchut et d'autres. Actuellement, la pratique du poids tend à se généraliser, et on peut dire que l'augmentation régulière du poids de l'enfant est le véritable critérium de la valeur du lait.

3. Les maladies qui atteignent les nourrices ont une influence variable sur l'allaitement.

S'il se développe des accidents puerpéraux fébriles, limités à la région péri-utérine, il n'est pas nécessaire de faire cesser l'allaitement. Après avoir un peu diminué de quantité, la sécrétion se rapproche rapidement de la normale dès que la fièvre tombe. Par contre, l'infection générale impose une conduite opposée.

Escherich, chez des femmes atteintes d'accidents puerpéraux généralisés, a toujours trouvé le staphylococcus albens ou aureus dans le lait, et quelquefois les deux, même sans lésions de la mamelle. Si ces dernières existent, la présence du staphylococcus est constante aussi.

Du reste, le lait diminue très rapidement de quantité, lors d'accidents septicémiques graves, et bientôt la cessation de l'allaitement s'impose d'elle-même.

On a publié un grand nombre d'observations, qui montrent que les traumatismes chirurgicaux, suivis de suppuration, permettent de continuer l'allaitement lorsqu'ils ne sont pas trop considérables. Dans le cas de phlegmon du sein, l'enfant ne doit pas têter la mamelle malade, et il faut recourir à l'allaitement artificiel si les deux glandes sont atteintes.

La bronchite aiguë est assez fréquente chez les nourrices; même quand elle s'accompagne de fièvre, elle ne contre-indique pas l'allaitement.

La pneumonie entraîne généralement la disparition de la sécrétion, qui reparaît si la convalescence s'établit franchement [Mochez (1)].

Bizzolo (2) a publié l'observation d'une femme qui, allaitant son enfant depuis cinq mois, fut prise de peumonie à gauche, puis à droite; une endométrie compliqua la pneumonie, mais, malgré tout, la malade guérit.

Bizzolo ensemença du bouillon de culture avec du lait de la femme, pris au cinquième jour. Il se développa de nombreuses colonies microbiennes ayant tous les caractères du diplococcus.

Aymard (3) a vu une nourrice être atteinte de pneumonie dont elle mourut; l'enfant eut également une pneumonie à laquelle il succomba. Aymard a pu constater que, lorsqu'on introduit des cultures virulentes de pneumocoques dans le sang d'un animal, les germes poussent dans le lait sans que les mamelles paraissent lésées. Tantôt les petits ont des lésions locales, tantôt des lésions générales, tantôt enfin ils restent indemnes. On ne doit pas laisser allaiter une femme atteinte de pneumonie.

Les fièvres éruptives entraînent la disparition du lait; mais si elles sont régulières dans leur marche et par conséquent de courte durée, l'allaitement reprend facilement au moment de la convalescence. Il est évident que si l'on est appelé, pour un cas de ce genre, dans une famille aisée, il faudra changer de nourrice, afin de réduire au minimum les chances de contagion. Dans les classes pauvres ou à la campagne, on se contente de nourrir autrement l'enfant

(1) Mochez. Th. de Paris, 1891.
(2) Bizzolo. *Ann. d'hyg.*, t. V, 1892, p. 989.
(3) Aymard. *Journ. de méd. et de chir.*, 1891, t. XVII, p. 664.

pendant la durée de la maladie. Du reste, au moment où l'on intervient, il est très rare que la contagion n'ait pas déjà pu s'exercer.

Il est possible que le lait communique la fièvre intermittente. De plus, l'allaitement met les nourrices dans des conditions fâcheuses, relativement à l'action du miasme paludéen. Dans un cas relevé par Boudin, une femme de militaire, arrivant d'Afrique en bonne santé, s'engagea comme nourrice à Toulon; au troisième jour, l'enfant fut pris d'une fièvre intermittente.

D'après une observation de M. Mochez, le rhumatisme articulaire aigu est incompatible avec l'allaitement; et la dyscrasie rhumatismale et l'anémie consécutive empêchent même la reprise de l'allaitement après une attente prolongée.

Dans la fièvre typhoïde, la sécrétion lactée se ralentit d'abord sans se supprimer brusquement, puis elle s'arrête à la période d'état pour reprendre à la convalescence franche. Jacobi a vu des femmes atteintes de dothiénentérie, continuer à nourrir leur enfant; Duvees a constaté le même fait dans un cas de fièvre jaune et d'Outrepont, dans un cas de typhus pétéchial; la santé de l'enfant n'avait pas été compromise. Uffelmann a vu trois fois la fièvre typhoïde chez des nourrissons allaités par une mère typhique. Il a vu aussi la diphthérie se produire chez un petit garçon de cinq mois, dont la mère était diphthéritique.

Vernois et Becquerel ont trouvé que l'eau et les sels avaient beaucoup augmenté dans le lait des femmes typhiques, tandis que tous les autres principes avaient diminué, principalement le beurre.

Cependant, on peut dire d'une manière générale que, chez les femmes atteintes d'une maladie aiguë, il y a diminution de l'eau et du sucre, augmentation du caséum, du beurre et du sel.

D'après Fehling, lors de maladie fébrile à température très élevée, il peut arriver que la courbe fébrile chez l'enfant ait les mêmes caractères que chez la mère.

On a vu le lait prendre une coloration jaune dans l'ictère.

Peut-il y avoir transmission de la syphilis par le lait? Dans un cas de M. Tarnier, une nourrice infectée après l'accouchement et présentant un chancre à une mamelle et des accidents secondaires à la suite, allaita un enfant sans qu'il devînt syphilitique. Gallois, Bauzon, De Amicis admettent aussi l'innocuité du lait des syphilitiques. Cependant, Woss aurait pu rendre une femme syphilitique en lui injectant sous la peau du lait fourni par une femme malade, et Cabaria a publié un fait d'infection qui semble probant, et la question a, du reste, été très discutée. Dans le doute, on peut suivre le conseil de M. Mauriac (1) et s'abstenir, à moins d'avoir la main forcée par les circonstances. M. Simon regarde le lait des syphilitiques comme identique dans sa composition à celui des femmes bien portantes.

Dans l'ostéomalacie, le lait (Gutterow) renfermerait une quantité de chaux très supérieure à la normale.

L'eau du lait diminue un peu dans la plupart des maladies chroniques (Tarnier et Montreuil); il en est de même du caséum, tandis que le beurre et les sels augmentent. Dans la tuberculose cachectique, l'eau augmente beaucoup.

Nous traiterons plus loin, à propos du lait de vache, la question de la transmission de la tuberculose par le lait, elle est certaine pour la femme, bien que Bouy n'ait pu obtenir d'inoculations positives avec du lait provenant de huit femmes phthisiques.

(1) Mauriac. *Leçons sur les maladies vénériennes*, t. I, p. 255.

Dans l'anémie, le lait est très pauvre, et les enfants nourris par les malades sont généralement très chétifs (Uffelmann).

Toutes les émotions vives modifient beaucoup le lait; il craint aussi les accès de colère, etc. Uffelmann a constaté une grande agitation chez des enfants qui viennent de boire du lait d'une mère très excitée. D'Ordave a vu un enfant être très agité, toutes les fois que la nourrice s'était abandonnée à une excitation génésique prononcée, et Guersant a publié une observation analogue. Vernois et Becquerel ont analysé le lait d'une femme qui venait d'avoir une violente émotion et ont pu comparer sa composition à celle du lait de la même personne qui avait été analysé quelques jours auparavant. Il y avait plus d'eau et de matières albuminoïdes; moins de sels, de sucre et surtout de beurre.

Après les attaques d'hystérie, le lait (Vogel) contient beaucoup plus d'eau, moins de sucre, moins de sel et plus de caséine.

Parmentier et Deyens avaient fait depuis longtemps une observation analogue. Uffelmann a vu des nourrissons auxquels on donne le sein immédiatement après un accès hystérique grave, tomber en convulsions sans qu'on puisse trouver d'autres causes à ces dernières. Il admet que, dans les attaques d'hystérie grave, le lait peut acquérir des propriétés toxiques.

D'après Portal (1), les nourrices pourraient transmettre leur prédisposition héréditaire à l'épilepsie.

Fockard a vu survenir des convulsions chez un enfant nourri par sa mère surmenée. Le changement de nourrice suffit à faire cesser les accidents.

Cahn et Neumann (2) ont recueilli du lait de femmes saines avec des précautions minutieuses. Ils y ont cependant trouvé des microbes pyogènes, surtout le staphylococcus pyogenes albus. Les micro-organismes pénétreraient dans la mamelle par les conduits galactophores. Ils ne nuisent pas au nourrisson.

Jorissenne (de Liège) a publié une observation d'après laquelle il semble que le lait peut se putréfier dans la mamelle au point d'exhaler une odeur infecte.

3. Le lait peut encore être altéré lorsque sa composition est modifiée par suite de l'alimentation de la mère ou lorsqu'il contient les médicaments qui lui sont administrés.

Tout le monde s'accorde à défendre les alcooliques aux nourrices, sous quelque forme qu'ils soient pris.

Dans une observation toute récente de E. Toulouse, publiée ici-même (3), on voit une nourrice s'alcooliser; l'enfant vomit, a des convulsions et de l'agitation nocturne. La mère cesse l'allaitement et aussitôt tous les symptômes présentés par le lait disparaissent.

L'influence de l'alcoolisme de la nourrice sur la genèse des convulsions infantiles, a été admise par MM. Ferrand et Vidal, Carpenter, Descroizilles.

MM. Vernay et Charpentier ont publié chacun une observation analogue à celle de Toulouse.

Lewald et Fuchs n'ont pas trouvé d'alcool dans le lait d'animaux alcoolisés expérimentalement.

(1) Cité par Féré. *Les épilepsies*, p. 253.

(2) Cahn et Neumann. *Virchow's Archiv*, 1891, t. XXVI, p. 139.

(3) Toulouse. *Gaz. des hôpit.*, 1891, p. 914.

Klingmann (1), en donnant à une chèvre 100 à 200 centimètres cubes d'alcool absolu, a vu passer dans le lait 25 à 30 p. 100 de l'alcool absorbé. A la clinique de Bonn on fit prendre à de nouvelles accouchées du vin contenant de fortes proportions d'alcool jusqu'à 58 centimètres cubes. On ne trouva pas trace d'alcool dans le lait.

Il est probable que l'essence d'anis passe dans le lait des nourrices; c'est une substance très convulsivante (Cadéac et Meunier) qui entre dans la composition de la liqueur d'absinthe.

Il est nécessaire que les nourrices soient abondamment nourries, cependant il faut prendre garde de dépasser la mesure.

En effet, d'après Zaleski (2), le lait de femme trop riche en matières grasses a une action défavorable sur le nourrisson. Cette augmentation des matières grasses se voit surtout à la suite d'une alimentation trop copieuse et trop azotée; en même temps, la proportion du sucre de lait diminue. Peu-être les boissons alcooliques, la bière, ont-elles des effets analogues.

Les acides paraissent avoir une influence nulle sur le lait. Fehling (3) a administré de l'acide citrique en solution à 2/180, à la dose de 3 grammes en quatre jours; l'acide chlorhydrique en solution au même titre; l'acide acétique en solution à 5/180, à la dose de 7gr5 en quatre jours. Il n'y eut ni modification dans la réaction du lait, ni trouble dans la santé de l'enfant. Il est donc inutile d'interdire la salade aux nourrices.

Fehling a aussi fait des recherches sur le passage des médicaments dans le lait. Voici les résultats qu'il a obtenus :

1° *Salicylate de soude.* — Dose : de 2 à 3 grammes. Le médicament se trouve dans les urines de l'enfant lorsqu'il est mis au sein pendant les premières vingt-quatre heures après la prise du salicylate; cependant, pendant la première heure, ce dernier ne passe pas encore dans le lait. L'élimination se termine en même temps chez la mère et chez l'enfant. Chez la mère, d'après Stumpf, il y aurait 0,0089 à 0,0046 p. 100 de salicylate dans le lait.

2° *Iodure de potassium.* — Chez l'enfant, l'élimination dure soixante-douze heures et chez la mère quarante-quatre. Après vingt-quatre heures, le lait de la mère donne encore la réaction caractéristique.

3° L'*iodoforme*, appliqué sur des plaies, passe dans le lait de la mère; on ne le trouve pas toujours dans l'urine des enfants.

4° *Mercure.* — Tantôt il passe, tantôt il ne passe pas dans le lait.

5° *Opium en teinture.* — D'après Tornhill, il se produirait chez l'enfant un sommeil prolongé; Fehling n'a observé ni ce sommeil, ni la constipation après l'administration, à la dose de XXV gouttes, du médicament.

6° Le *chlorhydrate de morphine*, aux doses de 0,008 à 0,02 chez la mère, n'a rien produit chez l'enfant dans la plupart des cas. Quelquefois, il y a eu un sommeil prolongé.

7° *Chloral.* — Lorsque l'on donne 1 à 3 grammes à la mère, l'action est nulle sur un enfant vigoureux; s'il s'agit d'un enfant faible, on doit attendre deux heures avant de le mettre au sein, car on peut alors observer de l'agitation ou, au contraire, de la prolongation du sommeil.

(1) Klingmann. *Virchow's Archiv*, Bd. 146, p. 72.
(2) Zaleski. *Berlin. klin. Wochens.*, 1888, nos 4 et 5.
(3) Fehling. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 27, Heft. 2.

8° L'*atropine* (0,003 à 0,005 chez la mère) dilate la pupille chez les enfants, et cette dilatation ne disparaît qu'en vingt-quatre heures. Elle diminue beaucoup la quantité du lait [Hannerbucher, Fubini et Bonami] (1), mais il devient plus riche en graisse.

L'arsenic passe dans le lait, le fait a été démontré à plusieurs reprises. MM. P. Brouardel et G. Pouchet (2) ont donné à des nourrices de la liqueur de Fowler, à la dose maxima de XII gouttes, et ont toujours retrouvé le métalloïde dans la sécrétion lactée. Chez une des femmes, la quantité du métalloïde contenu dans 100 grammes de lait s'élevait à 1 milligramme; on avait donné, pendant six jours, XII gouttes de liqueur de Fowler par jour.

Dans un cas, une femme ayant été empoisonnée par de l'arsenic, l'enfant qu'elle allaitait présenta les mêmes accidents qu'elle et succomba. Le cadavre, examiné vingt mois plus tard, renfermait 5 milligrammes d'arsenic, quantité suffisante pour amener la mort.

Dolan a trouvé de l'arsenic dans le lait d'une femme qui prenait 12 milligrammes d'acide arsénieux par jour; Ewald n'a pu le déceler dans un cas où la femme en absorbait 6 milligrammes par jour.

II

Le lait de vache peut être dangereux :

A. Par l'alimentation donnée aux animaux;
B. Par les substances qu'on lui ajoute;
C. Par une infection provenant d'une maladie de la vache;
D. Par une infection secondaire.

A. Les animaux peuvent trouver, dans les prés ou dans le foin qu'on leur donne, des plantes dont les principes nuisibles passent dans le lait : euphorbes, renoncules, aconit, etc. On a vu survenir des symptômes d'empoisonnement dus à de la colchicine que contenait le lait.

Les feuilles de vigne, les jeunes pousses, rendent le lait fermentescible et irritant pour l'intestin des jeunes enfants (Morin).

Les drèches, les tourteaux altèrent le lait et lui donnent une saveur âcre; il devient facilement putrescible. Les drèches introduisent dans le lait une grande quantité d'acide acétique qui rend la sécrétion acide au sortir du pis (Girard). L'animal nourri avec des pulpes produit un lait qui a une grande tendance à la coagulation spontanée. La saveur âcre peut aussi provenir de plantes contenues dans le fourrage : alium circinum, artemisia absinthum, matricaria chamomilla, zea maïs, gratiola officinalis.

Lorsque les vaches consomment : galium verum, rubia tinctorium, le lait se colore en rouge pâle; il se colore en bleu avec butonus umbellatus, mercurialis perennis, etc.

Aux abords des distilleries, il y a souvent des étables où se trouvent des vaches qui paraissent grasses; en réalité, elles sont simplement œdématiées et fournissent un lait qui fermente très rapidement. Demma (3) a nourri comparativement des enfants avec du lait de vaches alimentées avec du foin, avec de l'herbe et avec des résidus de mélasses. De 25 nourrissons qui recevaient ce dernier, 5 succombèrent à un catarrhe gastro-intestinal, tandis que les 50 autres enfants ne présentaient pas d'accidents.

(1) Fubini et Bonami. *La terapia moderna*, t. V, août 1891.
(2) P. Brouardel et G. Pouchet. *Ann. d'hyg.*, t. XIV, p. 72.
(3) Demma. *Berlin. klin. Wochens.*, 1882, no 44, p. 666.

Des poisons peuvent encore s'introduire dans le lait lorsque les animaux peuvent pénétrer sur des terrains où des fabriques déversent leurs résidus.

L'essence de térébenthine, la rhubarbe, l'arsenic, l'iodure de potassium, etc., que peuvent prendre les vaches, passent dans le lait.

B. Assez souvent, on ajoute au lait des antiseptiques dans le but de le rendre moins altérable.

Les corps les plus employés sont : le bicarbonate de soude, le borax et l'acide salicylique. Il ne faut pas considérer ces additions comme inoffensives, surtout pour les jeunes enfants.

De plus, ces substances n'ont qu'une action antiseptique très peu accentuée aux doses auxquelles on les emploie.

Lazarus (1) a ajouté à du lait stérilisé différents microbes pathogènes, et a étudié l'action du carbonate de soude, du borax, de l'acide salicylique.

A la dose de 3 grammes par litre que l'on ne peut dépasser sans altérer le goût, le carbonate ou le bicarbonate de soude ne retardent pas le moment de la coagulation tout en retardant l'apparition de l'acidification. Cela tient, ainsi que le fait remarquer M. Duclaux (2), à ce que, dans le lait expérimenté par Lazarus, il y avait prédominance de microbes produisant une présure analogue à celle de la caillette du veau. Il peut y avoir des cas où les microbes seront surtout des productions d'acide, alors l'addition des sels de soude retardera à la fois l'acidification et la coagulation. Les alcalins n'ont pas eu d'influence nuisible sur les microbes pathogènes ajoutés au lait stérilisé ; au contraire, le développement des spirilles du choléra a été activé.

Avec l'acide salicylique (dose maxima 75 cc. par litre), la coagulation est retardée, quand la température n'est pas trop élevée ; à 35 degrés souvent l'antiseptique n'a plus d'effet; il empêche le développement du bacille du choléra asiatique, quand l'ensemencement n'est pas trop abondant. Le bacille de la fièvre typhoïde résiste à l'acide salicylique. Il ne faut pas oublier que ce dernier peut être dangereux pour l'homme et que l'on ne doit jamais l'introduire dans les matières alimentaires.

L'acide borique (1 à 2 grammes par litre), le borax (1 à 4 grammes), se sont montrés des antiseptiques assez médiocres, cependant leur action n'est pas à dédaigner. Mais il faut des doses assez fortes pour agir, car, par exemple, le bacille typhique n'est tué dans le bouillon qu'avec $2^{gr}7$ d'acide borique p. 100 (Liborins).

Du reste, ainsi que le fait très justement remarquer M. Duclaux, les résultats obtenus avec les antiseptiques chimiques dépendent du nombre des micro-organismes, de la température et on peut dire que, en règle générale, les doses fortes auxquelles il faudrait recourir pour stériliser le lait quand la température est élevée et les causes de contamination nombreuses, sont inemployables.

On a quelquefois ajouté du nitrate de potasse au lait, il pourrait former avec certains éléments de ce liquide des composés dangereux, se rapprochant de la nitro-glycérine.

C. Le lait peut être infecté par une maladie locale ou générale de la vache.

Les affections locales de la mamelle amènent le mélange avec le lait de sang, de pus et de microbes pathogènes.

Brown a vu un laitier traire une vache dont le pis donnait du pus. Il fut très surpris quand on le força à s'arrêter, d'autant plus qu'il regardait la couleur jaune foncé comme une preuve de la richesse de son lait qui aurait amélioré le mélange.

Le sang colore le lait en rouge; il peut passer dans le lait si la vache est atteinte de pustule maligne. Feser et Bollinger ont insisté sur les dangers que présente alors le lait (1).

Mais c'est surtout la transmission de la phthisie par le lait qui a donné lieu à des recherches nombreuses. Les premières expériences ont été faites par Gerlach, Klebs, Jone et, en Allemagne, une grande commission présidée par Virchow admit que beaucoup des animaux nourris avec le lait de vaches phthisiques deviennent tuberculeux.

Brush (2) a admis que la tuberculose humaine est intimement liée à la présence des bovidés; plus il y a de vaches laitières dans un pays, plus il y a de malades atteints de tuberculose.

Ernst (3) a cherché à savoir combien de temps une vache peut être tuberculeuse avant que son lait ne devienne dangereux comme aliment.

Hirschbarger a fait des inoculations dans la cavité abdominale de cochons d'Inde. Cinq fois le lait employé provenait de vaches atteintes à un haut degré de tuberculose générale, dans tous les organes; 6 fois les animaux n'étaient atteints qu'à un degré modéré; 9 fois la tuberculose était localisée dans les poumons. Sur ces 20 cas, le lait était 11 fois infectieux. Les résultats positifs ont été au nombre de 10 p. 100 pour le premier groupe, 66 p. 100 pour le second groupe et 33 p. 100 pour le troisième. Le bacille tuberculeux n'a été trouvé que *dans un cas*.

Les expériences de Ernst ont été faites dans les meilleures conditions, et en prenant toutes les précautions possibles contre les causes d'erreurs, isolement des animaux, antisepsie, observation prolongée, etc. Dans le lait de vaches tuberculeuses avérées dont le pis paraissait sain, l'auteur a constaté le bacille tuberculeux sur 31,5 p. 100 des échantillons examinés. La crème une fois montée est tout aussi infectieuse que le lait. La présence du bacille n'est pas constante, par suite de la diffusion des micro-organismes dans une grande quantité de liquide.

Les bacilles, s'ils sont présents dans le pis, ne sont pas entièrement expulsés par les premières manipulations de la tétine et on peut les supposer présents dans tout le lait.

Aucune des vaches, dont Ernst a étudié le lait, ne présentait de pis tuberculeux, sauf une chez laquelle la tuberculose ne fut reconnue qu'à l'examen microscopique.

On a nourri 13 veaux avec du lait de vaches atteintes de tuberculose sans lésion du pis ; il y a eu 5 résultats positifs et 1 douteux.

Nous ne pouvons exposer ici, en détail, les expériences de Ernst, qui ont été conduites avec toute la rigueur désirable. Elles démontrent que le lait de vaches atteintes de tuberculose, dans n'importe quelle partie du corps, peut contenir le virus de la maladie; que le virus est présent dans le lait avec ou sans lésions du pis; qu'il n'y a pas lieu d'admettre qu'il faut une lésion du pis pour que le lait

(1) Lazarus. *Zeit. f. Hyg.*, 1890, p. 207.
(2) Duclaux. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1891, p. 53.

(1) Bollinger. *Ziem. Handb. der sper. Pathol. und Therap.*, vol. III, p. 614.
(2) Brush. *Boston Med. and Surg. Journ.*, t. CXX, p. 467.
(3) Ernst. *Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, t. II, p. 412.

puisse contenir le virus tuberculeux : que, bien au contraire, le bacille de la tuberculose est présent et actif, dans une très large proportion de cas, dans le lait des vaches affectées de tuberculose avec lésion constatable du pis.

Cependant, d'autres (Nocard, etc.) ont admis que le lait n'était infectieux que lorsque le pis était malade et, d'après les inoculations de Bouy, presque toujours il est atteint lorsqu'il y a transmission de la tuberculose. Mais comme M. Terrier (1) l'a fait remarquer, il peut être très difficile de reconnaître la lésion du pis au début et on doit regarder comme dangereux le lait de toute vache tuberculeuse.

Dans la discussion qui eut lieu à l'Académie en 1890, relativement de la prophylaxie de la tuberculose, M. Nocard a cité des faits de transmisson à l'homme et aux animaux absolument démonstratifs. En voici un des plus nets. Un médecin est appelé pour donner ses soins à un garçon âgé de cinq ans, bien constitué en apparence, né de parents sains, dont les familles, du côté du père et de la mère, étaient exemptes de toute maladie héréditaire; l'enfant succomba quelques semaines plus tard des suites d'une tuberculose miliaire des poumons, avec hypertrophie énorme des ganglions mésentériques. On apprit que, peu de temps auparavant, les parents avaient fait abattre une vache que le vétérinaire de l'abattoir avait reconnue atteinte de phthisie. Cette vache était bonne laitière et, pendant longtemps, le garçon avait bu de son lait sitôt après la traite.

Demma a vu mourir quatre enfants de tuberculose intestinale et mésentérique à la suite de l'usage de lait cru, fourni par des vaches tuberculeuses; il a pu éliminer toute autre cause de tuberculose.

Un cas cité par M. Brouardel est remarquable : dans une grande institution de jeunes filles, cinq pensionnaires, de quatorze à dix-sept ans, moururent tuberculeuses, dans un espace de deux années et sans présenter aucune tare héréditaire; le médecin connaissait les familles, dans lesquelles n'existait aucun tuberculeux. Il ne savait à quelle cause attribuer ces décès, lorsque le vétérinaire de l'abattoir eut à examiner, avant qu'elle ne fût livrée à la consommation, la vache appartenant à cette institution. L'animal avait une mammite tuberculeuse.

Nous ne voulons pas insister ici sur une observation de M. Ollivier(2), communiquée à l'Académie de médecine; elle est fort intéressante mais offre plusieurs points mal élucidés.

Fadyean et Woodhead (3) ont recueilli les observations de 127 enfants; il y avait 43 fois des lésions intestinales, dont 24 chez des enfants d'un an à sept ans et demi; 100 fois des lésions des ganglions mésentériques, dont 62 fois chez des enfants d'un an à sept ans et demi; sur 14 cas où les lésions des glandes mésentériques étaient primitives, 9 se rapportaient à cette période de la vie. La fréquence de la tuberculose intestinale et mésentérique est donc très grande, lorsque l'enfant fait un grand usage de lait de vache. Si l'intestin n'a pas de lésion, on a une tuberculose ganglionnaire; il sert de porte d'entrée.

On a dit qu'il y avait une influence microbicide du lait sur le bacille, mais le fait est loin d'être prouvé. Même si les microbes sont en très petit nombre dans le lait, ils peuvent être dangereux pour les enfants affectés et, à ce moment, il est, dans la plupart des cas, impossible de constater l'existence de lésion des mamelles.

(1) Terrier. *Ann. de méd.*, 1892, nos 20, 22.
(2) Ollivier. Acad. de méd,, fév. 1891.
(3) Fadyean et Woodhead. Congr. intern. d'hyg., 1891.

La virulence passe dans les produits divers du lait. M. Galtier a rendu des animaux tuberculeux en leur inoculant du fromage fabriqué, depuis un an, avec du lait bacillifère.

Cependant, il ne faut pas croire que le lait tuberculeux soit fatalement dangereux.

Imlach (1) a nourri des veaux sains et placés dans de bonnes conditions avec du lait provenant de vaches tuberculeuses. Sacrifiés au bout de deux mois ces animaux ont été trouvés parfaitement sains.

Gallavardin (2) a consommé, ainsi que ses enfants et un certain nombre d'autres personnes, du lait d'une vache tuberculeuse, depuis au moins un an, au moment où elle fut abattue. Il n'y eut pas d'accident et le lait fut même consommé par une enfant autrefois phthisique, sans que la maladie se manifestât de nouveau. Bollinger a réuni vingt observations d'enfants qui ont pris, pendant longtemps, du lait de vaches mortes plus tard tuberculeuses et qui sont restés sains.

C'est que le danger du lait pris par les voies digestives varie selon une foule de circonstances; le nombre des bacilles, par exemple, a une grande importance. D'où cette conclusion de Gebhardt que le lait commercial est moins dangereux que celui qui provient d'une seule vache, car dans le mélange général, du lait tuberculeux peut se trouver très dilué.

Quelle est la fréquence de la tuberculose chez les vaches? Les statistiques varient beaucoup. D'après Siedam-Grotzki, en Saxe, 6,3 p. 100 des vaches sont atteintes. Dans les abattoirs la proportion est en moyenne de 4,9 p. 100. A Rouen, il n'y aurait que deux à trois vaches tuberculeuses pour 1000.

Pour ce qui est de Paris, on sait que M. H. Martin (3) a inoculé du lait acheté sous des portes cochères quelconques et que, une fois sur trois, il a obtenu des inoculations positives.

M. Robin a communiqué à la Société de médecine publique (4) un rapport important, relatif à la santé des vaches laitières à Paris. Ces animaux ont particulièrement à souffrir de deux maladies : la péri-pneumonie et la tuberculose.

La péri-pneumonie est très fréquente et du 1er janvier 1885 au 1er janvier 1889, on a relevé 74 à 75 cas par an sur un effectif de 3,300 à 3,500 bêtes bovines. Elle est contagieuse pour les animaux, mais, jusqu'à présent, on n'a pas cité de fait authentique de transmission à l'homme par la viande ou le lait.

La tuberculose est, au contraire, fort rare dans les vacheries de Paris. En quatre ans, M. Robin n'en a trouvé que 9 cas sur 290 animaux abattus presque tous pour péri-pneumonie. A Rotterdam, en 1888, il y a eu 364 bœufs tuberculeux sur 14,136 abattus, soit 2,57 p. 100. A Paris, du 15 juillet au 15 août 1884, la moyenne a été de 0,06 p. 100.

La tuberculose paraît être exceptionnelle chez les veaux qui sont élevés presque exclusivement avec du lait.

La loi du 21 juillet 1881 défend la vente et l'usage du lait provenant de vaches tuberculeuses.

L'industrie laitière est libre à la campagne; dans les villes

(1) Imlach. *Brit. Med. Journ.*, 1885, p. 175.
(2) Gallavardin. *Lyon méd.*, 1891, n° 10, p. 333.
(3) H. Martin. *Rev. de méd.*, 1884, p. 150.
(4) Séance du 24 juin 1891.

au-dessus de 5000 âmes, l'exercice de la profession est surveillé et soumis à l'autorisation préalable. A Paris, les nourrisseurs sont soumis à une triple surveillance : 1° celle des inspecteurs des établissements classés ; 2° celle de l'inspection des denrées alimentaires ; 3° celle du service de santé vétérinaire.

M. Robin n'a rien vu dans les vacheries parisiennes qui pût faire contracter une maladie spéciale aux laitières, rien qui pût altérer le lait qu'elles font.

La fièvre aphteuse se transmet aussi de la vache à l'homme. En 1765, Sayar vit se produire, chez des personnes faisant usage de lait provenant d'animaux atteints de fièvre aphteuse, une affection fébrile avec éruption aphteuse confluente dans la bouche.

M. Proust (1) regarde la transmission de la cocote à l'homme comme devant être probablement assez fréquente ; il a réuni 9 cas de transmission que l'on doit ajouter à 9 cas de David, publiés antérieurement (2).

En novembre et décembre 1890, M. Ollivier constate dans son service plus d'enfants atteints de stomatite aphteuse que d'habitude. A ce moment, la fièvre aphteuse sévissait sur les vaches des environs de Paris.

M. Goubaux a constaté aussi la contagion. Il en est de même de Frænkel et Weisenberg.

J.-H. Kimmel (3) a décrit une maladie spéciale qui se développe dans la plaine du Mississipi chez les herbivores placés dans des terrains défrichés pour la première fois ; elle se transmet à l'homme par l'usage du lait et de la viande des animaux malades. Les principaux symptômes sont de l'affaiblissement, des troubles digestifs, de la constipation et des vomissements ; la mort peut survenir par affaiblissement du cœur.

Gaffky (4) a vu survenir, chez trois personnes allaitées à l'Institut hygiénique de Siessen, des phénomènes d'entérite ressemblant aux affections typhoïdiques. On crut trouver l'origine des accidents dans du lait qui était consommé cru et des recherches démontrèrent que le fournisseur prenait son lait dans des fermes, dont une renfermait une vache atteinte d'entérite hémorrhagique. On isola, des déjections de la vache, un bacille très pathogène semblable à celui que l'on avait pu isoler des selles des malades. Gaffky est arrivé à cette conviction qu'il avait affaire au *bacterium coli commune* doué d'une virulence insolite.

D. L'infection secondaire du lait se fait très facilement. Les fermes sont loin d'être construites suivant les lois de l'hygiène ; il s'ensuit que souvent les fosses d'aisances ne sont pas étanches, que l'eau dont on se sert pour laver les récipients est souillée par les infiltrations fécales et, par conséquent, peut infecter le lait. Comme, de plus, le mouillage est pratiqué en grand, non seulement par le fermier, mais par tous les intermédiaires, on comprend facilement que le liquide, tel qu'il est donné au consommateur, est souvent le véhicule de germes pathogènes nombreux.

Un des cas que l'on rencontre, le plus souvent, est celui de la fièvre typhoïde, et les épidémies de fièvre typhoïde propagées par le lait ne se comptent plus.

En 1870, à Islington, Ballard a vu 168 cas de fièvre typhoïde se produire dans la clientèle d'un laitier atteint de fièvre typhoïde. A Leed, en 1873, 107 personnes furent atteintes dans les mêmes conditions. D'autres épidémies, ayant la même origine, ont été observées à Croyden, Ascott, Cologne, etc.

Dans tous les cas, les choses se passent de la façon suivante : le milieu où vivent les vaches laitières se trouvant contaminé, la plupart des personnes se fournissant à la laiterie sont atteintes.

Rooth a observé un fait des plus nets : un malade est soigné de la fièvre typhoïde dans une cabane dont le propriétaire fournissait du lait à quatre familles ; tous les membres des quatre familles, sauf deux enfants, furent atteints. On doit interdire la vente du lait provenant d'un laitier, chez lequel séjourne une personne atteinte d'une maladie infectieuse, à moins qu'un tiers, sans rapport avec le malade, ne soit seul à s'occuper du lait.

A l'infirmerie de Leicester, Buck (1) a vu survenir douze cas de fièvre typhoïde chez des malades au régime lacté qui buvaient le lait non bouilli. La plupart de ceux qui prenaient le lait bouilli restèrent indemne. Le puits de la ferme du laitier communiquait avec une fosse d'aisance non étanche, et lui-même succomba à la dothiénentérie. Le changement du fournisseur fit cesser l'épidémie.

Dans un cas de Armstrong (2), une épidémie de fièvre typhoïde ayant éclaté dans un district, il en découvrit l'origine dans le lait d'une ferme. L'eau employée sortait du dessous d'une latrine, et quoiqu'on lui ait déclaré que cette eau ne servait qu'à refroidir le lait, il parvint à faire avouer au fermier que, par un conduit percé, l'eau s'était peut-être mélangée avec le lait.

J. Brown (3) a vu du lait, fourni par un laitier, dans la famille duquel sévissait la fièvre typhoïde, propager la maladie. La personne qui recueillait le lait s'occupait aussi des typhiques. L'épidémie s'arrêta par des soins de propreté et une antisepsie rigoureuse chez le laitier.

Spottiswoode (4) a vu se développer la fièvre typhoïde dans un hôpital de fiévreux. La transmission se faisait par le lait que l'on plaçait dans une cave où venait s'ouvrir un égout ; on cessa de se servir de la cave et les cas intérieurs de dothiénentérie disparurent.

Voici encore une observation convaincante due à M. Vincent (de Genève). Dans une ferme à Oire, ferme d'ailleurs honnêtement et habilement dirigée, les bidons dans lesquels on transportait le lait étaient lavés et rincés avec l'eau d'un bassin alimenté par une source d'excellente qualité. Mais ce bassin était d'une propreté douteuse et on y lavait les légumes, le linge, etc. Un ouvrier de campagne, engagé dans la ferme, fut pris de fièvre typhoïde et mourut à l'hôpital. Son linge a été lavé dans le bassin. On y lava ensuite le linge de deux personnes de la ferme prises à leur tour. A ce moment, le laitier F... prenait son lait dans la ferme et avait une clientèle de 200 ménages environ. En quatre mois 36 personnes, toutes consommant le lait fourni par F..., prirent la fièvre typhoïde. Presque toutes buvaient le lait cru.

La fièvre typhoïde n'est pas la seule maladie qui puisse se transmettre par le lait.

Dès 1882, Power avait noté qu'une épidémie de scarla-

(1) Proust. *Rev. d'hyg. et de pol. sanit.*, t. X, p. 576.
(2) David. *Arch. de méd.*, 1887.
(3) Kimmel. *Berlin. klin. Wochens.*, 1890, n° 31, p. 781.
(4) Gaffky. *Deuts. Med. Wochens.*, 1892, n° 14, p. 297.

(1) Buck. *Sanitary Rec.*, 1882, n° 297, p. 505.
(2) Armstrong. Congr. d'hyg., 1891.
(3) Brown. *Bull. méd.*, 1891, p. 942.
(4) Spottiswoode. Ass. méd. brit., 1890.

tine avait paru correspondre à la distribution d'un lait provenant d'une vache malade. Cette bête, qui venait de vêler, avait perdu une partie de son poil et était languissante; le lait paraissait normal. Vers cette époque, Klein fit quelques expériences pour savoir si la scarlatine humaine était inoculable à l'espèce bovine et parvint à donner aux vaches inoculées une maladie bien définie.

En décembre 1885 (1), le médecin hygiéniste de Marylebone, à Londres, remarqua qu'une violente épidémie de scarlatine sévissait dans son quartier chez des personnes qui s'approvisionnaient chez un laitier spécial; ce dernier faisait venir son lait d'une ferme où, cependant, tout le monde était en bonne santé. L'enquête démontra que le lait était devenu malsain, depuis l'arrivée dans la ferme de vaches qui présentaient des vésicules bulbeuses et des ulcérations du pis, ainsi que de la desquamation de la peau au voisinage de la queue. Klein provoqua, chez d'autres vaches, une maladie analogue à la scarlatine et se compliquant de néphrite, en injectant le virus sous la peau dans le tissu sous-cutané.

Cunningham (2) a recherché le bacille du choléra dans le lait vendu à Calcutta et ne l'y a pas trouvé. De plus, il a remarqué que, inoculé à du lait cru, le komma bacille disparaissait très rapidement par suite de la concurrence des microbes ordinaires du lait. Dans le lait cuit, le bacillus subtilis qui restait l'emportait encore sur le komma bacille.

Les bacilles de la diphthérie se développent très bien dans le lait (Lœffler) et on doit prohiber la vente du lait provenant d'endroits où la diphthérie a été constatée.

Le lait renferme la toxine du tétanos, car Brieger et Ehrlich (3) ont rendu, jusqu'à un certain point, des souris réfractaires à cette maladie, en leur inoculant sous la peau 2 centimètres du lait d'une chèvre rendue elle-même réfractaire. La substance protectrice se trouverait dans le petit lait. D'après les auteurs, on peut obtenir les mêmes résultats pour la fièvre typhoïde.

III

En dehors même des micro-organismes pathogènes, le lait en renferme un grand nombre qui jouent un rôle essentiel dans son altération spontanée que tout le monde connaît.

D'après Kohlmann, un lait qui, au moment de sa réception, ne renfermait que 93 organismes par centimètre cube, conservé à une température de 60 degrés F., pendant trois heures, en contient 100000, après six heures 250000, après vingt-quatre heures jusqu'à 5700000.

Miquel a constaté que, deux heures après la traite, le lait d'une vache saine renferme une quantité considérable de bactéries. Au bout de vingt-quatre heures, il y en a plusieurs millions par centimètre cube (5600000 à la vingt-cinquième heure dans un cas; dans un autre, 63 *millions*). Immédiatement après la traite, il y a déjà 10 à 20000 germes par centimètre cube. Quand la température s'élève, le nombre des micro-organismes croît avec des proportions considérables; à plus de 35 degrés, le nombre des germes par centimètre cube était, à la vingt et unième heure, de 180000000. Les germes proviennent des prés, des vases, des mains des laitières, des poussières de l'atmosphère. On laisse, en effet, le plus souvent découverts les vases qui renferment le lait, car c'est un préjugé très répandu que le lait ne se conserve pas quand on couvre le vase qui le renferme. En réalité, c'est précisément le contraire qui a lieu et, à la Maternité, M. Tarnier a l'habitude, pour retarder l'altération du lait, de laisser au repos et couverts les vases dans lesquels il est contenu.

Pour éviter l'altération spontanée rapide du lait, pour tuer les bacilles pathogènes qu'il peut contenir, on a naturellement pensé à le stériliser. Cette stérilisation étant impossible par les antiseptiques, si le lait doit être livré à la consommation, ainsi que nous l'avons dit plus haut, on a eu recours au chauffage, à la pasteurisation.

On a essayé de stériliser le lait par la congélation et le refroidissement. Mais il faut, pour que ces pratiques soient efficaces, que le lait soit conservé à basse température, ce qui exige une installation très coûteuse. La chaleur, qui n'a pas besoin d'être continuée longtemps, si le lait est mis ensuite à l'abri des germes, est donc bien préférable.

A 100 degrés, la stérilisation du lait n'est pas complète et il faut atteindre la température de 107 à 108 degrés. Malheureusement, outre que, pour porter le lait à 107, il faut des appareils spéciaux, le liquide prend un goût de cuir qui déplaît. Il faut ne pas dépasser 70 degrés pour que le consommateur ne s'en aperçoive pas.

Or, lorsqu'on ne chauffe le lait qu'à cette température, il se conserve bien un peu plus longtemps que le lait maternel, mais sa conservation est encore très limitée. La multiplication des germes est excessive lorsqu'on laisse le liquide refroidir lentement, car, dans ces conditions, les germes qui ont résisté à la température de 70 degrés se développent avec la plus grande facilité.

Le lait refroidi rapidement se conserve plus longtemps que le lait ordinaire, deux ou trois jours à peu près.

M. Duclaux fait remarquer que la multiplicité des appareils conseillés tient à ce que, les laits ne s'obtenant pas tous de la même manière, les conditions dans lesquelles ils sont recueillis étant variables, on est conduit à rechercher, dans les appareils, la cause des insuccès qui ne dépendent que du lait et de sa population variable.

Les laits pasteurisés ne renferment plus guère que des bacilles et, presque toujours, les micrococcus et les ferments lactiques sont absents (Duclaux). Or, beaucoup de micrococcus acidifient le lait par action sur son sucre, tandis que les bacilles du lait sont presque tous des ferments de la caséine et rendent le liquide alcoolisé. Le chauffage à 70 et 75 degrés rend les ferments de la caséine prédominants sur ceux du sucre et il s'ensuit que le liquide n'est pas acide. Or, comme l'intestin du nourrisson est sensible surtout aux liquides acides, le lait pasteurisé est beaucoup moins dangereux pour lui.

Van Geuns (cité par M. Duclaux) a trouvé, pour la température minima, qu'il suffit de laisser agir quelques secondes pour tuer les microbes pathogènes, les chiffres suivants :

Spirille du choléra.	58 degrés.
Spirille de Finkler-Prior. . . 58 à	59 —
Bacille typhique.	60 —
Pneumocoque de Friedlander. 55 à	60 —
Virus vaccinal.	60 —

Mais ces chiffres sont très sujets à contestation.

Lorsque le lait ne reste à une température élevée que

(1) *Rev. de sc. méd.*, oct. 1888, p. 540.
(2) Cunningham. *Arch. f. Hyg.*, 1891, t. XII, 2, p. 133.
(3) Ehrlich. *Deuts.Med. Wochens.*, 5 mai 1892.

peu de temps, généralement les bacilles résistent davantage. C'est ainsi que, dans ces conditions, Lazarus a vu que le bacille typhique n'était vraiment tué qu'à 70 degrés (deux fois, il a résisté à 75 et à 77 degrés).

Bitter a fait construire un appareil sur lequel le lait peut être monté en trente minutes à 68 degrés, ce qui n'altère ni la couleur, ni la saveur; de cette manière, tous les bacilles pathogènes pourront être détruits. Même ainsi traité et enfermé dans des vases stérilisés par un courant de vapeur à 100 degrés, le lait ne peut être conservé longtemps. A 68, 69 degrés, les bacilles tuberculeux sont détruits.

Le chauffage à 100 degrés ne peut tuer tous les germes que s'il est très prolongé (Strub). Il y en a un, le bacillus mesenterian vulgatus de Flugge, dont les germes résistent à deux heures un quart d'ébullition ; il en est probablement de même pour le *Tyrothrix tenuis*.

Pour M. Duclaux, « du lait proprement recueilli dans une étable bien tenue, par un vacher qui aurait bien lavé ses mains et les trayons de la vache, ne se coagulerait pas plus vite que du lait recueilli avec soin et additionné de carbonate de soude pour masquer son défaut de propreté ». C'est en effet ce que l'expérience a démontré (Smester) et on devrait chercher de ce côté plutôt que de s'obstiner dans l'impasse de la pasteurisation.

Lœffler a recherché quels sont les bacilles dont les spores résistent à l'ébullition et qui précipitent et peptonisent la caséine du lait (1). Il a trouvé principalement : 1° le bacille de la pomme de terre, mésentérique banal de Flugge; 2° le bacille gommeux; 3° le bacille blanc; 4° le bacille butyrique de Hueppe. Du reste, les espèces trouvées varient selon la provenance du lait.

Pour Hueppe (2), on vient facilement à bout des bacilles pathogènes et de ceux de la fermentation lactique normale. Mais les spores des bactéries de l'acide butyrique, des bacilles du porc et des pommes de terre résistent bien davantage. C'est donc sur les lieux mêmes de production du lait qu'il faut tâcher d'éliminer ces micro-organismes.

S'il n'y a pas de précautions suffisantes prises sur place, il faut centrifuger le lait, car le dépôt retient les spores existantes à la stérilisation simple ; on doit ensuite séparer la crème.

La saveur amère du lait stérilisé par la chaleur est due à l'action de bactéries qui peptonisent la caséine. Le lait devient alors alcoolisé (Hueppe), ce qui est dû à la résistance de certaines spores à la chaleur. Le goût amer est celui de la peptone.

D'après M. Arloing, les germes qui infectent le lait après la traite peuvent se diviser en deux groupes : les uns produisent l'acidité du lait et peuvent être détruits à une température moyenne de 86 degrés, les autres s'attaquent aux substances albuminoïdes et ne sont tués que par des températures plus élevées. Le bacille tuberculeux, pense M. Arloing, résiste moins à une température élevée dans le lait que dans l'eau; à 78 degrés, il y devient à peu près inoffensif.

C. Vaughan (3) a fait observer que la stérilisation du lait échoue souvent dans le traitement des maladies infantiles. Cela tient : 1° à ce que les procédés sont d'une exécution difficile; 2° à ce qu'il n'est pas certain qu'il y ait destruction des produits chimiques sécrétés par ces microbes qui sont saprogènes et agissent par ces poisons; 3° enfin à ce qu'il arrive souvent que la nourriture se conserve dans le canal digestif de l'enfant. Le lait stérilisé se corrompt alors immédiatement dans l'estomac et l'intestin. Aussi Vaughan conseille-t-il, quand un enfant souffre de diarrhée pendant l'été, de lui donner une autre alimentation que du lait stérilisé.

(1) Lœffler. *Berl. klin. Wochens.*, 1887, nos 33 et 34.
(2) Hueppe. *Idem*, 1891, n° 29, p. 717.
(3) Vaughan. Congr. intern. d'hyg., 1891.

Nous ne pouvons donner ici tous les appareils usités pour la pasteurisation du lait et ne dirons qu'un mot des plus usités.

Soxhlet préconise, pour la fermeture des flacons contenant le lait stérilisé, l'emploi d'un disque de caoutchouc qui, pendant la coction, est maintenu horizontal par un capuchon de fer-blanc garni de trois pointes à surface interne; l'air sort arrivant du flacon porté à l'ébullition, mais dès qu'il se refroidit, la pression atmosphérique applique le disque automatiquement (1).

Dans ce premier procédé Soxhlet, les flacons étaient disposés dans une bassine à fond plat munie d'un couvercle et remplie d'eau jusqu'au-dessus de la naissance du col des flacons. On bouchait avec un bouchon de caoutchouc muni d'un trou tubulaire. Lorsque l'ébullition avait duré cinq minutes, on obturait le trou du bouchon avec une baguette de verre préalablement trempée dans l'eau bouillante et après avoir placé le couvercle de la bassine, on maintenait l'ébullition pendant trente-cinq à quarante minutes.

Voici la description que Burnin a donnée, à la Société vaudoise de médecine, de l'appareil de Stœdler. C'est un vase cylindrique muni d'une anse et d'un couvercle avec soupape; un cercle de métal, soudé à la partie inférieure, permet de poser le vase sur un trépied ou sur un trou de fourneau de dimension moyenne. Dans l'intérieur du vase se trouve un manchon cylindro-conique, se terminant en cheminée et reposant sur le fond par sa partie évasée. Le lait monte dans le manchon et s'échappe par la cheminée qui s'ouvre au centre du vase, un peu au-dessous de son bord supérieur. La cheminée est munie d'un diaphragme à bords relevés, percée de trous et s'appuyant par son bord aux parois du vase. Le diaphragme assure la stabilité de la pièce intérieure et empêche le lait de monter le long des parois, sans gêner sa descente. L'orifice supérieur de la cheminée est entouré d'une plaque perforée n'atteignant pas les parois du vase; le lait s'étend sur cette plaque et retombe par les trous et par le bord sur le diaphragme et de là au fond. La pièce intérieure est mobile, démontable et facile à nettoyer. On peut en faire de grandeurs différentes et le prix est modique, car il varie de 2 fr. 50 à 3 fr. 50. D'après Fresessins, les microbes du lait cuit dans cet appareil disparaîtraient au bout d'une demi-heure.

L'appareil Œttlé (de Lausanne) est un des meilleurs. Il se compose d'un vase cylindrique, dans lequel on place, la petite extrémité en bas, un cône tronqué, d'une hauteur et d'un diamètre plus petits que celui du vase. Le lait chauffé au fond et sur les parois du vase monte le long des parois latérales et redescend dans le cône tronqué au fond du vase en se refroidissant. Tout le lait passe donc au contact d'une paroi surchauffée et ne peut se brûler. La saveur devient très agréable.

Le mieux, dans les ménages (Lermineau), est de mettre le lait dans des bouteilles de 150 grammes remplies jusqu'à

(1) Soxhlet. *Mon. Med. Wochens.*, 1891, nos 19 et 20, p. 335 et 353.

2 centimètres de l'ouverture et fermées par un bouchon de caoutchouc rouge percé d'un trou central de 3 millimètres, que doit fermer une tige en verre plein effilée à son extrémité. Les fioles sont mises, le bouchon placé sans tige, dans un bain-marie que l'on porte à l'ébullition; après quelques minutes, le lait s'est dilaté et on introduit les baguettes. On laisse bouillir pendant quinze minutes et on conserve à la cave. Une bouteille entamée ne doit jamais être conservée. Bouteilles et bouchons doivent être lavés et bouillis avec le plus grand soin. L'enfant se servira d'une simple tétine en caoutchouc sans tube, que l'on adaptera au goulot du flacon au moment de l'utiliser, et qui sera conservée dans une solution boriquée faible. Pour la nettoyer, on la fera bouillir.

M. Gallavardin (1) conseille, pour conserver le lait le plus longtemps possible, de le placer dans des pots en verre jaune, afin de le mettre à l'abri des rayons chimiques du soleil et de le préserver de l'électricité atmosphérique. Ces pots sont placés dans des vases pleins d'eau froide et recouverts d'un linge bien mouillé.

Vinay a pu conserver, pendant deux mois, sans altération, des échantillons de lait traité par l'ébullition au bain-marie, pendant vingt à vingt-cinq minutes. Vers la septième semaine, le lait est coagulé. Le liquide se conserve d'autant mieux que la stérilisation a suivi de plus près la traite.

Les médecins sont partagés, relativement à l'influence que l'ébullition du lait a sur sa digestibilité.

Un grand inconvénient des températures élevées nécessaires pour la stérilisation complète est que l'enveloppe des gouttelettes graisseuses se rompt; il en résulte l'agglutination de leur contenu, de telle sorte que, quand le lait se refroidit, il apparaît une pellicule formée par des grumeaux de beurre. Cette modification du lait le rend moins propre à l'alimentation de l'enfant (Vinay).

Le professeur Leeds (2) a constaté que l'élévation de la température du lait à l'ébullition, surtout quand on la prolonge quelque temps, rend insoluble une grande partie des matières albuminoïdes solubles. Cette action de la chaleur serait surtout nuisible pour un ferment qui existe dans le lait cru et qui a le pouvoir de liquéfier l'amidon. Les matières protéiques coagulées se fixent sur les globules gris et les rendent d'une assimilation plus difficile.

Leeds, en somme, regarde le lait stérilisé comme moins digestif que le lait cru.

On pourrait éviter les altérations du lait en l'alcalinisant faiblement par l'eau de chaux et en chauffant ensuite pendant vingt minutes à 68 et 69 degrés.

Il est certain que le lait bouilli se couvre d'une croûte formée d'albumine et de graisse qui appauvrit le liquide, mais on peut éviter l'apparition de cette croûte en mettant le liquide dans des bouteilles à col étroit. Cependant le lait brunit toujours et il s'y développe de petits grumeaux qui restent en suspension.

Il y a déjà longtemps que de Sinety a montré que les globules de graisse s'entourent d'une coque albumineuse que les sucs gastriques du nouveau-né ne peuvent dissoudre. Ces coques, d'après l'expression de M. Vincent (de Lyon), forment des corps étrangers qui provoquent l'entérite.

Pour M. Arloing (3), l'odeur n'a pas grande importance. Les grumeaux disparaissent si l'on fait tiédir le lait. Le précipité produit par l'éther est plus léger dans le lait bouilli que dans le lait cru; le premier est donc plus facilement pénétré par les sucs de l'estomac. Le lait cru ne serait à employer qu'en cas de sécurité absolue.

M. Sabatier a vu des enfants refuser le sein d'une nourrice à cause du principe volatil du lait; le goût n'est donc pas indifférent. Et, par l'ébullition même de l'acide carbonique et de l'eau, le lait perd ses principes sapides et volatils.

D'après Vasilieff, qui a expérimenté chez l'homme (1), en se servant comme sujets de jeunes gens de dix-huit à vingt ans, l'assimilation des éléments azotés du lait bouilli se fait invariablement moins bien que celle des albumines du lait cru et il en est de même pour l'assimilation des graisses. Ce sont surtout ces dernières qui deviennent plus assimilables. Le peu de digestibilité du lait cuit s'expliquerait par la transformation de l'albumine et d'une partie de la caséine du lait en hémi-albuminose (Schmidt).

Brush et Laurent affirment que le lait bouilli est moins bien digéré. Laurent accuse même le lait stérilisé de provoquer la diarrhée, en imposant aux voies digestives de l'enfant un travail hors de proportion avec leur puissance. Il a remarqué que la pellicule, qui se forme à la surface du lait bouilli, a un goût sulfureux et, s'appuyant sur ce fait que le soufre donne parfois de bons résultats dans l'atonie générale infantile, il pense que la chaleur rend les albuminoïdes du lait peu assimilables et prive l'organisme de soufre.

H. Koplik (2) a fait usage du lait stérilisé chez 134 nourrissons atteints de maladies variées du tube digestif : gastro-entérites diverses, choléra infantile, etc. Dans les cas aigus, les résultats ont été assez bons ; dans les cas chroniques, les enfants très jeunes ont été complètement améliorés. Le vomissement est le symptôme qui disparaît le premier.

Uhlig (3) a expérimenté le lait stérilisé chez un certain nombre d'enfants malades. Avant de donner le premier biberon, on pratique toujours un lavage de l'estomac, avec la simple solution de chlorure de sodium.

Des enfants, au nombre de 39, sur lesquels on fit ces expériences, âgés de cinq semaines à onze mois, 12 avaient une dyspepsie aiguë avec diarrhée, 20 une dyspepsie chronique et 7 une gastro-entérite aiguë. La mortalité fut de 28,2 p. 100, c'est-à-dire qu'il y eut 11 morts; mais sur ces 11 morts, 4 fois la terminaison fatale fut amenée par des maladies intercurrentes, alors que les troubles digestifs étaient très amendés

Les résultats étaient donc très encourageants, les maladies des nouveau-nés atteints de troubles digestifs variant de 48,7 à 80 p. 100.

MM. Debove, Comby, Hayem ont vu le lait stérilisé faire cesser des diarrhées vertes.

Hubner a nourri, pendant trois mois, 39 enfants malades avec du lait stérilisé; la mortalité a baissé de moitié et 56 p. 100 des enfants ont augmenté de poids.

Raudnitz (4) a fait des expériences intéressantes sur un chien. L'animal a reçu successivement, pendant trois ou quatre jours, et à différentes reprises, un des régimes suivants : lait cru, aliment dont la composition chimique totale représentait celle du lait, lait stérilisé pendant une

(1) Gallavardin. *Lyon méd.*, 1889, p. 154.
(2) Leeds. *Theurap. Gaz.*, analysé in *Ann. d'hyg.*, 1891, t. II, p. 569.
(3) Arloing. Disc. à la Soc. de méd. de Lyon, 1892.

(1) Vasilieff. *St-Pétersb. inaug. dissert.*, 1889.
(2) Koplik. *New-York Med. Journ.*, 1891, p. 123.
(3) Uhlig. *Jahrb. f. Kinderh.*, t. XXX, fac. I et XXV.
(4) Raudnitz. *Zeits. f. Phys. chemie*, 1889, t. XIV, p. 1.

heure à l'autoclave. On a pesé l'animal et dosé les entrées et les sorties. L'assimilation de l'azote a été un peu plus faible avec le lait cuit qu'avec le lait cru. D'une façon générale, les dosages ont donné peu de renseignements, mais on peut dire que l'animal n'a pas souffert de l'alimentation par le lait cuit.

En fait, on peut dire que, si des accidents se produisent parfois lorsqu'on emploie le lait bouilli, cela doit souvent tenir au changement brusque du régime de l'enfant. Il est certain, les cliniciens l'ont montré, que le lait, soit simplement bouilli, soit stérilisé, est très utile dans les diarrhées infantiles, dans les accidents du sevrage et toutes les fois que l'alimentation naturelle est impossible et que l'on n'est pas sûr de la *pureté absolue* du lait fourni. L'Académie de médecine a conseillé l'ébullition et c'est aussi la conclusion à laquelle s'est arrêtée la Société de médecine de Lyon.

Est-ce dire que le lait bouilli soit l'idéal? Non, et il est évident qu'il faudrait encore avoir du lait pur.

Ortestoy a résumé les mesures nécessaires pour obtenir ce desideratum de la manière suivante. Il faudrait :

1° Que toute laiterie soit soumise à l'autorisation préalable;

2° Que tous les animaux donnant du lait soient examinés par un vétérinaire de temps à autre ;

3° Que tous les propriétaires de ferme soient obligés de ne donner que du bon fourrage; de plus, ils auraient à informer le vétérinaire en cas de maladie d'une vache et il ne leur serait permis d'envoyer du lait de l'animal malade qu'après avoir reçu la permission du vétérinaire;

4° Que l'opération de traire les vaches soit faite avec la propreté la plus scrupuleuse et qu'aucune personne atteinte de maladie infectieuse ne soit admise à la faire;

5° Que le lait mélangé soit refroidi rapidement et conservé dans des endroits propres et clos;

6° Qu'il ne soit enfermé que dans des véhicules convenables, lavés avec de l'eau pure non infectée;

7° Que la vente du lait soit interdite en cas de maladie contagieuse de la vache.

Si l'on réfléchit que la ferme devrait être construite selon les règles d'une bonne hygiène, on voit que la pureté du lait, rien que sur les lieux de production, n'exige rien moins qu'un changement complet dans les mœurs de nos paysans. C'est dire que la stérilisation du lait sera encore nécessaire pendant bien longtemps.

— Par décret en date du 30 juillet 1892, M. Doumer, agrégé, est nommé professeur de physique à la Faculté de médecine de Lille.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Descottes (de Beaujeu), Desoignes (de Carbury) et Devauchelle (de Harfleur).

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

41

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

46

BULLES GLUTINEUSES

de Ch. CORNU

Ces bulles sont inaltérables et n'irritent pas le tube digestif.

PROCÉDÉ BREVETÉ S. G. D. G.

BULLES IODURÉES

à 0gr25 d'iodure de potassium pur **en solution**
Prix : 4 fr. le flacon.

BULLES A L'IODURE DE FER

à 0gr05 d'iodure de fer pur **en solution**, correspondant à une demi-cuillerée à bouche de sirop d'iodure de fer du Codex.— *Prix : 3 fr. le flacon.*

BULLES CRÉOSOTÉES

à 0gr15 de créosote pure de hêtre, parfaitement assimilable, sans irritation du tube digestif.
Prix : 4 fr. le flacon.

BULLINES AU BICHLORURE D'HYDRARGYRE

à 0gr01 de bichlorure d'hydrargyre **en solution.**
Prix : 3 fr. le flacon.

BULLES IODURÉES COMPOSÉES

contenant 0gr005 de bi-iodure d'hydrargyre et 0gr25 d'iodure de potassium **en solution**, correspondant ainsi à une demi-cuillerée de sirop de Gibert. — *Prix : 4 fr. 50 le flacon.*

USINE : 41, rue de Vanves, Paris.
DÉPÔTS : 35, rue Bourg-Tibourg; P. MEULEY, 133, rue St-Antoine, et WARIN, pharm., 6, rue Guilleminot, à Paris, et toutes pharmacies.

32

COTON IODÉ DU Dr MÉHU

Adopté dans les hôpitaux de Paris.

Le Coton iodé du Dr Méhu est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau et un révulsif énergique dont *on peut graduer les effets à volonté.* Son action est plus sûre et plus profonde que celle de la teinture d'iode. Il remplace avec grand avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, le thapsia et souvent même les vésicatoires.

Pharmacie Thomas, 48, avenue d'Italie, Paris.

73

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :
0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,
exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles**, etc.....

DOSES. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,
avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

42

CHLORÉTHYLE DU Dr BENGUÉ

anesthésique local et analgésique instantané.

3 fr. 50
envoi franco contre mandat.



2 fr. 75
à MM.
les Médecins.

Dr BENGUÉ, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

16

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

99

ERGOTINE BONJEAN

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

LE MEILLEUR HÉMOSTATIQUE

Potions, Solutions, Injections hypodermiques.

DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN

15 centigr., contre
Hémorrhagies de toute nature, Dysenteries Diarrhées chroniques, etc.

Dépôt : LABÉLONYE et Cie, et toutes phies.

32

GUÉRISON
DE
LA **GOUTTE**, DU **RHUMATISME**
DE LA **SCIATIQUE**
ET DU **LUMBAGO**
PAR
L'HUILE ET LA TISANE

SEQUAH

Préparés par E. SOUDAN, pharmacien
A ROUEN

72

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1o La gaze antiseptique **0 fr. 50** le mètre; 2o le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1 fr. 25** le flacon; 3o le taffetas dit *protective*, **1 fr. 25** le mètre; 4o le macintosh, **5 fr.**

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

34

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

Injection Mercier, 0,05 de Gaïacol et 0,01 d'Iodoforme chimiquement purs par cent. cube.
Le fl. de 50 injections : **2 fr. 50.**

Solution Mercier, 0,50 de Chlorhydro-phosphate de chaux et 0,10 de Gaïacol par cuillerée à soupe.
1 ou 2 cuillerées à chaque repas. Le fl. : **2 fr.**

Capsules Mercier, dosées à 0,05 de Gaïacol.
3 ou 4 à chaque repas. Flac. : **2 fr. 50.**

Capsules antiseptiques Mercier contenant 0,05 de Gaïacol, 0,05 d'Eucalyptol et 0,02 d'Iodoforme.
2 ou 3 à chaque repas. Le fl. : **3 fr.**

MERCIER (*médaille d'or*), 3, place de l'Odéon, et dans les pharmacies.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30o.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.
VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

33

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux**, du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, phien, ex-préparatr à l'Ecole de médecine et de pharmacie, RUE VICTOR-HUGO, 14, LYON.

79

ANTISEPTIQUES GRANULÉS BERTHIOT

Benzonaphtol Berthiot GRANULÉ

Naphtol B. Berthiot GRANULÉ

Béthol Berthiot GRANULÉ

Salol Berthiot GRANULÉ avec Na02Co^2

Salicylate de bismuth Berthiot GRANULÉ

Salicylate de magnésie Berthiot GRANULÉ

Leur emploi supprime émulsions et cachets toujours acceptés avec répugnance par les malades. Pas de dégoûts, pas de nausées à craindre. Administration facile, même chez les enfants. Chaque flacon est accompagné d'une mesure contenant 2 gr. de granules antiseptiques, qui représentent 20 centigr. de l'antiseptique prescrit. — Dépôt général : Phie BERTHIOT, 107, faub. Saint-Antoine, Paris.

92

OREZZA EAU MINERALE FERRUGINEUSE GAZEUSE

CHLORO-ANÉMIE — GASTRALGIES

65

IODOL

Nouvel antiseptique succédané de Iodoforme sans odeur et sans action toxique.

Dépôt à Paris chez Martin REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie et chez les drogtes.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 8 août 1892.

LOI

AYANT POUR OBJET LA MODIFICATION DE L'ARTICLE 59 DE LA LOI DU 15 JUILLET 1889 (ENGAGEMENTS).

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article unique. — L'avant-dernier alinéa de l'article 59 de la loi du 15 juillet 1889 est modifié comme suit :

« L'engagé volontaire qui remplira l'une quelconque des conditions fixées par l'article 23 pourra bénéficier des dispositions dudit article, après un an de présence sous les drapeaux, à la condition que la demande ait été formulée au moment de l'engagement. »

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'État.

Fait à Paris, le 11 juillet 1892.

Carnot.

Par le Président de la République :
Le ministre de la Guerre,
C. de Freycinet.

La loi du 11 juillet courant a apporté une importante modification à l'article 59 de la loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée.

Aux termes de cet article, pouvaient seuls contracter un engagement volontaire, à partir de dix-huit ans accomplis, et réclamer le bénéfice de l'article 23 (envoi en congé dans leurs foyers, après un an de présence sous les drapeaux, à condition que la demande en ait été formulée au moment de l'engagement) les jeunes gens admis, après concours, à l'École normale supérieure ou à l'une des écoles spéciales visées audit article 23.

La loi du 11 juillet 1892 vient d'étendre cette disposition à tout engagé volontaire qui remplira l'une quelconque des conditions fixées par l'article 23.

En conséquence, peuvent dès maintenant être admis à contracter l'engagement volontaire, avec bénéfice de l'article 23, les jeunes gens âgés de dix-huit ans accomplis, qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études, en vue d'obtenir soit le diplôme de licencié ès lettres, ès sciences, de docteur en droit, de docteur en médecine, de pharmacien de première classe, etc.

Désormais, tous les jeunes gens se trouvant dans l'une quelconque des situations indiquées à l'article 23, qu'ils soient en cours d'études ou déjà diplômés, pourront, en contractant un engagement volontaire, conserver le bénéfice de l'envoi en congé, sous la condition d'en faire la demande par écrit au moment où ils s'engageront, et de produire, à l'appui de cette demande, les pièces justificatives qu'ils auraient à présenter au Conseil de revision, après avoir tiré au sort, pour obtenir la dispense.

HOPITAL NECKER. — M. Le Dentu.

Un cas de calculs salivaires.

Un jeune homme, soigné salle Malgaigne, vous offre, en ce moment, un exemple d'une affection peu fréquente, la lithiase de la glande sous-maxillaire et du canal de Wharton. En examinant ce malade, on trouve, sous la langue, au côté gauche du plancher de la bouche, une tuméfaction dure, allongée, inégale, un peu renflée par places, venant aboutir à l'orifice du canal de Wharton et ayant une direction oblique comme ce conduit. D'autre part, la glande maxillaire est tuméfiée, bosselée, dure. Elle fait saillie, non seulement sous la muqueuse du plancher de la bouche, mais sous la peau de la région sus-hyoïdienne. De ce côté, toutefois, les bosselures sont moins nettement perçues.

L'évolution de cette affection est restée absolument latente, sans douleurs, sans poussées inflammatoires. Il est difficile de préciser l'époque exacte du début. Actuellement, pourtant, il existe un peu de sensibilité ; la muqueuse buccale est rouge au niveau des points tuméfiés.

La localisation de l'affection dans le canal de Wharton et la glande sous-maxillaire n'est pas discutable. Sa nature n'est pas non plus douteuse. Les bosselures, la dureté, ne peuvent s'expliquer que par des calculs salivaires. Je discuterai d'ailleurs plus loin cette question du diagnostic.

Les calculs salivaires constituent une affection rare. La première mention qui en soit faite dans la science paraît due à Ambroise Paré. « Le capitaine Augustin, ingénieur du roi, m'enuoya querir..., écrit-il, pour luy extraire une

pierre qu'il avoit sous la langue, de longueur de demy doigt et grosse d'un tuyau de plume. Il en a encore une qu'on ne peut bien encore destacher. » Mais il faut arriver à 1737 pour que l'affection soit exactement localisée par Scherer dans la glande sous-maxillaire. Chose curieuse, cette interprétation si simple, si logique des accidents, fut difficilement acceptée. Louis, Boyer combattirent vivement cette localisation. Elle fut définitivement établie en 1855 par Closmadeuc et est aujourd'hui admise par tous.

La pathogénie des calculs salivaires a donné lieu, elle aussi, à de nombreuses discussions. On a dit qu'ils se formaient autour d'un noyau formé par un corps étranger, détritus alimentaire par exemple, pénétré dans le canal de Wharton. M. Richet a fait, en particulier, jouer un grand rôle aux particules de tartre détachées des dents. On a dit qu'ils survenaient souvent à la suite d'une compression exercée par une tumeur sur le canal et amenant une rétention salivaire. Une cause beaucoup plus fréquente, beaucoup plus importante, paraît être l'inflammation de la muqueuse buccale autour de l'orifice du conduit excréteur. Cette inflammation agit en s'opposant au cours de la salive, peut-être aussi en rendant celle-ci plus chargée de sels.

Ce rôle de l'inflammation explique une particularité intéressante de l'étiologie. Les calculs sont beaucoup plus fréquents chez l'homme que chez la femme. C'est chez l'homme qu'ont été rencontrés près des cinq sixièmes des cas observés. Mais les irritations de la bouche, et en particulier les irritations par le tabac, sont, chez lui, beaucoup plus fréquentes.

Au point de vue de l'âge, c'est dans l'âge adulte, de vingt-six à quarante-cinq ans, que surviennent le plus fréquemment les calculs. Quelques cas ont été cependant signalés chez l'enfant. Un cas même a été signalé chez un nouveau-né de trois semaines.

Au point de vue de la localisation, la glande maxillaire est de beaucoup la plus atteinte. Elle est frappée dix fois plus fréquemment que la parotide. Les calculs sont encore beaucoup plus rares dans les glandes sublinguales, les glandules des lèvres, du voile du palais, de la joue. Retenez pourtant la possibilité de ces sièges anormaux.

Les calculs sont tantôt uniques et tantôt multiples. Quand ils sont multiples, ils s'articulent souvent bout à bout, offrant des facettes de contact. Leur forme est tantôt allongée, conique, irrégulière (calculs du canal de Wharton), tantôt arrondie (calculs du réservoir commun des acini de la glande). Les calculs du canal offrent parfois une rainure, une gouttière laissant passer la salive. Ces calculs à gouttière sont naturellement mieux tolérés. Ils ont souvent un volume assez considérable.

La glande, irritée par la présence du calcul, est le siège d'une inflammation chronique. Ses divers lobes sont inégalement hypertrophiés. Cette inflammation de la glande est importante à deux points de vue. D'une part, comme vous le verrez au diagnostic, elle fait parfois croire à un cancer. De l'autre, elle conduit quelquefois à penser que le calcul occupe le lobe le plus hypertrophié. On incise ce lobe. On ne rencontre que du tissu scléreux inflammatoire. Le calcul est dans le réservoir commun des acini.

La marche des accidents est très variable. Tantôt son développement est latent, son évolution lente, graduelle, insidieuse. Tout au plus existe-t-il un peu de gêne au moment des repas et de l'afflux de salive qu'ils provoquent. C'est le hasard qui fait découvrir le calcul. Tantôt il y a inflammation aiguë. L'affection décrite sous le nom de grenouillette aiguë est souvent due à une rétention brusque provoquée par un calcul. Cette rétention brusque succède soit à un déplacement, un mouvement de bascule du calcul, soit à un gonflement inflammatoire de la muqueuse qui l'entoure. Une tumeur très douloureuse se développe rapidement. Elle peut disparaître très vite quand le calcul finit par être expulsé. Mais l'inflammation peut gagner la glande, le tissu péri-glandulaire, devenant même, dans quelques cas, exceptionnellement malheureux, le point de départ de phlegmons du cou. Tantôt enfin l'inflammation est subaiguë. On ne constate qu'un peu de rougeur de la muqueuse, de tuméfaction de la glande. La pression sur le canal de Wharton fait souvent sourdre une gouttelette de pus. Cette inflammation subaiguë est souvent, en raison des infections si fréquentes à la bouche, entrecoupée par des poussées d'inflammation aiguë.

La guérison spontanée n'est pas absolument rare, soit que le calcul finisse par être expulsé par les voies naturelles, soit qu'il se fasse une ulcération lente progressive, sans grande inflammation, et que cette ulcération finisse par lui donner issue. J'ai observé cette issue par ulcération chez un malade de la ville qui, à sa grande joie, expulsa ainsi son calcul deux jours avant le jour fixé pour l'opération.

Le diagnostic n'offre vraiment quelques difficultés que dans le cas où les accidents prennent la forme de grenouillette aiguë, et dans le cas où l'inflammation chronique a déterminé une hypertrophie en masse de la glande.

Dans le premier cas, on doit songer au diagnostic avec les autres variétés de grenouillettes aiguës. Celles-ci sont parfois dues à l'oblitération du canal non par un calcul, mais par un bouchon muco-fibrineux. Tant que l'expulsion de ce bouchon n'a pas eu lieu, suivie de la débâcle de la salive retenue, les accidents sont, vous le concevez, absolument les mêmes. Le cathétérisme du canal de Wharton permettra ordinairement de sentir facilement le calcul. S'il restait un doute, votre conduite dépendrait d'ailleurs bien plus de l'intensité même de l'inflammation que de la cause de cette inflammation.

Dans le cas d'inflammation chronique de la glande, la première impression est assez souvent celle d'un cancer. Cette impression est ordinairement fausse. Le cancer de la glande sous-maxillaire est une affection très rare. On n'y trouve pas l'induration en cordon du plancher buccal, mais un envahissement rapide en masse du plancher de la bouche et de la région sus-hyoïdienne. Le cathétérisme du canal de Wharton, au besoin l'acupuncture permettront ordinairement de sentir le calcul.

Le pronostic des calculs salivaires reste bénin, car ce n'est qu'exceptionnellement qu'ils produisent les inflammations graves que je vous signalais plus haut.

Le traitement doit, le plus souvent, consister à enlever le calcul par l'intérieur de la bouche. Ayez un bon bâillon placé du côté opposé au calcul. Tirez la langue de ce côté, au moyen d'une pince à langue. Les calculs du canal de Wharton sont très facilement abordés par l'incision. Ceux de la glande exigent une incision plus profonde. Il faut dilacérer les divers lobes tuméfiés pour être bien sûr d'enlever tous les calculs.

La glande est parfois si enflammée, si altérée, qu'on peu être forcé de l'enlever complètement. Cette ablation complète ne peut, quels que soient les ennuis d'une cicatrice

en cette région, être faite facilement que par la région sus-hyoïdienne. C'est à cette ablation complète que j'ai été forcé d'avoir recours chez le premier malade que j'ai opéré de calcul salivaire; la large plaie qui faisait communiquer la cavité buccale et la région sus-hyoïdienne se cicatrisa sans laisser de fistule. Mais cette ablation de la glande restera une ressource exceptionnelle. L'ablation du corps étranger combinée avec la dilacération des lobes les plus hypertrophiés suffira presque toujours pour obtenir la régression.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles MAURIAC.

Guérison très rapide d'une syphilide papuleuse confluente par l'hydrargyrie cutanée aiguë.

Un événement inattendu a eu lieu dernièrement dans mon service. Comme, à part quelques inconvénients, il a été très heureux pour le malade, on doit regretter qu'il soit si rare et surtout qu'on ne puisse ni le produire, ni le diriger à volonté.

I. En décembre 1891, un jeune homme de dix-huit ans était venu se faire traiter ici pour une syphilide papulo-érythémateuse, consécutive à une balano-posthite infectante qui remontait à deux mois environ. Il prit chaque jour trois pilules de proto-iodure d'hydrargyre de 3 centigrammes chacune, sans en être nullement incommodé, et il sortit à peu près guéri. Mais quelques jours après, une nouvelle poussée survint et elle fut beaucoup plus sévère que la première. Toute la surface du corps, y compris la face, se couvrit de larges plaques syphilitiques sur la nature et la provenance desquelles il était impossible d'avoir le moindre doute. Ce malade paraissait beaucoup plus jeune que son âge; on ne lui aurait donné que quatorze ou quinze ans. Sa peau était fine, blanche et délicate comme celle d'une jeune fille. Il n'était point chétif, n'avait jamais été malade, et sa syphilis bien que grave évoluait sans troubler aucune des grandes fonctions de l'économie.

Afin de le débarrasser le plus vite possible de cette éruption qui est une des plus longues et des plus rebelles, je pensai que la meilleure méthode de traitement était celle des frictions mercurielles. C'est à elle que j'ai recours souvent, dans les dermopathies papuleuses étendues, quelles que soient leurs variétés, mais principalement lorsque la papulation s'étale ou se réunit pour former de larges plaques cutanées saillantes, squameuses, psoriasiformes. C'était bien là le cas. On fit donc quotidiennement une friction, tantôt sur un point du corps, tantôt sur l'autre, avec 4 grammes d'onguent napolitain. On commença par la face interne des cuisses et on continua par les aisselles.

Le quatrième jour, sur les parties qui avaient été frictionnées, la peau devint d'un rouge vif comme dans l'eczéma rubrum; et puis, en moins de vingt-quatre heures, toute la surface cutanée se couvrit d'une éruption scarlatiniforme d'une confluence, d'une teinte, d'une intensité vraiment extraordinaires.

Pour qui n'aurait pas connu les circonstances qui l'avaient fait naître, le diagnostic *scarlatine* se serait imposé sans la moindre hésitation. La fièvre, en effet, était très violente, le pouls fréquent, la température fort élevée. La peau présentait une rougeur ardente avec quelques teintes framboisées sur les points où, comme à la face, elle était devenue vultueuse et tuméfiée. L'état général, sans être inquiétant, ne différait point de celui d'une fièvre éruptive véhémente. Chose remarquable, dans cette intoxication mercurielle si aiguë et si foudroyante, la peau seule avait été touchée. Il ne s'était point produit de salivation ni de stomatite. Les muqueuses de la bouche, de la langue et de la gorge étaient intactes.

II. Dès le second jour, la syphilide papuleuse se trouva comme submergée sous ce violent raptus érythémateux. Mais le fait le plus remarquable, c'est que le quatrième jour elle s'affaissa, se fondit, disparut comme par enchantement. Jamais je n'avais été témoin d'une action curative aussi surprenante; cependant j'en ai relaté des cas très frappants, dans mon mémoire sur la guérison par l'érysipèle des accidents cutanés et muqueux de la syphilis. Sans nul doute, cette guérison instantanée appartenait au même ordre de processus curatif.

Au bout de cinq ou six jours, l'hydrargyrie cutanée perdit son acuité; la fièvre tomba, la rougeur et la turgescence de la peau diminuèrent peu à peu. Vers le milieu du second septénaire, la face était encore turgescente et d'un rouge framboisé. Elle ne tarda pas à se couvrir, ainsi que d'autres parties du corps, d'une desquamation furfuracée ou lamelleuse suivant les points. De larges lambeaux épidermiques se détachèrent même à la paume des mains et à la plante des pieds comme dans la scarlatine.

Depuis le début jusqu'à la terminaison, tout se passa donc ainsi que dans cette fièvre éruptive, si bien que je me demandai si ce n'était pas d'elle qu'il s'agissait plutôt que d'une hydrargyrie aiguë généralisée. Après avoir recherché, analysé et comparé toutes les circonstances propres à éclairer ce diagnostic différentiel qui n'est pas toujours facile, je suis convaincu que l'intoxication mercurielle était la seule cause de l'éruption.

III. Mais comment la peau avait-elle été empoisonnée? Était-ce une simple irritation locale qui avait allumé cet incendie? Pourquoi cette généralisation si rapide? Pourquoi ce mouvement fébrile et cette réaction systématique de toutes les forces vives de l'organisme, si quelques districts des téguments externes avaient seuls été touchés? Il est assurément plus rationnel d'admettre que ce processus cutané suraigu, provenait d'une source plus profonde; et que si son point de départ était localisé sur les endroits ou les frictions avaient été pratiquées, l'absorption du mercure avait produit tout le mal et en même temps tout le bien, mais d'une façon indirecte et par des procédés qui ne lui sont pas habituels.

Et, en effet, ce n'est pas au mercure en tant que spécifique qu'on doit faire honneur d'une guérison aussi extraordinairement rapide. Sa puissance curative fût-elle décuplée, je ne crois pas qu'il pût balayer à lui seul aussi vite et aussi complètement une syphilide papuleuse. Il fallait une secousse profonde, puissante et capable de perturber l'organisme dans les opérations les plus élémentaires de sa nutrition, pour qu'une pareille élimination s'effectuât en quatre jours.

Tous les grands états morbides qui engagent l'économie dans une lutte impérieuse contre une cause qui menace plus ou moins sérieusement son existance ou même seulement l'équilibre de ses fonctions essentielles, sont susceptibles

d'aboutir à un semblable résultat. L'agent le plus actif en pareil cas et celui dont l'action curative me paraît incomparable, c'est la réaction fébrile, quelle qu'en soit la cause. Plus cette réaction sera synergique et intense, plus les raisons qui la suscitent seront légitimes et urgentes, plus aussi son efficacité sera radicale. Il semble qu'elle s'empare de l'organisme avec un absolutisme tel qu'aucune opération morbide ou autre ne lui soit possible. Tout s'efface devant elle, tout lui obéit. Avec une supériorité sans pareille, elle subjugue momentanément les infections chroniques et fait table rase de leurs effets sur la surface cutanée.

N'est-ce pas ainsi que les choses se sont passées chez notre malade?

IV. Quel a été le rôle de cette éruption qui, d'abord localisée aux points frictionnés, a envahi toute la surface cutanée avec une rapidité si imprévue? Ne serait-il pas rationnel d'admettre que les couches les plus extérieures de la peau, si brusquement troublées partout dans le mécanisme nervoso-circulatoire de leur nutrition, ont été capables à elles seules, et sans l'intervention d'un autre facteur, de détruire, par cette action morbide violente dont elles étaient le théâtre, l'action morbide plus lente dont la syphilis avait depuis quelques jours multiplié les foyers papuleux? Assurément il n'est pas aisé d'établir la part respective qu'ont prise, dans le processus de la guérison, les deux éléments de l'hydrargyrie cutanée : la fièvre violente et le raptus érythémato-scarlatiniforme. Et pourtant je donne, sans hésitation, la prééminence au premier. — Oui, c'est la fièvre qui a tout fait ou presque tout. C'est elle qui a délivré, par une révolution irrésistible, l'organisme qui subissait passivement les méfaits de l'infection syphilitique sur la peau.

Croyez-vous que ces méfaits eussent été détruits et effacés avec cette rapidité par une irritation substitutive cutanée, si violente que vous la puissiez supposer, mais qui serait restée locale et n'aurait pas allumé la phlogose intérieure? Il ne viendra, sans doute, à l'idée de personne de traiter, par exemple, une syphilide cutanée par la flagellation ortiée, ou par des frictions à l'huile de croton ou bien d'autres irritants, dont l'action ne soulèverait pas une synergie réactionnelle fébrile, égale et surtout supérieure à l'irritation substitutive locale. Qui croira que l'inflammation de la peau puisse à elle seule, en pareille occurrence, paralyser en quelques heures l'action syphilitique, sans l'intervention de tout l'organisme, emporté par la fièvre dans un suprême mouvement d'élimination morbide?

C'est si vrai, que l'eczéma rubrum mercuriel localisé est loin d'agir aussi énergiquement qu'une fièvre générale même sans érythème sur les syphilides occupant les points où il s'est développé. Et cependant il a en sa faveur la spécificité curative de la cause qui l'a produit. Bien plus, je craindrais que l'eczéma rubrum n'aggravât le mal au lieu de le guérir. Dans les syphilides confluentes des parties génitales, dans les grandes infiltrations éléphantiasiformes que suscite quelquefois l'accident primitif, je n'ose pas recourir à l'onguent mercuriel comme traitement local. J'ai peur que, dans cette région où l'eczéma rubrum se développe avec une si déplorable facilité, cette éruption cutanée n'irrite les néoplasies au lieu de les résoudre, et ne les entraîne par là dans un de ces mouvements de destruction rapide qui aboutissent à la gangrène ou à la fonte ulcéro-phagédénique.

V. Pourquoi notre malade qui, pendant la syphilis primitive et la première poussée de la syphilis secondaire, avait supporté sans inconvénients 9 centigrammes de proto-iodure par jour, a-t-il été intoxiqué, quelques semaines après, par quatre ou cinq frictions mercurielles? Ce sont là des faits dont il est bien difficile de donner une interprétation satisfaisante et je ne m'y aventurerai pas. L'individualité organique, si accentuée qu'elle soit, n'est pas toujours semblable à elle-même. J'ai vu des personnes qui ne pouvaient pas absorber 1 centigramme d'extrait thébaïque, sans avoir un érythème plus ou moins généralisé, en supporter plus tard, et sans qu'on pût invoquer l'accoutumance, jusqu'à 5 et 10 centigrammes. J'ai observé les mêmes variations de tolérance ou d'intolérance dans l'empoisonnement cutané cubébo-copahique. Et de même aussi pour l'hydrargyrie cutanée.

La prédisposition joue un rôle prépondérant dans les actes morbides ou curatifs que l'économie subit ou suscite. Chaque organisme procède à sa façon dans sa lutte contre les agents morbigènes qui l'assaillent. Mais son originalité ne s'efface-t-elle pas quand ces agents morbigènes sont doués d'une puissante spécificité? Ils ne se bornent pas alors à mettre en jeu une simple réaction banale; ils la frappent de leur empreinte et lui donnent une physionomie qui est à peu près la même chez tous les individus, surtout quand ils agissent avec violence et rapidité, et ne nous laissent pas le temps de la repousser, suivant le mode le plus adapté à notre manière d'être habituelle. Individualité organique, spécificité morbide et toxique : qu'elles soient en conflit permanent ou momentané, vous verrez se produire les résultats les plus variés. Mais les grandes lignes subsisteront toujours. Et si je fais cette digression, c'est pour en revenir à l'hydrargyrie scarlatiniforme de notre malade. Nul doute qu'il n'y fût prédisposé et qu'il n'en ait été pour ainsi dire le créateur; mais nul doute aussi qu'elle ne l'ait maîtrisé complètement et n'ait développé, dans la plénitude de sa spécificité, son action phlogistique et cutanée.

VI. Au surplus, peu nous importe. Ne dissertons pas plus longuement et revenons à la clinique. Notre malade fut donc guéri merveilleusement de sa syphilide papuleuse par une hydrargyrie cutanée aiguë qui, fort heureusement, ne mit pas sa vie en danger. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans son savant mémoire sur les *hydrargyries cutanées*, M. le docteur Morel-Lavallée rapporte un cas où l'existence fut sérieusement menacée, non pas seulement par les lésions de la peau qui, dans certaines formes, peuvent devenir très graves, mais aussi par des déterminations viscérales se produisant sous forme d'hyperhémies cérébrales ou cardio-pulmonaires, etc.

Mon intention n'est point d'exposer l'histoire du mercurialisme cutané. Elle a été commencée par Bell, continuée par Allez (de Dublin), très enrichie par M. Gaucherand et complétée par M. le docteur Morel-Lavallée. Est-elle achevée? Qu'est-ce qui l'est dans notre science? Le fait que j'expose et que je commente m'a paru nouveau. Je n'en connais pas d'autres dans lesquels, à côté des inconvénients et des dangers de l'hydrargyrie cutanée, il se soit produit une action curative aussi souveraine et aussi prompte sur la syphilis tégumentaire.

VII. Malheureusement, cette action curative n'a pas été de longue durée. Le malade a eu, quelques mois après sa

guérison, une troisième poussée de syphilide papuleuse très sérieuse, quoique un peu moins que la seconde. Cette fois, je n'ai pas osé recourir aux frictions mercurielles. Je me suis contenté d'administrer le proto-iodure hydrargyre. Il a été aussi bien toléré qu'au début de la syphilis; mais il n'accomplit que lentement son œuvre de guérison. Sera-t-elle aussi transitoire que les deux autres?

VIII. Supposons qu'il nous fût permis de développer à volonté, chez nos malades, une hydrargyrie cutanée aiguë; devrions-nous le faire dans le traitement des syphilides? — Oui, si nous avions la certitude que cette hydrargyrie se maintiendra dans telles et telles limites; qu'elle ne restera pas en deçà, qu'elle n'ira pas au delà de la réaction fébrile et de la poussée érythémateuse, propres à guérir en quelques heures la syphilide; et surtout qu'elle ne fera courir, ni pour le présent, ni pour l'avenir, aucun danger à nos patients. Mais cette certitude, nous sommes loin de l'avoir; par conséquent, il n'y a aucune déduction pratique à tirer de ce qui précède.

Toujours est-il qu'on en doit conclure : 1° qu'une hydrargyrie cutanée générale et aiguë, avec réaction fébrile, est parfois un événement très favorable dans le traitement des syphilides; 2° que sous la double influence de la réaction générale fébrile et peut-être aussi de l'érythème aigu, les récidives cutanées s'améliorent, se résolvent et se réparent avec une incomparable rapidité; 3° que les médications spécifiques générales et les traitements locaux, isolés ou combinés, seraient incapables de produire, en aussi peu de temps et d'une façon aussi catégorique, mais malheureusement momentanée, la guérison d'une syphilide.

RÉGIME ALIMENTAIRE

Par M. le professeur Germain Sée.

Les aliments véritables ont pour fonction l'apport d'une provision d'énergie qui se transforme dans le corps en force vive. Cette énergie s'exprime par la quantité de chaleur qui devient libre, lors de la combustion, et se mesure par des calories. Les substances qui brûlent et fournissent des calories sont donc seules de véritables aliments. Au point de vue thermo-chimique, il n'existe que trois aliments : 1° les albumines, qui sont azotées et se brûlent incomplètement; 2° les graisses; 3° les hydrates de carbone (fécule et sucre) qui se consument entièrement dans le corps. L'albumine fournit 4,1 calories, la graisse 9,3, les hydrates de carbone 4,1 et l'alcool, 7,3. Les aliments dits minéraux ne se consument pas.

Pour la ration thermique, la dose d'albumine autrefois admise peut être réduite de plus de moitié, soit de 60 à 70 grammes représentant 258 calories; elle se complète avec 60 grammes de graisse (562 calories) et 494 grammes d'hydrate de carbone (2,026 calories). L'albumine a donc été gaspillée. On peut vivre avec des rations d'albumine moitié moindres en remplaçant la différence par les deux autres aliments, à la condition de ne pas aller jusqu'au bout.

La ration azotée suffit pour remplir l'acte réparateur et les fonctions musculaires; mais, dès que l'individu est à la portion congrue de l'albumine, l'épargne de ce produit devient indispensable. Les moyens d'économie sont normalement les graisses et les hydrates de carbone; les moyens d'épargne accessoires sont l'alcool, et, en outre, un produit azoté, la gélatine.

Les plus nutritifs, parmi les corps albumineux, sont les albumines animales (blanc d'œuf, fibrine du sang, musculine, caséine). Les albumines végétales, les léguminoses, le gluten, sont à peu près de même valeur; les albuminoses et les peptones surtout n'ont qu'un pouvoir auxiliaire de l'épargne et ne sont pas directement nutritives; les protéides, c'est-à-dire l'hémoglobine, les nucléo-albumines, les nucléines se dédoublent et donnent naissance à des produits très variés.

Pour être nourrissante, une substance doit fournir, par rapport à son poids et à son volume, la plus grande quantité du principe nutritif, c'est-à-dire de l'élément thermogène. De plus, il doit produire la satisfaction du goût et de la faim sans provoquer trop vite le sentiment de satiété; il doit enfin répondre aux conditions normales de digestibilité stomacale et d'absorption intestinale.

Ainsi le lait est plus nourrissant que la viande râpée et, bien que la viande soit considérée comme plus fortifiante, c'est au pain beurré qu'il faut donner la préférence.

La digestibilité des aliments relève de leur facilité à se mettre en contact avec le suc gastrique, comme pour les aliments liquides, le lait et les œufs coagulables ou non, pour les viandes ramollies ou divisées; mais la digestibilité chimique, ainsi comprise, n'est pas absolue, car il est des aliments très compacts, très concentrés, les œufs durcis, les gros morceaux de viande, le gros pain qui peuvent être digérés facilement sinon dans l'estomac, mais dans l'intestin. Cependant, l'assimilabilité des aliments dans celui-ci ne correspond pas directement à leur digestibilité gastrique.

Les aliments les plus assimilables et absorbables sont la viande, les œufs, le fromage, les hydrates de carbone lorsqu'ils sont débarrassés de leurs enveloppes de cellulose.

Dans les végétaux, les parties qui profitent le moins relativement sont les albuminates et surtout les composés amides, les albuminates végétaux sont moins absorbés que les animaux; mais les fécules le sont totalement et les graisses en grande partie. Cette assimilation se fait dans l'intestin, même quand l'estomac est supprimé chimiquement par la maladie. Mais il est une condition indispensable pour obtenir cette force compensatrice de l'intestin, c'est le mode de préparation des aliments. On n'y arrive qu'à l'aide des viandes crues, de l'œuf, du lait, du tissu cellulaire bien cuit, quelquefois la mie de pain blanc.

La digestion intestinale ne se fait dans les maladies de l'estomac que lorsque les aliments sont à l'état de division; une alimentation vulgaire amène la déchéance; l'amaigrissement a lieu alors par suite de l'absence de digestion ou d'assimilation intestinale et si la maladie stomacale s'accompagne d'anorexie, comme dans le catarrhe gastrique.

Quand, enfin, l'intestin élimine rapidement le contenu, il n'y a plus ni digestion, ni absorption; or, cette irritabilité intestinale tient ou à des aliments dits rafraîchissants, à des boissons dites tempérantes ou à une lésion intestinale diarrhéique ou ulcéreuse. Dans ces cas tout est à changer, le régime et les boissons, et l'intestin est à réparer préalablement.

REVUE DE LA PRESSE

Du traitement des pneumonies graves par les injections sous-cutanées de térébenthine.

On a fait beaucoup de bruit dernièrement autour d'une méthode nouvelle, d'après laquelle on provoquait, chez des sujets atteints de maladies infectieuses, des abcès, dits *abcès de fixation*, destinés à détourner le cours de l'agent infectieux et à le fixer dans une partie superficielle du corps. Les premiers résultats annoncés furent surprenants.

Mais à peine quelques semaines étaient écoulées que M. Rendu, au nom de la clinique, MM. Chantemesse et Marie, au nom de la clinique et de l'expérimentation, protestèrent contre les prétendus succès de la méthode nouvelle. Enfin M. le professeur Spillmann (de Nancy) termine ainsi un mémoire paru dans le numéro du 15 juillet de la *Revue médicale de l'Est* :

Tels sont les faits que j'ai pu recueillir. Voyons comment il faut les interpréter.

1° S'agit-il d'abcès de fixation comme le veut M. Fochier? Or le pus de ces abcès, comme l'avait déjà indiqué M. Dieulafoy, est absolument amicrobien. Aucun germe soustrait à l'organe malade ne se trouve dans ces collections purulentes. Elles ne sauraient donc être comparées aux abcès chauds critiques dans lesquels M. Cornil et d'autres observateurs ont trouvé des quantités de microbes de la suppuration.

2° Y a-t-il, comme l'avait pensé très ingénieusement, au début, M. Chantemesse, une leucocytose aiguë provoquée par les injections, et analogue à celle observée par M. Brouardel dans les abcès de la convalescence de la variole?

« Dans la lutte indécise entre l'organisme et l'élément microbien, augmenter le nombre des leucocytes dans le sang, c'est amener de nouveaux combattants sur le champ de bataille pour détruire les microbes. L'ennemi, d'abord victorieux, est écrasé par les phagocytes. »

Or cette théorie, si séduisante, doit être abandonnée : le nombre des globules blancs n'est pas augmenté dans le sang des malades auxquels on a pratiqué les injections d'essence de térébenthine.

On a même invoqué l'intervention de sepsines vaccinales formées autour du foyer de suppuration. Tout cela tient un peu du roman.

3° Enfin les abcès produits par la térébenthine ne pourraient-ils pas être considérés comme un mode de révulsion énergique. Mais c'est une révulsion bien terrible, extrêmement douloureuse : elle entraîne de la fièvre, une suppuration très abondante, et les défenseurs du procédé ont dit, eux-mêmes, qu'il n'est pas applicable chez les vieillards.

Je me demande, pour mon compte, s'il n'y a pas eu, dans les cas heureux signalés, simple coïncidence. Nous avons tous présente à la mémoire l'histoire de pneumoniques dont l'état paraissait absolument désespéré, et chez lesquels la défervescence s'est produite d'une façon inattendue.

Dans les observations que j'ai signalées je n'ai pu constater aucun bénéfice certain attribuable à la nouvelle méthode thérapeutique. Appelé à intervenir, je m'abstiendrais. C'est là ma conclusion.

Pylorectomie. — M. Defontaine (du Creusot) résume ainsi, dans les « Archives provinciales de chirurgie », une étude sur un cas de cancer de l'estomac, dans lequel l'extirpation a été suivie de guérison :

« D'après cette courte étude, et autant que le permet l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet encore neuf, il est permis de penser : 1° que la pylorectomie, opération d'origine française, due à Péan, est l'opération qui conserve sans conteste la place d'honneur, au point de vue chirurgical et thérapeutique, dans le traitement du cancer de l'estomac; — 2° que la pylorectomie convient aux cancers avec adhérences faibles, qu'il est assez rare malheureusement de rencontrer au moment où l'opérateur est appelé à agir; — 3° que lorsque la pylorectomie ne peut être faite dans de bonnes conditions, il faut se contenter de la gastro-entérostomie; — 4° que la suture continue spiroïde entrecoupée présente des avantages sérieux; — 5° que l'opération chirurgicale est le seul moyen que nous ayons de lutter contre un mal aussi fréquent et aussi redoutable que le cancer de l'estomac, et qu'il importe d'y avoir recours de bonne heure et hardiment, laissant au contraire de côté les malades trop cachectiques qui ont attendu trop longtemps avant de se décider à une opération. »

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

223. M. Vienne. Étude sur les blessures simulées dans les centres industriels. — 224. M. Leissen. Hygiène des campagnes bretonnes et particulièrement morbihannaises. — 225. M. Bellemain. Des fistules du menton. — 226. M. Pescher. Étude de l'opération de Schrœider. — 227. M. Malaval. Étude sur l'histoire des affections de l'estomac pendant la période grèco-romaine. — 228. M. Janin. Du tétanos bulbaire. Étude spéciale de la paralysie faciale. — 229. M. Callais. Les érythèmes du nouveau-né. — 230. M. Lelièvre. Des enfoncements et des fractures du crâne chez le fœtus pendant l'accouchement. — 231. M. Rousseau-Dumarcet. Du décollement prématuré du placenta inséré normalement. — 232. M. Desforges. Recherches historiques et critiques sur la symphyséotomie. — 233. M. Rahon. Recherches sur les ossements humains anciens et préhistoriques en vue de la reconstitution de la taille (époques quaternaire, néolithique, proto-historique et moyen âge). — 234. M. Goupil. De la lymphangite tuberculeuse, et particulièrement de sa forme angiectasique. — 235. M. Kraus. Des rétrécissements tuberculeux du larynx et de leur traitement. — 236. M. Laplanche. Traitement de la tuberculose pulmonaire chez les enfants par les injections de gaïacol iodoformé. — 237. M. Lévy. Diabète sucré dans ses rapports avec les lésions nerveuses spontanées. — 238. M. Hamard. Étude sur un cas d'anomalie rare de l'amnios. — 239. M. Dardano. Laryngites des tuberculeux. — 240. M. Delagenière. Etude critique et expérimentale sur la néphrorrhaphie. — 241. M. Jullien. Des procédés d'ablation des polypes naso-phryngiens. — 242. M. Évanno. Recherches sur l'isolement dans la rougeole. — 243. M. Adam. De l'œdème dans le purpura. — 244. M. Planton. Histoire des affections intestinales pendant la période greco-romaine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 5 août 1892, sont institués agrégés près les Facultés de médecine ci-après désignées, pour une période de neuf ans, à partir du 1er novembre 1892, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

Pathologie interne et médecine légale. — Paris : MM. Charrin, Gaucher, Roger, Marfan et Ménétrier; Bordeaux : MM. G. Cassaët et Auché; Lille : M. Surmont; Lyon : MM. Courmont et Devic; Montpellier : MM. Ducamp et Rauzier; Nancy : M. Haushalter; Toulouse : M. A. Rémond.

Chirurgie et accouchements. — 1° *Chirurgie*. Paris : MM. Lejars, Delbet et Albarran; Lille : M. Carlier; Lyon : MM. Rochet, Rollet et Condamin; Montpellier : M. Lapeyre; Nancy : M. Février. — 2° *Accouchements*. Paris : M. Varnier; Bordeaux : M. Chambrelent; Lille : M. Tracou; Lyon : M. Pollosson.

Sciences anatomiques et physiologiques. — 1° *Anatomie*. Paris : M. Sebileau; Bordeaux : M. Princeteau; Lille : MM. Curtis et

Laguesse; Nancy : M. Prenant. — 2° *Physiologie*. Lille : M. Bédard; Toulouse : M. Abelous. — 3° *Histoire naturelle*. Paris : M. Heim; Lyon : M. Gabriel Roux.

Sciences physiques. — 1° *Physique*. Bordeaux : M. Sigalas; Lille : M. Castex. — 2° *Chimie*, Lyon : M. Bayrac; Montpellier : M. Moitessier. — 3° *Pharmacie*. Paris : M. André; Lyon : M. Deroide.

— *Hospices civils de Rouen*. — Un concours pour l'internat en médecine aura lieu le jeudi 20 octobre 1892. — Pour se faire inscrire et pour plus amples renseignements, s'adresser au secrétariat général de l'admininistration avant le 5 octobre au plus tard; après cette date, les inscriptions ne seront plus admises.

— Une médaille d'honneur en bronze a été décernée à M. le docteur Imbert (de Castellane) pour le dévouement dont il a fait preuve au cours d'une épidémie de variole et d'angine diphthéritique dans la commune de Moriez (Basses-Alpes).

— Parmi les membres de la commission d'assainissement et de salubrité de l'habitation, nommés par arrêté du préfet de la Seine en date du 29 juillet 1892, nous relevons les noms suivants :

MM. les docteurs Brousse, Levraud et Navarre, conseillers municipaux; Brouardel, président du comité consultatif d'hygiène de France; Charrin et Bourneville, membres du comité consultatif d'hygiène de France; Léon Colin, président du conseil supérieur de santé de l'armée; Cornil, professeur à la Faculté de médecine; Dujardin-Beaumetz, membre du conseil d'hygiène; Proust, inspecteur général des services sanitaires; Roux, chef de service à l'Institut Pasteur; A. Gautier, membre de l'Institut; du Mesnil, membre de la commission des logements insalubres; Renault et Josias, médecins inspecteurs chargés de la vérification des décès; Mangenot, médecin inspecteur des écoles, et le médecin en chef de la Préfecture de la Seine.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dorjère (de Bounebosq), Drillon (de Castelnau de Médoc), Drouet (du Havre).

Recherches expérimentales sur les leucocytes, par le docteur E. Maurel. Applications à la pathologie générale. IVe fascicule : « Action des températures prolongées sur nos leucocytes. » In-8° de 136 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le bacillus coli communis, dans ses rapports avec le bacille d'Eberth et l'étiologie de la fièvre typhoïde, par le docteur Gabriel Vallet. Brochure in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Faut-il admettre, avec M. Magitot, que les accidents dits de dentition n'existent pas et doivent être rayés du cadre de la nosologie médicale? Faut-il, avec MM. Chaumier et Ollivier, attribuer à l'hystérie les troubles nerveux mis jusqu'ici sur le compte des dents? Telles sont les opinions qui ont été discutées, nous pourrions dire combattues, dans cette séance, par MM. Pamard, Hérard, Peter, Hardy, Le Roy de Méricourt et Charpentier.

Toutefois, tout en admettant l'influence incontestable de la dentition, ces messieurs se sont accordés à reconnaître qu'elle a été très exagérée, et que bien des troubles attribués aux dents doivent être rattachés à d'autres causes. La discussion, sur ce sujet, n'est pas close et sera continuée dans la prochaine séance.

M. Germain Sée a communiqué une intéressante observation : Il s'agit d'un albuminurique, gravement atteint, qui a été guéri en quelques jours par l'administration des sels alcalino-terreux et par un régime spécial basé sur les théories qu'il a émises dans une précédente séance (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 861). M. Dujardin-Beaumetz préfère le régime végétarien, qui lui a donné d'excellents résultats dans des cas analogues.

M. Bérenger-Féraud continue ses recherches statistiques sur la plus grande fréquence du tænia en France et dans nos colonies. On trouvera plus loin sa nouvelle communication qui concerne nos colonies.

Signalons, enfin, une curieuse observation de M. Guermonprez sur un cas de suture pulmonaire, chez un malade atteint de fistule pleuro-bronchique, observation que nous publierons prochainement.

HOPITAL COCHIN. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Un cas de tétanos traité par les injections d'iode.

Par J. SOTTAS, interne des hôpitaux.

Au moment où les travaux de Behring et de Kitasato, les expériences de M. Vaillard, indiquaient un nouveau mode de médication des maladies infectieuses établi sur le pouvoir antitoxique du sérum d'animaux immunisés, le hasard a fourni aux expérimentateurs, un peu pris au dépourvu, trois cas de tétanos en moins d'un mois.

Nous faisons allusion à deux malades entrés, le 2 et le 13 avril, dans le service de M. le professeur Dieulafoy, et dont les observations ont été publiées par notre collègue, M. Rénon, dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (numéro du 25 avril). Les malades ont été traités par des injections sous-cutanées de sérum antitoxique, sous la direction de MM. Vaillard et Roux.

Nous donnons ici l'histoire du troisième malade, entré le 14 avril dans le service de M. Dujardin-Beaumetz et traité, sur le conseil de M. Roux, par des injections d'iode.

Notre malade, le nommé C..., charretier, âgé de trente-sept ans, homme robuste et certainement un peu buveur, est amené le jeudi 14 avril, à cinq heures du soir, dans une charrette. Nous le trouvons, à son arrivée, couché à plat ventre au fond de la voiture, appuyé sur les coudes, la tête renversée en arrière, le visage grimaçant, les dents serrées. Renseignements pris, nous apprenons que le malade s'était couché le mardi soir sur la terre, près de la gare d'Orléans, et s'était endormi une heure et demie environ, puis était rentré chez lui, route d'Orléans, à Montrouge. Le mercredi matin, cet homme, qui avait d'ailleurs bien passé la nuit, s'aperçoit que sa mâchoire se serre; il éprouve en même temps de la constriction de la gorge et de la raideur de la nuque, sans ressentir aucune vive douleur. Dans la journée, la contracture envahit les muscles du tronc, il se sent la ceinture serrée et les jambes deviennent raides; néanmoins, le malade pouvait continuer son travail de charretier; il marchait en se tenant à sa voiture et, de temps en temps, montait dedans en se hissant tant bien que mal. Ce jour-là, il ne put, au déjeuner, prendre que des liquides, et, le soir, aucun aliment, ni solide, ni liquide. La nuit suivante, il souffre de douleurs vives dans la gorge, la salive même ne peut être avalée et s'écoule entre les dents, qui se serrent de plus en plus. En même temps, le malade éprouve de la difficulté à respirer, ce qui le maintient éveillé toute la nuit.

Jeudi matin, il se lève néanmoins et se dispose à aller chez des parents près de la gare d'Orléans. Il se traîne péniblement, les jambes très raides, incapable de fléchir les cuisses sur le tronc, mais pouvant néanmoins marcher. Arrivé chez ses parents, il se met à table et ne peut avaler qu'une petite quantité de liquide avec beaucoup de peine. En rentrant chez lui, après le déjeuner, il tombe en route, dans un accès de contracture généralisée; il est alors relevé et amené à l'hôpital dans les circonstances que nous avons indiquées. Au moment où on couche le malade et où on le déshabille, il est pris d'une nouvelle attaque de contracture générale intéressant tous les muscles, y compris ceux de la

respiration. Les bras, les membres inférieurs et la tête sont dans l'hyperextension, les muscles du tronc en épisthotonos, les dents grincent, le malade cesse de respirer, perd connaissance et devient bleu; les battements du cœur deviennent très faibles, la mort est imminente, lorsque les accidents s'amendent peu à peu, la respiration reprend, le malade, couvert de sueur, fait avec les bras quelques grands mouvements et revient à lui.

Après cet accès, il persiste de la contracture des jambes, surtout de la jambe gauche; raideur de la nuque, des muscles sacro-lombaires, des pectoraux, et trismus; les mouvements spontanés du bras sont encore possibles. Une demi-heure après l'accès, le thermomètre marquait 37°5 dans l'aisselle. Le malade ne peut avaler que quelques gorgées de liquide.

En présence de tels symptômes représentant le tableau fidèle du tétanos, nous cherchons quelle a bien pu être la porte d'entrée de l'agent infectieux : il n'existe aucun traumatisme, aucune plaie apparente; le malade est d'une saleté remarquable; et ce n'est qu'après l'avoir fait nettoyer avec du savon et de l'alcool que nous constatons l'existence de petites excoriations multiples sur les téguments des membres inférieurs et sur le dos du pied en particulier. Ces petites écorchures n'ont pas d'aspect spécial; elles se sont séchées rapidement après le lavage et ne paraissent pas devoir être regardées comme une voie d'infection.

Nous prescrivons, ce soir-là, un lavement avec 6 grammes de chloral.

La nuit est très agitée; le vendredi matin, on constate une légère diminution de la contracture; la température rectale est de 38°6; le malade parle d'une façon un peu plus intelligible, mais toujours entre ses dents. Il n'y a pas d'hydrophobie, mais le malade avale avec difficulté un quart de verre de lait qu'on lui verse doucement dans la bouche avec un biberon d'étain. Nous tentons alors d'alimenter le malade en faisant pénétrer une sonde en caoutchouc rouge dans l'œsophage par les narines; mais, dès que la sonde est arrivée dans l'arrière-gorge, le malade est pris d'une attaque de contracture avec menace d'asphyxie; nous retirons la sonde et ne répétons plus cette tentative.

Mis au courant par l'enseignement de notre maître, M. Roux, à l'Institut Pasteur, des tentatives que faisait alors M. Vaillard, nous eûmes recours à son expérience et le priâmes de vouloir bien entreprendre le traitement de notre malade. MM. Roux et Vaillard se rendirent auprès du malade; mais ne possédant qu'une quantité de sérum antitoxique déjà insuffisante pour le traitement du malade qu'ils suivaient dans le service de M. Dieulafoy, ces messieurs nous conseillèrent d'employer des injections d'iode, ce métalloïde et ses composés ayant, dans des expériences antérieures, été employés pour atténuer le pouvoir toxique du poison tétanique.

Nous avons injecté à notre malade, dans la cuisse gauche, avec l'appareil de Lamy-Burlureaux, 30 centimètres cubes d'une solution composée de : eau, 300 centimètres cubes; iodure de potassium, 2 grammes; iode, 1 gramme; ce qui correspondait à une valeur de 5 centigrammes d'iode. Cette première injection fut faite à neuf heures du soir; le malade la supporta sans manifester la moindre douleur. Le thermomètre marquait alors 39°5 dans le rectum.

Une deuxième injection fut faite, dans les mêmes conditions, à onze heures du soir, dans la cuisse droite. La température rectale était à ce moment de 39°8.

Vers minuit, la contracture diminuait, le malade ouvrait un peu la bouche, les jambes et la nuque étaient plus souples; mais la température ne subissait aucune rémission.

Le samedi matin, le thermomètre marque 40°5, la contracture est encore moins accentuée, mais la respiration est accélérée, le pouls très petit; nous constatons, à la surface des jambes, quelques taches bleuâtres, où la sensibilité est parfaitement conservée, dues probablement à l'action de l'iode sur les tissus.

A onze heures du matin, le malade succombe. L'autopsie est pratiquée vingt-trois heures après la mort; la rigidité cadavérique est normale; l'examen microscopique ne donne aucun détail caractéristique. Les poumons sont très congestionnés, le péricarde contient environ 50 grammes de sérosité, les cavités cardiaques sont gorgées de sang noir, les centres nerveux n'offrent rien de bien spécial, sauf une exagération dans la quantité du liquide céphalo-rachidien.

Au cours de l'autopsie, nous avons recueilli avec pureté, dans des pipettes flambées, de la sérosité péricardique, du sang du ventricule droit et du liquide sous-arachnoïdien, afin de reconnaître, par l'injection à des animaux sensibles, si ces humeurs contenaient une toxine tétanisante.

Quatre souris furent inoculées avec 1 centimètre cube, 1/2 centimètre cube, 1/4 centimètre cube, 1/8 centimètre cube de sang du ventricule droit; la première mourut en trente-six heures, les trois suivantes en six, sept et neuf jours.

Une souris inoculée avec 2/3 centimètre cube de liquide céphalo-rachidien mourut en huit jours; une autre, inoculée avec 2/3 centimètre cube de sérosité péricardique, mourut en douze jours.

Ces animaux ne présentèrent, durant leur vie, aucun phénomène bien caractéristique : la souris qui mourut rapidement eut de la raideur des pattes postérieures, mais dans la flexion; nous n'avons retrouvé aucun germe dans la sérosité sous-cutanée au point de l'injection, ni dans le péritoine, ni dans le poumon, ni dans le sang, au moins à l'examen sur lamelles, ce qui indique que les humeurs recueillies sur le cadavre en étaient dépourvues, et que la mort de l'animal doit être attribuée à une intoxication et non à une infection par quelque germe septique étranger.

Les autres souris eurent de la paralysie avec raideur, perdirent l'appétit et succombèrent par une sorte de cachexie avec un amaigrissement extrême.

Il ne nous appartient pas de discuter la méthode employée par M. Vaillard, la technique en a été indiquée par notre collègue M. Rénon; mais il nous semble que les deux insuccès ne sauraient faire rejeter l'emploi du sérum antitoxique, car cette médication, à son début, a dû nécessairement être un peu timide, et les expérimentateurs ne disposaient que d'une quantité de sérum trop peu considérable. Les 50 ou 100 centimètres cubes injectés aux malades sont peut-être insuffisants, et, puisque ces injections sont au moins inoffensives, on pourrait peut-être, à l'avenir, utiliser la voie veineuse, qui permettrait d'agir vite et avec une forte dose.

Quant aux injections d'iode, le défaut d'antitoxine nous autorisait à employer une substance qui s'est montrée, dans les expériences sur les animaux, comme ayant un grand pouvoir antitoxique. Un animal très sensible au tétanos, comme le cobaye, n'est nullement incommodé par l'injection d'une dose de toxine tétanique mortelle dans les conditions ordinaires, pourvu que cette dose soit additionnée d'une certaine quantité de solution d'iode; et des injections successives, à doses croissantes, lui donnent l'immunité. M. E. Roux, dans son discours sur l'immunité au Congrès de Londres, a mentionné ce procédé comme un moyen facile de rendre les animaux réfractaires au tétanos et à la diphthérie.

Dans le cas de notre malade, la dose de 10 centigrammes employée n'a provoqué, au moment de l'injection, aucune douleur et n'a produit aucun accident local grave. On injecte d'ailleurs, dans les veines des animaux, des quantités d'iode proportionnellement beaucoup plus considérables sans déterminer de symptômes sérieux. Enfin, l'iode a paru agir au moins sur l'élément contracture, qui s'est amendé à la suite des injections.

LE TÆNIA DANS LES COLONIES FRANÇAISES ET EN ALGÉRIE

Par le docteur BÉRENGER-FÉRAUD,
Directeur du service de santé de la marine.

Les tænias observés dans les hôpitaux maritimes de France provenant surtout des pays d'outre-mer soumis à notre influence, il est intéressant de savoir dans quelles proportions le parasite se rencontre dans ces contrées.

Sénégal. — Il ressort des rapports médicaux que de 1875 à 1889 inclus, sur 10 020 malades admis dans l'hôpital de Saint-Louis, 368 étaient atteints de tænia : soit 36,72 p. 1000. A Corée, de 1875 à 1880, 3287 entrées fournirent 123 tænias, soit 37,42 p. 1000. Dans mon livre sur les maladies des Européens au Sénégal (Paris 1875-1878), j'avais indiqué déjà que, de 1852 à 1872, sur 42685 admissions à l'hôpital de Saint-Louis, il y avait eu 499 tænias, soit 11,70 p. 1000. A Corée, pendant la même période, 23 806 malades avaient fourni 87 tænias, soit 3,66 p. 1000.

Il résulte de ces indications : 1° que pour la période de 1875 à 1889 la proportion des tænias a été beaucoup plus forte au Sénégal qu'en France (36 ou 37 p. 1000, contre 4,40 environ) ; 2° que de 1852 à 1872, la fréquence du parasite était sensiblement moindre en Sénégambie qu'aujourd'hui. Donc le tænia a augmenté dans cette colonie comme en France, depuis un demi-siècle.

A quelle cause doit-on ce phénomène? La notoriété publique est unanime au Sénégal pour incriminer les troupes du conquérant nègre Eb Hadj, qui envahit le haut Sénégal en 1855. Ces nègres étaient atteints de tænia dans la proportion de 3 sur 4, et leurs déjections ont répandu des quantités prodigieuses de germes du parasite dans les étangs et les cours d'eau du pays ; ce qui a rendu désormais le cysticerque très fréquent chez les bœufs de la Sénégambie.

Cochinchine. — Pour notre colonie de Cochinchine, nous avons une statistique qui va de 1863, moment de la conquête, jusqu'en 1870, et de 1877 à 1889. Il résulte de ces documents que, pendant la première période, le tænia oscillait entre 0,35 et 2,06 pour mille admissions dans l'hôpital de Saigon. Pendant la seconde, la moyenne est de 19,80 p. 1000. L'augmentation est due à la qualité de la viande. Le bœuf ne prospérant pas en Cochinchine, dans les premiers temps de la conquête, on y faisait forcément peu usage de cette viande. A mesure que la colonie s'est accrue, on a fait venir des bœufs du Cambodge et de Siam, par voie de terre ; de Shang-Haï et de Hong-Kong par voie de mer ; et comme ces animaux sont souvent atteints de cysticerque, le tænia est devenu plus fréquent en Cochinchine.

Autres colonies. — Le tænia est fréquent en Annam, au Tonkin, dans l'Inde, à Obock ; et il est également fourni à l'homme par le bœuf. En Nouvelle-Calédonie, il entre pour le 4,50 sur mille admissions. On ne le contracte pas sur place à la Réunion, à la Martinique, à la Guadeloupe, à la Guyane, etc.

Algérie et Tunisie. — Les chiffres afférents à l'Algérie et à la Tunisie pour la période de 1881 à 1890 sont de 11,73 (province d'Alger), 20,10 (province d'Oran), 11,93 (province de Constantine), 12,34 (Tunisie), ce qui fait une moyenne de 14,02 p. 1000. Les travaux des médecins militaires, au premier rang desquels il faut placer ceux de M. Léon Colin, ont montré que le tænia a été très fréquent en Algérie, dès les premiers temps de la conquête. Et si nous ne constatons pas pour cette contrée l'augmentation signalée en France, c'est que depuis longtemps des chiffres élevés avaient été atteints.

Ces indications, touchant la fréquence du tænia dans nos colonies et en Algérie, complètent celles que nous possédons déjà pour la France. Disons, en passant, que l'augmentation signalée n'est pas limitée à notre pays ; elle a été constatée en Italie, en Espagne, en Angleterre, en Allemagne.

Ajoutons que cette augmentation et la prédominance considérable du tænia inerme sur le tænia armé sont deux faits connexes, étroitement liés l'un à l'autre.

Dans une étude ultérieure, nous examinerons la distribution géographique des cestoïdes de l'homme, dans le but d'en déduire les mesures prophylactiques que nous pouvons mettre en œuvre pour lutter contre la tendance à l'augmentation de fréquence du tænia, qui est signalée dans un grand nombre de pays.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 août 1892. — Présidence de M. LARREY.

COMMUNICATIONS

Un cas de suture du poumon. — M. GUERMONPREZ (de Lille) fait une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

Le tænia dans les colonies françaises. — M. BÉRENGER-FÉRAUD donne lecture d'une note sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 867.)

DISCUSSION SUR LES ACCIDENTS DE LA DENTITION

M. PAMARD (d'Avignon), contrairement à l'opinion soutenue par MM. Magitot et Ollivier, à savoir que les accidents de dentition devaient être rayés du cadre de la nosologie médicale, vient affirmer, en s'appuyant sur une expérience déjà longue, les deux propositions suivantes :

1° Tout travail de dentition s'accompagne d'un trouble de la santé de l'enfant ; il s'accuse très nettement sur la courbe du poids de cet enfant ;

2° Dans les climats froids, et de même dans la saison froide, tout travail dentaire s'accompagne de phénomènes réflexes du côté des organes respiratoires. Dans les climats chauds et dans la saison chaude, tout travail dentaire s'accompagne de phénomènes réflexes du côté des organes digestifs. Ainsi, en hiver, coryza et bronchite ; en été, diarrhée et même choléra infantile.

Les mères qui en ont l'expérience réclament elles-mêmes l'ouverture de la gencive. Cette petite opération donne d'excellents résultats dans des cas de convulsions manifestement liés à la dentition.

Pour ce qui est des convulsions, M. Pamard est moins affirmatif en ce qui concerne leur étiologie que pour les autres accidents ; il admet qu'elles sont le plus souvent liées à la dentition ; mais il croit aussi qu'à cette période de la vie il peut y en avoir qui soient dues à d'autres causes. Toutefois, il ne croit pas que l'hystérie puisse être invoquée.

Il conclut en disant : les maladies liées à la dentition, chez l'enfant, existent avec des caractères et une marche qui sont bien établis.

M. OLLIVIER n'a pas nié l'existence d'accidents de la dentition, mais il les croit très rares.

Depuis dix ans il voit des enfants qui lui sont amenés pour des troubles dus à la dentition, il examine avec le plus grand soin tous les organes de ces enfants, et presque toujours il leur trouve autre chose que l'accident de dentition pour lequel il est consulté.

Bien souvent il trouve de l'hystérie, car l'hystérie, cela est incontestable, peut se rencontrer chez les enfants nouveau-nés. Une autre cause fréquente des accidents dits de la dentition, c'est la mauvaise hygiène. Ces accidents sont plus fréquents chez les enfants élevés au biberon que chez ceux élevés au sein, et, chez ces derniers, on rencontre surtout ces accidents, lorsque les nourrices, au lieu de donner régulièrement le sein toutes les deux heures, le donnent à chaque instant.

M. LE ROY DE MÉRICOURT partage complètement l'opinion exprimée par M. Pamard. Pour lui, les accidents de la dentition sont une réalité, et il n'est nul besoin pour les expliquer d'invoquer l'hystérie, ou les vices de nutrition.

M. Le Roy de Méricourt n'en veut pour preuve que l'état floris-

sant de la santé des enfants entre deux poussées dentaires, et cela malgré de légers écarts de régime, et, au contraire, leur état maladif au moment précis de la dentition, persistant malgré un régime des plus sévères.

On peut comparer les accidents liés à l'évolution dentaire aux crises d'éclampsie des femmes en couches qu'on voit disparaître à la suite d'une application du forceps. De même, on observe la disparition subite des accidents de la dentition à la suite de l'incision de la gencive.

M. Hérard, tout en croyant que l'on a quelque peu exagéré la fréquence des accidents de la dentition, se joint à M. Pamard pour protester contre l'opinion soutenue par M. Magitot.

M. Charpentier dit qu'il est incontestable que le travail de la dentition peut s'accompagner d'accidents gastro-intestinaux ou nerveux. Que ces derniers se produisent plus facilement chez les hystériques, c'est possible, mais ce n'est pas une raison pour en faire des accidents propres à l'hystérie.

En ce qui concerne la mauvaise alimentation, il fait remarquer que l'éruption des dents a précisément pour conséquence d'apporter une gêne notable dans cette alimentation. Il faudrait que ces enfants prissent le sein convenablement, mais ils ne le peuvent pas à cause de l'inflammation des gencives.

M. Peter pense que le travail de la dentition s'accompagne nécessairement d'une hyperhémie des gencives; il se produit non seulement de la salivation, mais une sécrétion exagérée du suc gastrique et du suc intestinal. On voit par suite se produire des vomissements et de la diarrhée qui peut devenir bilieuse, puis ensuite se transformer en choléra infantile et amener la mort.

D'autre part, la dentition provoque de l'insomnie et on sait que de l'insomnie aux convulsions il n'y a qu'une question de degré. Ces convulsions présentent souvent l'apparence de l'éclampsie et peuvent devenir mortelles, ce qui n'arrive jamais pour les convulsions hystériques.

L'incision de la gencive, en décongestionnant la partie hyperhémiée, permet d'obtenir plus sûrement la disparition de tous les accidents.

M. Hardy croit, avec M. Ollivier, que les accidents de la dentition sont plus rares qu'on ne le dit; mais ces accidents existent, cela n'est pas niable. On voit des enfants qui, chaque fois qu'ils font une dent, sont pris d'une toux particulière, qui ne cesse que lorsque la dent est sortie de la gencive. D'autres présentent une éruption sur la figure, que cause également la sortie de la dent. Les convulsions dues à la dentition, chez les petites filles nerveuses, ressemblent à l'hystérie, mais on ne les voit jamais se produire en dehors de l'éruption d'une dent, ce qui permet de les distinguer des convulsions d'origine hystérique.

M. Pamard résume son opinion ainsi : tout enfant qui fait des dents est un malade; s'il fait froid, il a de la toux et du coryza, s'il fait chaud, il a du catarrhe des voies intestinales et même du choléra infantile.

M. C. Paul ajoute que les courbes des pesées d'un enfant indiquent nettement la percée de chacune de ses dents. Les incisives inférieures produisent plus d'accidents que les supérieures, les canines peu et les molaires produisent les plus graves accidents.

M. Peter dit qu'un thermomètre, placé dans la bouche, indique une élévation de près de deux degrés, au moment où la dent va percer.

COMMUNICATIONS

Traitement de l'albuminurie. — M. Germain Sée communique l'observation d'un homme atteint d'une entérite ulcéro-tuberculeuse et d'une diarrhée abondante qui était en bonne voie de guérison, lorsque apparut, il y a trois semaines, un anasarque qui révéla une néphrite parenchymateuse. La quantité d'albumine contenue dans l'urine était énorme : 11gr50 par litre, ce qui fait, le malade urinant 2 litres par jour, une déperdition quotidienne de 23 grammes d'albumine.

M. Sée soumit immédiatement ce malade aux bromures alcalino-terreux de strontium et de calcium alternativement. La dose fut de 4gr50 à 5 grammes par jour. Dès le lendemain du début de ce traitement, la quantité d'albumine était descendue à 6 grammes par litre, elle diminua depuis; il y a quelques jours, elle était de 1 gramme, aujourd'hui, l'urine ne contient plus d'albumine, l'anasarque et tous les autres symptômes de néphrite ont disparu.

Comme régime, le malade ne pouvant supporter le lait, a été soumis à un régime particulier basé sur les données théoriques que M. Sée a fait connaître (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1892, p. 861).

La quantité d'albuminates nécessaires à l'alimentation, à l'état normal, est de 120 grammes, mais elle peut baisser jusqu'à 60 grammes, à la condition que l'on fournisse à l'organisme des graisses et des hydrocarbures susceptibles de fournir la dose, normale pour un adulte, de 3 000 à 3 500 calories.

Partant de ce principe, M. Sée a conseillé :

1° La suppression de toutes les grosses viandes, pas d'œufs, surtout des œufs à la coque qui fournissent une quantité d'albumine absorbable supérieure aux œufs durs, seulement un peu de poulet et très peu de poisson;

2° Macaroni avec très peu de fromage, beurre et graisses à discrétion;

3° Régime végétarien : chocolat, pommes de terre, riz à la japonaise, c'est-à-dire peu cuit;

4° Cervelle de mouton et ris de veau, en raison de la richesse de ces substances en phosphore;

5° Suppression du vin et des autres boissons alcooliques.

L'albumine a augmenté un jour, à la suite de l'absorption d'une certaine quantité de bière. Aussi M. Sée conseille comme boisson du thé ou certaines eaux minérales.

DISCUSSION

M. Dujardin-Beaumetz fait observer que, quand il s'agit de fixer le régime alimentaire des albuminuriques, il ne faut pas se baser uniquement sur la quantité d'albumine trouvée dans les urines. On peut être très malade avec très peu d'albumine dans les urines. Ce qui importe, en pareil cas, c'est surtout d'assurer la perméabilité des reins. Il faut tout d'abord s'appliquer à réduire au minimum les toxines alimentaires. C'est à ce point de vue que le régime végétarien présente les plus grands avantages.

M. Le Roy de Méricourt demande si, dans l'action du bromure alcalino-terreux, il ne faut pas tenir compte surtout de l'action du brome.

M. Sée répond que le brome n'a qu'une action tout à fait secondaire. C'est surtout au calcium et au strontium qu'il faut attacher de l'importance.

M. Le Roy de Méricourt, en ce qui concerne le riz vanté par M. Sée pour l'alimentation des albuminuriques, fait observer que le riz est une substance très peu alimentaire. Il rappelle, à ce point de vue, la dénutrition observée chez les Japonais. Enfin, pour ce qui est des graisses, M. Le Roy de Méricourt ajoute qu'elles sont essentiellement indigestes.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de prix de M. Peter.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 juillet 1892. — Présidence de M. Perier.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PHLEGMONS DU COU

M. Magitot lit un travail sur les phlegmons péri-maxillaires au point de vue de leur pathogénie et de leur traitement. Il passe en revue toutes les formes de cette inflammation, depuis le simple abcès gingival ou facial jusqu'au phlegmon diffus entraînant les plus grands dangers. Il rappelle les discussions de 1879 et 1880 sur le même sujet, passe en revue les différents tra-

vaux qui ont été publiés et il intervient de nouveau aujourd'hui sur la pathogénie de ces accidents.

Pour M. Magitot, la carie dentaire, invoquée par tant d'auteurs pour expliquer cette pathogénie, n'est jamais la cause directe et essentielle d'aucune forme de phlegmon péri-maxillaire. Quand elle intervient, dans ces cas, c'est toujours à titre accidentel. La lésion dentaire initiale, à laquelle doivent être rattachées les formes diverses de phlegmons péri-maxillaires, est celle qu'on désigne communément sous le nom de périostite alvéolaire ou alvéolo-dentaire et que, selon M. Magitot, il faut dénommer aujourd'hui par le terme d'arthrite alvéolaire. En effet, d'après les recherches anatomiques modernes, il s'agirait là d'une véritable articulation et le terme d'arthrite s'impose. C'est de cette arthrite alvéolaire que M. Magitot fait partir tous les phénomènes morbides dont il s'agit dans cette discussion, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par un tableau qu'il met sous les yeux de la Société et qui peut ainsi se résumer :

A. Arthrite alvéolaire septique se divisant en arthrite simple mono-articulaire et en arthrite poly-articulaire suppurée, déformante ou fongueuse, tandis que l'arthrite mono-articulaire se divise dans les variétés suivantes : 1° phlegmon diffus, phlegmon du plancher de la bouche, phlébite du sinus, nécrose partielle, nécrose totale, nécrose phosphorée, angine de Ludwig, toutes variétés nécessitant une intervention immédiate au lieu du début; 2° phlegmon circonscrit, abcès, fistules cutanées ou muqueuses, mentonnière, kystes dits périostiques, abcès et catarrhe du sinus nécessitant l'ablation de la cause, l'ouverture du foyer, le drainage, l'antisepsie, la résection du sommet radical et la réimplantation ; 3° enfin la fluxion simple œdémateuse.

B. Accidents de la dent de sagesse se divisant en : 1° accidents muqueux (gingivo-stomatite simple, ulcérée, fongueuse) ; 2° accidents osseux (ostéite, nécrose suivies de phlegmons des régions parotidienne, cervicale, sus-hyoïdienne du plancher de la bouche, etc.) ; 3° accidents nerveux ou névralgiques.

Cette arthrite alvéolaire, quelles que soient sa forme et sa physionomie, est une maladie septique. On y retrouve, en effet, outre les micro-organismes ordinaires des foyers purulents, certains bacilles particuliers, isolés et cultivés par MM. les docteurs Vignal (1) et Galippe et qu'on peut regarder comme les agents pathogènes de la maladie. On y retrouverait sans doute aussi les organismes que MM. Verneuil et Clado ont reconnus aux abcès et spirilles de la bouche, avec propagation ou inoculations voisines ou lointaines de cette région. Le caractère septique des phlegmons péri-maxillaires n'est, d'ailleurs, mis en doute par aucun des observateurs : MM. Quénu, Nélaton, Delorme et Auffret sont formels sur ce point.

Or, si cette lésion est l'origine unique, le point de départ uniforme de tous phlegmons péri-maxillaires, comment s'explique la diversité de forme, de processus et surtout de gravité des manifestations morbides qui en sont la conséquence?

Cette diversité tient aux différences d'intensité de l'élément inflammatoire et infectieux, aux différences de siège ou d'alvéole affecté et à l'état personnel du sujet.

C'est cette diversité même qui nous a conduit à l'idée de tracer d'une manière schématique la marche de phénomènes morbides suivant trois courbes partant du point unique, l'arthrite alvéolaire simple.

A l'extrémité de la première courbe, courbe basse, se trouve le phlegmon œdémateux, la fluxion simple non suppurée et dont la terminaison ordinaire est la résolution.

A la seconde courbe, correspondraient le phlegmon circonscrit, l'abcès simple, d'origine dentaire, des auteurs classiques, tantôt gingival, tantôt facial et cutané, mentonnier, etc., suivant les rapports purement anatomiques des parties (2). C'est sous cette forme que le phlegmon se termine souvent par un état chronique entretenu par l'arthrite spéciale du sommet radiculaire frappé d'une véritable nécrose. Une certaine classe de greffes, les greffes par réimplantation, reposent précisément sur la section de ce sommet nécrosé (1). C'est aussi à cet état localisé que répond le développement des kystes et la variété dite périostique, quelle que soit d'ailleurs l'explication à laquelle on se rattache, la théorie épithéliale ou la théorie périostique, que nous avons maintes fois défendue. C'est encore à cette courbe qu'appartient le mécanisme de formation de l'abcès et du catarrhe du sinus maxillaire, les trajets fistuleux qui traversent les régions palatines, les joues, la fossette mentonnière, la peau du voisinage de l'angle de la mâchoire, de la branche horizontale, etc.

La troisième courbe aboutit aux formes graves des phlegmons péri-maxillaires : phlegmon diffus, nécroses partielles ou locales des mâchoires, propagations aux régions cervicales sous et même sus-claviculaires, phlébite des jugulaires, des sinus et complications cérébrales le plus ordinairement mortelles. Parmi les formes diverses de nécroses des mâchoires, la nécrose phosphorée elle-même n'échappe pas à cette pathogénie. On retrouve toujours, dans les observations soigneusement recueillies de nécrose phosphorée, l'arthrite alvéolaire au début des accidents et cette nécrose est un peu spéciale par sa physionomie ou par sa forme envahissante. C'est sans doute parce qu'elle résulte de la double intervention, dans l'élément septique et dans l'élément toxique.

Enfin, c'est à cette troisième courbe que doivent appartenir les cas encore assez mal définis de phlegmons des régions sous et sus-hyoïdiennes, du plancher de la bouche et dont l'obscurité seule a donné lieu à certaines interprétations, telles que celle d'angine de Ludwig.

Quant au traitement, M. Magitot s'exprime ainsi :

Nous avons été frappé, dit-il, de voir que, dans un grand nombre d'observations, les chirurgiens se sont, tout d'abord, adressés aux manifestations symptomatiques et secondaires, négligeant le lieu originaire du mal, le point maxillaire ou alvéolaire. Sans doute, les accidents symptomatiques éclatent parfois avec une telle violence qu'ils s'imposent à l'attention et réclament une action prompte et énergique. Mais cette action s'exerce avec d'autant plus d'opportunité et d'effet qu'elle portera sur le lieu primitif.

Aucune objection sérieuse ne peut être faite à cette méthode sur laquelle repose, dans bien des cas, le salut d'un malade. L'état des parties, la rétraction des mâchoires, l'occlusion même complète de la bouche ne sont pas des arguments pour retarder cette intervention. Un malade peut toujours être placé dans la résolution chloroformique qui permet de suite la fixation du diagnostic et la délivrance opératoire.

Cette remarque s'adresse, tout spécialement encore, aux accidents graves de la dent de sagesse qui s'éternisent et se compliquent si l'on hésite à s'adresser à cette dent même, au début de la première manifestation de voisinage. L'extraction de celle-ci s'impose donc, tout d'abord, et, si difficile qu'elle puisse être, n'en reste pas moins la condition *sine qua non* de la guérison, puis par la voie ainsi ouverte, le chirurgien peut instituer le régime de drainage et la pratique de l'antisepsie la plus rigoureuse. C'est pour avoir méconnu ce principe que, dans certains cas, les formes les plus redoutables ont pu naître des lésions initiales les plus insignifiantes. Il y a donc ici une question de mesure et d'opportunité.

M. REYNIER a observé trois cas se rapportant à ce type de phlegmasie gangréneuse sous-maxillaire désignée sous le nom d'angine de Ludwig. Chez l'un de ces malades, albuminurique et alcoolique, un large débridement avec le thermocautère du tissu cellulaire et musculaire gangrenés a été insuffisant à conjurer les accidents infectieux et la mort.

Dans le second cas, il s'agissait d'un diabétique qui, à la suite de l'avulsion de la deuxième molaire, fut pris d'hémorrhagie et

(1) VIGNAL. *C. R. de la Soc. de stomatol.*, 1890-92.

(2) Voir sur la nature et le mécanisme de formation de la fluxion simple l'art. FLUXION du *Dict. encyclop.*

(1) Voir le mémoire sur la greffe chirurgicale appliquée à la cure de la périostite chronique du sommet, *Bull. de la Soc. de chir.*

d'un phlegmon sous-maxillaire, avec tuméfaction de la partie gauche du voile du palais. Le septième jour, ce malade succombait sans intervention. Enfin chez le troisième malade, des accidents d'asphyxie se sont rapidement montrés et la terminaison a été la même, sans qu'il y ait eu également d'opération.

De ces faits, on peut conclure que la dénomination d'angine de Ludwig prête à confusion. Sous ce nom, on a englobé de nombreuses phlegmasies, dont la nature ne sera bien connue que par des examens bactériologiques, et dont les caractères rappellent ceux des phlegmons diffus ou mieux des lymphangites gangréneuses arrivant rapidement au sphacèle soit par le fait de la septicémie particulière de l'affection, soit par suite des terrains sur lesquels elle se développe.

Ces symptômes ne sont pas suffisants pour créer une entité morbide; ils peuvent être les manifestations de phlegmasies diverses infectieuses, dont le point de départ peut être multiple (dents, amygdales, langue, etc.). Il en résulte des localisations symptomatiques variées suivant les cas, pour lesquelles les larges débridements, toujours nécessaires, n'occuperont pas le même siège. Ce traitement ne sera pas toujours suivi de succès, ce qui s'explique par ce fait qu'il faut tenir compte non seulement de l'élément septique, mais aussi du terrain.

M. NÉLATON demande à M. Magitot si l'on peut admettre qu'un phlegmon du cou puisse se rattacher à l'évolution de la dent de sagesse, sans qu'il y ait d'érosion gingivale.

M. MAGITOT répond qu'il y a deux théories : l'une qui admet l'origine mécanique, l'autre l'origine septique. M. Magitot n'admet que la seconde et ne croit pas à la première.

M. VERNEUIL, bien qu'il ne soit pas ennemi des néologismes, ne saurait accepter celui d'arthrite alvéolaire employé par M. Magitot. En effet dans l'implantation des dents sur les mâchoires, il ne voit rien qui ressemble à une articulation.

M. MAGITOT répond que pour lui il n'y a pas de doute. On trouve là tous les éléments d'une articulation, sauf les mouvements. Encore ceux-ci existent-ils chez les animaux inférieurs.

M. VERNEUIL ne peut admettre cela. Quant à la pathogénie des phlegmons péri-maxillaires, il croit qu'il est indispensable d'admettre trois points de départ : le pharynx, les amygdales et les dents. L'évolution de ce phlegmon varie selon l'agent de la septicité et la nature du terrain. A ce point de vue les observations présentées par M. Reynier sont intéressantes.

COMMUNICATIONS

Kyste chyleux du mésentère. — M. TUFFIER présente un homme de quarante huit ans qui s'aperçut brusquement, le 22 novembre 1891, qu'il portait une tumeur de l'abdomen ; comme il présentait des signes de péritonite et d'occlusion intestinale, il entre à l'hôpital Beaujon. On fait la laparotomie le 3 décembre. On trouve un kyste occupant toute la hauteur du mésentère, blanc laiteux. La ponction évacue un liquide absolument semblable à de la crème. On incise le mésentère, l'énucléation de tout le kyste est difficile. Suture du feuillet antérieur du mésentère. Guérison sans accident.

L'analyse chimique du liquide a montré qu'il répondait exactement à la composition du chyle. L'examen microscopique a révélé l'existence de globules graisseux mis en évidence par les réactifs appropriés, ces globules forment en certains points de véritables boules. La paroi est constituée par du tissu fibreux sans revêtement épithélial. Le malade n'a jamais eu trace de récidive depuis son opération, et sept mois après, il est en parfaite santé.

M. Tuffier a opéré, avec M. Gilbert, un second malade, âgé de douze ans, atteint de la même affection. Le kyste du mésentère était multiloculaire, deux poches contenaient un liquide franchement séreux et deux autres renfermaient deux litres de chyle. Les adhérences étaient telles que la poche dut être drainée. Cet enfant est en très bon état. L'affection remontait à plusieurs années, elle se caractérisait par des signes d'obstruction intestinale, il est probable qu'il s'agit là de kystes congénitaux.

Abcès du foie. — M. FONTAN (de Toulon) adresse trois observations d'abcès du foie traités par le curetage. Guérison pour deux de ces cas. Deux fois le pus contenait le staphylocoque pyogène albus.

PRÉSENTATION DE MALADES

Pneumotomie pour un kyste hydatique du poumon. — M. BOUILLY montre un enfant auquel il a pratiqué la pneumotomie pour un kyste hydatique du poumon.

M. MONOD cite une intervention analogue chez un malade atteint de gangrène pulmonaire.

Ostéotomie trochantérienne. — M. JALAGUIER présente une fillette chez laquelle il a fait une ostéotomie trochantérienne pour une luxation avec ankylose d'origine coxalgique.

Péritonite purulente généralisée. — M. GÉRARD-MARCHANT présente un enfant laparotomisé pour une péritonite purulente généralisée, consécutive à une appendicite perforante.

Flexion du coude. — M. QUENU présente une jeune fille dont il a traité une flexion permanente du coude par le redressement et l'autoplastie.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Gastro-entérostomie. — M. SCHWARTZ présente un foie et des ganglions cancéreux provenant d'un sujet auquel il avait pratiqué la gastro-entérostomie.

Adéno-myxome du col utérin. — M. REYNIER présente un adéno-myxome du col utérin. C'est le second cas publié (le premier appartenant à Mundé).

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

56. M. Chassagne. Sur les souffles inorganiques anémiques et extracardiaques. — 57. M. Fromaget. Contribution à l'étude de l'histologie de la rétine. — 58. M. Gérard. Des hémorrhagies intra-utérines de la délivrance chez les femmes albuminuriques. — 59. M. Bégouin. Contribution à l'étude de l'hystéropexie abdominale. — 60. M. Constantin. Contribution à l'étude de la pneumotomie dans les abcès du poumon. — 61. M. Augis. Des autoplasties réparatrices de la main. — 62. M. Dutour. Du traitement électrique de l'occlusion intestinale. — 63. M. Labrit. Du traitement du coryza chronique atrophique par les pulvérisations au nitrate d'argent. — 64. M. Hédon. Contribution à l'étude du catarrhe naso-pharyngien chronique (angine dite de Tornwaldt) et de son traitement. — 65. M. Morin. Mécanisme du système nerveux. Structure anatomique et nature des individualités du système nerveux (anses réflexes physio-psychiques).— 66. M. Dubuc. Des douleurs fulgurantes tabétiques. — 67. M. Fourcaud. Stérilisation et conservation aseptique des instruments en gomme et en caoutchouc vulganisé. — 68. M. Carpentier. Sur le traitement chirurgical de l'hypospadias périnéo-scrotal. — 69. M. Estradère. De l'influence du traumatisme sur l'éclosion des tuberculoses locales primitives. — 70. M. Servières. De l'herpès génital chez la femme. — 71. M. Le Taro. De la polyopie monoculaire. — 72. M. Bonneau. Contribution à l'étude du psoriasis et de son traitement. — 73. M. Parin. Étude historique et critique de l'inoculation variolique au point de vue de ses qualités préservatrices. — 74. M. Etournaud. Sur un cas de pouls lent permanent avec crises syncopales et attaques épileptiformes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 6 août 1892, ont été promus dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Gentilhomme, médecin de première classe des colonies.

Au grade de médecin de première classe. — M. Grall, médecin de deuxième classe des colonies.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Bernard, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Béchet, officier de l'Instruction publique, ancien professeur à l'École de médecine de Nancy, puis nommé professeur-adjoint lors de la translation de la Faculté de Strasbourg à Nancy, ancien médecin en chef à la Maison départementale de secours, décédé à Nancy dans sa quatre-vingt-troisième année, et celle de M. le docteur Dupuy (d'Oullins).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Étude sur l'élevage artificiel des enfants nés avant terme ou nés à terme, mais faibles, par Jules Roux, docteur en médecine. 1 br. in-8° de 72 pages, avec 5 fig. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 93. — SAMEDI 13 AOUT 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 13 AOUT 1892. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

De la trachéotomie.

Par P. MAUCLAIRE,

Interne médaille d'or des hôpitaux, prosecteur à la Faculté.

HISTORIQUE. — L'histoire de la trachéotomie comprend trois époques distinctes. La *première* commence un siècle avant notre ère avec Asclépiade, et finit vers le milieu du XVIIIe siècle, en 1765 ; jusque-là, un seul procédé pour faire cette opération, c'est l'*incision transversale* d'Antylus décrite par Paul d'Egine au IIIe siècle. Mais cette opération, quoique décrite par tous les auteurs, n'est jamais mise en pratique sauf peut-être chez les Grecs et les Romains. Au XVIe siècle, elle est reprise de nouveau et successivement perfectionnée par Fabrice d'Aquapendente, Habicot, Santorius, Dekkers, Garangeot, Heister, Bauchot, Richter, Louis, qui ne la pratiquent que rarement dans les cas d'esquinancie avec suffocation, de fracture et plaies du larynx, de corps étrangers des voies aériennes et de l'œsophage, et font une *incision verticale* à la trachée.

La *deuxième époque* commence avec Hôme en 1765 et finit à Bretonneau, en 1824, et elle est très féconde en inventions. Jusqu'alors on ne savait pénétrer dans les voies aériennes que par la trachée. A partir de ce moment, nous voyons successivement apparaître les procédés de Vicq d'Azyr, Fourcroy, Bichat (trachéotomie intercrico-thyroïdienne), de Desault (thyrotomie), de Boyer (crico-trachéotomie), et la trachéotomie pendant une période de trente ans (1800 à 1830) cède le pas à ces divers procédés.

C'est à la même époque que Hôme la préconise contre le croup. Mais quoique recommandée par des auteurs éminents tels que Hôme, Chaussier, Cullen, etc., elle est regardée avec indifférence par la plupart des chirurgiens et à peine pratiquée une fois contre cette affection dans une période de soixante-cinq ans.

La *troisième époque* commence avec Bretonneau, et se continue avec Trousseau et les modernes. Rapidement accréditée par les succès de Bretonneau et de Trousseau, cette opération ne tarde pas à être vulgarisée par les leçons de ce dernier et ses mémoires. Les procédés opératoires sont les mêmes, sauf les quelques modifications signalées plus haut. Pendant très longtemps, on ne fait que la trachéotomie d'après le procédé de Heister avec lenteur. Chassaignac essaie, en 1854, d'introduire dans la pratique le procédé rapide, mais son exemple n'est pas suivi. Enfin, de nos jours, on semble revenir à la laryngotomie exécutée, soit lentement (Krishaber), soit rapidement (de Saint-Germain), les uns se servant du thermocautère, d'autres, et ils sont plus nombreux, se servant du bistouri. La question de l'anesthésie générale chloroformique fut discutée à la Société de chirurgie en 1887 ; d'autre part, Browne essaya la trachéotomie en se contentant de faire de l'anesthésie locale avec la cocaïne. En 1888, Emmet proposa de supprimer l'emploi de la canule et de suturer la trachée à la peau, proposition qui n'eut pas d'écho. A la même époque, l'utilité du tubage, la valeur comparée de la trachéotomie et de la laryngotomie furent de nouveau discutées.

Puis nous voyons la question de l'infection pulmonaire, après l'opération, être attribuée par les uns aux poussières, au froid, pour d'autres à la partie sus-jacente de l'arbre respiratoire, aussi Weigel et Langenbuch font des tamponnements du larynx, Roser préconise l'emploi d'une grosse canule entourée d'une mousseline antiseptique, et les recherches récentes (Netter) sur les infections d'origine salivaire paraissent donner raison à cette théorie (Méry, Boulloche).

I. — INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

INDICATIONS DE LA TRACHÉOTOMIE. — *Indications générales.* — D'une façon générale, la trachéotomie est indiquée quand il faut prévenir ou combattre l'asphyxie, amenée par un obstacle à la respiration placé à la partie supérieure et accessible des voies respiratoires et ne siégeant qu'en cette région. Ce n'est donc pas une opération curative mais seulement palliative. Elle peut être dite *anti-asphyxique* quand elle doit faire disparaître une suffocation imminente, elle est *préventive* quand cette suffocation n'est pas imminente mais proche ou probable ; elle est *préliminaire* quand elle constitue le premier temps d'une opération portant sur la trachée, le larynx, le pharynx, la bouche ou les cavités nasales. L'étude des deux premières variétés peut être confondue dans un même chapitre ; la troisième doit être étudiée à part, étant donné ses indications, sa méthode opératoire et l'importance de son corollaire : le tamponnement du larynx ou du pharynx suivant la méthode de Kocher (Civel).

Indications spéciales. — 1° *Trachéotomie dans les lésions traumatiques des voies respiratoires.* — Ces lésions traumatiques représentent les plaies du cou, les brûlures du larynx, les fractures du larynx et les corps étrangers des voies aériennes : c'est dans ces différents cas que la trachéotomie est préventive, car le gonflement consécutif à ces différentes lésions détermine un œdème qui peut rendre une trachéotomie ultérieure plus difficile.

Pour les *plaies* par coup de feu du larynx et de la trachée, pour les plaies par instrument piquant lorsqu'il est présumable que la plaie a intéressé jusqu'à la muqueuse des voies aériennes, pour les sections étendues du squelette cartilagineux, la trachéotomie préventive doit être faite aussi tôt que possible pour Rachel. Aussitôt après on

pourra faire la suture des membranes et cartilages du larynx ou de la trachée au niveau de la plaie non opératoire.

Dans le *cas de fracture du larynx*, l'asphyxie est due à l'emphysème des replis aryténo-épiglottiques et des médiastins : d'autre part, l'hémorrhagie de déplacement des fragments, l'œdème de la glotte doivent faire poser la question de la trachéotomie préventive, que beaucoup de chirurgiens font sans hésiter (Cavasse, Thèse de Paris, 1889). M. Panas et son élève Catennopoulos pensent que la thyrotomie faite préventivement et destinée à loger une grosse canule est l'opération préférable, parce qu'elle permet de maintenir la situation des fragments laryngés et que l'on peut ainsi éviter le rétrécissement consécutif et la canule permanente.

Pour les *corps étrangers*, la trachéotomie n'est pas indiquée s'il n'y a pas de suffocation menaçante, mais lorsque celle-ci existe soit d'une façon continue, soit par accès, et lorsque l'œdème glottique survient, ce qui est fréquent, la trachéotomie soit supérieure si le corps étranger est dans le larynx, soit inférieure s'il est placé dans la trachée, sera faite sans tarder.

Pour Krishaber, parmi les corps étrangers arrêtés au niveau de la glotte, il faut distinguer entre ceux qui sont fichés dans la muqueuse : éclats d'os, arêtes, épingles, etc., et ceux qui n'adhérent pas à la surface de la glotte : pièces de monnaie, noyaux, etc. Or, pour les premiers, l'extraction doit être faite par les voies naturelles sans opération sanglante préalable. Dans des cas de la deuxième catégorie, c'est aussi par les voies naturelles qu'il faut tenter l'extraction, mais seulement après avoir ouvert et au besoin même tamponné la trachée de façon à assurer la respiration et surtout à prévenir la chute du corps étranger dans les voies respiratoires sous-laryngées.

Les corps étrangers peuvent venir du thorax, c'est ainsi que, dans un cas, un ganglion caséeux s'étant ouvert dans la trachée, celui-ci fut obstrué et la trachéotomie nécessaire. Dans un cas d'empoisonnement par la morphine rapporté par Lewis, des mucosités trachéales furent si abondantes, qu'en présence de l'asphyxie imminente, la trachéotomie fut faite et guérit le malade.

Enfin, parmi les lésions traumatiques bizarres du cou, il faut signaler la dislocation de la trachée d'avec le larynx avec intégrité presque complète des parties molles. La trachéotomie, jugée nécessaire en présence des accidents, guérit le malade (Noll).

2° *Trachéotomie dans les lésions inflammatoires des voies respiratoires.* — L'*œdème de la glotte* est la cause de l'asphyxie que l'on observe dans ces cas. Il survient dans les différentes variétés de laryngites et Sestier, sur 274 cas d'œdème glottique, donne les proportions suivantes : laryngite tuberculeuse 14 cas, syphilitique 14 cas, gangreneuse 2 cas, érythémateuse 13 cas, striduleuse 1 cas, pseudo-membraneuse 4 cas, ulcéreuse aiguë 4 cas. Les lésions inflammatoires de la gorge et du pharynx déterminent souvent l'œdème de la glotte, et voici les chiffres de Sestier : inflammation aiguë et simple 56 cas, angine pseudo-membraneuse 3 cas, angine gangreneuse 4 cas, angine phlegmoneuse et ulcéreuse 5 cas, glossites 2 cas. Les lésions de voisinage déterminent souvent l'œdème glottique et, parmi elles, il faut citer : les infiltrations purulentes 14 cas (abcès rétro-pharyngiens), infiltration sanguine 5 cas, infiltration séreuse 10 cas, les parotidites 11 cas, les tumeurs voisines déterminant des compressions veineuses 4 cas, anévrysme 2 cas. Sestier cite enfin la possibilité de l'œdème glottique dans le cours de la fièvre typhoïde, variole, mal de Bright, scorbut, affection cardiaque, pustule maligne.

Dans la *tuberculose laryngée*, l'utilité de la trachéotomie a été très discutée. C'est ainsi que Browne se montre opposé à la trachéotomie aussi bien tardive que précoce. Même en cas de dyspnée urgente il ne se déciderait à pratiquer l'opération qu'en cédant aux instances du malade ou de sa famille, considérant la situation de ce dernier comme aussi pénible après qu'avant l'opération, et il ne trouve pas la faible survie, ainsi obtenue, digne de considération. Il ne croit pas non plus au prétendu repos conféré par l'opération à l'organe malade, ni à une plus grande facilité obtenue au prix de l'opération pour la médication locale extérieure. De plus, le larynx n'étant plus ventilé, les colonies de bacilles s'y développent plus facilement. D'autre part, la pénétration par la canule de l'air frais et sec cause des complications pulmonaires et il ajoute que la plaie trachéale peut se tuberculiser.

Seifert admet, cependant, la trachéotomie tardive, et, en cas d'asphyxie, l'indication est nette. Dans certaines formes de tuberculose laryngée polypeuse, la trachéotomie lui a donné de bons résultats.

En ce qui concerne la *syphilis*, Browne envisage successivement l'hypothèse de l'œdème aigu et du rétrécissement organique du larynx. Dans le premier cas, en dehors d'une grande urgence, il est d'avis de ne pas opérer, sans avoir préalablement tenté les effets de la médication spécifique, et si l'on est forcé d'opérer, il faut instituer secondairement cette médication dans l'espoir de permettre au malade de se passer de la canule.

3° *Trachéotomie dans le croup.* — Avec M. de Saint-Germain, les indications doivent être étudiées séparément chez l'enfant et chez l'adulte.

Chez l'enfant, en règle générale à l'hôpital, il ne faut pas opérer trop vite, il faut attendre qu'une légère cyanose ait envahi la face et les ongles du petit malade qui, suivant la pittoresque expression de Labric, « a du bleu dans sa palette ». On peut donc subdiviser les interventionnistes en hâtifs — et ils sont représentés par Trousseau et Millard — tardifs — et, parmi eux, il faut citer Bouchut qui attendait que la sensibilité du malade soit très affaiblie — et les interventionnistes mixtes représentés par Archambault qui opérait vers le milieu de la deuxième période, quand il y a du tirage xyphoïdien.

Le *tirage sus et sous-sternal permanent* ou les *accès de suffocation assez intenses et assez rapprochés*, voilà les deux indications opératoires. Le tirage doit être permanent et s'accompagner d'une suppression presque absolue du murmure vésiculaire et exister, par conséquent, même dans l'intervalle des accès de suffocation. Le vrai tirage doit être distingué du faux tirage de la boncho-pneumonie où il est non médian mais latéral.

Pour attendre le moment propice, il faut savoir que les petits larynx deviennent vite insuffisants et les tout jeunes malades sont rapidement « avancés » et demandent plus tôt la trachéotomie. A l'hôpital, on peut temporiser puisque l'on voit parfois un enfant mis sur la table d'opération en être retiré non opéré, son accès ayant cessé subitement avec ou sans rejet de fausses membranes. Mais en ville, pour des malades éloignés ou mal surveillés, on peut, chez tel malade qui ne paraît pas devoir passer la nuit sans intervention, pratiquer la trachéotomie le soir pour éviter les inconvénients d'une opération nocturne, et *cette intervention précoce augmentera certes les chances de guérison* (Trousseau opérait tôt). On conseille aussi cette intervention précoce dans le cas de croup avec angine fétide et gonflement ganglionnaire.

Chez l'adulte, dans le cas de croup, la trachéotomie est rarement indiquée ; ici la largeur de la glotte détermine rarement une asphyxie mécanique ; le cas, cependant, peut se présenter, mais le plus souvent ce sont des phénomènes d'infection diphthéritique générale qui emportent le malade.

De contre-indication il n'en n'existe pas d'une façon absolue ; il n'y a que des conditions plus ou moins favorables, relatives à l'âge ou au croup secondaire.

Au-dessous de quinze mois, la guérison est exceptionnelle et, cependant, Hartmann et Peraire en ont rapporté des observations ; celui-ci vient de rassembler plusieurs cas de guérison chez des enfants d'un an et au-dessous. A l'hôpital Trousseau, pendant l'année 1890, M. Aldibert a vu, sur 41 opérés au-dessous de deux ans, 1 seul survivre âgé de vingt-deux mois. « Il n'y a pas de contre-indications à tirer de l'âge, dit M. de Saint-Germain, car poussant les choses à l'extrême, je puis dire que je mettrais une canule à un nouveau-né. »

Même lorsque l'asphyxie est avancée, il ne faut pas hésiter à opérer. « A quelque degré que l'asphyxie soit arrivée, disait Trousseau, l'enfant n'eût-il plus que quelques minutes à vivre, la trachéotomie doit être tentée. » En un mot *il n'est jamais trop tard pour opérer*, il y a parfois de véritables résurrections.

Dans les formes hypertoxiques du croup, la trachéotomie est indiquée, mais les résultats sont navrants et désespérants. La broncho-pneumonie peut parfois rétrocéder, aussi n'est-elle pas une contre-indication absolue.

Dans les croups secondaires (rougeole ou scarlatine), les succès sont rares. Sauné, Millard, Archambault en ont rapporté de rares exemples. A l'hôpital Trousseau, en 1890, nous dit M. Aldibert, sur 50 opérés, dans ces conditions, 1 seul a guéri et il faut noter que, depuis huit jours, il était convalescent d'une rougeole légère.

4° *Trachéotomie dans les rétrécissements du larynx et de la trachée.* — *a.* Les *rétrécissements cicatriciels* résultent soit de traumatismes (fractures des cartilages, plaies du cou, trachéotomie, brûlures du larynx), soit d'ulcérations assez profondes consécutives à la morve, variole, syphilis, tuberculose.

Pour Browne, le traitement des rétrécissements cicatriciels syphilitiques ne lui ayant pas donné de résultats, de même que la dilatation qui détermine des spasmes, il pense que, dans ce cas, la trachéotomie est le meilleur traitement.

b. Les *rétrécissements par tumeur* sont produits : *α. par des tumeurs comprimant les voies aériennes* ou β. *par des tumeurs des voies aériennes.*

α. Les *tumeurs pouvant comprimer le larynx et la trachée* sont multiples, quant à leur nature et à leur situation. Les plus fréquentes sont les tumeurs du corps thyroïde (goître suffocant), puis on note les anévrysmes, les corps étrangers de l'œsophage, les cancers de cet organe, les ganglions hypertrophiés pour une cause quelconque. Wright rapporte un cas où la cause de la dyspnée, chez un garçon de douze ans, était due vraisemblablement à un abcès péri-trachéal qui faisait saillie dans la trachée et fut rompu au moyen d'un cathéter passé par la blessure de la trachéotomie.

En 1890, deux de nos collègues, MM. Dupré et Aldibert, furent appelés à pratiquer d'urgence la trachéotomie chez un enfant atteint d'un kyste congénital qui avait aplati complètement la trachée contre la colonne vertébrale. A cette occasion, M. Lannelongue nous a rapporté avoir observé un cas analogue.

β. Parmi les *tumeurs se développant à l'intérieur* du larynx et de la trachée, il faut citer surtout le cancer du larynx avec les quatre variétés décrites par Isambert : cancer extrinsèque, cancer polypiforme, cancer squirrheux intralaryngien, cancer sous-glottique ou trachéal.

Dans le cas de cancer, M. Schwartz conclut en disant que la trachéotomie, dans un grand nombre de cas, donne un résultat incomparablement supérieur à la laryngectomie et cela sans faire courir aux malades les dangers inhérents aux opérations radicales.

Cependant, dans ces derniers temps, la trachéotomie pure et simple dans ces cas paraît céder le pas à la laryngectomie, d'après les observations de Demons, Ch. Monod et Perier en France.

Les kystes volumineux, certains polypes, des laryngites chroniques, hypertrophiques ou pachylaryngites peuvent, dans certaines circonstances, nécessiter la trachéotomie, soit à titre palliatif, soit à titre curatif.

c. Les *rétrécissements d'origine nerveuse* ont pour cause la laryngite striduleuse, le spasme de la glotte, le tétanos, l'hystérie, l'épilepsie, les paralysies glottiques. Ce sont là autant de causes qui bien rarement ont nécessité la trachéotomie.

II. — MANUEL OPÉRATOIRE DE LA TRACHÉOTOMIE

NOTIONS ANATOMIQUES. — La région dans laquelle opère le chirurgien qui veut faire une trachéotomie est circonscrite, en haut par le bord inférieur tangible du cartilage cricoïde, en bas par la fourchette sternale, sur les côtés par les bords antérieurs des sterno-mastoïdiens. La direction de la trachée est représentée par une ligne qui s'étend verticalement de la partie la plus saillante du bord inférieur du cricoïde au centre de la fossette sus-sternale. *La trachée est contenue dans une loge aponévrotique trachéale* et au-devant d'elle on rencontre les différents plans suivants : 1° la peau ; 2° le tissu cellulaire sous-cutané épais de cinq millimètres en moyenne ; 3° l'aponévrose cervicale superficielle avec épaississement médian formant la ligne blanche cervicale ; 4° l'aponévrose cervicale moyenne, omo-claviculaire d'après Richet, sterno-claviculaire d'après Tillaux ; elle contient dans son dédoublement les muscles sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens ; en bas, cette aponévrose se dédouble pour s'insérer à la lèvre antérieure et à la lèvre postérieure de la fourchette sternale ; 5° l'isthme du corps thyroïde qui répond aux deuxième, troisième et quatrième anneaux de la trachée. De son bord supérieur part le pyramide de la luette, de son bord inférieur se détachent des veines jugulaires anterieures profondes, des troncs lymphatiques avec quelques ganglions. Sur le même plan se trouve en bas le tronc veineux brachiocéphalique gauche et le thymus qui dépassent en général de peu la fourchette sternale.

Anormalement, on trouve, dans le tissu cellulaire sous-cutané, une ou plusieurs veines jugulaires antérieures superficielles, ou une veine jugulaire oblique médiane, ou une anastomos entière des jugulaires antérieures. Les plexus veineux thyroïdiens peuvent présenter un développement exagéré. Dans la portion sous-thyroïdienne, on peut rencontrer quelquefois l'artère thyroïdienne moyenne de Nenbaner, bien rarement une carotide ou un tronc artériel brachiocéphalique.

La situation exacte de l'isthme du corps thyroïde n'est pas la même pour tous les auteurs. C'est ainsi que pour Kœnig, chez les enfants au-dessous de six ans, l'isthme atteint presque toujours le cartilage cricoïde. Cette portion moyenne de la glande est recouverte parfois par plusieurs veines, *veines thyroïdiennes moyennes.* Le thymus peut parfois, par l'extrémité supérieure de ses deux lobes, arriver jusqu'à l'isthme du corps thyroïde.

Pour terminer cet exposé forcément rapide, signalons sur les côtés de la trachée la carotide primitive, la jugulaire interne, le récurrent, le pneumogastrique et du tissu cellulaire lâche que bien des opérateurs ont ouvert et traversé pour aboutir à la colonne vertébrale et qui, alors, reçoit facilement la canule ; celle-ci se loge soit en avant, soit sur les côtés lorsqu'on a décollé le lobe latéral du corps thyroïde.

Derrière la trachée et la débordant à gauche se trouve le conduit œsophagien.

PRÉPARATIFS. — L'opération devra être faite sur un lit ou mieux sur une table recouverte d'un matelas résistant et la tête du lit recevant en plein la lumière. Un traversin ou mieux une bouteille entourée dans une serviette serviront à recevoir les épaules et le cou du malade pour bien faire saillir la région antérieure du cou.

L'éclairage est d'une importance capitale, aussi la lumière doit arriver un peu obliquement de gauche à droite sur le cou. La nuit, il faut, dit M. de Saint-Germain, « une véritable illumination ».

L'appareil instrumental comprend : deux bistouris, l'un pointu et court, l'autre boutonné, un dilatateur à deux branches de Laborde ou à trois branches de B. Anger, Marc Sée, etc. ; une canule qu'il n'est pas inutile de flamber, ou mieux deux canules, car la trachée a un volume assez variable ; il faut savoir néanmoins que, au-dessus de vingt mois, on prend la canule double 0 ; à deux ans, la canule 0 ; de deux à trois ans, le n° 1 ; de trois à six ans, le n° 2 ; de six à huit ans, le n° 3, etc. (1). Ces différents instruments seront flambés (même la canule) et mis à portée de la main droite sur une compresse antiseptique. La canule sera passée à travers un morceau de gaze antiseptique recouverte d'un imperméable et garnie en outre de deux rubans qui serviront à la fixer autour du cou. Il peut être nécessaire de préparer en outre une pince-membrane, pinces à artères, fils à ligatures.

Enfin, il faut avoir deux aides sûrs, le premier surtout qui tient la tête, soulève le maxillaire inférieur et vous met bien à découvert la région cervicale en faisant saillir la trachée *ni trop ni pas assez.* Le deuxième aide prend point d'appui et immobilise les bras, le tronc et les membres inférieurs du malade qui est enroulé dans une couverture.

Enfin, comme derniers préparatifs, la région cervicale est lavée au savon, sublimé, alcool, et essuyée très complète-

(1) Dans certains cas d'œdème du cou, il faut des canules longues et à grandes courbures.

ment avec une gaze antiseptique, ce qui est rarement fait mais souvent utile, étant donné les vésicatoires ou autres topiques préalablement appliqués sur la région opératoire.

Opération. — Décrivons-en les temps principaux dans le procédé employé le plus souvent, c'est-à-dire le *procédé mixte de Bourdillat* (2).

L'opérateur se met à droite de l'enfant, il regarde la saillie formée par le larynx, prend celui-ci entre les doigts, l'attire en avant de la main gauche comme pour l'*énucléer* sans le comprimer latéralement, avec le pouce et le médius; l'index gauche descend le long de la pomme d'Adam sous la dépression crico-thyroïdienne, passe sur l'anneau antérieur du cricoïde et « tombe en arrêt » au niveau du bord inférieur de celui-ci, *il n'en bouge plus pendant les deux premiers temps de l'opération.*

Premier temps : incision de la peau et des tissus prétrachéaux. — Le bistouri pointu étant tenu comme une plume à écrire, le coude élevé, l'opérateur incise la peau « élastique et fuyante » à partir de l'ongle de l'index gauche fixateur sur une longueur de trois centimètres et sans faire de queue à son incision. Il passe ordinairement deux fois dans son incision et il sent alors une *résistance caractéristique dure* due à la rencontre de la trachée que le médius et le pouce gauches amènent sous le bistouri.

Deuxième temps : ponction et incision de la trachée. — La trachée est incisée toujours au sommet de l'incision cutanée, un bruit spécial se produit et l'on incise la trachée sur une longueur de 3 centimètres en moyenne.

En même temps, l'index gauche sous-cricoïdien quitte alors seulement sa place, descend dans la fosse trachéale, y pénètre pour faire rapidement le temps suivant si l'on est preste.

Troisième temps. Introduction de la canule. — La canule a le pavillon tourné du côté de l'opérateur comme pour le cathétérisme de l'urèthre, la pointe prend contact avec l'ongle, fait une sorte de *tour de maître* de gauche à droite et glisse alors d'elle-même dans la trachée, dont les deux bords sont maintenus béants par l'index gauche qui sert de *dilatateur naturel* et que l'on retire à mesure que l'on introduit la canule. Celle-ci est maintenue en place, l'enfant relevé et les cordons noués. Telle est la trachéotomie telle qu'elle se pratique couramment à l'hôpital Trousseau sans dilatateur.

Commentaires et fautes opératoires. — Quelques opérateurs préfèrent fixer le larynx, alors que l'enfant n'est pas encore couché. Cela est inutile, car si on ne peut pas prendre cet organe dans les doigts lorsque l'enfant est couché, il suffit de faire fléchir légèrement la tête qui était trop tendue.

Pendant l'incision de la peau, le coude de l'opérateur ne doit pas reposer sur la poitrine du malade, car le moindre mouvement de celui-ci fera dévier en tous sens la pointe du bistouri.

Dans l'incision des veines pré-trachéales, l'écoulement sanguin, parfois très abondant, engage l'opérateur à aller vite, avec sang-froid, sans perdre ses points de repère, car alors il marche à tâtons.

Quand on a commencé à inciser la trachée, il ne faut pas s'arrêter dès que les premières bulles d'air viennent bouillonner à la surface, ce serait s'exposer à une incision trop petite de la trachée.

Pour ne pas érafler la paroi postérieure, on peut déposer le bistouri pointu et qui a ponctionné et commencé à inciser la trachée, et prendre le bistouri boutonné. Cela est souvent inutile.

Incisions vicieuses. — L'*incision cutanée* est vicieuse quand elle est trop longue (la moyenne est de 3 centimètres), trop courte ou mal placée.

L'*incision trachéale* ne doit pas être trop longue; elle doit comprendre quatre anneaux au plus. Au delà, la contention de la canule est difficile. L'incision trachéale peut être trop petite, il faut l'agrandir prudemment dans ce cas et ne pas vouloir, coûte que coûte, introduire la canule; et si elle a été faite un peu basse, il faut débrider par en haut.

L'incision trachéale peut être mal placée. Elle peut être faite trop haut dans la membrane hyo-thyroïdienne, cela s'est vu. Elle peut être trop basse, c'est là un danger ou tout au moins une difficulté, car l'incision doit être courte pour éviter les vaisseaux de la base du cou.

L'incision trachéale peut être latérale et si le doigt gauche n'a pas été maintenu dans la trachée, il faut l'y remettre, introduire le dilatateur et faire pénétrer la canule. Si cela est trop difficile et si la canule se tient trop de côté, il faut, sans hésiter, faire une nouvelle incision, cette fois médiane.

L'incision de la trachée peut être faite en plusieurs fois. Les incisions multiples, taillées à tort et à travers, forment des éperons qui arrêtent la canule, le dilatateur sera indispensable dans ce cas.

On peut commettre la faute d'inciser, outre la trachée, un autre organe voisin, l'œsophage par exemple. Il ne faudrait pas cependant regarder comme signe pathognomonique de cette lésion le rejet des aliments liquides par la canule. Cette complication, en effet, peut se présenter dans les cas de paralysie du voile et de l'épiglotte.

Introduction de la canule. — Elle donne lieu à un certain nombre de fautes opératoires, que l'on évite si on suit bien l'ongle de l'index gauche avec le dilatateur ou avec la canule. Les principaux signes de la pénétration de la canule dans la trachée sont : 1° l'apparition, au niveau du pavillon de la canule, de fausses membranes ou de produits de sécrétions pulmonaires battus par l'air; 2° le bruit particulier et caractéristique appelé *bruit canulaire*; 3° la régularisation progressive de la respiration et l'accalmie survenue brusquement après l'asphyxie; 4° un signe qui ne laissera place à aucun doute, c'est l'oblitération de la canule avec le doigt, dans ce cas, l'asphyxie et le tirage se reproduisent aussitôt.

La canule peut être maintenue difficilement dans la plaie; cela peut tenir à une incision trop longue de la trachée, à un bandage trop lâche.

C'est avec intention que nous avons omis de parler de l'emploi du dilatateur dans les cas ordinaires. Il faut avouer que cet instrument est souvent nécessaire chez les enfants au-dessous de deux ans, alors que la trachée présente une mollesse très grande et que l'*index gauche, dilatateur naturel*, en sort très facilement. Il faut introduire cet instrument dans la trachée, sur le bord inférieur de l'index gauche, puis l'enfant est assis, le dilatateur passe de la main droite dans la main gauche, la paume de la main dirigée en haut, et la main droite prend la canule qui est introduite facilement *par-dessus le dilatateur qui sert de conducteur*. L'emploi du dilatateur permet à l'enfant de respirer plus tôt, de désobstruer ses bronches des fausses membranes et du sang qui vient d'y tomber; il donne plus d'assurance à l'opérateur. Il faut l'employer dans les cas en apparence faciles, dès que l'on est sûr que l'incision est bonne et que la canule ne veut pas entrer. Les différents plans aponévrotiques placés devant la trachée empêchent souvent celle-ci de bâiller suffisamment.

Les *suites régulières* de l'opération sont très simples. Il suffit de maintenir autour du cou la cravate de mousseline, au milieu de laquelle on peut interposer une gaze antiseptique salolée ou phéniquée. Des toniques sont administrés; dans la chambre, on laisse évaporer soit de l'eau pure, soit de l'eau thymolée ou autre. La canule interne est changée toutes les trois heures, suivant l'abondance des mucosités. La canule externe est enlevée et remplacée par une autre canule, toutes les vingt-quatre heures. Dès le premier changement, le trou des téguments doit se maintenir béant et paraître comme creusé à l'emporte-pièce. Pour faire ce changement, l'enfant doit être mis sur la table d'opération et le dilatateur doit être à portée de la main. Après l'opération, on peut noter un peu de fièvre, elle est traumatique pour les uns; il vaut mieux la considérer comme due à une légère infection de la plaie par les mucosités, car elle est loin d'être constante. Quand elle ne disparaît pas, c'est qu'une complication va apparaître. Une bonne hygiène est de toute nécessité pour l'opéré; il ne faut pas le laisser « mijoter » dans une atmosphère chaude et jamais renouvelée; la chambre doit être soumise à une ventilation méthodique et dans un pavillon d'hôpital, les malades atteints de broncho-pneumonie seront isolés (1).

(1) Même s'il n'y a pas d'angine, des irrigations naphtolées seront faites dans la gorge, le petit malade étant assis. Mais pour peu que celui-ci soit récalcitrant, elles sont mal faites, et il vaudrait mieux mettre l'enfant la tête en bas suivant la méthode employée par Rose pour l'opération des polypes naso-pharyngiens.

Enfin, dans les cas heureux, dès le troisième jour, l'enfant peut, dans la journée, être laissé quelques heures sans canule. Le jour suivant, elle est enlevée définitivement et la plaie, qui ne demande qu'à se fermer, s'oblitère rapidement.

Mais les trachéotomies ne sont pas toujours aussi heureuses. Aussi devons-nous décrire les *complications immédiates*, *consécutives*, *tardives*, *éloignées*.

COMPLICATIONS IMMÉDIATES. — *Hémorrhagies.* — Pendant l'opération, c'est ordinairement une hémorrhagie veineuse que l'on observe tantôt en nappe, tantôt en jet. Dans un cas qui nous fut rapporté par notre collègue, M. Dupré, ce jet veineux était tellement gros et s'éleva si haut que l'opérateur crut avoir ouvert un gros tronc artériel. Si les veines sous-cutanées se voient facilement sous la peau et sont très volumineuses, on peut les éviter ou les lier ou mettre des pinces.

Après l'introduction de la canule, si l'hémorrhagie persiste, il faut mettre une canule plus grosse, mettre une ou deux plaques d'amadou (trempées dans le sublimé) derrière la plaque de la canule dont on serre un peu les cordons. Dans le cas d'infection diphthéritique intense, il n'est pas rare de voir saigner les bords de la plaie, ce sont des hémorrhagies secondaires analogues à celles de la septicémie des plaies ordinaires.

L'*emphysème* n'est pas très rare. Les causes qui le produisent sont l'incision insuffisante de la peau, l'incision trop grande de la trachée, le défaut de parallélisme des incisions, la profondeur de la trachée, l'introduction de la canule dans le tissu cellulaire, l'issue de la canule. Il est plus fréquent dans la trachéotomie inférieure, à cause de l'étendue des premières incisions et dans le procédé d'incision en un temps, à cause de l'incision trop souvent insuffisante de la peau.

C'est une complication plus effrayante que dangereuse, car il disparaît vite si l'opération est terminée rapidement, régulièrement et s'il est simplement sous-cutané. S'il est médiastinal, il est grave, car il se complique souvent de pneumothorax et résulte assez souvent de la perforation de la paroi postérieure de la trachée (Sorensen, 5 cas).

Asphyxie; apnée. — Elle survient quand l'opération est trop tardive, ce qui est fréquent. L'apnée ou *syncope respiratoire* peut survenir par *inhibition* dès l'incision de la peau, comme nous l'avons remarqué plusieurs fois. L'opération doit être faite rapidement et il faut se mettre en route pour la respiration artificielle, qui doit être prolongée au moins trois quarts d'heure. Si l'enfant revient à lui le pronostic reste très grave.

Syncope. — « On a vu des enfants mourir subitement par syncope, au milieu de l'opération, et tous les moyens employés pour le ranimer échouer » (Picot et d'Espine). Cet accident est heureusement plus rare que l'apnée.

Tirage persistant. — Après l'introduction de la canule, si le tirage persiste et que l'on ait vu que la canule est bien en place, il faut, avec la pince à membrane, aller à la recherche de celle-ci. Parfois il faut même retirer la canule, mettre le dilatateur et l'on peut extraire un moule pseudo-membraneux représentant la trachée et les premières bronches. Parfois encore le tirage persistera parce que on a décollé la muqueuse trachéale et mis la canule entre elle et les anneaux (Moizard). Il faut alors recommencer temps par temps l'opération et se servir du dilatateur.

Entrée de l'air dans les veines. — Cet accident est rare; lorsqu'il survient, il se produit un sifflement caractéristique. A l'auscultation du cœur, on entend un bruit hydro-aérique au niveau de la tricuspide. Au bout de vingt-cinq minutes, dans le cas de Cassaët, apparurent seulement les premiers symptômes, c'est-à-dire une dyspnée et une cyanose intenses, et après une légère amélioration, la mort subite survint trois heures après. Cet accident s'était produit au moment de l'incision des veines sous-cutanées très affaissées. Avec M. Cassaët, il faut admettre, que, probablement, la mort subite est due à un index gazeux dans les artères du bulbe.

COMPLICATIONS CONSÉCUTIVES. — Ce sont, *du côté de la plaie :* 1° des *complications irritatives*, telles que de la rougeur ou un érythème plus ou moins marqué et peu important; 2° des *complications infectieuses*, telles que la lymphangite, l'érysipèle, la diphthérie, la gangrène de la plaie.

En prenant, le plus possible, des précautions antiseptiques, on a beaucoup de chances d'éviter la lymphangite et l'érysipèle. Il n'en est pas de même de la diphthérie de la plaie. Dans le cas de diphthérie toxique, les plaies les plus légères se recouvrent de fausses membranes, à plus forte raison la plaie de la trachéotomie.

C'est également chez les malades, fortement intoxiqués, qu'apparaît la gangrène de la plaie. Le pronostic est tellement grave, dans ces circonstances, que l'on est peu tenté de mettre un topique antiseptique quelconque, sur la plaie, pour la déterger. La diphthérie de la plaie se présente souvent, en effet, sous la forme de pourriture d'hôpital; la destruction des parties molles atteint parfois des proportions effrayantes, et s'accompagne d'exanthème morbilleux et scarlatiniforme.

Du côté des poumons, les lésions infectieuses sont représentées par de la trachéite simple inflammatoire (?), la bronchite et la broncho-pneumonie diphthéritique.

Faut-il attribuer ces complications à l'air froid, qui, dans l'inspiration ne passe plus par le nez, où il s'échauffe au contact de la muqueuse nasale, si riche en vaisseaux? Faut-il les attribuer à ce nombre considérable de poussières, qui pénètrent facilement par la canule et vont dans le poumon jouer le rôle de corps étrangers? Cela est possible, mais la bouche est plus probablement le point de départ de cette complication. On connaît les recherches de M. Netter sur la présence de streptocoques, de staphylocoques et de pneumocoques dans la salive, même à l'état sain.

Dans un travail récent sur la salive des rougeoleux, MM. Méry et Boulloche émettent les conclusions suivantes : Le pneumocoque et le streptocoque se rencontrent dans la salive, chez les enfants atteints de rougeole, avec une fréquence beaucoup plus grande que chez les enfants sains. Les accidents broncho-pulmonaires, dans le cours de la rougeole, n'apparaissent, sauf de très rares exceptions, que chez les enfants dont la salive contient le pneumocoque ou le streptocoque. A l'autopsie il peut être possible de suivre le microbe pathogène, reconnu dans la salive des voies aériennes supérieures, jusqu'aux petites bronches.

La présence, plus fréquente, des agents pathogènes de la broncho-pneumonie, dans la salive des enfants morbilleux, paraît devoir expliquer le grand nombre des inflammations broncho-pulmonaires observées chez eux; elle impose donc, pendant le cours de la rougeole, une antisepsie buccale aussi rigoureuse que possible.

D'autre part, M. Morel, étudiant les complications anatomo-pathologiques de la diphthérie, trouve, dans trois cas de broncho-pneumonies, des pneumocoques de Talamon-Frænkel, des streptocoques, et, dans un cas, le bacille de Lœffler, et il conclut que les broncho-pneumonies diphthéritiques sont des infections secondaires, dans lesquelles la diphthérie prépare seulement le terrain, en affaiblissant plus ou moins la résistance de l'épithélium alvéolaire. Le bacille de Klebs ne semble, par lui-même, y jouer qu'un rôle des moins importants, ce sont les pneumocoques et les streptocoques qui les déterminent, et le streptocoque pyogène semble être l'agent le plus important des infections secondaires, qui peuvent apparaître dans le cours de la diphthérie.

En résumé, les complications pulmonaires sont dues, tantôt à la propagation pure et simple de la diphthérie, qui glisse vers le poumon, tantôt elles résultent d'une infection qui part de la bouche, véritable nid à microbes (1).

D'autre part, dans une communication au congrès de Berlin, MM. Babès et Stoicescu (de Bucharest) ont rapporté des faits, où *l'infection par les plaies était la cause de certaines formes de pneumonies fibrineuses.* Sur neuf cas de pneumonies atypiques, six fois ils ont constaté, pendant la vie et quelquefois seulement à l'autopsie, des plaies d'ancienne date. Il s'agissait de suppuration et de gangrène à marche lente et à symptômes peu apparents, siégeant en

(1) Ce qui ne saurait empêcher l'isolement des malades déjà atteints de broncho-pneumonie, étant donné la contagion facile et probable de celle-ci.

des régions diverses. Chaque fois, ils ont pu suivre la progression lente du processus inflammatoire, dans la direction des poumons, suivi dans un cas de pneumonie septique à marche typhique, avec ictère, fièvre intense et diarrhée. Ils ont trouvé, outre une pneumonie massive, à gauche, une adénite inguinale avec fistules. L'examen bactériologique confirma la présence de la même bactérie capsulée, dans le foyer inguinal et dans la pneumonie, qui ne renfermait pas d'autres microbes. Dans un autre cas, l'infection partait d'un kyste de l'ovaire suppuré. Il s'était formé ensuite un abcès enkysté entre le foie et le diaphragme, qui fut suivi d'une pneumonie du lobe inférieur droit. Dans le troisième cas, il y avait un abcès sus-hépatique chronique avec fistules et des adhérences solides, entre le poumon et le diaphragme. A un moment donné, une pneumonie septique se développa dans le lobe inférieur droit et gagna le reste du poumon. Dans les quatrième et cinquième cas, il s'agissait de phlegmon ou d'ulcération des cuisses à marche lente, auxquels succédèrent d'abord des adénites inguinales, puis rétro-péritonéales et médiastinales, et aussi une pneumonie lobaire à marche septique. Dans d'autres cas aussi, l'infection avait comme point de départ d'anciennes ulcérations simples ou syphilitiques du vagin ou du rectum.

Dans tous ces cas, le poumon hépatisé renfermait les mêmes microbes que la plaie primitive, microbes ordinairement septiques pour les animaux (staphylococcus aureus, streptococcus, bacilles septiques). Le poumon renfermait aussi, sauf dans deux cas, le microbe lancéolé de Pasteur.

N'en serait-il pas de même, pour les broncho-pneumonies diphthéritiques? c'est-à-dire que, peut-être, les ulcérations de la gorge, ou bien encore la plaie de la trachéotomie sont le point de départ de quelques-unes de ces broncho-pneumonies fréquentes. Aussi pour les éviter, l'antisepsie buccale et l'antisepsie de la plaie trachéale nous paraissent dignes d'attention et nous décrirons plus loin, avec soin, les quelques cas rapportés de tamponnement du larynx dans la trachéotomie, convaincu qu'il y a là quelque chose à essayer ou mieux à perfectionner.

Que ce soit la salive qui, de même que l'urine, peut probablement devenir toxique dans certaines conditions pathologiques, que ce soient des parcelles alimentaires ou encore des poussières ou des microbes ingérés qui la déterminent, la broncho-pneumonie apparaît du deuxième au huitième jour; ses signes sont trop connus pour que nous y insistions. On voit l'enfant se retourner dans son lit reposant sur le ventre et la tête au pied du lit, et bientôt la mort survient dans le coma et l'asphyxie.

Les *ulcérations de la trachée* et les médiastinites, œsophagites et perforations vasculaires consécutives doivent nous retenir un instant. En effet, dans la statistique de la diphthérie à l'hôpital Trousseau en 1884, on trouva dans quinze cas des ulcérations de la paroi trachéale antérieure, une fois on a observé des fusées purulentes du médiastin, deux fois une caséification des ganglions bronchiques; deux fois de la broncho-pneumonie pseudo-lobaire suppurée. Ces ulcérations correspondant au bec de la canule, il se produit un véritable grattage déterminé par les mouvements de la déglutition. Une excoriation faite, l'infection, la fausse membrane s'y logent, l'ulcèrent et le creusent, et Renou rapporte un cas très net où le médiastin était ouvert de dedans en dehors par la canule.

La courbure des canules généralement employées pour la trachéotomie supérieure est trop considérable; cette courbure avait été mesurée pour la trachéotomie inférieure généralement appliquée aujourd'hui seulement pour les corps étrangers des voies aériennes. Les signes de l'ulcération trachéale sont : 1° une dysphagie spéciale, car, quand on force des petits trachéotomisés à boire, ils avalent avec rapidité dans le but instinctif de limiter dans la mesure du possible les mouvements de haut en bas de leur larynx; 2° une expectoration sanguinolente par la canule, surtout après la déglutition; 3° une teinte noire du bec de la canule : couche de sulfure d'argent, mais qui s'observe aussi dans le cas de broncho-pneumonie; 4° un spasme et une crise de suffocation quand on essaie d'enlever la canule; 5° un gonflement inflammatoire de la partie inférieure de la plaie et de la région sous-jacente qui peut, si l'ulcération gagne en profondeur, perforer la trachée et déterminer une médiastinite. Celle-ci, le plus souvent, est une trouvaille d'autopsie (Boal, th. Paris 1886).

On peut noter encore assez souvent le *rejet des liquides par la plaie trachéale* à la suite de la trachéotomie. Cet accident a été bien étudié par Lalesque. Cet accident est dû : 1° à la blessure de l'œsophage; 2° à la production d'une ulcération trachéo-œsophagienne; 3° à la paralysie diphtérique; 4° à l'incoordination fonctionnelle des muscles du larynx et du pharynx. Comme la sonde œsophagienne n'est pas commode à employer chez les enfants et qu'elle peut être dangereuse par ce fait que la canule peut, ou se déplacer pendant les mouvements provoqués par le cathétérisme, ou être heurtée à travers les tissus par la sonde elle-même, M. Lalesque a eu recours avec succès au moyen recommandé tout particulièrement par Archambault, c'est-à-dire aux lavements nutritifs. M. Raulin, qui a étudié aussi les troubles fonctionnels de la déglutition chez les trachéotomisés, attribue ce rejet des liquides à une inspiration se produisant au moment de la déglutition, ce qui est en harmonie avec les recherches récentes de M. Nicaise sur la physiologie de la trachée (*Rev. de chir.*, 1890).

L'*anorexie* est presque la règle à cette période secondaire de la trachéotomie, et c'est une complication puisque, à cette période, l'enfant doit garder toutes ses forces pour lutter contre l'infection diphthérique. Elle est due soit à la fièvre, soit à ces lésions de l'appareil digestif que M. Talamon a souvent trouvées chez les diphthéritiques. Parfois ce n'est que de la dysphagie due à une lésion soit de l'œsophage, soit à une ulcération trachéale, ou à des cautérisations préalables de la gorge. Dans tous ces cas désespérants, car l'enfant s'affaiblit rapidement, M. de Saint-Germain conseille le gavage. Celui-ci est encore indiqué chez les enfants volontaires et gâtés. Si pénible qu'il soit, et pour le malade et pour l'opérateur, il faut le pratiquer et souvent, après une séance, l'enfant surmonte sa répugnance et les douleurs de sa dysphagie. Ou bien encore, pour frapper l'imagination du petit malade, notre maître, M. Lannelongue, à propos d'un cas que nous soignions en ville, nous dit avoir vu réussir souvent le *procédé par intimidation* qui consiste à faire peur à l'enfant avec un couteau de taille respectable.

A cette période secondaire, on peut noter encore des *hémorrhagies*. Celles-ci proviennent soit des bourgeons de la plaie dans le cas de septicémie. Pour M. Després, ces hémorrhagies secondaires proviendraient du corps thyroïde ouvert pendant l'opération. Il en est d'autres qui surviennent les huitième, neuvième, dix-neuvième jours. Elles résultent, *soit d'une perforation secondaire d'un gros vaisseau, soit d'une véritable pneumorrhagie*. Ce fut trois fois le tronc brachio-céphalique artériel qu'on trouva perforé, deux fois la carotide droite, une fois le tronc brachio-céphalique veineux gauche, une autre fois enfin la veine jugulaire interne droite. Or, dans tous ces cas, le même processus ne saurait être incriminé : 1° ulcération du vaisseau par l'extension de la diphthérie; 2° ulcération due à la pression du bout inférieur de la canule et facilitée par le peu de résistance des tissus au fond d'une plaie sanieuse et diphthérisée; 3° altération de la paroi vasculaire entourée et pénétrée couche par couche par les bourgeons charnus et cédant sous le choc du sang au point de moindre résistance; tels sont les divers modes pathogéniques que l'on relève.

Mais il est des cas où le sang versé à flots par la plaie trachéale vient en réalité du poumon et l'on ne découvre pas de lésion vasculaire. Du reste, l'hémorrhagie est aussi brusque, aussi abondante, aussi foudroyante souvent que dans le premier groupe de faits, mais la mort n'est pas ici une terminaison constante et l'hémorrhagie, après s'être répétée plusieurs fois, peut cesser et le malade guérir. Des 11 cas rapportés par Maas, 4 se terminèrent ainsi, 7 furent immédiatement mortels. A l'autopsie, on constate des lésions broncho-pneumoniques, souvent on ne trouve rien; et l'obscurité règne encore sur la pathogénie d'un accident auquel sa gravité assigne une place importante parmi les complications de la trachéotomie. Kœrte a rapporté des cas analogues.

Terminons cette revue des complications consécutives de la trachéotomie en signalant simplement certaines observations de *chute de la canule dans la trachée*, ou d'*obstruction de la canule par des mucosités desséchées*. Dans ce dernier cas, M. Delassus conseille des injections d'eau tiède par la canule. Quelques auteurs ont même préconisé, mais alors comme traitement local, des injections de substances antiseptiques dans la trachée, ou encore des pulvérisations phéniquées dans la chambre (Verneuil).

COMPLICATIONS TARDIVES. — Elles comprennent : 1° les *hémorrhagies tardives;* 2° les *granulomes* avec papillomes ou polypes, et aussi 3° l'*impossibilité d'enlever la canule*.

Des *hémorrhagies tardives* pouvant survenir jusqu'au dix-neuvième jour, nous en avons parlé ci-dessus suffisamment.

En 1878, Koch rapporta vingt-six observations de *granulations polypeuses* consécutives à la trachéotomie. Dans deux cas l'affection ne s'accompagnait d'aucun désordre fonctionnel; le plus souvent, il se produisit des accès de suffocation effroyables qui succédèrent aussitôt à l'ablation de la canule. Cependant la plaie trachéale était cicatrisée quand les accidents éclatèrent. Chez cinq enfants, la mort survint dans ces accès de suffocation. La réintroduction de la canule mit fin aux accidents chez les autres, mais chez cinq d'entre eux celle-ci dut être laissée jusqu'à ce qu'on eût perdu les malades de vue. Dans trois cas seulement on put enlever directement le polype en profitant de l'ouverture de la trachée.

Généralement, ce sont les bourgeons charnus, qui avoisinent l'ouverture de trachée, qui s'hypertrophient sous l'influence de l'irritation permanente produite par la canule ou de l'envahissement de la plaie par la diphthérie, mais surtout par l'inspiration thoracique qui les attire, les congestionne, les tuméfie et parfois les pédiculise. Quelquefois, ils paraissent se développer sur les ulcères que la pression de la canule détermine à la face postérieure de la trachée.

Il se produit parfois un décollement de la muqueuse trachéale sous forme de lambeau, la muqueuse se détruisant partiellement soit par le fait de la diphthérie, soit par suite de l'inflammation phlegmoneuse des alentours de la plaie. Enfin des rétrécissements fibreux qui succèdent à ces polypes peuvent s'y ajouter et compliquer les symptômes.

Le diagnostic est assez difficile, surtout si la plaie trachéale est fermée ou si l'on ne peut apercevoir les granulations polypeuses à travers son ouverture. On pourrait surtout confondre l'obstacle apporté par celles-ci à la respiration avec un spasme de la glotte, et il est probable que bon nombre de cas de cette dernière affection, étant survenus après l'ablation de canules trachéales, ne sont que des exemples de sténoses dues à des granulations. Quoi qu'il en soit, la gêne respiratoire est plus continue quand il s'agit d'une tumeur intra-trachéale. Jamais même, dans l'intervalle des accès, la respiration n'est absolument libre; ces accès surviennent surtout à l'occasion d'excitations intellectuelles ou corporelles. Du reste, l'inspiration paraît constamment plus gênée que l'expiration; les mouvements d'ascension et de descente du larynx sont limités, et cet organe paraît fixé, ainsi que le fait remarquer Gerhardt, toutes les fois qu'il existe une sténose trachéale. La voix est inctacte et ce signe, joint à l'examen laryngoscopique chez les malades qui s'y prêtent, suffit à exclure l'idée d'une affection laryngée.

L'intervention chirurgicale consiste dans l'introduction immédiate de la canule au moyen d'une nouvelle incision, si cela est nécessaire. Si on peut saisir les granulations, on devra les extirper et prévenir les récidives par des cautérisations. Mais si elles siègent si haut que la thyroïdotomie devienne necessaire pour les atteindre, celle-ci devra être pratiquée si, par la voie buccale, on ne peut pas non plus les atteindre.

Ce sont ces mêmes granulations polypeuses que Petel a étudiées dans sa thèse (1879). Il a montré que leur structure est celle des bourgeons charnus, et, en présence des accidents qu'ells déterminent, il conseille nettement une deuxième trachéotomie pour détruire le polype par l'arrachement combiné avec les cautérisations.

Les causes *qui empêchent l'ablation de la canule* et font du petit malade « un canulard » sont nombreuses, elles se comprennent facilement, aussi nous ne ferons que les énumérer : ce sont la diphthérie prolongée, la chordite inférieure, la diphthérie récidivante, le rétrécissement par granulation, la déformation de la trachée, le ramollissement de la paroi antérieure de la trachée, une cicatrice comprimante, une sténose cicatricielle, une paralysie diphthérique des muscles du larynx, la crainte de l'enfant, le spasme de la glotte (Kehl), des adhérences entre les cordes vocales (Pollard).

Quelques-unes de ces causes seront évitées si on enlève la canule le plus tôt possible; dès que l'enfant peut souffler une bougie par la bouche, un doigt étant mis sur la plaie trachéale, dès qu'il pousse quelques cris bizarres (à son grand étonnement), il faut lui enlever son instrument de torture et lui mettre une cravate que l'on serre et que l'on épaissit de plus en plus. Cela vaut mieux que d'essayer de mettre des canules de plus en plus petites ou encore des canules perforées à leur convexité.

COMPLICATIONS ÉLOIGNÉES DE LA TRACHÉOTOMIE. — Nous ne ferons que citer quelques cas de soudure inflammatoire entre le cricoïde et le thyroïde, la sensibilité morbide de la cicatrice, le chéloïde de celle-ci, le fonctionnement défectueux des muscles crico-thyroïdiens.

Les *fistules trachéales* sont exceptionnelles. A l'imitation de M. Berger, on les circonscrirait d'une incision elliptique, permettant la distinction jusque près du bord d'une collerette cutanée qui serait ramenée sur l'orifice, la face cruentée en l'air et opposée à la face sanglante de la peau voisine, mobilisée par glissement. M. Després (Soc. chir. 1877) a décrit un procédé de suture enchevillée qui lui a donné un bon résultat.

Les *rétrécissements de la trachée* sont assez fréquents, ils sont dus à des fautes opératoires pendant l'opération, à des incisions multiples des anneaux avec perte de substance, nécrose consécutive des arceaux cartilagineux, à des ulcérations de la muqueuse, au sphacèle des parois de la plaie.

D'après Guyon et Carré (thèse 1877), l'introduction de la canule chez des enfants après la trachéotomie, détermine souvent des rapprochements de l'extrémité postérieure des trois premiers anneaux de la trachée. Ce rapprochement détermine une saillie de la muqueuse dans la trachée, saillie qui amène un rétrécissement dans le calibre du conduit aérien, peut persister et être un obstacle à l'ablation définitive. Au moment même de l'introduction de la canule, M. Lejars a noté cette saillie de la paroi postérieure de la trachée et il l'attribue à la contraction des muscles qui se trouvent à ce niveau.

Ces rétrécissements sont muqueux ou sous-muqueux, ils déterminent un cornage et des accès de suffocation assez intenses pour nécessiter une deuxième trachéotomie. Pour leur traitement, je ne peux que citer la méthode de dilatation de Schrötter ou le procédé d'incision du rétrécissement de dedans en dehors, ou de dehors en dedans comme temps préparatoire à la dilatation, que Körte préfère pratiquer de bas en haut.

Arrivé au terme de cette longue description des complications de la trachéotomie, on voit combien elles sont graves et nombreuses. Elles sont graves et fréquentes au moment de l'opération et M. de Saint-Germain, après en avoir fait près de trois cents, « ne l'affronte pas sans crainte » et il faut lire la description pleine d'esprit qu'il donne de ses premières. C'est en effet une opération à surprises — presque toujours désagréables. Cela fait pendant à l'anecdote suivante de de Saint-Germain qui, rencontrant Nélaton père dans un quartier éloigné, lui demandait ce qui l'y amenait. — « Je vais, dit Nélaton, faire l'opération qui me coûte le plus à exécuter. » Et devant l'insistance de de Saint-Germain pour savoir ce qui pouvait causer quelque embarras à un chirurgien aussi habile : « Je vais essayer d'enlever des amygdales, » répondit Nélaton.

Après l'opération effectuée, des complications sont donc les unes infectieuses, les autres traumatiques et dues à l'opérateur et à la canule qui provoque des hémorrhagies, des ulcérations, des perforations, de la dysphagie, etc., etc.

Les méfaits de la canule sont donc bien nombreux, si

bien que l'on a pu dire avec raison que cet instrument de salut était en même temps un instrument de torture et de danger.

Et ultérieurement que deviennent les trachéotomisés, puisque, étant donné le nombre des opérés guéris, ils sont rares, très rares même, ceux qui paraissent au conseil de révision, à ce que nous rapportent les statistiques des médecins militaires ?

DIFFÉRENTS PROCÉDÉS ET PERFECTIONNEMENTS DE LA TRACHÉOTOMIE. — *Procédé mixte (en deux ou trois temps) de Bourdillat.* — C'est celui qui nous a servi de type pour notre description. On l'emploie sans dilatateur (hôpital Trousseau) ou avec dilatateur (hôpital des Enfants-Malades). Nous avons vu que le dilatateur est assez souvent utile pour faire la trachéotomie chez un enfant au-dessous de deux ans, ou dans des cas de déviations ou de déformations de la trachée, ou encore dans une trachéotomie mal commencée et menée trop lentement sur un malade dont l'asphyxie est avancée.

Procédé lent de Trousseau. — Trousseau, après avoir longuement découvert la trachée et pincé et lié tous les vaisseaux, ouvrait le conduit trachéal dans la partie inférieure du cou, au-dessous de l'isthme du corps thyroïde, entre le quatrième et le septième anneau. — « On fuit maintenant, pour de bonnes raisons, la partie inférieure de la trachée » (Farabeuf). — *Le procédé lent de Trousseau est de règle chez l'adulte*, mais la trachéotomie est faite sous-cricoïdienne. *Elle est donc ici réglée comme une ligature d'artère.*

Chez l'enfant, dans le cas de déviation de la trachée, par une tumeur ou une gibbosité (Béranger), ce procédé est indiqué. Dans les cas normaux, il est recommandé par Panné qui le combine avec le chloroforme.

Kulke, qui emploie le procédé lent, conseille de faire une incision transversale au feuillet aponévrotique profond qui contient des plexus veineux prétrachéaux. On peut alors saisir avec des pinces la lèvre aponévrotique, disséquer sa face profonde et dénuder ainsi la trachée sans perdre de sang.

Procédé en un temps de de Saint-Germain. — Procédant non pas avec lenteur, comme Bretonneau et Trousseau, M. de Saint-Germain fixe solidement le larynx, l'énuclée, opère le plus haut possible à la partie la plus superficielle et la plus éloignée des vaisseaux du conduit laryngo-trachéal, et pénètre en un seul temps dans celui-ci, en divisant, bien perpendiculairement, le cricoïde et les deux premiers anneaux de la trachée (crico-trachéotomie). En 1881, il avait pratiqué deux cents vingt-sept trachéotomies par ce procédé, sans accident opératoire. M. de Saint-Germain ne revendique pas la propriété de son procédé en un temps, procédé qui appartient à Vicq d'Azyr, mais il a eu le mérite incontestable de bien régler ce procédé opératoire, de l'ériger en méthode, et de l'employer avec succès. Le procédé lent de Trousseau lui paraît bien rarement praticable chez l'enfant, pour lequel on est souvent appelé à opérer tard, et chez lequel la position horizontale augmente beaucoup plus l'asphyxie que chez l'adulte.

Un des élèves et adeptes de M. de Saint-Germain, le professeur Dubar (de Lille), se sert d'un bistouri qui présente trois traits, le premier à un centimètre de la pointe, le deuxième à un centim. 1/4, le troisième à un centim. 1/2. M. de Saint-Germain préfère limiter avec son doigt la pénétration du bistouri.

Beaucoup de chirurgiens ont, dès lors, inventé des *trocarts trachéotomes*, qui sectionnent et mettent la canule en même temps, et font non plus une crico-trachéotomie, mais une trachéotomie en un temps (Péan).

Procédé lent avec chloroforme. — Ce procédé comprend six temps : 1° incision de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, des aponévroses superficielles et moyennes réunies; 2° décollement des bords du sterno-thyroïdien avec la sonde cannelée et section de l'isthme du corps thyroïde; 3° dénudation de la trachée; 4° ponction et incision trachéale; 5° dilatation de la plaie trachéale avec ou sans relèvement du malade; 6° introduction de la canule. Panné dans sa thèse (1888) a insisté sur les avantages de ce procédé; il employait les écarteurs spéciaux qui compriment les parties sectionnées, donne une hémostase presque complète, d'où une grande facilité pour introduire la canule. Il insiste beaucoup sur les avantages du chloroforme.

En 1887, Houzel publia quatre observations de trachéotomie sous le chloroforme, dans le cas de croup. Loin d'augmenter l'asphyxie, le chloroforme a régularisé et ralenti la respiration et de faibles doses ont suffi pour endormir les malades qui n'ont pas présenté de période d'excitation.

A propos de cette communication, pour laquelle il était rapporteur, M. le professeur Le Dentu fit la distinction entre les asphyxies purement mécaniques et les asphyxies dans lesquelles le spasme joue un rôle plus ou moins important. Dans les premières, le chloroforme ne peut guère qu'augmenter le danger; pour les secondes, au contraire, son effet est salutaire. Dans beaucoup de cas, notamment pour le croup, le spasme s'ajoute à l'obstruction; l'effet des premières bouffées de chloroforme servira alors de critérium : si la respiration se régularise et se ralentit immédiatement, on est autorisé à continuer, si ces changements favorables n'ont pas lieu, il y aurait danger à poursuivre, et la chloroformisation est contre-indiquée.

Cette explication fut contestée par le professeur Le Fort, qui a vu mourir un tétanique en quelques secondes, pendant l'anesthésie, par spasmes de la glotte. M. Berger, au contraire, a vu la respiration s'améliorer chez trois tétaniques graves qu'il a endormis. Puis MM. Verneuil, Le Fort, Lucas-Championnière, Terrier et Berger se déclarèrent partisans de l'anesthésie dans la trachéotomie.

MM. A. Broca et Hartmann, dans un mémoire paru dans la *Revue de chirurgie*, la même année, conseillent l'emploi de l'anesthésie pour la trachéotomie dans le croup chez l'adulte, si l'on n'est pas sûr du courage de son opéré, et chez l'enfant, toutes les fois que l'asphyxie n'est pas assez avancée, pour que le petit sujet soit insensible, période qu'on ne doit pas attendre pour opérer.

Dans une revue critique, M. Pichevin étudia la question sous toutes ses faces. Pour lui, l'anesthésie est indiquée dans la trachéotomie, pratiquée comme temps préliminaire d'une autre opération, dans les cas de corps étrangers, quand le chirurgien pense qu'il aura de la difficulté à immobiliser son malade, quand les parties molles du cou sont épaisses, le larynx difficile à fixer, enfin et surtout quand on n'a pas à sa disposition un nombre d'aides suffisant. Les contre-indications sont la période avancée de l'asphyxie, les altérations graves ou étendues du poumon, les lésions du cœur.

Avec Gouguenheim, Houzel et Panné, M. Geffrier (d'Orléans) est partisan de la chloroformisation et rapporte un grand nombre d'observations confirmatives. Ayant eu l'occasion d'employer ce procédé avec M. Halmagrand (d'Orléans), j'ai été aussi très frappé de l'innocuité de la chloroformisation, qui ne nécessite pas cependant l'application d'un procédé lent.

M. Monod (Société de chirurgie, 1888) croit que l'ossification de la trachée est une contre-indication à l'emploi du chloroforme, car dans ce cas, le sang s'introduit plus facilement dans les voies respiratoires. Pour M. Terrier au contraire, l'ossification de la trachée indique l'emploi du chloroforme, car l'opération doit être faite alors avec minutie et lenteur, et l'hémostase est ainsi plus facilement pratiquée.

Trachéotomie antiseptique avec tamponnement du larynx. — Dire que la trachéotomie doit être faite avec antisepsie, c'est dire une banalité, et cependant, il est regrettable de ne pas la voir toujours pratiquée ainsi. M. Delthil rappelle, à ce sujet, que les phlegmasies pulmonaires secondaires sont assez rares chez les sujets qui ont subi la trachéotomie pour une maladie autre que le croup. Dans le cas de diphthérie, M. Delthil admet une auto-intoxication par suite de résorption de toxine au niveau de la plaie.

La question du tamponnement est assez récente. Déjà M. Balzer, en 1878, avait attiré l'attention sur l'influence nocive qu'exerce la pénétration des poussières dans le poumon après la trachéotomie. En 1889 (Société médicale du 22 février), il insiste sur ce fait que ces poussières sont accompagnées par des microbes pathogènes et qu'il faut opposer à leur passage un obstacle plus efficace que la cravate, et il présente un petit tube grillé qui s'adapte facilement à la canule et qui est destiné, par l'intermédiaire du

coton qu'il renferme, à opposer un obstacle absolu à la pénétration des corps étrangers, en tamisant l'air appelé par l'inspiration.

Dans la trachéotomie pour croup, Langenbuch tamponne toujours la trachée au-dessus de la canule, avec de l'ouate iodoformée; il a renoncé aux éponges qui provoquent des eschares et des rétrécissements consécutifs. Il prépare toujours à l'avance des tampons de diverses grosseurs, qu'il noue avec un fil de soie dont on entoure le cou de l'enfant, une fois le tampon en place. Pour introduire le tampon, il se sert de pinces courbes et le choisit assez volumineux pour qu'il faille un vigoureux effort pour le pousser. Le premier tampon reste quatre à cinq jours; au bout de ce temps on l'enlève pour en mettre un autre s'il y a lieu.

Le tampon a l'avantage d'empêcher les infections des voies aériennes et la chute des liquides et aliments dans les bronches. De 1873 à la fin de septembre 1888, il a pratiqué à l'hôpital de Lazare, à Berlin, 1192 trachéotomies pour croup. C'est à partir de 1883 que Langenbuch a fait le tamponnement de la trachée. Les 599 opérations antérieures à cette date ont donné 22,4 p. 100 de guérisons, tandis que les 593 postérieures en ont donné 36 p. 100. Mais l'amélioration est encore plus remarquable si l'on établit la distinction habituelle entre les âges des petits opérés. De 1873 à 1882, il a guéri 28,7 p. 100 des opérés au-dessus de deux ans et demi, tandis qu'à partir de 1883 il en a guéri 45,5 p. 100, D'autre part, de 1873 à 1882, il a guéri 7,3 p. 100 des trachéotomisés ayant moins de deux ans et demi, tandis qu'à partir du tamponnement 12,4 ont guéri.

D'autre part, Roser entoure la canule d'une bandelette de gaze iodoformée qui, au fur et à mesure que la bandelette sèche, forme une croûte plus ou moins épaisse; de plus, la mousseline se gonfle et forme un tampon antiseptique s'opposant à l'envahissement des régions sous-jacentes par la diphthérie.

M. Palmié employa le même procédé que Langenbuch, mais il introduisait le tampon par la plaie trachéale, sans le faire entrer à frottement, comme le fait Langenbuch. De plus, pour éviter les ulcérations de la muqueuse laryngée ou la paralysie des cordes vocales, il fait la trachéotomie un peu basse.

La canule de Trendelenburg oblitère insuffisamment le larynx.

En 1890, ignorant ces essais, nous avons tenté le tamponnement du larynx par la voie buccale. C'est une épreuve pénible pour le malade et pour l'opérateur. L'opéré, même cocaïnisé, vomit souvent ce qu'il a avalé même longtemps avant. En nous servant d'une canule perforée au sommet de sa convexité et avec une pince spéciale construite par M. Lüer, nous avons fait un tamponnement sous-glottique, léger il est vrai. Le premier malade guérit, les cinq ou six suivants moururent et, pour bien des raisons, nos tentatives en sont restées là. Et cependant, étant donné les recherches bactériologiques que nous avons rappelées à propos de l'étiologie de la broncho-pneumonie diphthéritique, étant donné les bons résultats du tamponnement laryngé et pharyngien dans des opérations portant sur la bouche, le nez et le pharynx, nous restons convaincu qu'il y a quelque chose à faire dans cette *méthode de trachéotomie avec tamponnement antiseptique sous-glottique*.

Trachéotomie sans canule. Trachéectomie. — Nous avons vu, à propos des complications, tous les méfaits dont est capable la canule. Aussi, en 1882, William Martin affirmait que la meilleure méthode de trachéotomie dans le croup est celle qui dispense de canule et qui consiste à fixer par des fils l'ouverture de la trachée aux lèvres de la plaie.

Emmet employa cette méthode dans deux cas et il eut deux succès. Il fit, à la trachée, une ouverture ovalaire, qu'il excisa avec des ciseaux — il fit donc ce que nous appellerons une *trachéectomie* — et sutura la muqueuse trachéale à la peau. Les lèvres de l'incision sont maintenues béantes par des fils qui vont se réunir en arrière du cou. C'est un procédé analogue à celui qui permet d'établir des fistules permanentes cysto-vaginales et uréthro-vaginales. M. d'Astros (*Rev. des mal. de l'enf.*, 1890) fit, avec succès, pour des corps étrangers, la trachéotomie sans canule chez deux malades. Le seul accident fut un peu d'emphysème dans un cas.

Ce procédé de trachéotomie sans canule, en tant que trachéotomie pure, est resté sans écho. Il serait cependant utile pour certaines pachy-laryngites chroniques. Mais dans le cas de laryngectomie, le procédé de suture de la trachée à la peau a été employé par MM. F. Terrier et Perier.

Trachéotomie au thermocautère et bistouri combinés. — C'est un procédé très recommandé par M. Verneuil. C'est un procédé hémostatique par excellence. Quand on arrive à la trachée, on prend le bistouri pour l'inciser. M. de Saint-Germain lui reproche de déterminer des eschares qui atteignent quelquefois la largeur d'une pièce de cinq francs, il produit en outre un œdème et une plaie longue à cicatriser, d'où possibilité d'un rétrécissement qui peut être extérieur à la plaie et formé par des lésions cicatricielles entourant la trachée (Després).

M. Glower a essayé de mettre en relief les avantages qui peuvent être retirés de l'emploi méthodique et presque exclusif de la sonde conseillé et du thermocautère.

MM. Bœckel, Berger (1) ont employé avec succès le thermocautère. Mais M. Terrier, dans un cas de trachéotomie, trouva un plexus veineux considérable qui saigna malgré le thermocautère et il dut terminer l'opération au bistouri.

Trachéotomie au bistouri et aux ciseaux combinés (Nicaise). — Ce procédé est nécessaire dans le cas de calcification de la trachée. Cette calcification a été bien étudiée par M. Talamon. Elle peut être hâtée par la présence d'un cancer du larynx ou par des affections chroniques surtout inflammatoires du larynx et de la trachée. Le bistouri glissant sur la trachée, on ferait une incision oblique, on ne se sert de cet instrument que pour faire une ponction et avec les ciseaux on coupe deux ou trois anneaux de la trachée (Nicaise).

Je ne ferai que citer la trachéotomie faite avec l'anse galvanique (2) ou avec anesthésie locale (cocaïne). Brown employa la cocaïne dans quarante cas. La douleur de la peau disparut; dans un seul cas, il eut des accidents toxiques.

Trachéectomie avec canule. — M. Delavan, *quand la canule doit être laissée quelque temps chez l'adulte*, au lieu d'une simple incision, dont les lèvres s'écartent difficilement par suite de la résistance et souvent de l'ossification des anneaux cartilagineux, enlève par une incision circulaire tout un segment de la paroi antérieure de la trachée, aux dépens de deux anneaux. La pression est évitée tant sur les bords de l'incision que sur la paroi postérieure.

C'est là un procédé excellent qui doit avoir l'avantage d'éviter les compressions et irritations d'une canule à demeure, avec simple incision de la trachée.

De plus, pour faire un *curetage du larynx*, il est préférable à la simple *trachéo-fissure*.

Trachéotomie inférieure. — Elle est dangereuse. Elle est indiquée cependant dans le cas de corps étrangers des voies aériennes et dans le cas de goître (Hildebrand).

Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Valeur comparée avec la trachéotomie. — Entrevue par Vicq d'Azyr, faite par Fourcroy, Desault, Sabatier, Boyer, Velpeau, Lenoir, en France, mais sans enthousiasme, ce fut surtout Krishaber qui vulgarisa cette opération; il démontra que l'espace inter-crico-thyroïdien était assez large et, de plus, il inventa la canule spéciale qui rend l'opération si facile. Approuvée par M. Nicaise, dans son rapport à la Société de chirurgie (1882), elle fut surtout prônée par M. Richelot qui pense que chez l'adulte, quand on est libre de choisir entre l'ouverture du larynx et celle de la trachée, la première est préférable en tous points, la seconde est une imprudence. M. le professeur Verneuil s'en montra aussi très partisan, tout en reconnaissant, avec MM. Chauvel et Després, que, dans certains cas de laryngite chronique, la membrane fibreuse inter-crico-thyroïdienne peut perdre de sa souplesse et de son élasticité, au point de ne pas se laisser distendre par la canule de Krishaber; mais ces faits sont exceptionnels.

M. Farabeuf considère cette opération comme très facile sur le cadavre, et insiste, cependant, sur la petite artère

(1) Soc. clin., 1878.
(2) Trélat, Verneuil, Tillaux, Le Fort, Lacredlles, 1873.

crico-thyroïdienne. M. Marc Sée la considère comme facile sur le vivant et propose la section transversale de la membrane, au lieu de la section verticale. M. Lannelongue fut frappé de la facilité de l'opération, et cela dans un cas où l'enfant avait un cou très court et une circulation veineuse superficielle très développée. M. Nicaise ne la croit pas, cependant, indiquée chez l'enfant.

M. Reclus, dans une étude de cette opération, conclut « qu'elle ne présente ni les périls, ni les difficultés de la trachéotomie ».

En résumé, les partisans de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne disent qu'elle est *plus bénigne, plus facile, plus rapide* que la trachéotomie. Celle-ci ne devrait être réservée que dans certains cas rares de cancer où la région sous-glottique est envahie par des bourgeonnements néoplasiques ou tuberculeux, où les cartilages sont enflammés et suppurent déjà [Richelot, Hélie, Dubar].

Tubage du larynx dans le croup. Valeur comparée avec la trachéotomie. — Le tubage fut introduit dans la pratique française, il y a environ trente ans, par M. Bouchut. L'enthousiasme de celui-ci fit que l'Académie de médecine, sans écouter Malgaigne, rejeta cette méthode, sans vouloir voter des remerciements à son auteur, à cause d'un rapport défavorable de Trousseau (1858). Cette méthode fut reprise, en Amérique, par O'Dwyer surtout. Elle revint alors en France et trouva quelques applications.

On sait que le tubage de la glotte consiste à placer dans le larynx un tube qui affleure le sommet des cartilages aryténoïdes, et permet à l'épiglotte de s'abaisser en fermant le conduit aérien, ce qui facilite le passage des boissons sans pénétration dans les bronches. Ce tube est maintenu en place par un gros fil de soie incassable qui permet de le retirer à volonté.

O'Dwyer crut inventer la méthode, mais il ne créa que des instruments nouveaux.

Huber insista sur ses inconvénients. Le tube peut être rejeté soit pendant un effort de toux, soit parce qu'il est trop petit, soit parce qu'il y a au-dessous de lui un amas de mucosités; les mucosités peuvent parfois l'obturer; il peut être déplacé en toussant et avalé, il peut descendre dans la trachée, il peut permettre l'entrée des aliments dans les bronches, il peut déterminer des ulcérations, des hémorrhagies, de la dysphagie. En l'enlevant on peut enfoncer le tube dans la trachée, il peut être adhérent et difficile à retirer. Malgré tous ces inconvénients, Huber s'en montre partisan, l'emploie souvent et le fait suivre de la trachéotomie s'il est insuffisant (1).

O'Dwyer, en inventant un nouveau tube, eut surtout en vue les difficultés de l'alimentation après l'intubation du larynx, et employa surtout les tubes en caoutchouc durci. Northrup mit en doute la pénétration des aliments dans les bronches, dans le cas de tubage.

M. Browne revint sur les accidents de tubage, les uns sont évitables avec un peu d'habitude, ce sont : l'asphyxie par des essais prolongés d'introduction, les fausses routes, l'asphyxie par accumulation lente des sécrétions dans le tube, la chute du tube dans la trachée, l'asphyxie par occlusion de l'orifice supérieur du tube, par les tissus œdématiés, les lésions du larynx produites pendant les tentatives d'extraction. Les accidents inévitables sont : le refoulement des pseudo-membranes au-devant du tube, l'obstruction fatale par des lambeaux de membranes au dessous ou à l'intérieur du tube, le rejet du tube dans un accès de toux.

Hause, Egidi et Massei (2), si l'intubation ne réussit pas, font alors seulement la trachéotomie.

Enfin, Browne (3), réunissant tous les cas publiés, trouve, sur 806 cas de tubage, 27,4 p. 100 de guérison.

Au Congrès de Berlin 1891, O'Dwyer et Rauke (de Munich) regardent le tubage comme ayant les avantages suivants sur la trachéotomie : pas d'opération sanglante, pas d'hémorrhagie, pas de plaie. Mount Bleyer recommande l'irrigation du pharynx et du larynx après intubation, il fait retirer le tube tous les jours et, sur 512 intubés, ainsi traités, il a eu plus de 200 guérisons. Quant à Schwabbe, il pense que le tubage est difficile, il gêne l'alimentation, il détermine de la nécrose, etc.

Baginsky admet le tubage pour les cas légers, pour les cas où le décanulement est très difficile.

En France, outre M. Bouchut, M. D'Heilly conseille le tubage chez les jeunes enfants qui supportent mal la trachéotomie ou chez les malades chez lesquels la trachéotomie est impossible ou dangereuse, presque inutile (diphthéries toxiques, croup secondaire à la rougeole, etc.).

M. Lubet-Barbon admet également ce tubage dans les cas légers, il permet de gagner du temps ne serait-ce que vingt-quatre heures, au bout desquelles la sténose laryngée peut être disparue, et l'on aura ainsi évité une opération sanglante. Il est à employer dans le cas de décanulement impossible à cause de spasme glottique (cas de Gampert et Baginsky).

Ce sont ces dernières conclusions qui nous paraissent résumer le plus exactement la valeur comparée du tubage et de la trachéotomie.

III. — TRACHÉOTOMIE PRÉLIMINAIRE SIMPLE OU AVEC TAMPONNEMENT DES VOIES RESPIRATOIRES

C'est ainsi qu'il faut appeler la trachéotomie qui est faite comme premier temps de certaines opérations portant sur le pharynx, la bouche, la langue, le nez. Le mot préliminaire nous paraît plus exact que le mot préventif, car dans le cas de trachéotomie, à la suite de fracture des cartilages du larynx, on prévient, par cette opération, l'œdème de la glotte et l'asphyxie consécutive. Mais, dira-t-on, dans le cas de trachéotomie, avant une opération pharyngée, on prévient aussi la chute du sang et l'infection des voies aériennes. Comment alors différencier les deux cas ? Cela nous paraît facile en appelant trachéotomie préventive celle qui est faite en prévision d'une asphyxie non pas imminente, mais rapprochée et très probable, et trachéotomie préliminaire celle qui constitue le premier temps d'une opération, portant sur le larynx, le pharynx, la bouche et le nez, etc.

C'est à Charles Bell qu'il faut faire remonter le mérite d'avoir commencé à poser l'indication de cette opération préliminaire (1). En France, Blandin, Lallemand, Dubois, Dolbeau firent la trachéotomie consécutive, c'est-à-dire poussés par les accidents de suffocation survenant à la suite d'opération portant sur le larynx, le pharynx, la bouche, le nez. Debrou (d'Orléans) fit la trachéotomie préliminaire et celle-ci avec tamponnement du pharynx. Langenbeck, Trendelenburg, Bergman, Burow, etc., remportèrent de nombreux succès de pharyngotomies grâce à cette méthode.

En France, ce fut le professeur Verneuil qui, en 1878, la préconisa et inspira à son élève Redon sa thèse sur la Bronchotomie préliminaire. M. Kirmisson, dans sa thèse de doctorat sur les opérations préliminaires, en parle incidemment. Denucé père la pratique à Bordeaux en 1885 et s'en montre très partisan pour l'extirpation de la langue. En 1886, M. Monod porta la question devant la Société de chirurgie, mais il ne fit pas d'adeptes. Cependant, la trachéotomie préliminaire fut pratiquée par MM. Richelot, Le Bec, Kirmisson, Chénieux, Picqué; MM. Forgue et Reclus s'en montrent partisans dans le cas de cancers reculés de la bouche et du pharynx. A propos d'un cas de corps étrangers du larynx et au cours de la laryngotomie simple, la trachéotomie dut être faite par M. Labbé qui regretta de ne pas avoir fait la trachéotomie préliminaire, comme le conseille Morell Mackenzie dans ces cas.

On a reproché à la trachéotomie préliminaire : 1° d'avoir quelquefois déterminé la mort par suite de l'entrée du sang dans les voies respiratoires; 2° d'occasionner la bronchopneumonie; mais ces accidents étaient dus à des tamponnements laryngés insuffisants, avec la canule de Trendelenburg par exemple.

Parmi les procédés divers de tamponnement des voies respiratoires, la canule de Trendelenburg est insuffisante. Le procédé de Michael, qui entoure la canule d'un morceau

(1) Jakubosski, récemment, a adopté la même ligne de conduite (*Bull. gén. de thérap.*), 1891.
(2) *Giorn int. d. sc. med.*, Milano, mars 1891.
(3) Mémoire de Bouchut, mars 1891.

(1) Voir Th. de Civel (Paris 1892) que nous ne faisons que résumer.

d'éponge qui se dilate, est meilleur, mais aussi insuffisant. La canule de Krishaber oblitère insuffisamment l'entrée des voies respiratoires.

Langenbuch, en tamponnant le larynx par l'orifice trachéal avec des morceaux d'éponges iodoformés, obtint des succès dans le cas de trachéotomie pour croup. Ce fut surtout Kocher qui, en faisant ce tamponnement antiseptique et en le continuant pendant toute la période de cicatrisation de la plaie buccale ou pharyngée, donna à cette méthode une grande impulsion, et, au lieu de faire le tamponnement du larynx, il fit le tamponnement du pharynx (1880).

La trachéotomie étant faite, on adapte à la canule un tube de caoutchouc qui permet de donner le chloroforme à distance, puis on pratique avec soin un tamponnement du pharynx qui est indispensable et justifie la trachéotomie. L'opération est pratiquée; puis le tamponnement pharyngé est changé deux fois par jour pour permettre le passage de la sonde stomacale. Quant à la canule, on la laisse deux ou trois jours pour Barker; huit à quinze pour Kocher dans les grosses opérations sur le pharynx.

Cette méthode permet une anesthésie facile, une hémostase complète, surtout dans le cas de polype naso-pharyngien, *elle évite enfin l'infection des voies respiratoires et surtout la broncho-pneumonie.*

En résumé, dans toutes les opérations portant sur le larynx, pharynx, langue, amygdales, maxillaires supérieur et inférieur, opérations où le sang et les mucosités buccales peuvent tomber dans la trachée et déterminer ainsi une infection descendante des voies respiratoires, la trachéotomie préliminaire est indiquée avec son corollaire inséparable : le tamponnement antiseptique du pharynx.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. — BONNET. *Histoire de la trachéotomie*, Th. de Paris, 1884. — ARCHAMBAULT. *Diction. encycl. des sc. méd.*, 1878, art. CROUP. — DUBAR. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1884, art. TRACHÉOTOMIE. — RACHEL. *Amer. Journ.*. juillet 1877. — CLARAC. Fractures du larynx, *Gaz. des hôpit.*, 1890, p. 1019. — CATENNOPOULOS. Th. de Paris, 1879. — BROWNE. *Arch. de laryng.*, 1889, p. 187. — DE SAINT-GERMAIN. *Progr. méd.*, 8 juillet 1882. — RENAULT. *Manuel de trachéotomie*, Paris 1887. — FORGUE et RECLUS. *Thérapeutique chirurgicale*, p. 431. — GEISQUE. Th. de Paris, 1890. — SCHWARTZ. Th. d'ag., 1886. — MONGOUR. Th. de Bordeaux, 1890. — HARTMANN. *Traité de chirurgie*, 5 vol.; t. V, p. 561. — BOURDILLAT. Soc. méd., 1867. — SEVESTRE. Prophylaxie et traitement de la diphthérie, *Abeille méd.*, sept. 1889. — MOIZARD. Th. de Paris, 1876. — CASSAET. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1890. — BALZER. Soc. anat., 1878. — MÉRY et BOULLOCHE. *Rev. des mal. de l'enf.*, 1891. — MOREL. Th. de Paris, 1891. — ROUX et YERSIN. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1889. — RENOU. Médiastinite après la trachéotomie, *Gaz. hebd.*, 1886, p. 57. — LALESQUE. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1883. — RAULIN. *Journ. de méd de Bordeaux*, 1888, p. 195. — TALAMON. Soc. anat., 1879. — BERNARD. Trachéotomie et gavage, *Bull. méd. du Nord*, 25 sept. 1891. — MAAS. *Deuts. Zeit. f. Chir.*, 1890. — FARABEUF. *Médecine opératoire*, art. TRACHÉOTOMIE. — LE DENTU. Soc. de chir., 1887. — PICHEVIN. *Gaz. des hôpit.*, 11 juin 1887. — GEFFRIER. *Rev. de chir.*, 1891. — DELTHIL. *Journ. de méd. de Paris*, 1890. — MARTIN. *The Lond. Med. Record*, fév. 1882. — EMMET. *New-York Med. Jonrn.*, 1888. — GLOWER. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1890, p. 330. — TALAMON. *Rev. de méd.*, 1877. — RECLUS. *Gaz. hebd*, 1886. — HÉLIE. *Laryngotomie intercrico-thyroïdienne*, Th. de Paris, 1891. — HUBER. Acad. de New-York, juin 1887. — LUBET-BARBON. Cong. de laryng., 1887. — GAMPERT. *Rev. des mal. de l'enf.*, janv. 1890.

— Par décret, en date du 8 août 1892, M. Herrmann, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Lille, est nommé professeur de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Toulouse.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

10

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................... 1.33

Silicate acide
Arséniate »
Phosphate »
Sulfate »
} sesqui-oxyde de fer
— de chaux..................
Chlorure de sodium..................
Matières organiques..................
} 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

60

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

22

PILULES DE QUASSINE FRÉMINT

cont. chacune 0,02 de quassine amorphe pure, TONIQUE, AMER, SIALAGOGUE, APÉRITIF, DIURÉTIQUE,

Très efficace contre *anorexie, dyspepsie, coliques hépatiques et néphrétiques, cystites, constipation;* 1 ou 2 par jour avant les repas. Le flac., 3 fr.

18, rue d'Assas, Paris, et les Phies.

73

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :

0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,

exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles,** etc.....

Doses. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,

avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

16

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

11

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète,** l'**Anémie,** la **Chlorose,** la **Gastralgie,** les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge,** etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux à trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

Mariani, phien, 41, Bard Haussmann, et tes phies.

46

BULLES GLUTINEUSES

de **Ch. CORNU**

Ces bulles sont inaltérables et n'irritent pas le tube digestif.

PROCÉDÉ BREVETÉ S. G. D. G.

BULLES IODURÉES

à 0gr25 d'iodure de potassium pur **en solution**
Prix : 4 fr. le flacon.

BULLES A L'IODURE DE FER

à 0gr05 d'iodure de fer pur **en solution,** correspondant à une demi-cuillerée à bouche de sirop d'iodure de fer du Codex. — *Prix : 3 fr. le flacon.*

BULLES CRÉOSOTÉES

à 0gr15 de créosote pure de hêtre, parfaitement assimilable, sans irritation du tube digestif.
Prix : 4 fr. le flacon.

BULLINES AU BICHLORURE D'HYDRARGYRE

à 0gr01 de bichlorure d'hydrargyre **en solution.**
Prix : 3 fr. le flacon.

BULLES IODURÉES COMPOSÉES

contenant 0gr005 de bi-iodure d'hydrargyre et 0gr25 d'iodure de potassium **en solution,** correspondant ainsi à une demi-cuillerée de sirop de Gibert. — *Prix : 4 fr. 50 le flacon.*

Usine : 41, rue de Vanves, Paris.
Dépôts : 35, rue Bourg-Tibourg; P. Meuley, 133, rue St-Antoine, et Warin, pharm., 6, rue Guilleminot, à Paris, et toutes pharmacies.

19

DROGUERIE MÉDICINALE PATRE

Seule maison s'occupant exclusivement, depuis plus de cinquante ans, de la fourniture des médicaments aux **Médecins** et aux **Hospices.**

Maison de confiance, recommandée.

MÉRÉ et Cie, pharm. de 1re classe, ex-interne des hôpitaux de Paris, à Orléans (Loiret).

PRIX COURANT FRANCO, SUR DEMANDE

71

DESNOIX 17, RUE VIEILLE-DU-TEMPLE PARIS



PANSEMENTS ANTISEPTIQUES
TOILE VÉSICANTE
TOILE VÉSICANTE ROSE à la cantharidine
THAPSIA, SPARADRAP des **HOPITAUX**
et tous les sparadraps.
PLUMASSEAUX-ÉPONGES
remplaçant les éponges naturelles.
PINCEAUX MOLLETONNÉS
pr enlever les fausses membranes ds l'angine couenneuse.

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.
Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.
Vente en gros : Chez tous les droguistes.

59

QUINIUM ROY GRANULÉ

Extrait normal de quinquina soluble A. Roy

79

ANTISEPTIQUES GRANULÉS BERTHIOT

Benzonaphtol Berthiot GRANULÉ

Naphtol B. Berthiot GRANULÉ

Béthol Berthiot GRANULÉ

Salol Berthiot GRANULÉ avec $NaO2Co^2$

Salicylate de bismuth Berthiot GRANULÉ

Salicylate de magnésie Berthiot GRANULÉ

Leur emploi supprime émulsions et cachets toujours acceptés avec répugnance par les malades. Pas de dégoûts, pas de nausées à craindre. Administration facile, même chez les enfants. Chaque flacon est accompagné d'une mesure contenant 2 gr. de granules antiseptiques, qui représentent 20 centigr. de l'antiseptique prescrit. — Dépôt général : Phie Berthiot, 107, faub. Saint-Antoine, Paris.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

42

CHLORÉTHYLE DU Dr BENGUÉ

anesthésique local et analgésique instantané.

3 fr. 50
envoi franco contre mandat.



2 fr. 75
à MM.
les Médecins.

Dr Bengué, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

N° 94. — MARDI 16 ET JEUDI 18 AOUT 1892. 65e ANNÉE. MARDI 16 ET JEUDI 18 AOUT 1892. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A signaler, hier, à l'Académie de médecine, les communications de M. Bérenger-Féraud sur les tænias, de M. Chaput sur l'établissement de l'anus contre nature, et de M. Guermonprez sur le traitement opératoire de certaines ankyloses du poignet.

La communication de M. Bérenger-Féraud a amené à la tribune M. Lagneau, qui, en termes éloquents, s'est plaint de l'absence des statistiques de mortalité dans nos différents corps d'occupation coloniale. Personne, en France, ne connaît cette mortalité effrayante qui décime nos effectifs; il serait utile que le gouvernement eût le courage de publier les faits. M. Bérenger-Féraud, récemment encore président du Conseil supérieur de santé de la marine, vient confirmer les affirmations de M. Lagneau. Si les faits étaient connus, comme l'exige la loi de 1854, le pays, dit-il, ne tarderait pas à faire les sacrifices nécessaires pour remédier à cet état de choses. Mais si, au ministère de la Guerre, nos confrères de l'armée ont fini par être les maîtres dans leur service, il est loin d'en être ainsi à la Marine, et l'on ne voit pas encore poindre le jour où le service de santé de la Marine jouira d'une organisation vraiment digne lui. Mais M. Bérenger-Féraud s'arrête dans sa brillante improvisation. Mis à la retraite d'office, il y a à peine quelques jours, pour avoir voulu soulever les voiles, il ne veut pas continuer davantage de peur qu'on ne voie dans ses paroles une critique trop personnelle, qui est loin de sa pensée.

L'Académie, par ses applaudissements, montre qu'elle est tout entière, en cette question, de l'avis de l'honorable M. Bérenger-Féraud.

HOPITAL SAINT-SAUVEUR DE LILLE. — M. G. Phocas.

Sur quelques particularités du manuel opératoire du bec de lièvre.

Ayant eu l'occasion de pratiquer dans ces derniers temps sept opérations de bec de lièvre, je désire insister sur quelques particularités du manuel opératoire qui me paraissent dignes de fixer l'attention. Quatre fois l'opération a été complexe, elle a porté sur les os et sur les parties molles. Trois fois elle fut simple et n'intéressa que les parties molles. L'âge de mes opérés a varié de deux jours à cinq mois. La guérison a été toujours obtenue et sauf une désunion de la plaie, réparée au bout de huit jours, je n'ai pas observé d'autre accident opératoire.

J'ai opéré hâtivement les becs de lièvre simples et je n'ai pas hésité à faire une opération de ce genre chez un enfant de deux jours. J'ai toujours différé l'opération à l'âge de deux, trois ou quatre mois pour les becs de lièvre compliqués de déformations osseuses.

Je crois que cette statistique heureuse est facile à obtenir en se conformant à certaines conditions. On peut opérer de bonne heure les becs de lièvre simples. Il serait, je crois, dangereux de se comporter de même pour les difformités complexes. Mais d'une façon générale, l'âge propice à l'opération est commandé par deux conditions dont l'une est variable selon les sujets. Ainsi que le fait remarquer M. le professeur Lannelongue, c'est l'état général de l'enfant qui doit être pris en considération dans la détermination opératoire. Devant un enfant malingre, mal nourri, mal soigné, l'opérateur sera souvent forcé d'attendre, sous peine de courir à un échec à peu près sûr. Deux fois, je me suis comporté de la sorte et les enfants mis en observation n'ont pas tardé à succomber à l'athrepsie sans être opérés. Il me paraît donc rationnel d'attendre, pour opérer les becs de lièvre compliqués, que l'enfant ait fourni quelques preuves de vitalité, et sans remettre l'opération à un âge avancé, on peut être fixé à cet égard, dans l'espace des trois premiers mois de la vie. D'un autre côté, il faut éviter l'époque de la dentition, qui est peu convenable pour pratiquer des opérations sur la zone buccale. D'une façon générale, j'opère donc tout de suite les becs de lièvre simples pourvu que l'enfant soit né viable ; et j'attends trois mois révolus pour opérer les becs de lièvre compliqués. Passé trois mois, selon que l'enfant est plus ou moins résistant, je le soumets à l'opération immédiatement ou au bout de deux ou trois mois.

Une précaution excellente pour la réussite de l'opération est d'entourer l'opéré de soins minutieux. Ces soins ne peuvent être donnés que par la mère de l'enfant. Je n'opère qu'avec une grande répugnance les enfants hospitalisés et confiés aux soins des infirmières, et je préfère toujours, quand c'est possible, confier mon petit opéré à sa mère.

Seule la mère ou une garde spéciale est capable de calmer les cris de l'enfant et d'empêcher ainsi le tiraillement et la désunion des lèvres de la plaie.

L'antisepsie a une aussi grande importance dans ces opérations que dans toutes les autres. Elle est d'autant plus importante qu'elle est difficile à obtenir. Il faut donc préparer le champ opératoire, savonner les joues, brosser les lèvres, les gencives et la bouche avec une brosse à dents, laver la muqueuse avec de l'eau boriquée et toucher les parties avec une légère solution de sublimé. Je touche les surfaces avivées à l'eau phéniquée forte et j'ai soin de pratiquer des sutures muqueuses avec de la soie fine ou avec du catgut de manière à isoler complètement la plaie de la cavité buccale. Les instruments sont stérilisés d'avance et en fait d'éponges je ne me sers que de compresses stérilisées.

La question de l'anasthésie mérite de nous arrêter. Quand il s'agit du bec de lièvre simple et par conséquent d'une opération hâtive, l'anesthésie est souvent inutile et pourrait devenir dangereuse. Sans doute on peut donner le chloroforme à des enfants âgés de deux ou de quatre jours, mais les risques ne sont pas moins considérables. L'opération est simple, rapide, la contention de l'enfant facile et les douleurs vite oubliées par l'opéré qui s'endort immédiatement après. Dans ces conditions, je n'hésite pas à opérer sans chloroforme et l'enfant placé assis sur les genoux d'un aide. Mais sauf ces circonstances spéciales, chez des enfants plus âgés, que le bec de lièvre soit simple ou compliqué, l'anesthésie s'impose, non seulement pour des raisons d'humanité, mais encore pour la bonne réussite d'une opération délicate, qui réclame toute la quiétude que le sommeil chloroformique donne à ce genre d'intervention. C'est alors que la question de position qu'on donnera à l'enfant endormi m'a paru avoir une certaine importance. La plupart des chirurgiens placent l'enfant étendu sur un lit; d'autres opèrent après avoir placé la patient dans une position demi-assise. Ni l'une ni l'autre de ces manières de faire ne m'ont paru commodes. Il importe en effet de trouver une position commode pour l'opérateur et pour l'évolution de ses aides, et d'éviter la déglutition du sang et des mucosités. Mon maître M. Jalaguier m'objectait tout dernièrement qu'il opère dans le décubitus horizontal et qu'il n'a jamais trouvé d'inconvénients résultant de cette position. Mais M. Jalaguier fait ses débridements avec le thermocautère et n'a pas à se préoccuper du sang. Pour mon compte personnel je préfère le bistouri et je ne conçois pas que les eschares résultant des brûlures au thermocautère ne soient pas quelquefois le point de départ d'accidents infectieux, car ces eschares sont placées dans un milieu éminemment infecté dans la cavité buccale. Quoi qu'il en soit il me semble que l'opération gagne en rapidité et en élégance en étant exécutée dans la position de Rose.

On sait en quoi consiste cette position : le patient endormi est tiré au bord de la table de manière à ce que la tête dépasse le bord et pende librement en dehors. Dans ces conditions la face est renversée et largement accessible à toute la manœuvre. Les mains du chirurgien ne sont pas gênées par le menton de l'enfant et les aides peuvent évoluer commodément de chaque côté de la table.

Voici comment j'ai procédé à mes dernières opérations :

Le lit d'opération est placé près d'une fenêtre, la face de l'enfant renversée en arrière est largement éclairée. La tête du patient est soutenue par la main d'un aide qui empaume l'occiput et donne un point d'appui aux manœuvres ultérieures. Un autre aide placé de l'autre côté passe les instruments, éponge et fait l'hémostase. Au bout du lit, devant la face de l'enfant, le dos tourné à la fenêtre, se place l'opérateur.

Dans cette position il est facile de pratiquer des larges décollements des lèvres en maniant la spatule de haut en bas et de droite à gauche, ou de gauche à droite, c'est-à-dire dans un sens où la précision et la force peuvent être graduées. L'hémorrhagie est facilement arrêtée par la compression énergique et efficace. Le peu de sang qui coule dans la bouche ne risque pas de s'engouffrer dans le pharynx. Il retourne naturellement par les narines.

Il est ainsi possible de pousser très loin, sans aucun risque, les décollements de la lèvre en se servant du bistouri et de la spatule, et en s'arrêtant après chaque coup de bistouri pour comprimer les parties décollées.

Dans un cas de bec de lièvre double compliqué que j'opérai chez un enfant de trois mois, il m'a fallu repousser le tubercule médian après avoir sectionné le vomer. Ce temps de l'opération, qui est difficile, en général, a été considérablement simplifié par la position de Rose. J'ai pu facilement détacher la muqueuse de chaque côté du vomer et sectionner l'os avec des ciseaux, un coup de pouce sur le tubercule médian a fait le reste. Le résultat a été excellent.

Chez deux autres enfants, âgés de quatre et de cinq mois, la même position renversée de la tête m'a singulièrement facilité l'ostéotomie à la Duplay que j'eus à pratiquer pour des becs de lièvre unilatéraux compliqués, avec proéminence d'un bord.

Je conclus que la position de Rose n'a pas seulement l'avantage de favoriser l'hémostase et d'en éviter les inconvénients, mais encore, en découvrant largement la face et la bouche, de rendre accessibles ces parties aux manœuvres délicates de décollements et d'ostéotomies en même temps qu'elle permet le placement régulier des sutures.

La restauration complète de la fissure labiale nécessite plusieurs manœuvres qui ont pour but : 1° de faire venir en contact les deux bords de la fissure; 2° de les rendre égaux en hauteur; 3° de les mettre sur le même plan; 4° d'aviver la perte de substance; 5° de la suturer. Pour faire venir en contact les deux bords d'une fissure labiale congénitale des débridements étendus sont nécessaires. J'ai déjà insisté sur l'emploi du bistouri et de la spatule. J'ajoute qu'il faut presque toujours mobiliser le nez pour corriger la narine d'habitude épatée et pour donner du jeu à la lèvre. Je ne reviens plus sur les inconvénients du thermocautère qui ne doivent, cependant, pas être exagérés, car d'excellents chirurgiens y ont continuellement recours. Mais je dois ajouter qu'avec le bistouri on peut faire des débridements plus rapidement et aussi sûrement qu'avec le thermocautère, que la perte de sang est absolument insignifiante et, qu'à cette façon de procéder, on gagne de faire une plaie moins facile à être infectée que celle produite par le thermocautère. Cependant, si l'hémorrhagie devenait sérieuse, cas que je n'ai pas encore observé, rien n'empêcherait de faire un attouchement de la plaie avec la pointe du thermocautère.

Pour rendre égaux en hauteur les bords de la fissure, il faut recourir à la taille d'un lambeau ou de deux. Le procédé de Mirault est encore ce qu'il y a de plus simple, mais il ne faut pas craindre de diriger le bistouri en dehors de manière à tailler un lambeau étoffé à sa base. Trop de parcimonie peut être ici très nuisible.

Souvent on est forcé de repousser un bord saillant pour faire venir au même plan les deux bords de la solution de continuité. Quand il s'agit d'un bec de lièvre double avec proéminence du tubercule médian, c'est le tubercule qu'il s'agit de repousser en arrière en lui faisant de la place par l'incision ou l'excision d'une petite portion du vomer. L'incision du vomer est une opération si simple, quand on a décollé la muqueuse, que je ne comprends pas qu'on ait encore recours à la résection du tubercule médian, comme M. Piéchaud l'a encore récemment préconisée. Je ne conteste pas que la résection est susceptible de donner des bons résultats immédiats. Mais c'est en général un large sacrifice, peu compatible avec la chirurgie réparatrice moderne; il n'est pas étranger, au surplus, à quelques difformités secondaires analogues à celle que M. Lannelongue a figurée dans son livre.

Quand le bec de lièvre est unilatéral et compliqué de proéminence d'un bord osseux, le procédé de Duplay est de rigueur. Deux fois, j'y ai eu recours avec plein succès.

Aviver les bords de la fissure est le temps le plus essentiel de l'opération. Rien ne vaut, à mon sens, le bistouri coupant par transfixion et d'un côté enlevant superficiellement la muqueuse; de l'autre (côté gauche pour le bec de lièvre ordinaire unilatéral) obliquant à partir du tiers supérieur de la fissure, en bas et en dehors, pour détacher du premier coup le lambeau gauche à la Mirault.

Enfin les sutures, je les ai toujours pratiquées au crin de Florence ou au fil d'argent, plaçant deux ou trois points sur les bords avivés préalablement, bords serrés dans une pince hémostatique placée à 1 centimètre de distance. Après cela il s'agit de fixer le lambeau pour former le bord libre de la lèvre et réunir la face postérieure des lambeaux. Ces sutures sont faites à la soie fine ou au catgut.

J'ai l'habitude de passer un grand fil profond à la soie forte traversant la joue, sorte de suture enchevillée de détente. L'aiguille de Reverdin est excellente pour le placement de ce fil. Elle est poussée de l'extrémité d'une lèvre à l'autre extrémité, au niveau de la base du nez, et entraîne à sa sortie un fil double dont l'anse embrasse un rouleau de gaze iodoformée et dont les deux fils se nouent à l'autre extrémité sur un autre rouleau de gaze. Ce fil m'a paru être d'une grande utilité pour soulager les points de suture.

Le pansement est simple. En général, la gaze iodoformée peut être facilement appliquée sur la lèvre et collée sur les joues avec du collodion.

Les fils sont enlevés le troisième ou quatrième jour.

Le fil de détente doit être enlevé dès le troisième jour pour éviter les ulcérations.

L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE

OBSERVÉE A L'HOPITAL MILITAIRE DE GUELMA EN JANVIER 1890

Par le docteur Marty,

Médecin-major de deuxième classe.

Bien des mémoires sur l'épidémie de grippe de 1889-1890 ont déjà été produits. Cependant, nous pensons que celui-ci ne sera pas sans intérêt. Il diffère de la plupart des autres en ce qu'il retrace les points principaux de sa marche, sous des conditions de climat en dehors de celles de la métropole, et peut constituer une contribution à l'étude de l'affection dans les pays chauds. La presque totalité des documents a été recueillie à l'hôpital militaire où nous remplissions alors les fonctions de médecin chef. Nous pouvons donc en garantir la parfaite exactitude.

Nous les avons résumés, et établi dans l'ensemble du travail les conditions suivantes :

1° Marche générale de l'épidémie.

2° Symptomatologie. Formes présentées par les militaires.

3° Formes observées dans les salles civiles.

4° Pathogénie. Contagion.

5° Rôle de l'épidémie dans la morbidité et dans la mortalité hospitalière de la ville.

I

Marche générale. — L'épidémie de grippe à Guelma a frappé comme partout la population civile et la population militaire. Son retentissement sur l'hôpital a donc été double et mérite d'être étudié à part dans les deux ordres de malades. D'après les renseignements qui nous ont été fournis par nos confrères civils, de nombreux cas étaient observés dans leur clientèle quelques jours avant que la population militaire ait été frappée. Si l'on en juge par les entrées à l'hôpital, la première entrée civile est du 4 janvier, la première militaire est du 8. Dans la population militaire même, le détachement de zouaves a été frappé avant le détachement d'infirmiers, mais avec quatre jours de différence seulement.

La marche générale de l'épidémie a donc intéressé l'ensemble de la ville dans l'ordre suivant : 1° la population civile; 2° le détachement de zouaves; 3° le détachement d'infirmiers. Le début de l'épidémie sur le détachement de zouaves fut le suivant : En date du 8, entrait à l'hôpital un sergent atteint de cette affection. Cependant, d'après les renseignements que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Herr, médecin aide-major à l'hôpital, chargé du service de la place, l'expansion épidémique ne s'accentua que le 10.

A la visite du 9 janvier, le chiffre des malades avait été de 10, surtout atteints d'affections externes; le lendemain, il monta brusquement à 30, dont 20 grippes. En recherchant où se trouvaient répartis ces différents malades, on constata qu'ils étaient disséminés un peu partout; ce qui, malgré l'impression que pouvait donner ce premier cas isolé suivi à brève échéance de 20 nouveaux, se prête mieux à l'idée d'une infection générale, qu'à celle d'une expansion contagieuse dont la marche n'a pu être suivie.

Le mode de décroissance a été exactement inverse.

Elle a d'abord cédé dans le détachement d'infirmiers, puis sur les zouaves, tandis que la population urbaine en donnait encore quelques cas. Au point de vue clinique, la population militaire a fourni des formes simples bénignes, bien que les observations aient fait constater un certain nombre de faits intéressants. Dans le détachement de zouaves, elle frappa environ le tiers de l'effectif, soit 92 hommes sur lesquels 73 furent soignés à la chambre.

Quelques petits détachements d'autres corps, se trouvant également dans la casbah, en dehors de l'enceinte de l'hôpital, furent atteints dans des conditions analogues et en même temps.

Le chiffre total des entrées à l'hôpital a été de 19 pour le bataillon de zouaves et de 11 pour le détachement d'infirmiers. Si, à ce chiffre, on ajoute 2 cas développés dans l'hôpital même sur des malades qui se trouvaient en traitement pour des affections vénériennes, on arrive à un total de 32 qui se sont succédé dans l'ordre suivant :

Janvier 8.	1 cas.
— 12.	3 —
— 13.	1 —
— 14.	3 —
— 15.	5 —
— 16.	3 —
— 17.	2 —
— 18.	2 —
— 19.	3 —
— 20.	3 —
— 21.	2 —

Janvier 22. . . . . 1 cas.
— 25. . . . . 1 —
— 27. . . . . 1 —

La période épidémique ayant donné des entrées militaires à l'hôpital aurait donc duré vingt et un jours.

II

Symptomatologie. — *Formes présentées par les militaires.* — Nous n'avons pas été appelé à observer les formes les plus bénignes de l'affection, celles-ci ayant été traitées à la chambre; rarement même, nous avons été assez heureux pour voir les phénomènes de la première période. Aussi les tracés thermiques sont-ils incomplets à cet égard. D'après les renseignements recueillis au lit des malades, la grippe s'est comportée à Guelma, avec les traits généraux déjà observés dans les diverses garnisons où elle avait sévi.

Au début, avec ou sans prodrome, ont le plus souvent dominé les phénomènes douloureux et la fièvre. Après ou pendant une défervescence plus ou moins brusque, comme le font ressortir les quelques chiffres thermiques joints à ce travail, sont survenus les phénomènes de bronchite qui, cependant, dans un certain nombre de cas, ont été observés dès le début. Du côté du tube digestif, les symptômes ont été peu marqués. Quelques phénomènes critiques ont pu être observés.

Enfin, on a constaté dans un nombre de cas variable des faits plus rares qui ont été relevés individuellement.

Etant donné ces traits généraux de la symptomatologie, il nous appartient de la reprendre avec les détails nécessaires.

Les prodromes ne nous ont pas semblé exceptionnels. Dans la majorité des cas, une période de un à deux jours constituée par des malaises, de l'inappétence, de la fatigue, a précédé l'apparition des symptômes confirmés. Ces derniers s'ajoutaient aux prodromes ou apparaissaient d'emblée. Chez un certain nombre de malades des phénomènes de coryza ont devancé les symptômes de grippe confirmés. Ce fait s'est rencontré dans le tiers des cas, très marqué, et c'est là une proportion supérieure à celle qui a été relevée par quelques autres observateurs. Nous la croyons cependant au-dessous de la vérité. Il est certain d'ailleurs que ce n'est un symptôme constant ni dans la période des prodromes, ni dans celle du début, et il ne dure parfois que quelques heures, quand il existe.

Dans quelques cas, nous avons noté l'absence complète de tout indice pouvant l'indiquer.

Parfois, les prodromes s'accompagnaient de troubles gastriques ordinairement légers, quelquefois assez prononcés et étaient constitués par eux; le dernier fait a été rare et nous ne l'avons observé que deux fois d'une façon bien nette.

Parfois, les prodromes ont été insignifiants ou ont manqué et le début a là une grande brusquerie. Ce fait, assez fréquent, a été relevé sept fois. Dans un cas, le malade, infirmier, avait déjeuné comme de coutume quand, à midi, c'est-à-dire immédiadiatement après, se déclarèrent la céphalée et la fièvre qui atteignit d'emblée 39 degrés. Dans deux cas, les intéressés, de garde, prirent, bien portants, la faction et durent être relevés avant la fin. La brusquerie du début a été moins soulignée chez les quatre autres par les circonstances où ils se trouvaient.

Il est à remarquer que, dans un cas, le début a eu lieu dans la nuit.

L'observation du malade en question est d'ailleurs intéressante à un autre point de vue. Ce malade, le nommé H. H..., était entré le 7 en traitement pour une adénite inguinale. Il fut placé dans une pièce bien exposée, près de la cheminée, et dut observer un repos complet. Il se trouvait donc dans les meilleures conditions pour échapper à l'épidémie, quand dans la nuit du 14, vers une heure, les phénomènes douloureux, céphaliques et lombaires, indiquèrent le début de l'affection.

Les premiers symptômes prêtent à diverses considérations. Les plus constants ont été les phénomènes douloureux. Diverses variétés furent observées : la céphalée est celui qui a été accusé le plus souvent et, pour ainsi dire, dans la totalité des cas. Tantôt ce fut une douleur généralisée, tantôt on observa des localisations spéciales. La plus fréquente fut une douleur qui semblerait devoir être appelée orbitaire. Les malades en placent le siège dans toute la région orbitaire et sus-orbitaire sans localisation bien nette. Dans un cas, elle a éte monolatérale à gauche.

Dans deux cas, une névralgie sus-orbitaire droite a été rencontrée. Dans trois cas, le type sus-orbitaire double a été relevé. Dans deux cas, nous avons relevé le type sous-occipital, toujours recherché étant donné sa rareté. Dans un de ces cas, la douleur était monolatérale droite et remontait derrière l'oreille, au niveau de laquelle elle était surtout sensible.

Étude de Me **Bellencourt**, avoué a Paris,
rue de Lille, 49.

D'un jugement contradictoirement rendu par le Tribunal de commerce de la Seine, le dix décembre mil huit cent quatre-vingt-dix, enregistré et signifié.

Entre les sieurs Charles Chanteaud et Cie, pharmaciens, demeurant à Paris, rue des Francs-Bourgeois, n° 54.

Et le sieur Gustave Chanteaud, pharmacien, demeurant à Paris, rue de Turenne, n° 64.

Et encore d'un arrêt contradictoirement rendu entre les mêmes parties par la deuxième chambre de la Cour d'appel de Paris, le trente juin mil huit cent quatre-vingt-douze sur l'appel du sieur Gustave Chanteaud, ledit arrêt enregistré et signifié à la date du vingt-six juillet suivant.

A été extrait ce qui suit :

1° *Jugement du dix décembre mil huit cent quatre-vingt-dix.*

Le Tribunal :

Donne acte à Charles Chanteaud et Cie de ce qu'ils déclarent reprendre en leur nom l'instance précédemment introduite au nom de Charles Chanteaud ;

Dit que Gustave Chanteaud, pour sa préparation dite « Sedlitz », devra faire usage d'un flacon de forme différente de celui employé par Charles Chanteaud et Cie, ainsi que d'un papier d'enveloppage d'une couleur autre que la couleur jaune ;

Dit que Gustave Chanteaud, sur tous ses prospectus, étiquettes, enveloppes quelconques et tous autres papiers à usage de tous ses produits « Sedlitz et Granules dosimétriques », devra faire imprimer son prénom « Gustave » en toutes lettres, et de mêmes grandeur et caractères que ceux de son nom propre, Chanteaud ;

Dit que ces condamnations devront recevoir leur application dans le mois de la signification du présent jugement, et ce à peine de vingt francs par chaque contravention dûment constatée, sans qu'il y ait lieu de statuer sur le rejet de la lettre du cinq janvier mil huit cent quatre-vingt-huit ;

Dit que Gustave Chanteaud s'est rendu coupable de concurrence déloyale à l'égard de Charles Chanteaud et Cie; le condamne, par les voies de droit, à payer à ces derniers la somme de cinq mille francs à titre de dommages-intérêts ;

Déclare Charles Chanteaud et Cie mal fondés en le surplus de leurs demandes, fins et conclusions, les en déboute.

Condamne Gustave Chanteaud à tous les dépens.

2° *Arrêt du trente juin mil huit cent quatre-vingt-douze.*

La Cour :

Met les appellations à néant ;

Ordonne que ce dont est appel sortira son plein et entier effet, *et y ajoutant,*

Dit que Gustave Chanteaud devra faire imprimer sur ses prospectus, étiquettes, enveloppes etc., etc., après ses prénom et nom, les mots « de Vendôme », sans toutefois qu'il soit obligé de les faire imprimer en caractères de même forme ou grandeur que ceux des prénom et nom ;

Condamne Gustave Chanteaud, en sus des cinq mille francs portés au jugement, à payer à Charles Chanteaud et Cie une autre somme de trois mille francs à titre de dommages-intérêts ;

Dit que Charles Chanteaud et Cie pourront publier le jugement et le présent arrêt dans six journaux, dont trois de médecine et trois de pharmacie, et ce, à leur choix et aux frais de Gustave Chanteaud, sans toutefois que le coût de chaque insertion puisse dépasser deux cents francs ;

Dit toutefois que le délai d'un mois pour l'exécution des dispositions du jugement et de celles du présent arrêt ne courra que du jour de la signification du présent arrêt.

Déclare les parties respectivement mal fondées dans toutes conclusions contraires aux dispositions du présent arrêt, les en déboute ; ordonne la restitution de l'amende consignée sur l'appel incident ;

Condamne Gustave Chanteaud à l'amende de son appel, et vu les circonstances de la cause, condamne Gustave Chanteaud en tous les dépens d'appel.

Pour extrait :
BELLENCOURT, *avoué.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 août 1892. — Présidence de M. A. GUÉRIN.

COMMUNICATIONS

Distribution géographique et prophylaxie des tænias de l'homme. — M. BÉRENGER-FÉRAUD donne lecture d'un long mémoire où il cherche à préciser la façon dont les tænias de l'homme sont distribués suivant les différents pays.

Le *tænia armé* vient du porc, le *tænia inerme* vit chez le bœuf à l'état de cysticerque, quant au *botriocéphale*, il se trouve, à la période larvaire, chez certains poissons (Suisse française, littoral de la Baltique).

Avec ces notions étiologiques, il est facile de conclure à la topographie des tænias chez l'homme.

En Europe, ce sont surtout le tænia armé et le tænia inerme que l'on trouve de préférence. A peine si l'on possède cinquante observations de botriocéphale.

En Asie, c'est surtout le tænia inerme qui est connu, l'existence des autres est encore douteuse.

En Afrique, c'est encore le tænia inerme, puis le tænia armé. On n'y a pas signalé encore la présence du botriocéphale.

En Océanie, le tænia est rare.

Si l'on se borne à l'Europe, on peut, avec satisfaction, constater que, notamment en Allemagne, grâce à des mesures sanitaires énergiques, appliquées à la boucherie, on voit diminuer de plus en plus la fréquence des tænias. L'hygiène alimentaire des animaux a contribué, pour une certaine part, à cette diminution.

Sans vouloir suivre M. Bérenger-Féraud dans ses très intéressants développements, nous ne pouvons que nous associer à ses conclusions :

1° La prophylaxie des tænias de l'homme doit être basée sur une double action : protection des animaux contre les œufs fournis par l'homme, protection de l'homme contre les larves fournies par les animaux. En d'autres termes, cette prophylaxie consiste dans l'emploi des moyens capables de contrarier l'évolution cyclique des tænias chez leur hôte provisoire et leur hôte définitif ;

2° Pour garantir l'homme, il suffit de lui faire manger de la viande suffisamment cuite, pour que les larves aient été tuées par la chaleur ;

3° Pour garantir les animaux, le problème est plus difficile à résoudre. Sans doute, on peut dire théoriquement qu'il suffirait de détruire les œufs contenus dans les déjections humaines, mais cette prescription ne peut avoir une sanction pratique et alors il faut chercher à atteindre le but par des moyens moins efficaces, mais plus à notre portée, la surveillance de leur alimentation ;

4° Les progrès réalisés par l'élevage des porcs en Europe, les faits signalés par les médecins de l'Inde touchant l'amélioration de la viande chez les bœufs qui ont bu de l'eau pure pendant quelques mois, montrent combien cette surveillance peut être utile. C'est dans cette voie que les efforts doivent être continués pour faire diminuer la fréquence des atteintes des tænias chez l'homme.

La mortalité des troupes coloniales; les désidérata du corps de santé de la marine. — M. LAGNEAU, à l'occasion des renseignements donnés par M. Bérenger-Féraud sur le tænia, prend acte pour faire remarquer de quelle utilité est la publication des statistiques, relativement à l'état sanitaire de nos troupes coloniales.

Or, ces statistiques font malheureusement défaut pour la plus grande partie de nos colonies, nous n'avons aucun document sur la mortalité du Tonkin, de l'Annam ou du Sénégal.

Or, c'est précisément pour ces pays que de pareilles statistiques sont utiles. Quand on pense que la mortalité de nos troupes coloniales est de 44 p. 1000, au lieu de 7 p. 1000 comme en Europe, quand on songe que, dans certaines expéditions, au Sénégal par exemple, on a vu en quelques mois mourir plus du quart de l'effectif (dans une de ces expéditions, on a pu constater, en deux mois, jusqu'à vingt-six décès, dans le corps de santé seulement), on comprend l'utilité qu'il y a pour le pays à connaître de pareils faits.

Sur un nouveau procédé opératoire pour l'établissement de l'anus contre nature. — M. CHAPUT. Lorsqu'on exécute l'anus contre nature pour une occlusion intestinale, il est souvent difficile ou même impossible d'empêcher que les sutures ne soient perforantes, ce qui expose le malade à la péritonite. On ne peut employer le procédé des adhérences (Maydl et Reclus) à cause de la nécessité de rétablir au plus tôt le cours des matières.

Pour éviter les inconvénients des sutures, l'auteur a imaginé de fixer l'intestin à la paroi par une couronne de pinces hémostatiques. Après l'incision de la paroi et du péritoine, il tire au dehors l'anse qu'on veut ouvrir, et il la fixe avec huit pinces hémostatiques (quatre de chaque côté) qui saisissent, en même temps que le muscle et le péritoine pariétal, l'intestin lui-même ou ses appendices épiploïques. On achève, s'il en est besoin, de fermer le péritoine par une ou deux sutures aux extrémités de l'incision et on badigeonne l'intestin et la plaie avec une solution de chlorure de zinc au dixième.

L'incision de l'intestin est faite immédiatement dans une étendue de 1 centimètre et demi, et on suture les deux lèvres à la peau pour consolider l'union de l'intestin avec la paroi.

Les pinces doivent être enlevées au bout de vingt-quatre heures.

Ce procédé évite à coup sûr la perforation immédiate des parois intestinales et l'inoculation du péritoine, que l'on doit craindre dans le procédé des sutures.

On pourrait lui reprocher d'exposer au sphacèle de l'intestin, ce qui agrandirait considérablement les dimensions de l'orifice intestinal ; mais M. Chaput affirme, en se basant sur l'expérience, que le danger n'est pas à craindre, si on ne laisse pas les pinces plus de vingt-quatre heures en place, comme il le conseille.

Ce procédé se recommanderait encore par sa simplicité, puisque l'on n'a pas besoin d'aiguilles ni de fil, et que tous les praticiens possèdent quelques pinces hémostatiques; de plus, il serait facile, bénin et rapide, ce qui le rendrait, suivant son auteur, tout à fait avantageux.

Traitement opératoire de certaines ankyloses du poignet. — M. GUERMONPREZ (de Lille) a pratiqué deux fois la résection de l'extrémité inférieure du cubitus pour remédier à l'ankylose de l'articulation radio-cubitale inférieure.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de vingt-six ans, portant son ankylose depuis une année. Il fallut enlever près de 6 centimètres de cubitus. Il se fit un pseudarthrose thérapeutique

au niveau de la limite supérieure de la portion réséquée, ce qui a permis à l'opéré d'exercer ensuite la profession de bouvier.

Le second cas se rapporte à un jeune homme de seize ans dont les articulations carpiennes avaient été largement ouvertes par un coup d'engrenage. La même opération fut pratiquée, et cela à titre d'opération primitive, ce qui permit de trouver, parmi les débris restants, une étendue presque suffisante de peau pour recouvrir les portions conservées du squelette.

De ces faits, l'auteur conclut : 1° que la résection de l'extrémité inférieure du cubitus suffit à sauvegarder les mouvements de pronation et de supination, lorsque l'ankylose du poignet est limitée à l'articulation radio-cubitale inférieure ; 2° que cette opération ne produit pas la difformité connue sous le nom de main-bote radiale ; 3° que cette résection est aussi utile comme opération primitive que comme opération secondaire.

Accidents de dentition. — M. **GIBERT** (du Havre) a fait une enquête sur 1 000 enfants nourris au biberon et 500 nourris au sein. Sur les 500 enfants nourris au sein, deux seulement ont eu des accidents de dentition. Sur les 1 000 enfants nourris au biberon, il a observé 58 cas de stomatites simples, 113 stomatites ulcéro-membraneuses, 28 cas de convulsions.

Il résulte de cette statistique que l'élevage au sein préserve l'enfant, d'une façon presque absolue, des affections de dentition. Pour M. Gibert, la dentition ne se fait bien qu'avec la succion du sein de la mère qui favorise l'usure normale physiologique de la gencive.

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS

Par M. le docteur PASSANT.

Statistique du 1er avril au 30 juin 1892.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	15	16	3	34
2e	6	17	4	27
3e	25	44	10	79
4e	45	45	23	113
5e	25	42	15	82
6e	21	25	5	51
7e	15	29	5	49
8e	7	8	1	16
9e	14	23	6	43
10e	37	50	19	106
11e	61	129	59	249
12e	27	63	14	104
13e	59	82	52	193
14e	42	69	39	150
15e	41	85	37	163
16e	16	20	8	44
17e	51	50	20	121
18e	82	123	78	283
19e	79	103	46	228
20e	110	156	98	364
	778	1179	542	2499

La moyenne des visites par nuit est de 27,87. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 22,80.

Les hommes entrent dans la proportion de 31,1 p. 100.
Les femmes — — 47,1 —
Les enfants au-dessous de trois ans 21,7 —

Visites du deuxième trime de 1891 . . . . . 2 060
Visites du deuxième trimestre de 1892. . . . 2 499

Différence en plus. 434

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites	210
Croup	50
Coqueluche	10
Otite	2
Ophthalmie	1
B. Asthme	57
Affections du cœur	97
Bronchites aiguës et chroniques	171
Pleuro-pneumonie	120
Congestion pulmonaire	40
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	178
Cholérine	95
Choléra nostras	1
Dysenterie	5
Athrepsie	86
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	74
Hernie étranglée	34
Rétention d'urine	22
Orchite	6
Chute du rectum	3
D. Métrite, métro-péritonite	87
Métrorrhagie	42
Fausse couche	41
Accouchement, délivrance	150
Accouchements non terminés	24
E. Affections cérébrales	91
Convulsions, éclampsies	88
Névralgie	37
Névroses	95
Epilepsie	26
Aliénation mentale	7
Alcoolisme, delirium tremens	23
F. Rhumatisme	38
Affections éruptives	126
Fièvre intermittente	3
Fièvre typhoïde	30
Hémorrhagies de causes internes et externes	93
G. Plaies, contusions	115
Fractures, luxations, entorses	29
Brûlures	3
Empoisonnements	13
Asphyxie par le charbon	6
— par submersion	1
Suicide	5
H. Mort à l'arrivée du médecin	64
Total	2499

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

245. M. LAVOCAT. Étude clinique des tumeurs malignes du grand épiploon. — 246. M. MEUSNIER. Hémoptysies chez les enfants. — 247. M. PINATEL. Emphysème traumatique compliquant les fractures des côtes. — 248. M. BOUGAU. Du rôle du staphylocoque dans la pathogénie de l'anthrax et de ses complications. De la destruction de l'anthrax par les flèches caustiques au chlorure de zinc, suivant le procédé de M. Polaillon, opposée aux autres méthodes de traitement. — 249. M. PECHAUD. Contribution à l'étude d'une des variétés cliniques de l'adénite cervicale tuberculeuse. — 250. M. JACQUES. De l'état séborrhéique de la peau et de ses rapports avec les dermatoses, notamment avec l'acné. Étude de pathogénie et de traitement. — 251. M. TETAU. Influence du traitement rhino-pharyngien dans la conjonctivite printanière. — 252. M. MOURLOT. Des variations de poids chez les nouveau-nés nourris par leurs mères, pendant les dix premiers jours. — 253. M. RANCUREL. Considérations sur la choroïdite métastatique puerpérale. — 254. M. DELBECQUE. De la restauration de l'urèthre chez la femme. — 255. M. AUDRAIN. Contribution à l'étude de la tricophytie tonsurante. — 256. M. CHAUMONT. Du bromisme. — 257. M. AUBER. La cocaïne en chirurgie. — 258. M. DE VOMECOURT. Contribution à l'étude du rôle des micro-organismes dans les otites moyennes purulentes et leurs complications mastoïdiennes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 10 août 1892, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur du service de santé. — M. le médecin en chef Merlin.

Au grade de médecin en chef. — MM. les médecins principaux Hyades, Vincent et Rieusset.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Cantellauve, Maget, Le Texier, Léo, Miquel et Coquiard.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe, Crozat, Le Denmat, Durand, Layet, Branellec et Vinas.

Au grade de pharmacien en chef. — M. le pharmacien principal Billaudeau.

Au grade de pharmacien principal. — M. pharmacien de première classe Lalande.

Au grade de pharmacien de première classe. — M. le pharmacien de deuxième classe Vignali.

— Par décret en date du 8 août 1892, M. Calmette, médecin de première classe des colonies, est nommé officier d'Académie.

— Par arrêté, en date du 20 juillet 1892, M. le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts vient de nommer M. Ch. Delalain, dentiste des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, au poste de dentiste suppléant du théâtre national de l'Opéra.

— *Hospices civils de Marseille.* — Un concours pour deux places de chefs-internes pour l'Hôtel-Dieu et l'hôpital de la Conception sera ouvert, le lundi 12 décembre 1892, à trois heures, à l'Hôtel-Dieu. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'administration des hospices.

— Une médaille d'or a été décernée à M. Jouano, médecin-major de deuxième classe, pour récompense du dévouement dont il a fait preuve à l'occasion d'une épidémie de diphthérie qui a sévi dans les salles militaires de l'hospice mixte de Tours.

— Une médaille d'honneur en argent a été décernée à M. Gérard père, médecin à Montcornet, en récompense du zèle et du dévouement dont il a fait preuve au cours d'épidémies de variole et de diphthérie qui ont sévi à différentes reprises dans la commune de Montcornet.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 95. — SAMEDI 20 AOUT 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 20 AOUT 1892. — N° 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les nouveaux traitements des peladiques.

Par M. le docteur Paul RAYMOND,
Ancien interne des hôpitaux.

I

On a beaucoup parlé, dans ces derniers temps, de traitements de la pelade que l'on donnait comme à peu près infaillibles; on a proposé plusieurs méthodes qui guériraient sûrement et rapidement les peladiques. A vrai dire, en les voyant si nombreuses, on ne peut se défendre d'un certain scepticisme et l'on se demande si ce qui est vrai pour une foule de maladies ne l'est pas aussi pour la pelade, si ce grand nombre de médications n'est pas précisément une preuve de leur impuissance. Que se passe-t-il en effet ? Une méthode réussit : aussitôt les résultats sont publiés; des contre-expériences sont instituées et voilà que des échecs surviennent et que, somme toute, la nouvelle méthode ne vaut ni plus ni moins que ses devancières. A qui la faute ? Il est certain que l'inventeur de la méthode a été de la meilleure foi du monde ; d'autre part, le praticien qui l'a expérimentée, a fait ses recherches en toute conscience, sans parti pris, et pourtant les résultats sont tout à fait différents. Cela tient à ce que les conditions d'expérimentation ont changé, à ce que les cas ne sont plus comparables, à ce que la série de l'un n'est plus la série de l'autre. Souvent, on s'est laissé entraîner : une méthode a réussi dans trois ou quatre cas et aussitôt on généralise; on s'imagine que le procédé doit réussir partout et toujours et les événements ne tardent pas à montrer ce que tous ces beaux raisonnements ont de fragile. Nos maîtres savaient aussi bien que nous qu'il est des pelades très faciles à guérir et certains d'entre eux ont même soutenu, avec assez de raison d'ailleurs, que ces pelades guérissaient toutes seules, mais ils savaient aussi qu'il est des pelades qui résistent à tous nos efforts thérapeutiques. Si, donc, tel expérimentateur s'adresse aux premières et tel autre aux secondes, il est facile de comprendre pourquoi les résultats différeront complètement, pourquoi il n'y aura, pour les premières, que des guérisons, que des revers pour les secondes. Il en est de même pour la durée de la maladie. Il y a des conditions qui font que telle pelade guérit fort bien et très vite avec ou sans le secours du médecin, de même qu'il existe des pelades dont la thérapeutique la plus variée et la mieux entendue ne peut venir à bout. Ce sont ces conditions sur lesquelles on n'insiste pas assez, qui ne sont pas assez connues, de sorte que l'on est porté à identifier toutes les pelades, alors qu'on serait plutôt en droit de soutenir, qu'au point de vue thérapeutique, sur dix pelades, il n'y en a pas deux qui soient comparables. C'est ainsi, par exemple, que si l'on prend une pelade circonscrite, de la partie antérieure de la tête, constituée par une plaque unique et datant de quelques jours, on peut être à peu près sûr de la guérir en quelques semaines, je dirais même en quelques jours et cela, quel que soit le traitement ; mais si l'on prend ensuite une pelade généralisée, datant de plusieurs mois, on sera tout surpris d'échouer et d'employer en vain les traitements sur lesquels on comptait le plus, ceux dont on avait publié les excellents résultats. C'est donc parce qu'on n'expérimente pas dans les mêmes conditions, que l'on n'obtient pas les mêmes résultats, c'est parce que l'on ne connaît pas assez les conditions qui régissent la guérison de la pelade, que les faits ne viennent pas, en général, confirmer les espérances que l'on avait conçues.

Je me propose d'examiner ici quelques-unes des médications qui ont été préconisées dans ces derniers temps, de signaler les résultats que j'en ai obtenus et surtout d'exposer les conditions qui font que telle pelade guérit vite, que telle autre résiste à tous nos traitements, qui font, par suite, que tel praticien peut réussir toujours et tel autre échouer, alors même que tous deux se serviront d'un même procédé, employé d'une façon et avec des soins identiques.

J'examinerai enfin quels doivent être, à mon sens, les desiderata de la thérapeutique de la pelade et comment il ne me paraît pas exact de soutenir qu'il n'y a qu'à faire repousser les cheveux pour guérir un peladique. Tous ceux qui ont soigné un grand nombre de pelades savent que ce n'est là qu'une partie de la tâche, la plus facile même, *dans la plupart des cas ;* ils savent aussi que ce qu'il y a de plus décourageant dans le traitement de la pelade, c'est de voir retomber, après quelques semaines, les cheveux dont on venait d'obtenir la repousse et surtout de voir revenir

un malade, pendant des mois et des années, avec des plaques qui apparaissent dès que les autres sont guéries.

Les nouveaux traitements proposés se ressentent, comme leurs anciens, des idées que se font leurs auteurs de la nature de la pelade. Suivant qu'on l'envisage comme une maladie parasitaire ou comme un trouble d'innervation, comme une trophonévrose, la thérapeutique varie. Il est néanmoins un terrain sur lequel les partis se rencontrent, c'est celui de l'excitation des plaques de pelade et, pour ma part, je n'en suis pas surpris, car les faits montrent que c'est bien plutôt en tant qu'irritants qu'agissent les antiseptiques que l'on emploie dans le but de combattre des micro-organismes que l'on ne connaît même pas, de même que c'est par excitation qu'agissent les procédés électriques ou autres qui ont la prétention de combattre une névrose, un trouble trophique dont l'essence échappe à ceux mêmes qui la soutiennent avec le plus d'ardeur.

On a repris, dans ces derniers temps, en modifiant plus ou moins les formules autrefois employées, différentes substances qui agissent comme parasiticides ou comme modificatrices du système nerveux. La résorcine, la chrysarobine, l'oléate de mercure, la térébenthine, le turbith, le soufre, la pilocarpine, etc. ont donné des succès : je ne crois pourtant pas devoir insister sur leur emploi, car nous sommes fixés sur la valeur de la plupart de ces substances et, depuis longtemps déjà, l'expérience a prononcé. Il se peut, cependant, qu'une nouvelle façon de grouper ou d'employer ces substances, constitue une nouvelle médication qui donnera des résultats supérieurs encore à ceux jusqu'ici obtenus. C'est pour cette raison que tous ces médicaments sont à retenir.

II

En 1890, l'Académie de médecine avait proposé, pour les prix, la question des pelades. M. le docteur Germaix, qui obtint une récompense, relatait les bons effets qu'il avait obtenus du traitement suivant : Une épilation périphérique est tout d'abord prescrite; tous les matins, on fait une lotion savonneuse suivie d'une lotion au sublimé à 1/300 ou même à 1/100 les quinze premiers jours, s'il s'agit d'une pelade décalvante. Le soir, nouvelle lotion savonneuse suivie d'une onction avec la pommade de M. Hardy : camphre 1 gramme, turbith minéral 2 grammes, vaseline 30 grammes. La tête est ensuite recouverte d'un bonnet imperméable. D'après l'auteur, l'extension des plaques de pelade aurait été arrêtée en huit jours, mais la guérison ne serait guère survenue qu'après trois et quatre mois ce qui, ainsi que le rappelait le rapporteur de l'Académie, M. E. Vidal, rapprochait cette statistique des statistiques antérieures, sans que la nouvelle méthode fût, à cet égard, plus avantageuse. En outre, quelques expériences, entreprises dans le service de M. Vidal, ont montré que l'on n'arrêtait pas toujours l'extension de la plaque, ainsi que le disait M. Germaix. Les simples applications de bichlorure de mercure paraissent donc insuffisantes : quant aux résultats signalés par M. Germaix, il est nécessaire que de nouvelles recherches soient entreprises à cet égard.

M. le docteur Chatelain a proposé les applications de collodion iodé à 1/30 (1). Après un lavage au sublimé des parties atteintes, il applique une couche de collodion médicamenteux : lorsque celle-ci tombe au bout de quelques jours, il en applique une nouvelle. M. Chatelain a publié plusieurs observations, dans lesquelles il aurait obtenu la guérison en un temps très court. J'avoue, qu'ayant expérimenté ce traitement, je ne suis pas arrivé aux mêmes résultats. Je l'employais sur une plaque, traitant la plaque voisine, par exemple, avec le vésicatoire liquide; or la repousse se montrait sur cette dernière, alors que la première était encore glabre et cela après deux mois et demi, trois mois. Je signale, en passant, un inconvénient de ce traitement chez les femmes : les cheveux voisins s'agglutinent sous le collodion et plusieurs malades sont venues se plaindre de ce fait : il faut dire qu'elles se traitaient elles-mêmes et que cet incident ne se serait peut-être pas produit, si les applications avaient été faites par un médecin. N'ayant pas observé les heureux résultats signalés par M. Chatelain, en suivant d'autres malades ainsi traités à l'hôpital Saint-Louis (mais non plus par moi), je relus les observations de M. Chatelain et elles me parurent alors moins convaincantes. Je ne puis les discuter ici, mais il s'agit de malades déjà traités, ou bien pris tout à fait au début de l'affection. Il est des observations où le duvet de repousse se serait montré après quatre et même deux applications. L'action du traitement n'apparaît pas bien nettement. Le procédé de M. Chatelain se rapproche de celui de Taylor qui a expérimenté le collodion cantharidé.

Les préparations phéniquées sont assez employées en Amérique et Duhring a proposé différentes formules de lotions ou de pommades phéniquées. Récemment (1), L. Bulkley a recommandé le procédé suivant : avec un tampon d'ouate imbibée d'une solution phéniquée à 95 p. 100, on fait une friction énergique de quelques secondes de durée. Lorsque l'affection est étendue, on se borne à traiter ainsi, à chaque séance, environ 3 à 4 centimètres carrés : les autres parties malades sont traitées successivement à des intervalles de quelques jours. Ces applications sont un peu douloureuses et elles déterminent une forte révulsion allant même jusqu'à la vésication. La réaction inflammatoire se montre un jour ou deux après l'application médicamenteuse et, au bout de huit à dix jours, l'épiderme tombe en laissant, après lui, une surface rouge. Chez beaucoup de malades, une seule application d'acide phénique suffirait pour faire apparaître, sur les plaques de calvitie, au bout de deux à trois semaines, un duvet : d'autres fois, il faut répéter l'application phéniquée après un intervalle de deux à trois semaines pour voir survenir la repousse. Des essais comparatifs de traitement, institués par Bulkley, sur un même malade, ont montré que, dans la pelade, les cheveux repoussent mieux et plus vite sous l'influence de l'acide phénique que de tous les autres médicaments.

J'ai pour ma part expérimenté l'acide phénique en solution à 1/80, en injections interstitielles au niveau de la plaque de pelade. Ces injections ne sont pas douloureuses, mais elles sont en tout comparables aux injections de bichlorure de mercure.

Parmi les procédés basés sur l'hypothèse de la nature parasitaire de la pelade, il faut encore citer celui de Lassar (de Berlin). Voici en quoi il consiste. On fait un savonnage sur toute la tête, avec du savon de goudron, puis on assèche. On frictionne ensuite avec la solution suivante : bichlorure de mercure 50 centigrammes, glycérine

(1) CHATELAIN. *Journ. des mal. cut.*, 1890, p. 221, et 1891, p. 605.

(1) BULKLEY. *Semaine méd.*, 1892, annexes 42.

et eau de Cologne *ââ* 50 grammes, eau 150 grammes; on sèche ensuite avec de l'alcool absolu contenant 50 centigrammes de naphtol et on termine par une onction avec le mélange suivant : acide salicylique 1 gramme, teinture de benjoin 2 grammes, huile d'olives 50 grammes. Dans son travail publié dans le *Therapeutische Monatshefte*, en 1889, Lassar a fait représenter trois cas de pelade ainsi traitée : il a depuis, et tout récemment encore (1), appelé l'attention sur les résultats qu'il obtenait avec cette méthode. Il est certain que les soins continus et la variété des substances à la fois antiseptiques et excitantes qui sont employées doivent avoir, sur la pelade, une heureuse influence et l'on ne peut que souhaiter de voir l'auteur nous apporter une statistique complète et détaillée de tous les cas ainsi traités, de façon à pouvoir juger sa méthode en toute connaissance de cause et non plus sur quelques cas isolés.

M. le docteur Busquet, ayant constaté que les essences exercent une action énergique sur le développement des microphytes, a proposé, tout récemment (2), de traiter la pelade par une solution éthérée d'essence de cannelle de Chine à 10 p. 30. Des cas rebelles à tout autre traitement, dit-il, et datant de un à quatre ans, ont parfaitement et vite guéri. Il prescrit un badigeonnage par jour avec un pinceau de coton, en recommandant de le brûler apres l'application du médicament, de façon à éviter le danger de la dissémination par les objets de pansement. M. Busquet fait couper les cheveux aussi près que possible du cuir chevelu et défend les lotions savonneuses ou autres, afin d'éviter toute humidité. Il recommande de fréquentes désinfections des coiffures avec une solution concentrée d'acide phénique. La durée moyenne du traitement, dit M. Busquet, est de trois à cinq semaines. Je crois qu'il faut entendre par ces termes l'époque d'apparition des follets de repousse. M. Busquet cite cependant un cas dans lequel il parle de guérison complète en vingt jours. J'ai essayé, dans plusieurs cas, le traitement de M. Busquet et j'en ai, en effet, obtenu de bons résultats. C'est généralement vers le trentième ou le quarantième jour que les cheveux repoussent, si bien qu'après deux mois de traitement, on peut considérer la plaque comme guérie. Mais j'estime qu'il est prudent d'ajouter à ce traitement des lotions antiseptiques sur tout le cuir chevelu bien que je n'aie pas encore observé de récidives.

De cette méthode, on peut rapprocher celle de M. le professeur Vaillard, qui consiste en frictions avec l'essence de térébenthine.

M. le docteur Moty (du Val-de-Grâce) a eu l'idée de porter, au sein même des tissus, une solution antiseptique et il préconise les injections interstitielles de sublimé à 1 p. 400 avec 2 grammes de cocaïne, dans la plaque de pelade (3). Ces injections sont intra-dermiques. M. Moty n'injecte que cinq ou six gouttes par plaque de façon à ne pas produire une distension trop douloureuse; à chaque séance plusieurs plaques sont ainsi traitées; les séances sont répétées tous les quatre jours. M. Moty faisait remarquer que la repousse survenait plus rapidement qu'avec les autres méthodes et il regardait ce traitement comme indiqué, lorsqu'on veut gagner du temps ou lorsque la dénudation progresse malgré l'emploi de méthodes moins agressives.

(1) Soc. de méd. de Berlin, 4 nov. 1891.
(2) BUSQUET. *Ann. de dermat.*, 1892, p. 269.
(3) MOTY. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1891, p. 255 et 421.

M. Barthélemy après avoir, dans un cas, expérimenté la méthode avec bénéfice, la considérait comme un procédé d'exception applicable surtout aux cas de pelade étendue et tenace, puisque, disait-il, les autres cas guérissent assez rapidement par des moyens plus simples. J'ai pour ma part expérimenté cette méthode à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de mon maître M. Quinquaud, et voici les résultats auxquels je suis arrivé (1). Cette méthode a ses avantages et ses inconvénients. Elle est bien tolérée et ne cause pas d'accidents, mais elle est difficilement applicable aux enfants qui redoutent les piqûres multiples. Celles-ci sont, en effet, assez douloureuses, surtout lorsque la plaque siège à la partie postérieure de la tête. A la partie antérieure, au contraire, c'est la simple piqûre de toute injection, non douloureuse mais ennuyeuse, puisqu'elle est répétée de vingt à cinquante fois par séance suivant les cas. Après l'injection, il survient une sensation de chaleur, de brûlure même, et parfois des élancements, une véritable douleur qui peuvent empêcher le malade de se livrer à ses occupations.

Il est donc prudent de ne pas injecter plus de 40 gouttes de la solution par séance. J'ai remarqué que les douleurs étaient plus accusées lorsque la solution était récente, et je me demande si cette atténuation de la douleur, lorsqu'on se sert d'une solution un peu ancienne, ne tient pas à la précipitation du sel de mercure par l'alcaloïde cocaïne comme cela se produit, lorsqu'on mélange un alcaloïde avec une solution mercurique. La dose de sublimé injectée serait alors moindre qu'on ne le supposerait. Les cheveux commençaient à repousser à la septième séance, c'est-à-dire après six semaines de traitement environ, les injections étant hebdomadaires, mais ce n'était alors que l'apparition du duvet saisie à sa première heure et jamais je n'ai pu considérer un malade comme guéri avant la quinzième ou la seizième injection, soit avant trois mois et demi ou quatre mois de traitement. Or, ces résultats sont, depuis longtemps, obtenus avec d'autres méthodes, celle des vésications liquides de mon maître M. Vidal, par exemple. Un avantage du traitement Moty est que les cheveux peuvent repousser avec leur coloration naturelle et qu'ils tiennent souvent fort bien : il n'y a donc pas lieu de les couper comme dans d'autres méthodes, ce qui est toujours une perte de temps. Les grands inconvénients du traitement Moty sont qu'il n'empêche pas l'extension d'une plaque et qu'il ne s'oppose pas aux récidives. J'ai vu plusieurs fois de nouvelles plaques apparaître pendant le traitement même, au grand désespoir des malades et à la confusion de leur médecin. Je ne puis donc considérer cette méthode comme supérieure aux autres : ses inconvénients m'autorisent à la réserver pour les cas de pelade très étendue, diffuse, ancienne, ayant résisté aux autres traitements, pour les cas difficiles en un mot et cela, encore une fois, non pas parce qu'elle est supérieure aux autres traitements, mais parce qu'il faut tenter une nouvelle médication et qu'il est incontestable que les injections de sublimé ont une action sur la repousse des cheveux. Dans les pelades en aires, nous avons des médications qui valent mieux : réservons donc le traitement Moty pour les cas bien spéciaux. Pour prendre un exemple, s'il s'agit d'une pelade généralisée, on ne pourra songer à la médication par les vésicatoires en raison des applications répétées qu'il faudrait faire puisqu'il n'est pas prudent de dépasser une certaine limite

(1) P. RAYMOND. *Idem*, juillet 1892.

de vésication. Dans ce cas, la méthode de M. Moty pourra être employée avec avantage : la surface malade, ainsi actionnée, est bien plus considérable et les séances pourront être répétées bien plus fréquemment. De même s'il s'agit d'une pelade ayant résisté à plusieurs traitements, la médication Moty pourra peut être enlever la guérison, si je puis ainsi parler. Ce que j'en veux dire, en résumé, c'est qu'elle est efficace, mais qu'elle ne me paraît pourtant pas devoir être employée d'une façon courante. Avant de terminer ce que j'ai à dire du traitement de M. Moty, je signalerai un fait dont je ne veux tirer aucune conclusion parce qu'il est isolé, mais qui me paraît avoir de l'intérêt. Je me suis demandé si le sublimé était nécessaire et s'il agissait comme le croit l'auteur. Je l'ai donc remplacé dans un cas par des injections intra-dermiques d'eau distillée et j'ai obtenu la repousse des cheveux. A quelle époque? Précisément à la septième injection, ainsi que cela se voit, le plus souvent, je l'ai dit, lorsqu'on emploie les injections de sublimé. Je ne fais que signaler ce résultat et je me garde bien d'en tirer aucune conclusion : ce que je puis dire, c'est qu'il s'agissait de cas comparables.

J'ai moi-même expérimenté un mode de traitement basé sur cette double conception qu'il faut, dans la pelade, agir par révulsion et par antisepsie. Les résultats que j'ai obtenus en traitant ainsi, pendant l'année scolaire 1891-1892, à l'hôpital Saint-Louis, les malades qui se présentaient à la consultation de mon excellent maître M. le docteur Quinquaud, ont été si encourageants que je n'ai pas hésité à les soumettre à l'appréciation des membres de la Société de dermatologie (1). Ainsi que je l'ai fait remarquer, elle est nouvelle et personnelle, non pas par l'emploi des différentes substances que je recommande, car il n'en est précisément qu'une seule qui n'ait jamais été employée dans le traitement de la pelade, mais bien plutôt par la façon dont ces substances sont groupées et surtout appliquées, par le *modus agendi* en un mot. Or, personne n'ignore de quelle importance est, en médecine et en dermatologie principalement, le manuel opératoire : ce fait peut expliquer comment il m'a été permis d'obtenir avec ce traitement des résultats que l'on n'avait pas jusqu'à présent obtenus, bien que l'on se servit, encore une fois, de ces mêmes substances, mais différemment appliquées. J'ai employé des substances qui avaient été depuis plus ou moins longtemps essayées par mes maîtres de l'hôpital Saint-Louis, par MM. Lailler et E. Besnier notamment. J'ai suivi, en outre, les recommandations faites par M. Besnier parce qu'elles ont, à mon avis, une importance majeure et je suis arrivé à employer et à recommander le traitement que voici :

1° Je fais raser le pourtour des plaques dans une étendue de 1 à 2 centimètres et je fais tenir tous les cheveux courts. Je crois, en effet, avec MM. Lailler et Besnier, qu'il est de bonne pratique d'éliminer les cheveux de la périphérie des plaques. Ce sont des cheveux malades, qui doivent tomber : dans l'hypothèse de la nature parasitaire de la pelade, c'est se débarrasser *ipso facto* d'un ennemi et j'ai remarqué, en outre, que l'extension de la plaque s'arrête beaucoup plus facilement que lorsqu'on laisse en place ces cheveux de bordure. Qu'on rase donc ces cheveux ou qu'on les épile suivant la recommandation de M. Besnier, peu m'importe; si je les fais raser, c'est que cette pratique est plus commode. Ainsi que je viens de le dire, j'ai observé à différentes reprises que, lorsqu'on ne se débarrasse pas de ces cheveux de la périphérie des plaques, l'extension de la lésion se fait souvent pendant plusieurs semaines sans qu'on puisse l'arrêter, tandis qu'il est bien rare de voir une plaque s'étendre, lorsqu'on a sacrifié sans hésiter une bordure de cheveux en ne s'arrêtant qu'aux cheveux qui tiennent bien. Cette zone saine ne sera pas envahie, tandis qu'elle pourra l'être par le fait seul des progrès de la maladie, si l'on temporise. Je fais tenir tous les cheveux courts pour deux raisons; la première, c'est que je prescris des frictions générales pour m'opposer à l'apparition de nouvelles plaques et qu'il est bien plus facile d'agir sur des germes mis à découvert que lorsqu'ils sont cachés sous une chevelure luxuriante; la deuxième, c'est que j'ai remarqué que, dans la pelade, il y a souvent, en dehors des plaques, une chute plus ou moins abondante et généralisée des cheveux. J'ai été amené à cette remarque par l'affirmation de plusieurs femmes atteintes de pelade et qui se plaignaient de perdre leurs cheveux, alors que je ne trouvais d'autres plaques que celles que je soignais. Chez un de mes malades, j'ai pu ainsi constater sur la partie postérieure de la tête, une sorte d'alopécie en clairière et, cependant, il n'y avait qu'une plaque de pelade au vertex qui guérit d'ailleurs fort bien (1).

2° Dans la même pensée d'antisepsie, je fais pratiquer, deux fois par semaine, un savonnage avec un savon antiseptique. Je m'étais d'abord servi d'un savon au naphtol boriqué que j'ai trouvé irritant et je me sers plus volontiers d'un savon phéniqué.

3° Une friction est faite chaque matin sur toute la tête avec la solution suivante :

Bichlorure de mercure. . .	0,50 centigrammes.
Teinture de cantharides . .	25 grammes.
Baume de Fioraventi. . . .	50 —
Eau de Cologne	150 —

Les plaques de pelade sont, en outre, frottées pendant une minute ou deux avec la même solution, en se servant d'un pinceau un peu rude. J'insiste sur cette dernière pratique : la friction générale faite avec la main n'est pas, en effet, assez vigoureuse et il est nécessaire d'agir sur les plaques d'une façon beaucoup plus active ,soit qu'on pense les influencer par la révulsion ou par l'antisepsie. Cette pratique m'a été inspirée par les résultats qu'ont obtenus, dans le traitement de la pelade, quelques dermatologistes, américains notamment, et cela avec des substances et des procédés différents, mais dans lesquels une friction avec une brosse dure est un caractère commun. Je conseille donc, pour ce faire, une friction avec une brosse de peintre, arrondie et rude. Ces substances ne sont, on le voit, nullement nouvelles; on peut même dire qu'elles ont été de tout temps employées dans le traitement de la pelade : j'insiste, cependant, sur la façon de les combiner et surtout de s'en servir. Il m'a paru, en effet, qu'il y avait intérêt dans la pelade à varier les médicaments employés : il y a longtemps, d'ailleurs, que l'on sait que, lorsqu'une médication est employée depuis un certain temps, elle s'use et peut très bien ne plus agir, alors qu'une autre médication, souvent moins active, donne une sorte de coup de fouet et produit en quelques jours la repousse des cheveux.

(1) P. Raymond. Loc. cit.

(1) Je trouve signalés, dans la communication de M. Morel-Lavallée (loc. cit.), des faits semblables à ceux que j'ai observés.

4° Le soir, les plaques sont frottées, en dépassant les bords, avec une brosse rude imprégnée du mélange suivant :

Acide salicylique	2	grammes.
Naphtol β	10	—
Acide acétique cristallisable	15	—
Huile de ricin	100	—

Dans ce mélange, comme dans le précédent, les substances antiseptiques sont unies aux substances irritantes et si je le conseille au lieu de prescrire celui du matin, c'est parce qu'il est avantageux, comme je viens de le dire, de varier les médicaments, et aussi parce que l'huile reste en contact plus immédiat, avec la plaque, que la solution du matin. Je crois, en effet, que, dans le traitement de la pelade, l'action du médicament doit être, autant que possible, continue. Je n'ignore pas que l'on guérit les peladiques, avec le visicatoire liquide, par exemple, en ne répétant le traitement que tous les huit jours, mais je pense que, dans les résultats que j'ai obtenus, il faut faire une part à ce traitement pratiqué deux fois par jour. Comme celle du matin, cette seconde friction doit être énergique, mais il peut arriver que les malades entrent trop bien dans leur rôle, frottent trop vigoureusement et déterminent ainsi la chute de l'épiderme, c'est-à-dire, le traitement étant continué, de petites érosions inflammatoires. Si, donc, on voit apparaître quelques petites éraillures, quelques petits « boutons », on arrête le traitement deux ou trois jours.

5° Lorsque je peux croire à la nature parasitaire de la plaque que je traite, lorsque je puis craindre la contagion, je recommande d'appliquer sur la plaque, pendant le jour, des rondelles de l'emplâtre rouge de mon maître M. Vidal ; mais c'est là une mesure prophylactique et absolument contingente.

Ainsi que je le faisais remarquer à la Société de dermatogie, ce traitement a un avantage, dont l'importance n'échappe pas aux malades, celui de leur permettre de se soigner eux-mêmes. Cet avantage, ils le trouvent encore dans le traitement de M. Busquet par la teinture de cannelle. Je reconnais même que ce dernier coûte moins cher que celui que je propose ; c'est là un point dont il faut tenir compte, lorsqu'on s'adresse à des malades qui viennent aux consultations des hôpitaux. Cela étant, quels ont été les résultats obtenus? Ne parlons pour le moment que des pelades en aires, circonscrites, de ces pelades que j'appelle bénignes parce qu'elles tendent à se localiser, parce que la chute des cheveux s'arrête en général spontanément, parce qu'elles guérissent souvent d'elles-mêmes et sans traitement : je les oppose aux pelades dites décalvantes, qui tendent au contraire à se généraliser, à envahir d'autres régions que le cuir chevelu, qui résistent à tous les traitements et qui guérissent après des mois, voire même des années, lorsqu'on s'y attend le moins, qui guérissent... lorsqu'elles le veulent bien. Dans les pelades que j'ai ainsi traitées, j'ai toujours vu la repousse des cheveux se montrer dans le premier mois du traitement : dans un cas cependant, cette repousse s'est fait attendre cinquante jours. La guérison était notée définitive du quarante-cinquième au soixantième jour. Une explication à ce sujet : on pourrait soutenir, à la rigueur, que la pelade est guérie dès que les cheveux repoussent, et cela avec d'autant plus de raison que souvent j'ai vu des cheveux repousser avec leur couleur normale et une adhérence parfaite. Il n'y avait donc plus qu'à attendre que les cheveux de repousse aient atteint la longueur des cheveux sains du voisinage, qu'ils aient poussé, en d'autres termes, d'un centimètre par mois comme c'est la règle. Il me semble néanmoins qu'il est préférable d'indiquer, dans une observation, la date de la repousse, puis la date du jour où l'on considère le malade comme tout à fait guéri de sa pelade, la date du jour où on lui signerait son exeat s'il était hospitalisé et où l'on ne reconnaîtrait plus, toute question de coloration des cheveux mise de côté, s'il a été atteint de pelade. J'insiste sur tous ces détails parce que j'ai observé des cas dans lesquels la repousse des cheveux a été bien plus rapide qu'elle ne l'est d'habitude, des cas dans lesquels ces cheveux atteignaient après un mois, deux et trois centimètres au lieu d'un, etc., etc. En outre, on a publié des observations où l'on parle de guérison après quinze jours de traitement ; il faut savoir ce dont il s'agit : si l'on parle de repousse, cela est parfaitement exact, mais si l'on veut dire qu'on ne pouvait plus distinguer la plaque de pelade, je demande à examiner ces malades. Ainsi donc, j'ai obtenu la repousse des cheveux en un mois et la guérison en deux mois, deux mois et demi. Je ne veux pas dire que toutes les pelades guériront ainsi ; je dis seulement que c'est ce que l'on voit habituellement, ce que l'on peut promettre au malade. Dans deux cas, j'ai vu survenir la repousse après quinze et quatorze jours de traitement, mais il s'agissait de pelades récentes, prises à leur début, et je suis persuadé qu'on eût obtenu ce résultat avec d'autres traitements. Je reviendrai d'ailleurs sur ces faits et sur d'autres considérations encore, sur lesquelles il est de toute nécessité de s'entendre lorsqu'on parle de traitement de la pelade. Il est inutile de dire que je me suis mis à l'abri des causes d'erreur sur lesquelles j'insisterai, que je n'ai traité de cette façon que des pelades qui n'avaient jamais été soignées, et que je ne donne pas ce traitement comme une panacée, ni même comme supérieur à plusieurs de ceux que j'examine dans cette Revue : je le donne seulement comme abrégeant notablement la durée du traitement des pelades en aires, comme produisant de bons résultats, comme étant à la fois facile et actif. Il est une chose à laquelle on ne songe pas assez lorsqu'on traite un peladique, c'est à la fréquence extrême des rechutes et des récidives. Il n'est pas, somme toute, bien difficile de faire repousser des cheveux sur une plaque de pelade et souvent même, la nature s'en charge, mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'empêcher de nouvelles plaques de se produire, de faire en sorte que le malade, une fois guéri, ne revienne, après quelques semaines ou quelques mois, porteur de nouvelles plaques. C'est dans ce but que j'ai tant insisté sur les antiseptiques et jusqu'ici je n'ai pas observé de récidives : j'espère que le temps ne me contredira pas. J'ai recommandé à tous mes malades de tenir leurs cheveux courts et de faire des frictions antiseptiques pendant un an au moins, après leur guérison.

Arrivons aux pelades généralisées, décalvantes. J'ai essayé, dans un cas, le traitement dont je viens de parler et l'insuccès a été complet. Le malade s'est traité pendant sept mois et aucun cheveu n'a repoussé. C'est qu'en effet, ces pelades généralisées, décalvantes, sont extrêmement difficiles à guérir : elles sont aussi différentes, au point de vue thérapeutique, des pelades en aires qu'elles le sont en clinique, si bien que, s'il n'existait pas des cas dans lesquels une pelade décalvante provient, par contagion, d'une pelade en aires, on pourrait se demander si c'est bien la

même maladie. Quoi qu'il en soit, il faut savoir que tous les traitements que nous venons de passer en revue sont surtout dirigés contre la pelade en aires, et qu'ils peuvent échouer contre la pelade décalvante, sans qu'on soit en droit, pour cela, de les considérer comme défectueux. Pour ces pelades décalvantes, qui sont en général si rebelles, il y aura lieu de varier les procédés thérapeutiques, d'insister sur le traitement général et surtout d'appliquer la méthode de l'électrisation, car cette pelade semble être, le plus souvent, d'ordre trophonévrotique.

Je demande donc que l'on expérimente le traitement que je viens d'exposer, après en avoir obtenu d'excellents résultats : je crois d'ailleurs qu'on obtiendrait les mêmes effets avec d'autres substances médicamenteuses et je pense, avec M. Besnier, « que tout topique irritant, capable de déterminer une congestion légère du derme et une épidermite du type de la rubéfaction eczématique ou, au plus, de la vésication simple, peut être employé indifféremment » (1). Ce que je crois nécessaire, c'est d'agir sur la pelade d'une façon énergique et continue. La plaque doit être influencée à chaque moment par des agents qui réveillent la vitalité des bulbes pileux : les substances irritantes, pénétrant profondément au moyen de frictions ou d'un véhicule gras, répondent à ce but, mais je crois en outre qu'il faut leur associer des antiseptiques, non pas tant pour combattre directement un parasite que nous ne connaissons même pas, que pour protéger les parties saines du cuir chevelu et s'opposer, autant que possible, à l'apparition de nouvelles plaques. La formule que je donne répond peut-être à ce double but, mais je ne la tiens nullement pour spécifique et je suis convaincu que de nouvelles formules viendront encore s'ajouter à toutes celles que nous avons. Elles ne guériront pas plus sûrement et elles agiront de la même manière : leur seule supériorité sera peut-être d'amener la guérison en un temps plus court. C'est là un avantage, que l'on trouve notamment dans les formules que je propose : toutes ces substances étaient déjà connues de longue date et il semble pourtant que leur groupement donne des résultats plus favorables. J'insiste, il est vrai, en outre, sur la technique opératoire; mais je suis loin de donner ce traitement comme devant guérir tous les peladiques et j'indiquerai plus loin quels sont les cas favorables, quels sont les cas rebelles. Voici, en un mot, toute ma pensée : étant donné une pelade en aires, il faut la traiter aussitôt le diagnostic posé ; on peut instituer le premier traitement venu, à condition qu'il soit excitant et qu'il agisse d'une façon continue ; on cherche, en outre, à empêcher les récidives de se produire, et l'on peut compter sur une guérison rapide parce que telle est la règle dans l'exemple que je choisis.

Le traitement de la pelade par l'électrisation jouit, dans les pays allemands et en Amérique, d'une certaine réputation. Ce n'est pas, à la vérité, un traitement nouveau, mais il semble qu'après être tombé dans un demi-discrédit, il a repris, dans ces dernières années, une nouvelle vogue. Certains praticiens se servent de la faradisation, d'autres, des courants continus.

L'année dernière, Ehrmann, assistant du professeur Neumann, à Vienne, présentait, au collège médical de cette ville, un malade atteint depuis plus de trois ans d'une pelade qui avait résisté à plusieurs traitements. Ehrmann employa, pendant dix-huit mois, la faradisation locale de la façon suivante : le malade tenait une électrode dans une main; l'autre électrode, large de 10 centimètres, était appliquée sur le cuir chevelu. Elle était changée de place toutes les dix minutes. L'influence de l'électrisation est prouvée par ce fait que les cheveux ont repoussé sur les parties qui avaient été seules traitées et qui figuraient une croix. Ehrmann citait six autres cas de guérison. Blaschko (de Berlin) a communiqué, à la Société de médecine de cette ville, une observation semblable. La méthode était la même ; la seconde électrode, qui avait la forme d'un peigne, était promenée pendant cinq ou dix minutes sur le cuir chevelu. Les séances étaient quotidiennes. Je n'ai pas d'expérience personnelle de cette médication que j'avais voulu essayer sur deux malades atteints de pelade généralisée et nettement trophonévrotique, mais ces malades me quittèrent lorsque je les prévins que le traitement serait long. Il semble, en effet, logique de réserver cette méthode aux cas dont je viens de parler, mais il faut savoir que dans ces cas, même alors qu'ils durent depuis longtemps et qu'ils ont résisté à différents traitements, un traitement quelconque peut réveiller la vitalité des bulbes pileux et les cheveux repoussent. Je me demande même si, dans de tels faits, le traitement y est pour beaucoup : quoi qu'il en soit, il est très commun de voir les cheveux tomber à nouveau après quelque temps de guérison apparente. C'est ce fait que signalait Hans Hebra lors de la communication de Ehrmann. A la suite de ce traitement par l'électrisation, disait-il, les cheveux repoussent, mais cette guérison n'est que temporaire et ils tombent après quelque temps. Je crois qu'on peut dire des autres traitements ce que H. Hebra disait de l'électrisation. De telles formes sont extrêmement difficiles à guérir, plus difficiles encore à maintenir guéries. On peut dire que l'électrisation, pas plus que les autres traitements, ne met à l'abri des récidives. Or, si cette méthode n'est pas supérieure en ce point, elle n'est pas supérieure quant aux autres, car il n'est pas de médecin qui ne puisse citer des cas de guérison de pelade ancienne, rebelle, avec un traitement quelconque qui échoue pourtant dans d'autres cas. C'est pour cela que je me demande si la nature n'a pas fait autant que le médecin, si l'époque de la repousse spontanée n'était pas arrivée et si le médecin, l'aidant, n'aurait pas réussi avec tout traitement.

Schütz (de Francfort-sur-le-Mein) a employé les courants continus et il n'a eu qu'à s'en louer : il appliquait l'électrode positive à la nuque et une électrode négative de 5 centimètres de diamètre sur la plaque de pelade. Il faisait passer un courant de 4 milliampères, pendant cinq minutes sur chaque plaque. Il a cité des cas dans lesquels les parties des plaques, qui étaient seules électrisées, guérissaient en quelques mois, alors qu'il n'y avait aucune repousse sur les autres.

Il est, somme toute, assez difficile de se faire aujourd'hui une idée exacte de ce traitement par l'électrisation faradique ou galvanique. Tandis que les uns en obtiennent de bons résultats [aux noms précédents, on peut ajouter celui de Unna (de Hambourg), de Taylor]; d'autres l'ont employé en vain [E. Besnier, Robinson (de New-York)]. Le jugement doit donc être réservé, mais il ne faut pas oublier qu'on voit souvent des anciennes pelades marcher vers la guérison à partir du jour où on les traite, quel que soit le procédé employé, et qu'il est aussi de règle que

(1) Besnier. Trad. de Kaposi, 1891, t. II, p. 198.

les plaques traitées guérissent plus vite que les autres.

M. Morel-Lavallée vient d'appeler l'attention sur une méthode qu'il emploie depuis deux ou trois ans contre la pelade et qui lui a donné des résultats assez encourageants (1). Après un lavage antiseptique des régions dénudées, M. Morel-Lavallée y pratique une scarification légère et superficielle, puis il applique une couche de pommade qui doit rester au moins deux heures et mieux vingt-quatre heures. Cette opération est répétée tous les huit jours au moins ou tous les cinq jours au plus. « Les diverses substances antiseptiques ou irritantes, essayées par moi, dit M. Morel-Lavallée, n'ont pas encore suffisamment fait leurs preuves, pour que je me croie autorisé déjà à préconiser de préférence telle ou telle formule. » M. Morel-Lavallée n'a employé ce traitement que dans les pelades en aires, circonscrites, et il n'est pas ici question des pelades décalvantes. « Au bout de deux scarifications, soit de quinze jours, en tous cas après la troisième scarification, c'est-à-dire quand je revois le malade à la fin de la troisième semaine, dit M. Morel-Lavallée, au lieu de voir poindre sur la surface blanche le fin duvet incolore qui vient transitoirement précéder la pousse des cheveux, j'ai vu se produire ceci : l'aire peladique n'est plus ivoirine ; elle présente un piqueté noirâtre dû à la saillie des bulbes pileux devenus visibles; en outre, elle est traversée çà et là par des cheveux qui ont poussé avec leur couleur et leur aspect normaux. Ils sont d'ores et déjà colorés, réguliers et adhérents. Leur croissance est tellement rapide, qu'en huit jours d'intervalle, ils ont poussé et acquis une longueur variable pour chacun d'eux de 3 à 5 millimètres. »

Ce traitement permettrait donc la guérison rapide de la pelade, au moins pour certaines formes de la maladie, soit, par exemple, en trois ou six semaines au lieu de trois ou six mois. Quant au mode d'action de cette méthode, il est encore problématique. M. Morel-Lavallée ne pense pas que l'on puisse rapporter à la révulsion ou à l'antisepsie seules les heureux effets obtenus : l'action est pourtant bien locale, car d'autres plaques, laissées en expectation ou traitées par d'autres méthodes, ne présentent pas la rapidité de repousse de celles qui sont traitées par le procédé de M. Morel-Lavallée. Dans la discussion qui suivit cette communication, M. Moty fit part des recherches qu'il avait entreprises avec le même procédé, mais en s'en tenant aux scarifications. Quatre fois sur six il en avait obtenu des résultats satisfaisants. M. Feulard fit remarquer que le traitement de la pelade par les scarifications n'était pas nouveau, puisque Celse l'avait déjà signalé. Il faut reconnaître, à la vérité, que le procédé de M. Morel-Lavallée ne consiste pas seulement dans l'emploi des scarifications, mais bien dans l'emploi simultané de scarifications et de pommades au soufre, au chlorate de potasse, par exemple, qui, selon toute vraisemblance, jouent un rôle dans les résultats obtenus. Quoi qu'il en soit, le traitement de M. Morel-Lavallée demande à être expérimenté et les recherches actuelles de l'auteur, dans un service de l'hôpital Saint-Louis, ne tarderont pas à nous renseigner d'une façon plus complète sur ce que l'on peut espérer de cette méthode.

Je ne veux m'occuper ici que du traitement local de la pelade. Je crois, cependant, que le traitement général est indiqué dans certains cas : dans les pelades généralisées, décalvantes, dans les pelades trophonévrotiques qui succèdent à des commotions morales, à des troubles du système nerveux, dans les pelades héréditaires, le traitement général me paraît exercer une heureuse influence. Dans les pelades en aires, circonscrites, le traitement local suffit généralement. Je signalerai, cependant, une communication de M. Ferras (1), dans laquelle l'auteur insiste sur l'emploi des moyens généraux, bains toniques, excitants, et grandes douches révulsives à 40 ou 42 degrés, de quatre à cinq minutes de durée, ou si elles sont tolérées, douches écossaises avec jet froid final et d'une durée de une à deux minutes. M. Ferras a obtenu de bons résultats de la médication sulfurée et il signale particulièrement la douche pulvérisée très chaude comme un adjuvant puissant du traitement pharmaceutique. Il est donc permis de penser qu'indépendamment des cas où le traitement général est nécessaire, il en est d'autres où il ne peut qu'aider au traitement local et produire de bons effets. Il en serait ainsi du moins pour les douches sulfureuses que l'on pourrait employer dans les cas où la guérison se fait attendre. Bulkley recommande aussi, tout particulièrement, d'adjoindre le traitement général au traitement local stimulant (2).

(1) Morel-Lavallée. Soc. de dermat., 9 juin 1892.

(1) Ferras. Soc. de dermat., 23 avril 1892.

(2) Bulkley. *Med. Record*, 2 mars 1889.

III

On peut dire, en résumé, qu'au nombre des nouvelles méthodes proposées, il en est qui abrègent réellement la durée du traitement de la pelade. Nous savions que l'on pouvait, dans la plupart des cas, guérir une pelade en quatre ou cinq mois, mais avec quelques-unes des médications nouvelles, on peut espérer obtenir la guérison en moins de temps, soit en deux ou trois mois, par exemple, et, dans certains cas, en moins de temps encore. C'est qu'en effet, il faut s'entendre, lorsqu'on parle du traitement de la pelade, et c'est parce qu'on n'établit pas ces distinctions, que certains auteurs soutiennent qu'avec leur traitement ils guérissent la pelade en quelques jours, ce qui est faux, alors que d'autres soutiennent qu'avec ce traitement ils n'obtiennent aucune guérison, ce qui n'est pas plus exact. Dans le traitement de la pelade, comme dans une foule de questions médicales, les opinions sont souvent divergentes, parce qu'on n'a pas en vue les mêmes faits.

Voici donc un certain nombre de chefs sur lesquels je ne saurais trop appeler l'attention :

1° Il existe, au point de vue thérapeutique comme au point de vue clinique, au moins deux sortes de pelade, une pelade circonscrite, en aires, constituée par une ou plusieurs plaques plus ou moins arrondies, et une pelade diffuse généralisée, décalvante, s'étendant souvent aux sourcils, aux cils, à la barbe, à tous les poils du corps. Cette forme est le plus souvent très longue, très difficile à guérir, tandis que la forme en aires est bien plus facile à traiter avec succès. Dans cette dernière forme, en effet, après quelques semaines, la chute des cheveux s'arrête spontanément, sans qu'on sache pourquoi; la vitalité des bulbes pileux sommeille pendant quelques mois, puis vers le huitième mois environ, les cheveux tendent à repousser et cela, souvent, sans qu'on ait fait le moindre traitement. De nombreuses observations démontrent ce fait, d'où cette conclusion qu'il faut se garder de rapporter à un traitement l'honneur d'une repousse, lorsque le malade n'est mis en traitement que vers le huitième

mois de sa maladie, par exemple. (Il ne faudrait pourtant pas se baser sur ces faits pour ne pas traiter les peladiques, car une plaque de pelade peut durer huit mois, un an, sans guérir spontanément : une plaque étant donnée, il n'y a aucun caractère qui permette de dire en combien de temps, traitée ou non, elle guérira. La mise en traitement du malade, en même temps qu'elle abrège la durée de la maladie, permet dans une certaine mesure d'éviter l'auto-infection pour le malade, c'est-à-dire l'apparition de nouvelles plaques pendant ou après le traitement, ainsi que la contagion pour ceux qui l'entourent.) Nous devons donc exiger, de tous ceux qui nous apporteront de nouveaux traitements de la pelade, qu'ils nous disent s'ils ont eu affaire à une pelade en aires ou à une pelade décalvante, et si la pelade circonscrite était constituée par une ou plusieurs plaques, l'expérience ayant montré que la guérison s'obtient plus facilement encore dans le premier cas.

2° Nous devons savoir quel était l'âge des plaques de pelade mises en traitement. Nous venons de voir, en effet, que fort souvent la pelade guérissait spontanément vers le huitième mois (quelquefois aussi beaucoup plus tôt, si bien qu'il y a là une difficulté réelle d'appréciation du temps de guérison). Si donc on nous apporte des traitements qui ne guérissent qu'en sept mois, nous pouvons les considérer comme sans valeur, parce qu'on ne peut pas prouver qu'il ne s'agit pas d'une repousse spontanée. De même encore si le malade n'est mis en traitement que vers le septième mois de sa maladie ; il aura pu être guéri en un mois, ce cas n'en devra pas moins être tenu pour peu démonstratif, car rien ne prouve que cette guérison soit plutôt le fait du traitement que celui de la nature seule. J'ai vu des malades qui venaient se faire soigner de pelades datant de six, huit mois ; or, en regardant bien, à jour frisant notamment, on apercevait quelques follets de repousse ; on aurait fait, chez ces malades, le premier traitement venu, qu'ils auraient guéri en quinze jours et l'on aurait enregistré de tels cas comme des succès.

Je mets donc en garde contre cette cause d'erreur qui tient à l'âge de la pelade et je considère comme peu probants les cas dans lesquels le malade est mis en traitement et guéri aux environs du huitième mois, parce que dans ces cas la spontanéité de la repousse peut être invoquée.

3° Inversement, quand une pelade est prise dans le premier mois, et surtout dès les premiers jours, elle guérit presque nécessairement, en un temps très court, et cela quel que soit le traitement employé. Une statistique qui ne porterait que sur de tels cas, serait donc faussée, ou n'aurait pas, tout au moins, la valeur qu'on serait tenté de lui accorder. A cet égard, les cas les plus favorables pour une guérison rapide sont ceux dans lesquels il n'existe qu'une plaque ou deux, bien circonscrites, et ne datant que de quelques jours. Si, donc, je classe dans une catégorie différente les pelades traitées vers le huitième mois, et les pelades traitées peu de temps après leur début, il ne reste que deux sortes de pelades ; celles qui ont de six semaines à moins de six mois de date, et celles qui durent depuis près d'un an. Ce sont ces pelades qui sont le plus à l'abri des objections qu'on peut faire à une méthode et, de fait, l'expérience montre que ce sont les plus difficiles à guérir.

4° Il est de toute nécessité de n'essayer un traitement que sur une pelade qui n'a pas encore été traitée et cela pour les raisons que voici. En premier lieu, si la pelade a été traitée pendant deux mois par exemple, par une méthode, puis pendant un mois par un second procédé, rien ne prouve qu'il faille rapporter à ce second procédé l'honneur de la repousse : le premier traitement peut revendiquer sa part dans le bénéfice obtenu. En second lieu, on sait que, dans la pelade, il y a intérêt à varier les médications : l'une d'elles peut être usée, ne donner aucun résultat, et une médication bien moins active, qui lui est substituée, enlève la guérison. Cette constatation a, pour le dire en passant, son importance, car si l'on échoue dans le traitement d'une pelade, il ne faut pas désespérer : il faut passer à d'autres méthodes quitte à reprendre plus tard celles que l'on avait délaissées. Dans les essais que l'on tentera à l'avenir, il faudra donc tenir compte de tout traitement antérieur. C'est pour cette raison que je ne trouve pas aussi convaincants que les jugent leurs auteurs, ces cas de pelade ainsi présentés : pelade ayant résisté à différents traitements et guérie par telle méthode et cela *a fortiori* s'il s'agit de pelade décalvante dans laquelle tout arrive lorsqu'il s'agit de guérison.

5° Il n'est pas jusqu'au siège de la pelade qui, de même, ne devrait entrer en ligne de compte dans l'appréciation de la valeur d'un traitement, car il semble que les plaques de pelade qui siègent sur la région antérieure de la tête, guérissent plus facilement que celles des régions occipitale ou auriculo-temporale.

6° Une méthode de traitement qui compte de nombreux succès dans les pelades circonscrites, par exemple, peut échouer dans les pelades généralisées sans qu'on puisse pour cela la considérer comme mauvaise, ces deux formes étant absolument différentes et les pelades décalvantes défiant souvent toute thérapeutique et guérissant à leur heure, avec ou sans le concours du médecin. C'est pour cette raison, comme je le disais plus haut, qu'il ne faut pas déduire de ce qu'une méthode a réussi dans une pelade décalvante là où les autres avaient échoué, qu'elle est supérieure aux autres. Il faudrait pour cela qu'elle réussit dans tous les cas de pelade décalvante. Or, je ne sache pas que semblable méthode ait encore été trouvée : pour ma part j'ai échoué, comme je l'ai dit, avec une méthode qui réussit dans les autres cas, et je crois qu'il y aura encore bien des pelades décalvantes qui dureront des mois et des années avant qu'un tel traitement soit proposé. Il ne faut pas oublier, en effet, que les résultats obtenus par les médications que j'ai examinées dans cette Revue, se rapportent à des pelades en aires pour la plupart, à ces pelades que j'appelle bénignes, mais non à des pelades décalvantes. S'il en est quelques-unes, ce sont des pelades déjà traitées, des pelades anciennes, toutes raisons qui me font hésiter sur la valeur de la médication.

7° Dans le traitement, le plus difficile n'est pas de faire repousser les cheveux, ni même de les faire repousser dans un temps relativement court, mais d'empêcher l'apparition d'une nouvelle plaque pendant le traitement ou après guérison. Les rechutes sont en effet fréquentes dans la pelade et surtout dans la pelade décalvante. De même, les récidives ne sont pas rares, et il faut avouer que le résultat n'est pas très encourageant si le malade s'aperçoit d'une nouvelle plaque quand on vient de lui guérir la première ou alors même que celle-ci est encore en traitement. C'est pour cette raison qu'il faut, à mon avis, chercher à s'opposer aux récidives et ne pas se contenter de traiter la plaque d'alopécie seule. Ce n'est pas tout de débarrasser le

malade de sa pelade, il faut chercher à l'en débarrasser pour toujours.

8° Il faut savoir enfin que quelque chose qu'on fasse dans certains cas, assez rares à la vérité, dans des cas appartenant aussi bien à la pelade en aires qu'à la pelade décalvante, le traitement échouera ou du moins devra être continué fort longtemps. C'est dans de tels cas qu'il faudra surtout varier les médications.

Ces considérations montreront, je pense, de quelles garanties il faut s'entourer, lorsqu'on s'occupe du traitement de la pelade. Il ne suffit pas de traiter avec succès cinq ou six cas, pris sans distinction, pour être en droit d'affirmer la supériorité du traitement employé. Aussi bien dans l'intérêt de ceux qui expérimenteront la méthode que dans l'intérêt de cette dernière elle-même, il est nécessaire de savoir à quels cas on a eu affaire. C'est pour cette raison que j'ai présenté cette Revue sous ce titre : Des nouveaux traitements des peladiques.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement de la phthisie pulmonaire (1), par G. Daremberg.

« Nous répéterons, avec Laënnec, que la phthisie pulmonaire est incurable par les médicaments seuls ; nous allons voir qu'elle est curable quand on prescrit aux malades peu de médicaments et beaucoup d'hygiène. » C'est par cette phrase significative que se termine le premier des deux volumes de la collection Charcot-Debove consacrés par M. G. Daremberg au traitement de la tuberculose pulmonaire.

Le premier volume est à peu près exclusivement rempli par l'examen des nombreuses médications pharmaceutiques conseillées contre la redoutable maladie. Dans le second, on trouvera, exposées avec beaucoup de verve et de conviction, les applications possibles de l'hygiène (alimentation, habitation, aérothérapie) à la cure de la phthisie. On y trouvera aussi le traitement des accidents et complications, puis, dans un chapitre terminal, les indications relatives aux diverses formes cliniques de la tuberculose pulmonaire.

Les praticiens seront heureux de trouver, dans ce livre, un guide sérieux, parce que sévère, dans le dédale immense des médications proposées. Ce n'est pas que nous soyons toujours de l'avis de M. Daremberg. C'est ainsi, pour prendre un exemple, qu'il passe à notre sens trop sommairement condamnation sur les lavements créosotés, que nous employons, pour notre part, volontiers et avec avantage ; mais c'est quelque chose que de pouvoir profiter de sa grande expérience. Son livre contribuera sans doute à faire pénétrer davantage dans l'esprit des médecins et des malades l'idée que l'hygiène prime tout dans le traitement de la phthisie, et c'est beaucoup.

Nous ne voulons pas pousser plus loin cette analyse ; un des collaborateurs intermittents de notre Revue du samedi a bien voulu se charger d'extraire, à l'usage de nos lecteurs, la substance et la moelle de ce manuel pratique, auquel le style de l'auteur donne des allures très vives et très personnelles.

Les microbes pathogènes (2), par Ch. Bouchard.

M. le professeur Bouchard a réuni, dans ce petit volume, un certain nombre de mémoires publiés par lui dans les circonstances les plus diverses : dans des Congrès, des Revues médicales, des fêtes universitaires, etc. Ces travaux n'ont pas pris place dans ses publications antérieures, sur les auto-intoxications et sur l'antisepsie.

Tous ces mémoires portent sur des sujets de pathologie générale et, pour préciser plus encore, sur la pathologie générale des infections. L'action des produits toxiques fabriqués par les microbes, leur élimination, l'atténuation de la virulence des microbes, la réaction, la défense de l'organisme contre les maladies infectieuses, tels sont surtout les sujets que l'on trouvera traités dans ce volume. Citons encore les mémoires intitulés : examen des doctrines de l'inflammation ; les maladies infectieuses ; étiologie et pathologie générales ; traitement antiseptique des maladies aiguës.

On voit qu'il s'agit de choses que l'auteur a, en quelque sorte, vécues depuis des années. Le succès de son enseignement et de ses publications magistrales a été tel qu'il est superflu de présenter au public le volume actuel. Les questions les plus hautes à la fois et les plus ardues de la philosophie naturelle, en ce qui touche les maladies infectieuses, leur mécanisme, la défense de l'homme contre elles, se trouvent soulevées et discutées avec l'ingéniosité, l'abondance et la concision qui caractérisent la manière de l'auteur.

Le public médical sera certainement heureux de trouver réunis des mémoires jusque-là disséminés et qui, réunis, constituent un ensemble qui permet de se faire une idée plus exacte de ce qu'est devenue la pathologie générale des maladies infectieuses entre les mains de M. Bouchard et de ses élèves.

De la stérilité chez la femme et de son traitement (1), par de Sinéty.

Les praticiens qui sont souvent consultés par des femmes qui ne peuvent pas avoir d'enfants seront enchantés de trouver clairement résumée, par un auteur compétent, la question complexe de la stérilité féminine. M. de Sinéty s'est trouvé amené à exposer le traitement de toutes les conditions qui peuvent empêcher la fécondation, c'est-à-dire, en somme, du plus grand nombre des maladies de l'utérus et de ses annexes, sans perdre de vue toutefois le but spécial qu'il visait.

Les médecins liront avec intérêt ce petit livre qui touche à tant de points différents de physiologie, de pathologie et même d'anthropologie. S'il tombe entre les mains des gens du monde — et sa clarté l'y prédispose — ceux-ci y trouveront, cela va de soi, des renseignements excellents donnés sous une forme des plus correctes. La médecine honnête n'y perdra rien, au contraire.

CONGRÈS DE MÉDECINE INTERCOLONIAL D'AUSTRALASIE

(3e session)

Le prochain Congrès de médecine intercolonial aura lieu, le mois prochain, à Sydney (Australie). La session s'ouvrira le 26 septembre et se terminera le 30 septembre 1892.

Voici la constitution du bureau :

Président : P. Sydney Jones, 16, College Street, Hyde-Park, Sydney, N. S. W. — Vice-Présidents : J. Cooke Verco (d'Adelaïde) ; Th. Naughton Fitzgerald (de Melbourne) ; J.-R.-M. Thomson (de Victoria) ; B. Poulton (d'Adélaïde) ; Ph.-Ed. Muskett (Sydney) ; F.-E. Hare (Queensland) ; sir A. Roberts (Sydney) ; A. Renwick (Sydney) ; J.-C. Cox (Sydney) ; W.-J. O'Reilly (Sydney) ; W. Brown (Paromatta). — Trésorier : Th. Chombers. — Secrétaires : T.-P. Anderson Stuart (de Sydney) ; J.-S. Knaggs (Sydney).

Ce Congrès comprend 5 sections :

Section I. — *Médecine et maladies de la peau.* — Président : M. J. Robertson (Melbourne). — Vice-Présidents : J.-C. Verco (Adélaïde) ; E.-O. Giblin (Hobart, Tasmanie) ; D. Colquhoun (Dunedin) ; J.-P.

(1) 2 vol. in-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 7 francs. — Paris, Rueff et Cie.

(2) In-16. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière.

(1) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Ryan (Melbourne). — Secrétaires : R.-R. Huxtable (Sydney) ; R. Scot Skirving (Sydney).

SECTION II. — *Chirurgie et maladies des yeux, des oreilles et du nez.* — Président : M. Gardner (Adélaïde). — Vice-présidents : J.-W. Barrett (Melbourne) ; W.-E.-C. Colbris (Wellington, New-Zealand) ; T.-A. Bowen (Melbourne) ; Fr.-D. Bird (Melbourne) ; C.-R. Ryan (Melbourne) ; D. Hardie (Brisbane, Queensland) ; Adam Jameson (Perth, Western Australia). — Secrétaires : Th. Fiaschi (Sydney) ; A. Mac Cormick (Sydney).

SECTION III. — *Gynécologie, accouchements et maladies des enfants.* — Président : M. W. Balls-Headley (Melbourne) ; — Vice-Présidents : F.-C. Batchelor (Dunedin) ; R.-D. Puinock (Ballarat, Victoria) ; R.-S. Bright (Hobart, Tasmania) ; Ed. Huichcliff (Sandhurst, Victoria). — Secrétaires : Joseph Foreman (Sydney) ; R. Worrall (Sydney).

SECTION IV. — *Hygiène publique, médecine légale, mentale et démographie.* — Président : M. H.-H. Whittall (Adélaïde). — Vice-Présidents : A. Gresswell (Melbourne) ; D. Macgregor (Wellington) ; Fr. Ogston (Dunedin) ; Mc Creery (Kew, Victoria) ; Taylor (Brisbane) ; Barnard (Hobart) ; Macfarlane (New Norfolk, Tasmania) ; A. Waylen (Perth). — Secrétaires : J.-A. Thompson (Sydney) ; Eric Sinclair (Sydney).

SECTION V. — *Anatomie et physiologie.* — Président : M. Brookes Allen (Melbourne). — Vice-Présidents : A. Watson (Adélaïde) ; J.-H. Scott (Dunedin) ; B. Spencer (Melbourne) ; L. Gibson (Brisbane) ; Stirling (Adélaïde). — Secrétaires : J.-T. Wilson (Sydney) ; C.-J. Martin (Sydney).

Le Bureau du Congrès a fait les plus louables efforts pour attirer en Australie un grand nombre de médecins européens et des réductions considérables ont été obtenues des Compagnies anglaises pour atténuer autant que possible les frais de voyage.

Pour tous renseignements relatifs au voyage à prix réduit, s'adresser à M. le docteur Félix Terrier, délégué français, 3, rue de Copenhague, à Paris.

Adresse du Congrès. — Postale : 16, College street, Sydney, N. S. W. — Téléphonique : n° 416, Sydney. — Télégraphique (Cable adress) : Congress, Sydney.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

Liste, par ordre alphabétique, des candidats admis à subir la première partie des épreuves orales du concours d'admission à l'école du service de santé militaire.

MM. Albarel, Aldhuy, Andrieu, Aoustin, Audouin, Auguin, Balencie, Barandon, Baratta, Barbé, Bargy, Baron, Beaudouin, Beauliès, Besse, Biard, Biérer, Blanchard, Boitel, Boubilla, Boudaut, Bouquet de Jolinière, Bourcier, Braun, Breton, Brice, Buy, Cadiot, Caillard, Calais, Caminade, Cange, Cassan, Caujole, Causeret, Charpentier, Cola, Conor, Conte, Crouzet, Dacremont, Daireaux, Damas, Dechaume, Dejouany, Delahaye, Delfour, Desbertrand, Dol, Dopter, Dru, Dubost, Dubourdieu, Duffau, Dupont, Dusolier, Faideau, Fargeas, Fargues, Faure, Fayollat, Fohanno, Foley, Folly, Fortier, Gauthier (Aimé), Gauthier (Ernest), George, Geysen, Gojon, Gorisse, Gorse, Goudart, Grammont, Gravet, Guignot, Henriot, Hussenstein, Hyenne, Idrac, Jeulain, Jourdin, Julia, Labadie, Lafeuille, Lahaussois, Laizé, Lambœuf, Lambroschini, Lamoureux, Langlois, Lasserre, Laurent, Leduc, Le Masne, Lévêque, Mahaut, Martin, Maurice, Mendy, Michel, Montagné, Montier, Mouly, Mourier, Mouthon, Nouveau, Oberlé, Paloque, Paul, Pélegrin, Pernot, Perrin, Petges, Petit (Louis), Petit (Victor), Picon, Pla, Poitevin de Pontguyon, Pons, Pradines, Quenet, Rambaud, Regard, Renaud, Rétail, Retournard, Richardot, Rieux, Rolland, Romary, Rouffiandis, Rudler, Rouyer, Rubenthaler, Schmerber, Séguimand, Seeligmann, Serre, Taste, Théaulon, Tibéri, Trassagnac, Vaissier, Vandenbossche, Velen, Viard, Vidal, Vignal, Vigne et Zeller.

Les candidats auront à se rendre, à la date fixée pour les épreuves orales, dans la ville qu'ils ont choisie au moment de leur inscription.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

259. M. RICHEROLLE. Chirurgie du poumon ; pneumotomie, pneumectomie. — 260. M. CALLET. Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde prolongée. — 261. M. TAQUET. Contribution à l'étude de l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots. — 262. M. DANGERFIELD. Ulcus rodens. — 263. M. AZOULAY. Les attitudes du corps comme méthode d'examen, de diagnostic et de pronostic dans les maladies de cœur. — 264. M. DECOURT. De la thoracentèse par siphon. — 265. Mlle LANDAIS. De l'oxygénation des nouveau-nés. — 266. M. OSMONT. Contribution à l'étude des amputations congénitales. — 267. M. ROLLIN. Contribution à l'étude du tétanos puerpéral. — 268. M. MAIGRE. Quelques considérations sur l'astasie-abasie. — 269. M. ARNAUD. Traitement de la syphilis par les injections de succinimide mercurique. — 270. M. CAZELLES. De la suture des os dans les fractures et les pseudarthroses. — 271. M. DESCHAMPS. Des plaies pénétrantes du cœur, sans rupture du péricarde. — 272. M. CAILLARD. De la mort subite dans les lésions laryngées et trachéo-bronchiques. — 273. M. HUARD. Aperçu historique sur la sphygmographie. Résultats fournis par cette méthode dans l'aliénation mentale. — 274. M. DARDEL. De quelques affections traitées aux eaux d'Aix-les Bains. — 275. M. TULASNE. Étude sur deux cas de lipomes de la région épigastrique. — 276. M. D'HOTMAN DE VILLIERS. Étude sur les collections intra-pariétales des trompes. — 277. M. PERRAUDIN dit PASTEL. De l'importance de l'examen du pouls aussitôt après l'accouchement. — 278. M. BRUNEAU. De l'accouchement spontané chez les femmes à bassin coxalgique. — 279. M. PUYO MEDINA. Contribution à l'étude du chancre syphilitique érosif phagédénique superficiel. — 280. M. COLAS. Traitement de l'érysipèle par les pulvérisations de sublimé. — 281. M. RENOUS. Quelques considérations sur les migraines en rapport avec les maladies nasales et spécialement avec l'hypertrophie des cornets. — 282. M. GOURAUD. De la cure radicale de certains rétrécissements de l'urèthre par la résection suivie de suture. — 283. M. MARTIN (Abel). De l'attitude rectiligne dans l'ankylose du coude au point de vue professionnel. — 284. M. MARCU. Contribution à l'étude du traitement des hémorrhagies post-partum chez les femmes hémophiliques. — 285. M. ORGOGOZO. Les indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans les mastoïdites grippales. — 286. M. KLEFSTAD-SILLONVILLE. Kystes chyleux du mésentère. — 287. M. LAMOTTE. Traitement chirurgical de la névralgie faciale. — 288. M. PECKER. Contribution à l'étude de l'influence des affections latentes des reins sur les résultats post-opératoires. — 289. M. LUCAS. Des aliénés à entrées multiples. — 290. M. VIGNARDOU. Essai historique sur la part des écoles vétérinaires françaises dans les progrès de la médecine générale. — 291. M. LETER. De l'alcoolisme comme cause de dégénérescence et dans ses rapports avec l'épilepsie. — 292. M. DUVAL. De l'hystérectomie abdominale totale pour fibro-myomes utérins. — 293. M. LOUKAITIS. Kératite parenchymateuse ; pathogénie et son traitement. — 294. M. SICARD. Contribution à l'étude de l'inversion récente puerpérale. — 295. Mlle DE FORIN. Contribution à l'étude des hémorrhagies internes de l'utérus gravide. — 296. M. VIGNERON. Intervention chirurgicale dans les tuberculoses du rein. — 297. M. NOGUES. Réparation de l'urèthre périnéal. — 298. M. WARTEL. De l'uréthrectomie. — 299. M. TURBIAU. Du traitement des pneumonies et des congestions pulmonaires aiguës par les enveloppements humides prolongés. — 300. M. VILIMIROVITCH. Étude sur la pleu-

résie médiastine, en particulier chez l'enfant. — 301. M. Frémicourt. Considérations sur le traitement constitutionnel de la syphilis.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 13 août 1892, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Cahen, Bret, Brianceau, Laurent, Chivoré, Mussy, Tolmer, Martin, Réville, Boudaille, Even, Debost, Barbier, Jouve, Pacaud, Lefèvre, Marchais, Lasfargues, Pargoire, Kœhler, Lafon, Mariage, Tournant, Main et Pineau.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Sont chargés, pendant l'année scolaire 1892-1893 :

M. le docteur Augagneur, agrégé, d'un cours de pathologie externe ;

M. le docteur Gangolphe, agrégé, d'un cours de médecine opératoire ;

M. le docteur A. Pollosson, agrégé, d'un cours complémentaire d'accouchements.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le docteur Rauzier, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1892-1893, d'un cours de pathologie interne.

— L'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs du docteur Baillarger, consistant en une inscription de rente de 1000 francs 3 p. 100, destinée à fonder un prix bisannuel (2000 francs) pour être décerné à l'auteur du travail le plus méritant sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Falip (de Cette), Gaillard (de Marseille), Gelin (de Lantigné) et Maisongrosse (de Pontacq).

Leçons sur la tuberculose et certaines septicémies, par S. Arloing, directeur de l'École vétérinaire de Lyon, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, recueillies par le docteur J. Courmont, préparateur du cours de médecine expérimentale. 1 beau vol. gr. in-8° avec 52 figures dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Étude physiologique sur l'ivresse, ses causes, ses formes et ses conséquences, par M. N. Basset. 1 vol. in-12. — Prix : 6 francs. — Paris, Vve Babé et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DUPLAY.

Des abcès froids de la paroi thoracique.

(Leçon recueillie par M. Victor PAUCHET, interne du service.)

Nous avons, depuis quelques jours, au n° 24 de la salle Trélat, un malade âgé de vingt ans, qui entra dans le service pour une tuméfaction limitée de la paroi thoracique. Cet homme présente quelques antécédents qui permettent de soupçonner l'existence d'une tare tuberculeuse. Ses parents sont morts jeunes ; il a perdu également un frère en bas âge. Lui-même est d'apparence chétive et tousse depuis longtemps.

Il y a quatorze mois, il commença à ressentir, au point où siège actuellement la tumeur, une douleur vague, s'exagérant par les accès de toux et les mouvements du thorax. Depuis quinze jours seulement, il a remarqué, au niveau du point douloureux, la tuméfaction dont je vous ai parlé tout à l'heure et pour laquelle il entre dans notre service.

Actuellement, on constate, du côté gauche du thorax, une masse peu saillante, elliptique, étalée et allongée dans le sens des côtes. Elle correspond aux dixième et onzième de ces arcs osseux et siège un peu en arrière de la ligne axillaire. La palpation fait constater une fluctuation bien nette et révèle une douleur assez vive. La peau est normale et ne contracte aucune adhérence avec la tumeur. Par contre, celle-ci est immobile sur les parties profondes et se trouve pour ainsi dire *plaquée* sur la face externe des côtes auxquelles elle est fixée.

On ne perçoit ni battements, ni réductibilité. Mais si on fait tousser le malade, il semble que la tumeur se tende et devienne plus ferme. Je dois vous dire, toutefois, que ce signe est trompeur : en effet, la contraction de la couche musculaire qui recouvre la tumeur peut donner lieu à la même sensation. L'auscultation de la poitrine ne révèle aucune trace de pleurésie ancienne ou actuelle, mais fait reconnaître au sommet du poumon, et particulièrement à droite, les signes de la tuberculose au début.

Puisqu'il s'agit d'une masse fluctuante, nous devons éliminer l'idée de tumeur solide du tissu cellulaire, des muscles ou du squelette. Son adhérence avec les arcs osseux montre qu'il s'agit d'une tumeur d'origine costale. Certains myxomes ou myxo-sarcomes donnent lieu à une fausse fluctuation. Mais ces néoplasmes se confondent avec la côte, qui est ainsi augmentée dans toutes ses dimensions, en conservant à peu près sa forme. Il s'agit donc bien d'une tumeur liquide dont nous devons maintenant déterminer la nature.

Dans la région thoracique, nous ne pouvons penser qu'à trois affections : le kyste hydatique, la gomme suppurée et l'abcès froid costal.

Le kyste hydatique est ici fort rare ; de plus, il ne présente aucun des caractères de la tumeur qui nous occupe : au lieu d'une masse surajoutée à la côte et appliquée contre sa face externe, on rencontre, comme dans les cas des néoplasmes que je vous ai signalés, une tumeur formée au dépens de l'os lui-même, qui paraît distendu sur une partie de son trajet.

Nous pourrions plutôt penser à une gomme syphilitique, qui est fréquente et dont les caractères sont semblables à ceux du cas présent. Nous éliminerons l'idée de l'accident tertiaire pour deux raisons : la première, c'est l'âge du sujet qui aurait eu dix-sept ans lors de l'accident primaire — la chose serait possible néanmoins — mais le malade n'a jamais eu d'accidents secondaires. En second lieu, l'existence d'une douleur persistante et assez vive est contraire à l'idée de syphilis.

Nous arrivons ainsi à l'abcès froid, auquel nous devions penser d'autant plus qu'il est très fréquent dans cette région et qu'il s'agit d'un sujet tuberculeux. Or il existe, au niveau de la paroi thoracique, deux sortes d'abcès froids qui diffèrent l'un de l'autre au point de vue anatomique et, par suite, au point de vue du pronostic et du traitement.

Les uns sont des abcès ossifluents vulgaires, consécutifs à l'ostéite tuberculeuse d'une ou de plusieurs côtes. Les autres sont en rapport immédiat avec ces dernières, mais ne s'accompagnent pas de lésions osseuses. Ils prennent origine dans la couche externe du périoste : d'où le nom d'*abcès sus-périostiques*, sous lequel je les ai désignés, ou encore *périostite externe*.

Ces deux variétés ont été longtemps confondues ensemble et le sont encore par beaucoup de chirurgiens. Pourtant vous allez constater leurs différences au point de vue anatomique ; je vous montrerai ensuite les caractères qui permettent de les distinguer l'une de l'autre : c'est là, en effet, un diagnostic intéressant, puisqu'il entraîne un pronostic et un traitement différents.

Les abcès sus-périostiques, survenant le plus souvent

chez les sujets jeunes, n'avaient pas échappé à l'observation des médecins militaires. Le premier qui les étudia, Larrey, pensait qu'ils étaient spéciaux aux soldats : aussi les attribuait-il aux pressions exercées sur le thorax par les courroies, les buffleteries et toutes les pièces dures de l'équipement. Mais c'est là une opinion qui ne fut pas admissible, car en les recherchant, on les rencontra aussi fréquemment chez les civils.

Leplat, pour expliquer la pathogénie de ces abcès, les considéra comme consécutifs à une inflammation circonscrite de la plèvre. Dans bien des cas, en effet, on constate, en ce point, un épaississement de la séreuse, mais cette lésion n'étant pas constante, on doi admettre, au contraire, que c'est l'abcès qui produit, par voisinage, l'inflammation de la plèvre.

La cause de la fréquence de la périostite interne n'est donc pas connue et je ne sais, pour ma part, à quoi l'attribuer spécialement.

Au point de vue anatomique, ces abcès présentent tous les caractères des abcès froids. Ils sont limités par une membrane pyogénique molle, infiltrée de produits tuberculeux et renfermant un liquide purulent, séreux, grumeleux, mal lié. Au-dessous de cette collection, on trouve le périoste plus ou moins lésé, mais l'os n'est pas souvent dénudé et, en explorant le fond de la cavité avec un stylet, on ne constate ordinairement pas d'altérations osseuses. Ces altérations, toutefois, peuvent exister, mais alors elles se produisent secondairement, de dehors en dedans, et se présentent sous l'aspect de petites ulcérations arrondies, cupuliformes.

Les collections tuberculeuses siègent tantôt à la face externe des côtes, *abcès sus-costaux*; tantôt à la face interne, *abcès sous-costaux*. Ce sont ces derniers qui s'accompagnent de pleurite et qui avaient servi de point de départ à la théorie de Leplat. Enfin ces deux collections peuvent exister simultanément et communiquer à travers un espace intercostal formant alors la variété en *bouton de chemise*. Il est important, au point de vue du traitement, que vous connaissiez cette dernière variété. Quand vous aurez évacué la collection la plus superficielle, vous ne négligerez pas le point essentiel du traitement qui consistera à aborder la partie profonde de l'abcès froid.

En clinique, on peut souvent distinguer l'une de l'autre ces deux variétés. L'abcès ossifluent n'est qu'un épisode au cours d'une ostéite tuberculeuse. Aussi, en examinant la côte avec soin, vous constaterez, en deçà et au delà de la tumeur, que l'os est déformé, plus volumineux et sensible à la pression. Rien de semblable dans l'abcès sus-périostique : ici, c'est le périoste qui est le point de départ de la lésion, la côte reste lisse, unie et indolente. Enfin, dans cette seconde variété, la palpation de la tumeur fait reconnaître un point fluctuant entouré par un bourrelet dur, analogue à celui du céphalomatome.

Ces deux sortes d'abcès tuberculeux aboutissent l'un et l'autre à l'ouverture spontanée et à la production d'une fistule. Même à cette période, il vous sera encore possible de reconnaître à quelle variété vous avez affaire. Prenez un stylet, introduisez-le par l'orifice fistuleux : s'il s'agit d'une ostéite tuberculeuse, vous reconnaîtrez facilement des altérations osseuses; si c'est au contraire de la périostite externe, vous arriverez sur le périoste et c'est à peine si vous parviendrez quelquefois à découvrir un point dénudé.

Il y a une dizaine d'années, je fus consulté par un malade qui présentait, sur la partie latérale du thorax, une série de fistules consécutives à des abcès froids thoraciques. Cet homme avait consulté plusieurs de mes collègues : tous ayant considéré qu'une résection étendue du squelette était nécessaire, le patient, effrayé par la gravité de l'intervention, s'y était refusé. C'est dans ces circonstances que je l'examinai et, ayant reconnu qu'il s'agissait d'anciens abcès sus-périostiques et qu'il n'y avait pas de lésions costales, je pus promettre à mon malade une guérison certaine. C'est, en effet, le résultat qui fut obtenu par le simple grattage des parois de ces vastes abcès. J'ai revu ce malade plusieurs fois : aucune récidive n'est survenue.

Chez le jeune homme de notre service, qui fait le sujet de cette étude, je crois pouvoir affirmer qu'il s'agit d'un abcès sus-périostique. Nous constatons, en effet, une tumeur bien limitée, fluctuante au centre, avec bourrelet dur à la périphérie, sans aucune modification du volume ni de la sensibilité des côtes en dehors du point malade.

Le traitement des abcès de la paroi thoracique est purement chirurgical. Nous avons le choix entre deux méthodes : les injections modificatrices (éther iodoformé, naphtol camphré), ou bien l'ouverture de la collection, qui permet d'abord de compléter le diagnostic, en nous faisant sentir avec le doigt si l'os est altéré. L'incision doit être suivie d'un râclage soigneux de la cavité avec la curette tranchante. On recherchera ensuite s'il n'existe pas un orifice fistuleux communiquant avec une collection profonde : en ce cas, on inciserait les muscles intercostaux et on la traiterait comme la précédente.

Autrefois, après avoir détruit les fongosités au thermocautère, je laissais la réparation se faire spontanément : aujourd'hui, quand le nettoyage a été très bien fait à l'aide de la curette, on peut tenter la réunion par première intention, qui réussit très souvent.

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

Par Albert Mathieu, médecin des hôpitaux.

I

M. le professeur Debove vient de publier, en collaboration avec son ancien interne M. J. Renault, une excellente monographie de l'ulcère de l'estomac (1).

Ils y ont ajouté avec raison l'histoire de l'ulcère du duodénum et de l'œsophage. C'est en effet la même lésion avec une localisation différente : qu'il s'agisse de l'estomac, de l'œsophage ou du duodénum, cette ulcération progressive est toujours de même nature. Ulcère chlorhydropeptique serait même, à notre sens, la dénomination la meilleure : mais n'anticipons pas.

M. Debove est l'un des médecins qui connaissent le mieux cette maladie, et, après Cruveilhier, c'est certainement lui qui a le plus fait pour sa guérison. On ne sera donc nullement étonné de trouver parfait tout ce qui a trait à la description clinique, aux complications et au diagnostic.

Dans un second article, nous résumerons, à l'intention de nos lecteurs, les pages consacrées au traitement.

Le chapitre pathogénie est également très intéressant, bien que trop nihiliste à notre avis. Les nombreuses théories proposées sont l'une après l'autre passées en revue et

(1) G.-M. Debove et J. Renaut. *Ulcère de l'estomac* (Biblioth. Charcot Debove), Paris 1892.

massacrées sans pitié : il n'en reste que des morceaux.

L'une d'elles nous paraît cependant avoir résisté à la verve critique des auteurs, et nous demandons la permission de la défendre.

Nous ne passerons pas successivement en revue les diverses théories proposées : elles sont légion. Nous ne réfuterons pas celles qui sont tout à fait inacceptables, nous ne ramènerons pas à leur signification limitée celles qui n'ont de valeur que pour l'interprétation de certains cas exceptionnels. Nous ne ferons pas défiler successivement les théories de l'embolie, de la thrombose, du spasme artériel, de la stase veineuse, de la nécrose par pression, de la cachexie générale, de la viciation préalable des humeurs.

On lira avec intérêt ce qu'en disent MM. Debove et J. Renault, à cause du côté original et de la précision de leur discussion et de leurs réfutations successives. Nous ratifions la plupart des condamnations qu'ils prononcent. Sur le terrain ainsi déblayé, une théorie pathogénique nous paraît rester debout : c'est celle qui invoque l'existence simultanée de la gastrite et de l'hypersécrétion chlorhydropeptique.

Grâce à elle, on comprend très bien le mécanisme, la séméiologie et l'évolution de la maladie ; on comprend surtout à merveille les très bons effets du régime lacté, formulé par Cruveilhier, et du gavage alcalin, formulé par M. Debove.

La théorie de la gastrite n'est pas nouvelle : défendue déjà par Cruveilhier, elle n'a pas cessé de compter, en France surtout, des partisans convaincus.

La démonstration anatomique de la gastrite dans l'ulcère simple a été donnée par plusieurs auteurs, en particulier par Laveran, Galliard (1), et plus récemment par Korczinski et Jaworski (2) et par nous-même.

Galliard avait constaté des lésions disséminées, caractérisées surtout par l'infiltration interstitielle de la muqueuse par des éléments embryonnaires. Sur quelques points, l'accumulation de ces cellules était très marquée, et il s'était produit une ulcération due, d'après lui, à une sorte de fonte purulente.

Ces constatations fort nettes, des constatations semblables faites par d'autres auteurs, ne laissent aucun doute sur l'existence de lésions inflammatoires au niveau et au pourtour des ulcérations. Ce que l'on pouvait contester seulement, c'était leur rôle étiologique primordial, leur intervention nécessaire dans tous les cas d'ulcère stomacal. Diverses objections pouvaient être soulevées. La gastrite n'est-elle pas secondaire, consécutive à l'ulcération ? Pourquoi tous les cas de gastrite n'amènent-ils pas l'ulcère limité et progressif ? Pourquoi, par exemple, tous les alcooliques entachés de gastrite, n'ont-ils pas tous un ou plusieurs ulcères ronds ? Comment s'expliquer la guérison, la cicatrisation si fréquente de cette perte de substance avec des bords enflammés et infiltrés d'éléments embryonnaires et par conséquent d'une vitalité restreinte ? (Debove et Renault.)

De ce que la gastrite n'aboutit pas toujours à l'ulcère, il faut admettre que, pour produire cet ulcère, il doit intervenir un autre élément. Cet élément c'est la sécrétion d'un suc gastrique doué de propriétés chlorhydro-peptiques exagérées. C'est en un mot l'hyperchlorhydrie.

L'hyperacidité chlorhydrique a été démontrée dans l'ulcère rond par toute une série de travaux dont on trouvera l'indication dans le travail déjà cité de Korckzinski et de Jaworski (v. Rotschild, v. d. Velden, Cahn et Mehring, Korckzinski et Jaworski, F. Riegel, J. Vogel, Ewald). Les relations de l'hypersécrétion chlorhydrique et de l'ulcère de l'estomac ont été affirmées encore par un certain nombre d'autres auteurs, et en particulier par Bouveret et Devic (de Lyon) et Bourget (de Lausanne). En somme, on peut dire que si l'on n'a pas plus souvent relevé l'hyperacidité chlorhydrique dans l'ulcère simple, c'est que beaucoup de médecins ont, comme nous, reculé devant l'introduction de la sonde chez des malades atteints manifestement ou simplement soupçonnés d'ulcération stomacale. Cela par crainte d'hémorrhagie ou de perforation.

Quels sont donc les rapports de l'hypersécrétion chlorhydrique et de la gastrite ? Pour Korckzinski et Gluzinski, la gastrite précède et provoque l'hyperchlorhydrie ; il s'agit de ce qu'ils dénomment le catarrhe acide. L'inflammation de la muqueuse se traduit par de l'hyperhémie et de l'infiltration embryonnaire interstitielle. Les cellules principales disparaissent; les cellules de revêtement excitées fournissent de l'acide chlorhydrique en excès.

Comme ce sont surtout les régions voisines du pylore qui fabriquent de la pepsine, du moins d'après les idées reçues, il se fait volontiers à ce niveau une auto-digestion qui amène une perte de substance, une ulcération qui n'est autre que l'ulcère rond.

C'est ainsi que les diverses irritations de la muqueuse gastrique pourraient aboutir à l'ulcère en donnant naissance au catarrhe hypersécréteur, au catarrhe hyperchlorhydrique.

Mais il faut bien admettre avec MM. Rémond (de Metz), Debove et Renault, et d'autres, que l'hypersécrétion peut, au contraire, précéder et précède assez souvent la gastrite. Il en est ainsi, vraisemblablement, chez des malades devenus hyperchlorhydriques à la suite de vives impressions morales. Nous en avons récemment cité un cas démonstratif (1).

Il s'agissait d'un homme devenu dyspeptique et hyperchlorhydrique à la suite de revers de fortune. Il ne buvait que de l'eau, il est bon de le noter. A l'autopsie, on trouva une dilatation de l'estomac développée surtout aux dépens de l'antre prépylorique et une perforation du pylore par ulcère. Il y avait des lésions diffuses de gastrite, mais cette gastrite était beaucoup plus accusée au voisinage du pylore que vers la grande courbure. Ici, elle s'accompagnait d'une véritable hypertrophie glandulaire cadrant très bien avec l'hypersécrétion constatée sur le vivant; là, au pylore, les lésions destructives étaient beaucoup plus avancées, la muqueuse était complètement remplacée sur quelques points par des amas embryonnaires : çà et là, ces taches de gastrite avaient commencé à s'exulcérer. L'une d'elles, sans doute, avait donné lieu à une véritable ulcération perforative, par la collaboration de la gastrite et de l'hypersécrétion. Les points de la muqueuse les moins malades avaient fourni les éléments nécessaires à l'auto-digestion d'un des points les plus atteints.

Si l'ulcère gastrique est souvent unique, c'est, sans doute, que la douleur amène le malade à modifier son alimentation,

---

(1) Galliard. Thèse de Paris, 1881.

(2) Korczinski et Jaworski. *Arch. f. Klin. Med.*, 1891, Bd. 47, p. 578.

(1) A. Mathieu. Hyperchlorhydrie avec hypersécrétion continue, ulcère rond; mort par perforation; estomac vertical avec dilatation très marquée de l'antre prépylorique; gastrite, *Arch. gén. de méd.*, mai 1892.

à en rejeter les éléments les plus agressifs, et à se soumettre à un véritable régime par ordonnance médicale. La douleur, l'hémorrhagie, la perforation sont précisément les circonstances qui amènent l'arrêt de la lésion, dans sa généralisation. Les ulcères simples multiples sont, du reste, loin d'être rares. Il faut tenir compte aussi de ce que l'hypersécrétion procède par véritables poussées, qu'elle a très souvent, sinon toujours, des périodes successives d'exaspération et d'atténuation.

A-t-on donc constaté de l'hyperchlorhydrie dans tous les cas d'ulcère de l'estomac? Non, et dans quelques cas Ritter et Hirsch, et d'autres, ont noté l'absence des réactions qualitatives de l'acide chlorhydrique libre. En admettant que leurs recherches aient été parfaites au point de vue de la technique employée, il faut encore tenir compte d'une autre possibilité.

L'hyperchlorhydrie pouvait avoir disparu. Il n'est pas très rare de voir l'hypochlorhydrie succéder à l'hyperchlorhydrie. Après avoir été en excès, l'acide chlorhydrique sécrété tombe en déficit sans qu'il soit nécessaire pour cela d'invoquer les progrès destructeurs de la gastrite. On peut, chez le même malade, constater successivement de l'hyperchlorhydrie, de l'hypochlorhydrie, puis, de nouveau, de l'hyperchlorhydrie.

Il est très vraisemblable encore que, chez beaucoup d'ulcéreux de l'estomac, la guérison et l'amélioration sont marquées par l'abaissement du taux de l'acide chlorhydrique sécrété.

Si la gastrite est trop étendue, et partout trop profonde, l'ulcération progressive ne peut se produire, précisément parce que cette gastrite étendue et profonde rend impossible l'hypersécrétion chlorhydro-peptique. Il peut se faire des ulcérations banales, comme cela se voit chez les alcooliques, il ne se fait pas d'ulcère vrai, parce que l'auto-digestion ne peut se faire avec une intensité suffisante.

Dans ces dernières années, divers auteurs, et en particulier M. Letulle (1), ont vivement défendu l'origine microbienne de l'ulcère simple de l'estomac. Nous ne pouvons que nous associer aux objections que lui font MM. Debove et Renault. Nous ne trouvons pas que M. Letulle ait démontré que ses malades aient eu autre chose qu'une gastrite ulcéreuse, distincte de l'ulcère; chez les animaux, on n'a pu provoquer que des ulcérations et non un ulcère progressif, sans doute parce qu'on n'a pu produire en même temps l'hypersécrétion chlorhydropeptique.

Du reste, il n'est pas impossible que les irritations infectieuses donnent naissance parfois au catarrhe hyperchlorhydrique ou à l'hyperchlorhydrie suivie de gastrite, au même titre que des irritations chimiques ou mécaniques.

Il ne nous reste maintenant qu'à examiner les objections faites à la théorie de l'hypersécrétion chlorhydrique et de la gastrite concomitantes.

MM. Debove et Renault ne formulent pas d'objection directe. Ces faits, sur lesquels s'appuie la théorie que nous défendons, ne peuvent guère, en effet, être matériellement contestés. Ils considèrent comme peu vraisemblable qu'il pénètre dans l'œsophage assez de suc gastrique pour produire l'ulcère, absolument semblable à l'ulcère gastrique, que l'on trouve quelquefois à la partie inférieure de ce conduit. A cela on peut répondre que les régurgitations du contenu de l'estomac sont certainement très communes, surtout chez les dyspeptiques, et il n'y a rien d'étonnant à ce que la partie inférieure de l'œsophage soit fréquemment baignée de suc gastrique chez les hyperchlorhydriques.

Mais disent encore MM. Debove et Renault, pourquoi le suc pancréatique, si actif, ne donne-t-il pas lieu à des ulcères de l'intestin semblables à l'ulcère peptique de l'estomac? Comparaison n'est pas raison. On peut répondre à cela que le suc pancréatique se trouve sans doute assez rapidement entraîné au loin, qu'il n'y a pas stase intestinale aussi facilement qu'il y a stase gastrique, que la trypsine est neutralisée dans les points éloignés où séjourne le contenu intestinal. Enfin, il n'est pas démontré que le pancréas ait une hypersécrétion avec hyperactivité digestive semblable à celle qui caractérise l'hypersécrétion chlorhydropeptique. En somme, nous ne connaissons pas assez le rôle pathologique du suc pancréatique pour pouvoir en parler.

MM. Debove et Renault se demandent encore si l'hyperchlorhydrie n'est pas le fait secondaire, et l'ulcère le fait primitif. Celui-ci provoquerait celle-là comme l'ulcère de la cornée provoque les larmes. La dyspepsie paraît, au contraire, précéder habituellement l'ulcère et les signes de l'ulcération. L'existence de l'ulcère latent se révélant tout à coup n'est pas une objection capitale, car nous croyons que l'hyperchlorhydrie est, elle aussi, souvent latente.

L'ulcère simple cesse de se montrer dans le duodénum, précisément à partir du point où la bile vient neutraliser le suc gastrique; l'ulcère de l'estomac se guérit, comme l'a très bien démontré M. Debove, quand on neutralise le suc gastrique dans l'estomac; il y a le plus souvent hypersécrétion chlorhydropeptique et gastrite limitée, disposée par taches plus ou moins discrètes chez les ulcéreux de l'estomac. Que faut-il de plus pour démontrer que l'ulcère simple, qu'il soit stomacal, duodénal ou œsophagien, est avant tout un ulcère par auto-digestion, développé au niveau d'une aire maxima, sinon isolée, de gastrite?

Les parties les moins atteintes de la muqueuse sécrètent un suc gastrique d'une activité exagérée; les parties gorgées d'aliments embryonnaires se laissent digérer; tout cela se conçoit très bien et permet de tout expliquer d'une façon satisfaisante sans le moins du monde torturer les faits. La voilà donc enfin trouvée cette spécificité tant cherchée!

Nous ne disons pas avec Korckzinski et Gluzinski qu'il y a un catarrhe acide ulcéreux, ce qui donne à la gastrite un rôle initial qu'elle n'a peut-être point; mais qu'il y a simultanément hyperchlorhydropepsie et gastrite ulcéreuse que ce soit l'hyperchlorhydrie ou la gastrite qui ait commencé. La théorie nous paraît ainsi plus large et, pour ainsi dire, moins entachée d'organicisme.

Sans doute, il n'est pas facile de tracer une limite précise entre la gastrite ulcéreuse simple et l'ulcère avec prédominance de l'élément autopeptique, mais il n'y a pas d'hésitation possible dans les cas typiques; l'ulcère simple, l'ulcère rond, l'ulcère de l'estomac, c'est l'ulcère chlorhydropeptique, c'est la dénomination qui lui convient le mieux. Elle est, en réalité, comme une définition résumée.

Pour guérir l'ulcère chlorhydropeptique, il faut atténuer et même supprimer la chlorhydropepsie; nous indiquerons dans un prochain article comment on peut y parvenir. Cette fois, nous n'aurons plus de réserve à faire, et nous n'aurons qu'à nous laisser guider sans arrière-pensée par M. Debove sur un terrain qu'il connaît mieux que tout autre.

---

(1) LETULLE. Soc. méd. des hôpit., 1888.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'exploration bimanuelle du foie par le « procédé du pouce » (1). Introduction à l'étude de l' « hépatisme », par le docteur Frantz Glénard, médecin à Vichy.

Dans cette nouvelle étude, notre distingué confrère de Vichy poursuit la voie féconde dans laquelle il s'est engagé. Attribuant à un inventaire incomplet des symptômes, l'ignorance dans laquelle nous sommes sur la pathogénie réelle d'un grand nombre de maladies chroniques, et cet inventaire incomplet à l'insuffisance des méthodes classiques d'exploration abdominale, il s'est proposé de faire pour le rein, le foie, l'intestin, etc., ce qui a été fait pour le poumon et le cœur : par de nouveaux procédés de palpation, il a multiplié les signes qui peuvent être tirés des organes abdominaux, et, de propos délibéré, il a recherché ces signes chez tous les malades que sa pratique à Vichy le mettait à même d'observer.

Nous n'avons à rappeler à personne les conclusions auxquelles a été conduit M. Glénard, par l'application de son « procédé du pincement » à la recherche de la mobilité du rein, de son « procédé du glissement » pour l'exploration de l'intestin. Les notions relatives à la mobilité respiratoire du rein prolabé aux divers degrés et à la fréquence de la néphroptose, aux sténoses du côlon, aux divers prolapsus splanchniques, sont aujourd'hui généralement acceptées. La relation entre ces signes objectifs et un syndrome subjectif spécial, confondu jusque-là soit avec la névropathie, soit avec la dyspepsie, soit avec la lithiase biliaire, et que M. Glénard a dégagé sous le nom d'entéroptose, cette relation a paru assez nette, affirmée dans un assez grand nombre de cas par la thérapeutique, pour que l'acception de « maladie de Glénard » ait paru justifiée et se retrouve dans la plupart des travaux qui ont eu, depuis lui, pour objet ce point de pathologie.

Dans le travail qu'il publie aujourd'hui, ce sont les résultats généraux de son enquête sur le foie que M. Glénard soumet à ses confrères. Ses conclusions reposent sur l'exploration systématique du foie chez 3500 malades de sa pratique privée à Vichy.

La première partie de son étude est consacrée à la description du procédé de palpation, que M. Glénard désigne sous les termes de « procédé du pouce » et auquel il conseille de recourir, soit pour compléter les données fournies par la palpation classique, lorsqu'elle trouve le foie anormal, soit pour vérifier ses assertions, lorsqu'elle prétend qu'un foie est normal. « On lui devra, dit-il, dans le premier cas, la notion de signes importants pour le diagnostic différentiel, dans le second, des révélations de telle nature qu'on y puisera les motifs d'une extrême réserve dans le culte des pathogénies classiques. »

Nous ne reviendrons pas sur la description de ce procédé que nous avons donnée ici même, il y a deux ans, à la suite d'une communication de M. Glénard à l'Académie de médecine, communication qui fut l'objet, de la part de M. Féréol, d'un rapport dans lequel le procédé du pouce était apprécié en termes fort élogieux. Rappelons seulement qu'il s'agit d'un mode de « palpation à trois mains », dans lequel le pouce gauche, remplissant le rôle d'une main, aborde le foie de bas en haut et d'arrière en avant par sa face inférieure, tandis que les quatre derniers doigts de la main gauche soulèvent le foie en masse par la région lombaire, que la main droite déprime le flanc droit de bas en haut pour redresser la face inférieure du foie, et qu'enfin un profond mouvement d'inspiration abaisse à son maximum le bord caractéristique de cet organe. M. Glénard complète la nouvelle description qu'il donne de son procédé, à l'aide de cinq figures qui contribuent à lui donner une grande clarté.

Les détails objectifs relevés par ce procédé sont assez caractéristiques pour que, à la division classique succincte des foies en gros foie, petit foie, foie normal, M. Glénard ait pu proposer, s'appuyant sur des signes distinctifs qu'il résume en un tableau synoptique, de substituer une classification nouvelle des foies chez le vivant en huit formes objectives : foie hypertrophié, foie abaissé, foie déformé, foie tuméfié, foie à ressaut, foie sensible sans autre modification, foie petit, foie normal. A ce tableau est annexée une planche reproduisant un spécimen des diagrammes que M. Glénard propose pour chacun de ces types objectifs et il émet le vœu de voir pareils diagrammes figurer sur chaque observation de maladie de foie.

Mais nous avons hâte de laisser cette description, pour laquelle nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer au texte même de M. Glénard, et d'en arriver à la seconde partie dans laquelle cet auteur expose les considérations qui, pour lui, découlent de ses recherches.

Ses observations ont porté, nous l'avons dit, sur 3500 malades, atteints des affections classées sous les désignations de lithiase biliaire, lithiase urique, dyspepsie, dilatation de l'estomac, gastralgie, entérite chronique, catarrhe gastrique, névropathie, neurasthénie, entéroptose, chlorhydrie anormale, diabète, congestion du foie, goutte, cirrhose hépatique, etc., etc.; chez tous ces malades, le foie a été examiné en moyenne à trois reprises, chacune à une semaine d'intervalle; chez le tiers environ, l'exploration a été renouvelée après douze mois d'intervalle pendant une, deux, trois années ou plus.

Or, sur 100 malades atteints d'une de ces affections et qui en présentent les signes classiques de diagnostic, M. Glénard en a trouvé 70, chez lesquels il a rencontré des signes objectifs palpables d'une altération du foie, la proportion, un peu différente pour les deux sexes, est de 77 p. 100 chez l'homme, 62 p. 100 chez la femme. Rapprochant les types objectifs du foie que l'enseignement clinique, appuyé sur leur évolution chez un même malade, lui a appris avoir une signification analogue, c'est-à-dire le foie sensible et le foie tuméfié, impliquant tous deux une lésion de début ou une phase d'acuité; les foies abaissé, déformé, allongé, à ressaut, qu'il considère comme les « stigmates résiduels » de l'hypertrophie ou de la tuméfaction, M. Glénard recherche dans quelle proportion relative ils ont été trouvés, suivant les maladies (en laissant de côté les maladies classiques du foie, sauf la lithiase biliaire) et suivant les sexes, comparativement aux foies normal, hypertrophié ou atrophié, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire le tableau suivant (pourcentage) :

Maladies.	Foie normal.		Foie sensible ou tuméfié.		Foie hypertrophié.		Foie déformé, allongé, abaissé.		Foie petit.	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Dyspepsies . . .	26	48	32	28	3	6	38	16	1	»
Névropathies . .	21	46	31	30	5	»	36	23	5	»
Entéroptose. . .	33	34	11	21	»	»	55	44	»	»
Lithiase biliaire.	10	30	32	25	12	15	37	29	7	»
Lithiase urique.	24	30	12	37	18	»	39	33	6	»
Diabète	36	50	13	8	35	33	12	8	2	»
Goutte	35	»	32	»	»	»	33	»	»	»

Il y a là de vraies révélations, puisque des sept maladies envisagées et chez chacune desquelles on trouve un minimum de 60 p. 100 des cas chez l'homme, 50 p. 100 des cas chez la femme où le foie est objectivement anormal, il n'en est qu'une, la lithiase biliaire, que l'on interprète comme une maladie où le foie soit affecté.

M. Glénard se croit donc, à juste titre, autorisé à formuler les desiderata suivants :

1° Il existe une lacune dans la symptomatologie classique, puisque, dans cinq des maladies ci-dessus désignées, on n'est même pas conduit à explorer l'abdomen et que, dans la lithiase, l'exploration se borne à chercher le foie, et, dans la dyspepsie, l'estomac.

2° Il existe une lacune dans la méthode classique d'exploration de l'abdomen, puisque l'on a méconnu jusqu'ici, dans ces maladies, l'existence si fréquente de signes objectifs tels que ceux tirés de la déformation, de l'abaissement, de la sensibilité ou de la tuméfaction du foie.

3° Il existe une lacune dans la séméiologie du foie, puisqu'il

(1) *Lyon médical*, janv. et fév. 1892, et Paris, G. Masson.

est des affections chroniques dans lesquelles le foie peut être malade sans qu'on le soupçonne, même la lithiase biliaire avant ses crises caractéristiques.

4° Il existe une lacune dans les éléments de classification nosologique, puisque la classification de ces maladies est à la merci des théories alors qu'un caractère fondamental, méconnu jusqu'ici et dont la fixité laisse bien loin derrière lui tous les autres caractères, se présente pour prouver cette lacune et la combler.

M. Glénard pose en regard des desiderata les aphorismes suivants :

Aph. I. — Dans toute maladie chronique dont l'espèce est indéterminée ou la pathogénie discutable, on doit se méfier des symptômes apparents, redouter une subordination artificielle des caractères et interroger les grandes fonctions de la vie végétative ; alimentation, excrétions, état des forces, sommeil; le trouble de ces fonctions conduirait à explorer l'abdomen.

Aph. II. — Toute exploration de l'abdomen doit être méthodique et comprendre la palpation antérieure, la palpation bimanuelle de la région lombaire et la fouille des hypochondres. En outre, chaque organe doit être interrogé par le procédé de palpation qui lui est spécial (pincement pour le rein, glissement pour l'intestin, procédé du pouce pour le foie et la rate).

Aph. III. — Dans les maladies telles que la lithiase biliaire, le diabète, la lithiase urique, la goutte, caractérisées d'un côté par une détermination hépatique persistante, de l'autre par des phases critiques, la symptomatologie doit être dressée non seulement d'après les symptômes des crises qui ne sont que des symptômes accidentels, mais aussi d'après les symptômes des périodes intercalaires.

Aph. IV. — En complétant l'inventaire superficiellement dressé des symptômes subjectifs et des signes objectifs, en se méfiant des conclusions d'une physiologie pathologique, certainement conçue *a priori*, en se conformant à la loi méconnue de subordination des caractères, on est conduit à cette solution que, dans les dyspepsies, les névropathies, les lithiases, l'entéroptose, le diabète, la goutte, c'est le trouble fonctionnel du foie qui cause les ressemblances, explique les affinités, constitue les traits de parenté et que ces types multiples pourraient, en conséquence, être groupés en une grande famille qu'on appellerait « famille de l'hépatisme ».

M. Glénard, que nous tenons à citer, ajoute :

« D'après cette doctrine, qui présente sous une forme concrète l'idée de diathèse, il y a un groupe de maladies reliées par ce caractère commun, de présenter comme substratum une perturbation fonctionnelle du foie. Cette perturbation fonctionnelle du foie, en devenant chronique, crée un tempérament morbide, une affection constitutionnelle, *totius substantiæ*, pouvant se traduire par des manifestations, c'est-à-dire des maladies multiples et variées, successives ou alternantes, dont aucune n'est critique de l'affection et qui répondent chacune à l'unes des phases du processus hépatique. Ces maladies justifient leur groupement en un faisceau de l'« *hépatisme* » par une pathogénie, un diagnostic, un pronostic, une étiologie, une thérapeutique dont l'état fonctionnel du foie forme la clef, le pivot, l'élément capital d'indication.

L'« hépatisme » c'est-à-dire cet état diathésique, créé et entretenu par le passage à la chronicité d'une maladie de foie, peut, tout en présentant successivement et chez le même sujet les modalités syndromiques générales de dyspepsie, névropathies, entéroptose, obésité, lithiases, goutte, etc., revêtir et imprimer à chacune de ces modalités un caractère spécifique en rapport avec son origine première, avec la cause qui a été le point de départ ou, chez un héréditaire, l'occasion de la maladie de foie. C'est ainsi qu'il y aurait un hépatisme d'origine arthritique (alimentaire?), d'origine toxique (alcool, p. e.), infectieuse (malaria, influenza, dysenterie, rhumatisme aigu, typhus), nerveux (surmenage, chagrin, terreur, etc.), traumatique (dislocations, déchirures, ectasis viscérales) ou d'origine puerpérale (infection ou ectopie), etc. Chacune de ces causes est perturbatrice du foie, mais elle n'aboutit à l'*état diathésique* que lorsque cette perturbation a été suffisamment profonde ou suffisamment durable pour que la fonction du foie ne puisse plus être restituée *ad integrum*, pour que l'*affection* constitutive de l'hépatisme devienne chronique, enfin pour que la *maladie*, avec ses aspects divers, répondant aux diverses phases évolutives de cette affection hépatique, puisse être réalisée, la fièvre paludéenne, l'intoxication par l'alcool, la dislocation et la contusion des viscères abdominaux, etc., redeviennent des affections chroniques constitutionnelles (impaludisme, alcoolisme, entéroptose neurasthénique, hystéro-neurasthénie traumatique, etc.); que lorsque le foie, qui a été intéressé dès le début dans le processus morbide, a été définitivement « forcé » dans sa résistance. Alors il présentera désormais, par sa susceptibilité à retentir aux causes occasionnelles pathogènes, par son aptitude à engendrer des états morbides attestant la mise en jeu de cette vulnérabilité, par les stigmates objectifs persistants qu'il trahit à la palpation, les signes d'une déchéance fonctionnelle plus ou moins accentuée, mais dont il ne se relèvera plus; ce n'est pas la maladie, mais ce n'est pas non plus la santé, c'est le tempérament morbide, c'est l'affection hépatique, c'est l'*hépatisme*.

« Le trouble fonctionnel chronique du foie, l'hépatisme forme donc le trait d'union, non seulement entre les diverses maladies de la diathèse arthritique, non seulement entre ces maladies et le groupe des syndromes dyspepsie-névropathie, — qui sont l'expression d'une maladie de foie ou bien non encore classée, ou bien classée déjà, mais à son début, son déclin ou sa phase intercalaire de rémission, — mais l'hépatisme forme encore le trait d'union entre la diathèse arthritique et d'autres diathèses telles que l'alcoolisme, l'impaludisme, etc., etc.; l'hépatisme crée la diathèse, la maladie du foie crée l'hépatisme, l'alcool, l'agent infectieux, le traumatisme viscéral, etc., engendrent la maladie du foie. »

Telle est la doctrine que présente M. Glénard et il ajoute en faveur du rôle prépondérant qu'il attribue au foie, aux arguments tirées de la thérapeutique, qui pour toutes ces maladies présente les plus grandes analogies, à ceux tirés de la constatation si fréquente, chez elles, d'une perturbation objective de cet organe, à ceux tirés de l'aptitude des causes qui les engendrent à provoquer des maladies classiques du foie, enfin à ceux de la nécessité imposée par la clinique de trouver dans l'organisme le point de contact commun où se sont créés les liens de parenté si évidents entre elles, il ajoute les suivants :

« 1° L'altération fonctionnelle du foie, qu'on rencontre dans les espèces morbides les plus variées, peut également revêtir les aspects symptomatiques les plus variés, en raison des fonctions multiples qui sont dévolues au foie (glycopoïèse, cholépoïèse, uréopoïèse, chromopoïèse, actions d'arrêt, etc.).

2° L'altération fonctionnelle du foie peut expliquer, en raison de la solidarité qui unit forcément les diverses fonctions de cet organe, les traits généraux de ressemblance qui existent entre les maladies engendrées par le trouble de l'une ou de l'autre de ces fonctions.

3° L'altération fonctionnelle du foie, en raison de l'importance de cet organe, apprécié soit par sa présence presque constante dans l'échelle des êtres et par son volume relatif chez l'individu, soit par ce que l'on connaît de son rôle dans la nutrition et, en particulier, dans la digestion, soit par son retentissement direct à de multiples causes de perturbation de la santé, l'altération fonctionnelle du foie peut justifier sa place en tête de la pathogénie d'un grand nombre de maladies. »

Le sous-titre « Introduction à l'étude de l'hépatisme », que M. Glénard a donné à son travail, se trouve ainsi justifié, mais implique de sa part l'obligation de prouver, par l'histoire détaillée de ses malades, que les signes objectifs anormaux du foie, qu'il a relevés chez eux, répondent bien à des troubles fonctionnels de cet organe, que les symptômes dominants des maladies qu'il étudie sont bien des symptômes hépatiques, que

c'est bien le foie dont la déviation fonctionnelle ouvre la scène pathologique et qui reste le principal acteur du processus morbide.

Cette notion de la haute valeur pathogénique du foie est aussi vieille que la médecine ; elle a sombré depuis longtemps pour faire place aux doctrines humorales, aux troubles de la nutrition cellulaire ou des fonctions d'innervation, ou enfin à la perturbation des mouvements ou du chimisme de l'estomac. C'est cette vieille notion, basée jadis sur des raisonnements théoriques, que M. Glénard veut rajeunir, non seulement par un néologisme, mais par un argument nouveau, dont la portée serait capitale si les faits sur lesquels il l'appuie se trouvaient confirmés par d'autres observateurs. C'est en effet par l'étude obstinée du malade, par le perfectionnement dans les procédés d'investigation, par la découverte de nouveaux signes, dont les plus humbles en apparence peuvent, demain, acquérir une vraie valeur de révélation, que se sont accomplis les plus grands progrès, nous pourrions dire les seuls progrès en médecine. Il est certain, d'un autre côté, que rien ne s'oppose *a priori* à une conception doctrinale se réclamant de constatations nouvelles, dues à des principes et à une technique d'exploration qui n'avaient pas encore été appliqués.

Quel sera le sort de la doctrine de l'hépatisme? Quel sera le sort du procédé du pouce? Quelle valeur sera reconnue aux aphorismes de M. Glénard? M. Glénard, par ses travaux antérieurs, a acquis le droit d'être discuté.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 13 août 1892, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal. — M. Mahéo, médecin principal de la marine en retraite.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le docteur Sarda, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1892-1893, d'un cours complémentaire des maladies des enfants.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Rémond, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1892-1893, d'un cours des maladies mentales.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Pajot, pharmacien de première classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 97. — JEUDI 25 AOUT 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 25 AOUT 1892. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance d'hier a été tout entière consacrée à une très intéressante communication de M. Zambaco, membre correspondant étranger, sur la question de la lèpre. Tout le monde sait quelle compétence l'auteur a acquise en pareille matière durant les quinze années d'observations et de recherches qu'il a passées dans les léproseries d'Orient. Cette fois, M. Zambaco nous ramène en Occident, sur les rives bretonnes; et s'il a été conduit à diriger ses investigations dans cette région, c'est qu'il a été frappé des analogies remarquables que présentent avec la lèpre certaines affections nouvellement décrites, en particulier la maladie de Morvan.

Pendant son voyage en Bretagne, l'auteur a pu rassembler un assez grand nombre de faits qui, joints aux renseignements fournis par des médecins résidents et aux traditions léguées par l'histoire locale, lui ont permis d'affirmer les deux propositions suivantes :

1° La lèpre autochtone a existé et existe encore en Bretagne;

2° Les affections décrites sous les noms de maladie de Morvan, de panaris analgésique, etc., doivent être rattachées à la lèpre.

Ces deux conclusions, dont la dernière est d'une réelle gravité, puisqu'elle refuse à la maladie de Morvan le rang qu'elle occupait dans le cadre nosologique, ont paru être favorablement accueillies par l'Académie, malgré quelques objections de détail dont on lira plus loin le compte rendu.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

L'hydroa buccal.

Parmi les variétés de l'érythème polymorphe, il en est une : l'hydroa, qui offre une importance pratique spéciale. L'hydroa des muqueuses et, en particulier, l'hydroa de la muqueuse buccale est, en effet, l'affection dont le diagnostic avec la syphilis offre le plus de difficultés. Rien de plus fréquent que de voir le traitement si simple de l'hydroa buccal être remplacé par un traitement mercuriel absolument nuisible.

L'hydroa considéré en général peut s'observer, non seulement sur les muqueuses, mais sur la peau. Cet exanthème cutané forme une éruption érythémato-vésiculaire limitée à quelques sièges de prédilection. Elle occupe, par exemple, la région dorsale du métacarpe, avec quelques jetées vers les doigts et l'avant-bras, le pourtour du genou, du coude, du cou de pied, de la hanche, avec maximum du côté de l'extension. Les foyers sont régionaux, non généralisés. L'éruption forme, à elle seule, toute la maladie. L'état fébrile du début est très léger, quand il ne manque pas complètement.

Au point de vue de sa constitution, l'hydroa est d'abord formé par un érythème comprenant des disques de toutes formes, d'un rouge intense vineux et parfois livide. Après vingt-quatre ou trente-six heures, des vésicules apparaissent au centre du disque érythémateux, elles peuvent envahir la totalité du disque. Au lieu d'une vésicule centrale, on peut aussi voir se produire deux à trois petites vésicules irrégulières. Dans l'herpès iris, l'herpès en cocarde, on peut voir un aspect cerclé, une série de cercles érythémateux plus pâles au centre, plus foncés à la périphérie et entourés d'une auréole vésiculeuse. Parfois même, la marche peut être serpigineuse. L'éruption est toujours successive, quelle que soit sa forme. Elle ne se fait pas d'un seul coup. Arrivés à la période de régression, les éléments érythémato-vésiculeux se recouvrent, par dessiccation, d'une petite croûtelle. La disparition de la rougeur, la dessiccation, sont parfois si rapides, qu'on a pu décrire une forme abortive de l'hydroa. A côté de cette forme abortive, on en a signalé un grand nombre d'autres. Les deux plus importantes sont la forme bulleuse, avec bulles parfois énormes, et la forme fruste où la vésiculation est si minime, qu'il faut, en quelque sorte, la deviner.

L'énanthème hydroïque, l'hydroa des muqueuses, mérite de nous arrêter plus longtemps que l'hydroa cutané. La localisation sur les muqueuses est d'ailleurs beaucoup plus fréquente que la localisation sur la peau. Toutes les muqueuses peuvent être atteintes, mais les muqueuses génitale, pituitaire, conjonctivale, pharyngée sont beaucoup moins souvent affectées que la muqueuse buccale. C'est à la face externe et interne des lèvres, sur la langue, que s'observe surtout l'hydroa.

Cet hydroa buccal, remarquablement étudié par M. Quin-

quaud, passe par trois périodes : simple rougeur; période érythémato-vésiculeuse où la rougeur se recouvre d'un léger revêtement opalin. Ce revêtement finit par se détacher, en laissant comme une série de petits vésicatoires de la muqueuse. On arrive ainsi à la troisième période, la période érosive. Les lésions érosives sont variables d'étendue et de forme. Elles restent souples. Au pourtour de l'érosion, on aperçoit quelquefois, caractère remarquable, une sorte de frange périphérique.

Les troubles fonctionnels sont assez minimes. La douleur, la cuisson restent modérées. La sensation provoquée par les aliments, en particulier les aliments acides, est, au contraire, assez pénible. L'haleine est fétide. La salivation réflexe est souvent abondante.

La durée est de quinze jours à trois semaines. Les récidives sont fréquentes et c'est là le seul point noir du pronostic absolument bénin. On peut observer quatre, cinq, six récidives successives.

La nature même de la maladie est inconnue. Son origine infectieuse est probable, mais non démontrée. Au point de vue des causes prédisposantes, elle s'observe surtout au printemps et à l'automne. Elle frappe de préférence les sujets jeunes, âgés de quinze à trente ans, et surtout les arthritiques.

Le traitement est assez banal et ne comporte aucun médicament de fond. A la peau, il consiste surtout à protéger l'éruption. Vous emploierez les poudres de talc ou d'amidon, les pommades boriquées à l'oxyde de zinc, l'enveloppement dans l'ouate ou le lint boriqué. Pour l'hydroa buccal, vous conseillerez les gargarismes à l'eau de guimauve, les pulvérisations émollientes. Des badigeonnages seront faits une dizaine de fois dans la journée, au moyen d'un pinceau d'aquarelliste trempé dans le collutoire suivant :

Miel rosat.	*ââ* 15 grammes.
Glycérine pure. . .	
Borax.	4 à 5 —

Parfois des cautérisations au nitrate d'argent sont utiles. Ces cautérisations sont indiquées, en particulier, contre les érosions douloureuses de la pointe de la langue.

Ce traitement est, vous le voyez, bien simple. Mais le point important dans l'histoire clinique de l'hydroa buccal est la confusion fréquente avec la syphilis et le traitement mercuriel qui est la conséquence de cette confusion.

L'hydroa buccal est, en effet, la lésion syphiloïde par excellence. Il rappelle, par tous ses caractères, par sa forme, sa couleur rouge opaline, sa base souple, les plaques muqueuses. La ressemblance est telle que le diagnostic différentiel reste parfois impossible. Ne vous hasardez donc jamais à affirmer l'existence de la vérole, du seul fait de lésions buccales, si complètement qu'elles offrent l'aspect de plaques muqueuses.

Dans les cas où le diagnostic différentiel est possible, les principaux symptômes que vous pourrez utiliser sont les suivants. L'hydroa, au moins au début, dans les premiers jours, est plus inflammatoire, plus rouge, plus aigu, plus douloureux que les plaques muqueuses. Sa coloration est parfois carminée. Il est aussi plus confluent, quelquefois il fait tout le tour des lèvres (hydroa orbiculaire). Il est plus irrégulier comme forme. A côté de ces nuances, est un autre signe pathognomonique, mais, malheureusement, souvent impossible à constater : la persistance, à côté des lésions érosives, de lésions restées encore à la période vésiculaire.

En réalité, les caractères objectifs de la lésion suffiront rarement au diagnostic. Pratiquement, c'est surtout en recherchant, d'une part, aux points de prédilection que je vous ai indiqués plus haut, les éruptions d'hydroa cutané qui accompagnent souvent l'hydroa muqueux, de l'autre, les autres tares syphilitiques, que vous pourrez vous prononcer. Dans la forme récidivante, la notion des atteintes successives peut aussi vous être utile.

Mais si complet, si minutieux que soit votre examen, le diagnostic restera parfois douteux. En ce cas, la règle pratique absolue est de vous abstenir toujours du traitement mercuriel. Le traitement ne pourrait que nuire à la lésion buccale de l'hydroa. Alors même qu'il s'agirait de syphilis, mieux vaut laisser évoluer, sans les troubler, les lésions jusqu'au moment où le diagnostic devient certain. C'est de cette façon seulement que vous ne risquerez pas de nuire à votre malade dans le présent et d'ignorer pour toujours le traitement qu'il conviendra d'instituer pour l'avenir. Quelques jours de retard ne sont rien à côté de la valeur d'une certitude absolue.

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA CONJONCTIVITE GRANULEUSE

Par le docteur Ch. ABADIE.

Voilà bientôt deux ans que M. Darier et moi n'avons cessé de proclamer la supériorité du traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse sur tous les autres.

On s'étonnera peut-être de nous voir revenir encore une fois sur ce sujet, qui a été l'objet de plusieurs communications, soit au Congrès de chirurgie, soit au Congrès d'ophthalmologie. Nous ferons remarquer, pour justifier cette insistance, qu'il s'agit d'une découverte d'une grande importance, appelée à rendre d'immenses services, surtout dans certains pays où la conjonctivite granuleuse est un véritable fléau.

C'est, du reste, un signe de bon augure quand on peut, au bout de deux ans, venir proclamer que la méthode, tant vantée à l'origine, a tenu toutes les promesses du début et que le contrôle et l'expérience des autres, indispensables pour porter un jugement définitif, n'ont fait que confirmer les résultats annoncés.

Depuis deux ans, nous avons soigné, M. Darier et moi, plus de 150 malades, et dans les cas les plus graves les résultats ont été inespérés.

Tantôt il s'agissait de malades ayant été traités pendant de longues années par les cautérisations journalières, les scarifications superficielles, sans que la chronicité de leur affection eût été, en quoi que ce soit, modifiée. Ils ont guéri.

Chez d'autres, la maladie était moins chronique, mais plus grave. Complications menaçantes du côté de la cornée, pannus, ulcérations douloureuses provoquant un état aigu, rendaient les cautérisations ordinaires intolérables et dangereuses. Ceux-là aussi, nous les avons traités hardiment, et, ici encore, nous avons souvent réussi à sauver des yeux qui paraissaient irrémédiablement perdus.

La discussion qui s'est ouverte sur ce sujet, au dernier Congrès d'ophthalmologie, a montré, en somme, le bien-fondé de nos observations. M. le docteur Martin (de Bor-

deaux) a dit que, après nous avoir vu exécuter notre technique opératoire, il l'avait appliquée à quelques-uns de ses malades, soignés en vain depuis plusieurs années et dont la situation allait toujours s'aggravant. Succès complet.

Mêmes résultats remarquables obtenus par M. le professeur Truc (de Montpellier), qui proclame que le traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse constitue un immense progrès.

M. Maréchal (de Brest) a eu aussi raison de cas très graves par ce procédé; seulement, il est peu partisan de la brosse et préfère, une fois les scarifications profondes achevées, exprimer par compression les foyers infectieux.

Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point.

M. le docteur Vigier, médecin militaire à Zemmorah (Algérie), a également appliqué ce procédé dans les cas les plus invétérés. De même, Petresco, à Bucharest. L'accord est unanime : succès dans le plus grand nombre de cas. L'appui donné à la valeur de la méthode, par ces deux derniers confrères, est d'autant plus précieux qu'ils exercent tous les deux dans des pays où la conjonctivite est particulièrement fréquente et grave.

On voit, en somme, que cette méthode se généralise dans tous les pays. En Amérique, le docteur Knapp emploie à peu de chose près le même procédé, avec cette différence toutefois que, au lieu de brosser la surface cruentée après les scarifications, il exprime, au moyen de pinces spéciales, les foyers microbiens.

A ce propos, je ferai remarquer que la caractéristique du procédé actuel consiste surtout à aborder une région qui, auparavant, était inaccessible et échappait à tous nos moyens d'action. Quand on retourne les paupières avec les doigts, on ne met à nu que le cartilage tarse et la conjonctive qui le tapisse. Ce n'est pas là qu'est le foyer principal de la maladie; il est plus en arrière, au niveau de la partie la plus élevée du cul-de-sac supérieur et du tissu cellulaire lâche, lymphoïde, qui le double, et c'est là qu'il faut arriver. Quand on a profondément scarifié cette région, qu'on a sectionné les vaisseaux, les nerfs, le tissu cellulaire, on évacue par le brossage l'élément infectieux. En outre, ce terrain, favorable auparavant à la pullulation microbienne, se trouve transformé en un tissu moins riche en vaisseaux, nerfs, éléments lymphatiques, dans lequel la vitalité, la germination des micro-organismes sera désormais moins facile. Le point important est donc d'atteindre cette région, de la modifier et de changer pour ainsi dire sa structure.

Mais qu'on se serve pour cela de brosses, de pinces, de rouleaux, etc., cela n'a pas grande importance. Je dois dire pourtant qu'il est bien préférable de s'en tenir à la technique exacte que nous avons indiquée et que nous rappelons en quelques mots :

Double renversement de la paupière supérieure sous chloroforme, de façon à mettre complètement à nu le cul-de-sac supérieur de la conjonctive. Scarifications profondes de cette région au moyen d'un bistouri. Brossage de toute la surface cruentée avec une brosse à dent ordinaire dure, mais ayant été au préalable désinfectée avec soin et débarrassée de tout détritus organique. Pour cela, on la dégraisse d'abord complètement par l'alcool et l'éther, puis on la laisse plongée pendant une heure dans une solution de sublimé à 1 p. 100.

Cette manière de procéder a fait ses preuves. Malheureusement, chaque opérateur croit souvent faire œuvre originale en la modifiant. Or, souvent, ces modifications sont loin d'être des perfectionnements. Les uns n'emploient pas le chloroforme, et il est alors à peu près impossible de retourner assez complètement les paupières pour atteindre les régions malades. D'autres font les scarifications et suppriment le brossage. La nature ou le titre des solutions employées après le brossage et les jours suivants sont parfois changés ou réduits; dès lors les résultats changent souvent aussi et ne sont plus aussi satisfaisants.

L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE

OBSERVÉE A L'HOPITAL MILITAIRE DE GUELMA EN JANVIER 1890 (1)

Par le docteur MARTY,

Médecin-major de première classe.

III

Le lombago, symptôme ordinaire, a été moins souvent spontanément accusé. C'est cependant lui qui, après la céphalée, a attiré le plus l'attention des malades. Il nous a semblé moins violent que dans la variole. Les douleurs dans les membres inférieurs ont tenu la troisième place, leur intensité s'est montrée assez variable : tandis que certains malades les ressentaient avec une violence considérable, pour d'autres, c'était simplement un sentiment de lourdeur plus ou moins pénible.

Dans un cas, le malade a accusé des lourdeurs généralisées vagues.

Enfin, comme localisation rare, nous citerons une observation où une névralgie intercostale d'au-dessous du mamelon a été accusée deux jours de suite.

La marche du symptôme névralgie a été assez variable. Parfois, il a cédé assez vite, parfois il s'est montré d'une grande ténacité. C'est ainsi que, dans le cas de névralgie sous-occipitale droite, il a été ressenti pendant 4 jours.

Il peut céder et reprendre après quelques heures ou un jour sans être pour cela un signe de rechute complète.

La localisation peut varier pendant la durée de l'affection. Il en est ainsi de son acuité relative dans les divers points simultanément douloureux.

L'insomnie, parfois provoquée par les douleurs, doit être rangée au nombre des symptômes dont se sont plaints les malades ; mais elle a été accusée seulement par quelques-uns.

Dans les phénomènes du même ordre doivent être rangés les cauchemars, les rêvasseries assez fréquentes. Aucun n'a présenté de syncopes. Le vomissement n'a pas non plus été observé. Le vertige a été observé, soit lié aux douleurs de tête, soit à la fièvre, soit à des états gastriques. Dans la plupart des cas soumis à notre observation, l'état général était celui de la fatigue et de la dépression.

Parfois, quelques symptômes d'excitation ont été observés, mais toujours au début et passagers. Si l'affection se continuait sérieuse, la dépression les remplaçait de suite.

Le larmoiement a été nettement accusé comme phénomène de début par six malades. Son origine a pu être variable. Il a accompagné le plus souvent les coryzas, mais il a été observé en dehors et l'a été chez un malade, qui n'a pas présenté ce coryza. Dans ce cas, il était lié à une violente céphalée. L'injection des conjonctives est également accusée dans six cas. Elle peut être annexée au coryza et à la céphalée. Elle a été observée dans la première période de l'affection et peut être un des premiers symptômes. Cette injection a été parfois très vive, mais elle a disparu ou s'est atténuée avec autant de rapidité qu'elle s'était produite. Le cas le mieux observé a été celui du nommé A. S... du détachement de zouaves, en traitement à l'hôpital depuis le 15 janvier pour uréthrite. Chez cet homme, le 13 février dans l'après-midi, se montrait un peu de malaise. Le 14, à la visite du matin, cour-

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 887.

bature et douleurs dans les membres inférieurs. Puis après la visite, le même jour, par conséquent, et après vingt-quatre heures environ, la face devenait vultueuse, pendant que la fièvre très vive montait à 40°2. Les conjonctives rougissaient pour ainsi dire à vue d'œil, et à la contre-visite la rougeur était telle qu'un examen superficiel aurait pu faire penser à une affection oculaire grave au début. Le catarrhe était oculo-nasal. Le 15, à la visite du matin, cet état avait presque complètement disparu. Dans les autres cas observés, les phénomènes ont été moins intenses tout en conservant leur cachet de rapide évolution. Dans plusieurs autres cas, l'œil s'est montré injecté et humide, mais à un degré peu marqué.

L'angine a été observée dans le tiers des cas environ. Elle a été un phénomène de la première période plutôt que de début.

Le plus souvent les malades s'en sont plaints du deuxième au quatrième jour, une fois plus tard. Cette angine était superficielle, elle s'accompagnait d'un certain degré de rougeur de la gorge, sans aucun phénomène grave. Il est à remarquer qu'elle a été observée chez le nommé H. H... cité plus haut et qui a attrapé la grippe dans son lit. Dans un seul cas, nous avons relevé de la laryngite et cela au quatrième jour de la grippe observée.

Les phénomènes de gêne et d'altération de la voix ont également été passagers.

Du côté du tube digestif, les symptômes observés ont été les suivants : ordinairement, la langue était légèrement sale, mais humide. Dans quelques cas l'enduit saburral était assez épais.

Dans un cas, elle était très chargée. Enfin, dans un cas seulement, elle a présenté un aspect rappelant celui de la fièvre typhoïde : rougeur au centre, bords sales et sécheresse. Les variations de l'appétit ont été parallèles. Dans beaucoup de cas, sauf pendant la période fébrile, les malades, tout en mangeant peu, ont demandé quelques aliments.

Dans un nombre relativement faible, l'anorexie a été absolue.

Nous noterons, à ce sujet, qu'il est bon de ne pas laisser aux malades liberté entière comme alimentation. C'est ainsi que, dans un cas fort bénin, au quatrième jour de la maladie et la fièvre du début ayant cédé, l'appétit commençant à renaître seulement, un zouave se laissa entraîner, par l'exemple de quelques camarades et la tentation d'un aliment qu'il aimait, à dépasser à la caserne les limites de la prudence. Vers neuf heures du soir, le repas ayant eu lieu après la soupe, survinrent des phénomènes d'oppression avec dyspnée et angoisse. Une injection de morphine et une tasse de thé à l'hôpital arrêtèrent de suite ces phénomènes nerveux, survenus sous l'influence d'une fatigue trop grande imposée à son estomac. Nous noterons qu'il n'y a eu aucune évacuation et que l'auscultation n'a fait percevoir que quelques râles très rares disséminés dans les deux poumons. Rien de particulier n'a été relevé du côté de la rate et du foie.

Du côté de l'intestin, deux fois la diarrhée a été observée : une fois, elle s'est montrée au début; la deuxième fois, au septième jour de l'affection. Nous pensons qu'il n'y a eu là qu'une affaire de coïncidence. La constipation a été plus fréquente.

La toux s'est montrée d'intensité variable, ordinairement violente, quinteuse, fatiguant les malades. Le caractère le plus intéressant à relever fut certainement son peu de proportion avec les résultats de l'auscultation dans un grand nombre de cas bénins. Avec des quintes qui semblaient indiquer un état catarrhal sérieux de l'organe, on trouvait quelques râles sonores disséminés, quelques râles humides dans un point bien limité de la poitrine, parfois simplement de la rudesse respiratoire liée à un certain degré de congestion.

L'expectoration dans les cas simples et sauf chez deux sujets qui présentaient des bronchites chroniques antérieures, s'est montrée peu abondante, spumeuse et aérée.

Quand les formes s'aggravaient, on voyait apparaître du pus dans les crachats.

Dans un nombre de cas, loin d'être négligeable, c'est le sang qui s'y est montré.

Le fait a été observé chez un des malades qui font la base de cette étude.

Nous noterons de suite que, sur les uns, la couleur rose vif du sang a fait admettre des hémorrhagies artérielles et congestives.

Les quintes de toux occasionnaient la rupture nécessaire et le résultat était facilement atteint sur un poumon bien préparé pour cela.

Le moment des hémorrhagies a été variable. Chez l'un, c'est au troisième jour, sans autre chose à l'auscultation que de la rudesse respiratoire; chez le deuxième, l'hémorrhagie dura cinq jours, s'accompagna de quelques râles disséminés et a commencé au sixième jour.

Chez le troisième, l'hémoptysie se produisit le septième jour de l'affection et offrit cet important caractère, qu'elle s'accompagna d'une légère élévation de température. La marche fut la suivante :

15 janvier, sixième jour de l'affection : matin 36°5, soir 36°5; respiration rude sans râles bien nets. Quelques crachats striés de sang dans la salive.

16 janvier : matin 36°8, soir 38 degrés. Même état; crachats spumeux striés de sang.

17 janvier : matin 37°2, soir 37 degrés; même état du poumon, mais le sang disparaît.

Le 18, pas de fièvre, quelques râles se montrent du côté droit, sans reprise de l'hémoptysie. La poussée fébrile a donc été en rapport avec la poussée hémoptoïque et non avec les phénomènes de bronchite.

Dans le quatrième cas, l'hémoptysie s'est montrée en pleine convalescence.

D'autre part, en dehors des malades cités ici, nous avons été appelé à en voir deux chez deux officiers atteints de la même affection. La proportion a donc été de 4 p. 32 sur les hommes, de 2 p. 2 chez les officiers. Nous croyons que l'explication de ce fait se trouve dans le désir que ces messieurs avaient de sortir pour vaquer à leur service, sorties qui les ont conduits à des imprudences auxquelles les hommes toujours disposés, au contraire, à s'arrêter, ont presque tous échappé. Ces deux cas ont d'ailleurs présenté des caractères spéciaux.

Chez l'un, l'hémoptysie a été un phénomène à peu près de début. Pendant quatre jours, les crachats ont été striés de sang et en même temps de l'épistaxis a été observée.

Les deux étaient cependant indépendants.

Chez le deuxième, l'hémoptysie a duré vingt jours; il est vrai que c'était, au début, quelques stries de sang dans un ou deux crachats de la journée. Puis, à la fin, la quantité de sang augmenta légèrement, mais toujours dans des proportions minimes.

Ce dernier fait diffère donc nettement des premiers. Il s'agissait là d'une congestion passive, à tendance chronique de l'organe.

Dans aucun cas, le sang ne s'est montré abondant. Parfois, c'était une simple strie rosée dans un crachat.

Parfois le crachat entier en présentait. Chez certains malades, un ou deux crachats seuls en offraient dans les vingt-quatre heures; chez d'autres, sa présence était constante.

Une forte congestion pulmonaire et la violence des quintes de toux nous semblent donner la clef de ce phénomène qui, s'il a été sans gravité sur ces militaires, n'en est pas moins la forme atténuée d'une des complications les plus terribles que la grippe puisse donner : le catarrhe suffoquant.

L'épistaxis a été observée quatre fois. Dans ces quatre cas, elle n'a pas coïncidé avec les hémoptysies. Elle s'est montrée une fois au sixième jour, une fois au septième jour, une fois comme phénomène de début, une fois au cinquième jour.

Elle a varié comme abondance. Dans un cas, le malade a simplement mouché du sang. Dans deux cas, il y a eu une légère hémorrhagie. Dans le quatrième, trois hémorrhagies ont été produites dans les vingt-quatre heures et ont donné au total environ 25 centilitres de sang. Dans un cas, l'hémorrhagie avait eu lieu avant l'entrée à l'hôpital et nous n'avons pu vérifier son

rapport avec les phénomènes fébriles. Dans les trois autres, il semble positif.

A. T..., septième jour : matin 39°2, soir 39°5 (trois hémorrhagies). — Huitième jour : matin 37°4, soir 37°8 (ces hémorrhagies ont cessé). — Neuvième jour, pas de fièvre.

Ne semblerait-il pas qu'il a eu ici la valeur d'un phénomène critique?

Dans les deux autres cas, il n'en a pas été absolument de même, mais l'hémorrhagie s'est montrée le lendemain de la chute de la fièvre. De plus, nous avons noté dans les quatre cas un catarrhe oculo-nasal concomitant très marqué. Nous serions donc assez disposé à admettre un certain rapport entre ces deux phénomènes.

L'hémorrhagie nasale est plus précoce que celle du poumon en général, parce que les phénomènes pulmonaires suivent les autres. Mais il s'agit encore là de la conséquence d'un état congestif muqueux.

Dans un cas seulement, nous avons été à même d'observer des phénomènes du côté du cœur. Le nommé B. V..., entré à l'hôpital après le stade fébrile, présenta, sans que rien ne lui eût fait attirer l'attention de ce côté, au onzième jour de l'affection, des intermittences très marquées et se reproduisant toutes les 5 à 6 pulsations. A l'auscultation, le premier bruit était mal frappé à la pointe. Ces phénomènes durèrent deux jours puis, le treizième, le pouls devenait meilleur, les intermittences avaient disparu et on ne retrouvait plus que quelques irrégularités rares et peu marquées, bien qu'appréciables; le 28, tout avait disparu.

Dans ce cas unique, un petit mouvement fébrile a coïncidé avec ces phénomènes, ainsi que le prouvent les chiffres suivants :

B. V... dixième jour : température matin 37 degrés, soir 37°1. — Onzième jour : matin 36°8, soir 37°5 (intermittences). — Douzième jour : matin 36,9, soir 38,5 (intermittences). — Treizième jour : matin 37 degrés, soir 37°6 (régularisation). — Quatorzième jour, pas de fièvre.

Ne semble-t-il pas qu'il y a eu là quelque chose de plus qu'un trouble de l'innervation du cœur?

Les sueurs ont souvent été observées. Cependant nous n'oserions affirmer qu'elles ont été constantes. Parfois, elles n'ont nullement attiré l'attention des malades. Dans d'autres cas, elles ont été abondantes et parfois fréquentes, car dans un cas, le malade s'en est plaint six jours de suite. Dans quelques faits, leur rôle critique semble se vérifier. Les plus nets sont les suivants :

H. J..., au troisième jour, douleur lombaire intense, sueurs abondantes. Au quatrième jour, persistance de la douleur lombaire; nouvel accès de sueur dans la nuit.

La douleur lombaire disparaît pendant le deuxième accès de sueur et le retour à l'état normal s'opère en deux jours sans incident.

Chez le nommé C..., les sueurs, plus abondantes la nuit, sont suivies de la diminution de la céphalée. Le phénomène se produit au cinquième jour de l'affection; le sixième jour, nouvel accès de sueur et amélioration immédiate et définitive; le septième jour, sauf pour la céphalée qui recommence au dixième jour, mais comme phénomène isolé et sans durée. Chez le nommé R..., des sueurs abondantes dans la nuit du cinquième au sixième jour de l'affection sont suivies d'une amélioration immédiate et définitive.

Les éruptions observées et toujours recherchées ont été les suivantes : dans deux cas, de l'herpès a été constaté aux lèvres. Cette éruption doit être, nous semble-t-il, rapportée aux phénomènes fébriles et dans les deux cas, l'affection en tant que forme simple, était assez forte. Dans un cas, un gonflement de la lèvre supérieure à fait croire à l'imminence d'une troisième éruption herpétique qui ne s'est pas produite.

Dans ce cas, le malade présentait simultanément de l'angine.

Dans deux cas, nous avons observé une très discrète éruption miliaire sur la face antérieure de la poitrine.

Les vésicules, dont on aurait pu facilement déterminer le nombre, étaient entourées à leur base d'une minuscule auréole inflammatoire; cette éruption nous a semblé sudorabe. Au deuxième jour de son affection, le malade D... présenta une éruption de roséole aux caractères intermédiaires entre ceux de l'érythème et de la rougeole. La rougeur inégale et marbrée était assez vive. Cette éruption occupa tout le thorax sans le dépasser. Elle ne s'accompagna d'aucun phénomène douloureux et fut vue en vérifiant l'état de la peau.

La rougeur fut appréciable pendant trois à quatre jours, puis elle pâlit et disparut graduellement.

Au point de vue de la marche de la température, quelques variations ont été observées. D'abord, dans la majorité des cas, la fièvre a cédé avec une grande rapidité, et les malades, entrés au deuxième ou troisième jour, n'en présentaient plus.

Dans la plupart des cas, où elle a été nettement constatée, on a observé des températures variant de 38 à 40 degrés avec chute brusque du quatrième au neuvième jour. La fièvre affecta en général le type rémittent assez accentué. La défervescence a été souvent brusque et définitive ainsi que dans l'exemple suivant :

Entré le 21, sixième jour : température matin 38 degrés, soir 38°6. — Septième jour : matin 36°6, soir 36°5.

La fièvre ne reparaît plus. La chute peut être de deux degrés et plus. Dans un deuxième type, après une chute nette, une légère exacerbation se reproduit de nouveau. En voici un exemple.

C... entré le 21. Quatrième jour : température matin 38 degrés, soir 40 degrés. — Cinquième jour : matin 37 degrés, soir 36°7. — Sixième jour : matin 36°8, soir 38°2. — Septième jour : matin 37°9, soir 37°3. — Huitième jour : matin 37°4, soir 37°2, défervescence définitive. Dans le cas actuel nous n'avons rien trouvé qui pût, en dehors de l'état grippal ordinaire, expliquer cette marche de la température.

Mais parfois, dans les cas de ce genre, on en trouvera l'explication, en examinant attentivement le malade, dans quelques phénomènes surajoutés ou exceptionnels.

Les indications données à propos des hémoptysies et du pouls nous dispensent d'insister à ce sujet. Dans quelques cas, un type à peu près continu peut se montrer, comme dans l'observation suivante :

S..., entré le 15 janvier au quatrième jour : température matin 40°2, soir 40°2. — Cinquième jour : matin 38°3, soir 38°4. — Sixième jour : matin 38°6, soir 58°5. — Septième jour : matin 38°5, soir 37 degrés, défervescence définitive.

Dans un cas fort simple et bénin, la fièvre a affecté le type quotidien : voici le tracé :

D..., entré le 19 janvier au cinquième jour : température matin 37 degrés, soir 39°3. — Sixième jour : matin 37°2, soir 40°2. — Septième jour : matin 37°3, soir 38°2. — Huitième jour : matin 37 degrés, soir 37°1, défervescence définitive.

Dans un cas, la rechute par oscillation a été observée.

P..., entré le 13 au quatrième jour : température matin : 38 degrés, soir 38°7. — Cinquième jour : matin 37°5, soir 38 degrés. — Sixième jour : matin 36°9, soir 37°2, défervescence définitive.

Aucun cas de rechute n'a été observé.

La convalescence a été en définitive assez rapide, ce qui s'explique par l'âge et la bonne santé des hommes, car sur la population civile les résultats de l'observation ont été tout autres.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 août 1892. — Présidence de M. Larrey.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une lettre de M. Galippe sur les accidents de la dentition : l'auteur pense que ces accidents révèlent, chez les enfants qui en sont atteints, des tendances dégénératives et qu'ils ne s'observent pas chez les sujets héréditairement normaux.

COMMUNICATION

Rapports de la lèpre et de la maladie de Morvan. — M. ZAMBACO (de Constantinople) expose, devant l'Académie, le résultat de ses recherches sur l'existence de la lèpre en France et sur les rapports que cette affection présente avec les faits décrits sous le nom de « maladie de Morvan ». Les observations de panaris analgésique se rencontrent surtout sur nos côtes du littoral et principalement en Bretagne. Frappé de cette fréquence et intrigué par les analogies que présentaient les descriptions et les dessins avec ce qu'il avait lui-même observé dans les léproseries d'Orient, M. Zambaco résolut d'aller étudier la question sur place.

Dans son voyage à travers les départements bretons, l'auteur a recueilli de nombreux renseignements concernant l'existence ancienne de la lèpre en Bretagne et il a rencontré des cas assez nombreux soit de lèpre vraie, soit du syndrome connu sous le nom de maladie de Morvan.

On retrouve dans le diocèse de Saint-Brieuc plusieurs vestiges d'anciennes léproseries : différentes localités portent des noms bretons, dont la traduction est significative : « village des lépreux », « cour des lépreux », « bois des cagots » ; un ancien cimetière réservé aux lépreux porte le nom de « champ des pourris ». Du reste, les légendes locales sont pleines d'allusions à cette maladie redoutée et ne laissent aucun doute sur l'existence et la fréquence de la lèpre parmi les anciennes populations bretonnes.

Les faits actuels observés par M. Zambaco peuvent se répartir en deux groupes :

1° Cas de lèpre vraie, tuberculeuse ou ulcéreuse ; l'auteur en a rencontré quelques-uns ; le doute n'était pas permis, le diagnostic s'imposait ;

2° Cas de lèpre mutilante ou anesthésique, auxquels l'auteur rattache tous les faits répondant à la description de la maladie de Morvan ; et ce rapprochement est justifié par la similitude frappante, l'identité, dit M. Zambaco, des lésions présentées par certains lépreux d'Orient avec celles que l'on constate chez ces Bretons porteurs de panaris analgésiques.

M. Zambaco rapporte plusieurs de ces observations prises, soit dans les hôpitaux de Brest, soit dans l'intérieur du pays, parmi la population pauvre ou ouvrière, et dans lesquelles reviennent toujours les symptômes suivants : onyxis, doigts mutilés, atrophie des éminences thénar et hypothénar, analgésie, anesthésie, ulcérations; la mutilation peut atteindre, même successivement, les doigts, la main, l'avant-bras, le bras, comme l'a observé un médecin de Brest sur une jeune fille bretonne.

Or, toutes ces lésions, que l'on rapporte actuellement au syndrome de Morvan, ont été rencontrées identiques, les photographies de M. Zambaco en font foi, sur les lépreux orientaux.

Après avoir rappelé que l'un des malades de la Salpêtrière, dont l'observation avait servi de description type de la maladie de Morvan, avait été plus tard examiné par les médecins de Saint-Louis et reconnu pour un incontestable lépreux, M. Zambaco se croit autorisé à formuler les conclusions suivantes :

1° La lèpre autochtone, jadis assez répandue en Bretagne, y existe encore ;

2° Elle s'y présente sous ses différentes formes : tuberculeuse, ulcéreuse, mutilante, anesthésique ; ces deux dernières étant les plus fréquentes et constituant une variété atténuée, fruste de la lèpre orientale ;

3° L'étude comparée de la lèpre et des cas publiés sous le nom de maladie de Morvan, soit en Bretagne, soit à Paris, permet d'identifier ces deux affections ;

4° Peut-être en est-il de même de certains faits rattachés à la syringomyélie.

M. LANCEREAUX approuve, dans leur esprit général, les conclusions de M. Zambaco ; mais il pense qu'il est impossible d'identifier tous les cas de maladie de Morvan : cette affection reconnaît pour cause prochaine des altérations des cordons nerveux ; or des altérations semblables peuvent amener les lésions trophiques du panaris analgésique, indépendamment de l'infection lépreuse : on en trouve des exemples dans le rhumatisme chronique.

M. ZAMBACO répond que l'hésitation du diagnostic peut être permise au début, mais qu'elle disparaît devant l'évolution des lésions lépreuses.

M. VIDAL fait ressortir la gravité de cette discussion et insiste sur la difficulté du diagnostic entre les lèpres anesthésiques et certaines lésions du système nerveux central ou périphérique. Cependant la démonstration de M. Zambaco lui paraîtrait complète si l'auteur avait constaté dans ces observations :

1° La présence de nodosités, de névromes sur le trajet des cordons nerveux ;

2° La présence de bacilles de la lèpre ;

3° L'influence de l'hérédité.

M. ZAMBACO répond que, dans les cas où il a pu les examiner, les nerfs portaient les nodosités caractéristiques de la lèpre analgésique. Pour ce qui est des bacilles, ses recherches n'ont pas encore été dirigées dans ce sens. Quant à l'influence de l'hérédité, qui est assurément importante, elle n'était pas facile à rechercher sur un aussi petit nombre de cas, attendu que cette hérédité saute plusieurs générations et qu'elle ne peut se reconnaître que par les déplacements parallèles de la maladie et des races qui en sont atteintes.

La lèpre des Bretons, depuis longtemps autochtone, semble avoir été importée par les Phéniciens, dont on trouve des traces indubitables dans les monuments mégalolithiques de la Bretagne.

M. LAGNEAU apporte un nouvel argument en faveur de cette hérédité de la lèpre, en signalant l'existence de cette affection chez les Lombards, originaires des pays scandinaves, où la lèpre est connue depuis les temps les plus reculés.

RAPPORT

M. LUYS donne lecture d'un rapport sur le prix Falret.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 août 1892, ont été nommés dans le corps de santé militaire des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Schoull, Duvau et Girardeau, médecins-majors de deuxième classe de l'armée active, démissionnaires.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. Cazac, pharmacien aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaire.

— Par décret, en date du 21 août 1892, M. le médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine Damiens a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat.

— Par décision ministérielle, en date du 6 août 1892, M. Gasser, médecin aide-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Vincennes, a été désigné pour être employé au laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire d'Oran.

— Par décision ministérielle, en date du 20 août 1892, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. le médecin-major de première classe Delmas (R.), pour l'hôpital militaire de Rennes.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Chopinet, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons ; Barois, pour le 36e d'infanterie ; Schmit, pour le 10e d'artillerie ; Derouet, pour le 102e d'infanterie ; Gauthier, pour le 130e d'infanterie ; Uffoltz, pour le 4e tirailleurs algériens, et Joly (P.-L.), pour le 1er cuirassiers.

MM. les médecins aides-majors de première classe Descubes, pour le 107e d'infanterie ; Viela, pour le 9e d'infanterie ; Arnould (E.-O.-J.), pour le 19e chasseurs à cheval ; Beigneux, pour le 101e d'infanterie ; Viguier (E.-J.-J.), pour le 28e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Courtet, pour le 4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Zumbiehl, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Sibut, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie, et Tardos, pour le 83e régiment d'infanterie.

— *Hospices civils de Saint-Étienne.* — Un concours pour une place de médecin sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 12 décembre 1892. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices de Saint-Étienne, rue Dalbenoite, n° 40.

— Le deuxième Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie se tiendra à Vienne du 5 au 10 septembre 1892. Voici le programme de l'emploi de la semaine du Congrès.

Dimanche 4 septembre : à huit heures du soir, réception et réunion des congressistes au restaurant « Kaiserhof », près de l'Hôtel de Ville.

Lundi 5 septembre : à neuf heures, ouverture et première séance du Congrès : à deux heures, réception à l'Hôtel de Ville par le bourgmestre de la ville de Vienne et visite de l'Hôtel de Ville.

Mardi 6 septembre : de neuf heures à deux heures, séances de travail. De deux à quatre heures, visite des collections artistiques, A neuf heures, réception par le président du Comité d'organisation.

Mercredi 7 septembre : De neuf heures à deux heures, séances de travail. A cinq heures : *a*) excursion à Baden (fête organisée au parc par les médecins de Baden); *b*) excursion à Kaltenleutgeben (professeur Winternitz).

Jeudi 8 septembre : de neuf heures à deux heures, séances de travail. De deux heures à quatre heures, visite des collections d'histoire naturelle. A huit heures, banquet offert par la Société viennoise de dermatologie au « Sachergarten », au Prater.

Vendredi 9 septembre : de neuf heures à deux heures, séances de travail. A cinq heures, excursion en commun au Kahlenberg.

Samedi, 10 septembre : de 9 heures à deux heures, séances de travail. Le même soir, ou le lendemain matin, dimanche, excursion à Budapest (professeur Schwimmer).

— M. le docteur Colvis, chevalier de la Légion d'honneur, ancien administrateur du bureau de bienfaisance du IXe arrondissement, vient de succomber après une longue et douloureuse maladie. Très estimé de ses confrères, parmi lesquels il comptait un grand nombre d'amis, et praticien distingué, il avait su acquérir et s'attacher une nombreuse clientèle.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Artigalas (de Toulouse), Frossard (de Saint-Loup), Girerd (de Lyon), Gruau (de Champigné), Guillou (de Royan), Guyonnard (de Bourbriac), Hemey (de Paris), Lequément, médecin de deuxième classe de la marine, et Pichancourt père (de Bourgogne).

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » . — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la leontiasis ossea.

Par M. le docteur Élie MILLAT.

A côté des hyperostoses généralisées, dont MM. Bourceret, Rathery, Leloir nous ont donné un si frappant exemple, il existe une forme plus localisée, mais aussi plus fréquente et d'une gravité non moindre : l'hyperostose diffuse des maxillaires supérieurs et du crâne. Bizarre par son apparition sans cause, étonnante par sa marche, grave par ses lésions, inconnue dans son essence, cette maladie mérite l'attention, surtout à notre époque où la pathologie osseuse est mieux étudiée.

I

HISTORIQUE. — L'observation la plus vieille en date est celle qu'a publiée Ribell dans les *Ephémérides des curieux de la nature*, vers le milieu du XVIIIe siècle. Il s'agissait du fils d'un médecin de Perpignan, nommé Forcade qui fut atteint dans son bas âge et qui mourut phthisique à quarante-cinq ans.

Vers 1816, Howschip rapporte une seconde observation beaucoup moins complète dans les *Practical Observations on Surgery*. Quelques années après, Ilg, en Allemagne, cite un cas résumé par Virchow dans son *Traité des tumeurs*.

Quoi qu'il en soit, l'histoire de l'hyperostose diffuse des maxillaires et du crâne ne commence réellement qu'avec Virchow, auquel nous devons le premier travail d'ensemble sur ce sujet. Se basant, en particulier, sur l'observation de Forcade, il établit un parallèle entre l'éléphantiasis des parties molles et l'hypertrophie des os et conclut à la similitude des deux affections. Aussi donna-t-il, sans hésitation, à la forme morbide qui nous occupe, le nom de « leontiasis ossea ».

Stanley, en 1849, l'étudia surtout au point de vue de l'intervention chirurgicale et James Paget, dans ses *Lectures on surgical Pathology*, regarde ces lésions osseuses « comme des choses étranges et sans grand intérêt ».

Le 17 avril 1866, le docteur Murchinson fit, à la Société pathologique de Londres, au nom du docteur Bickersteth (de Liverpool), une communication relative au gonflement de tous les os du crâne, à l'exception de l'occipital. A la face, le maxillaire inférieur surtout était atteint.

Dans le cas de Vrany, relaté l'année suivante, le mal débuta par le maxillaire inférieur et de là s'étendit au supérieur. Le malade mourut dans une maison de santé.

Nous trouvons dans le *Dictionnaire encyclopédique*, sous la signature de MM. Guyon et Monod, une excellente monographie. Rappelant les faits connus à l'époque, ils tracent la marche de la maladie, sa physionomie spéciale, ses lésions caractéristiques, les désordres auxquels elle donne lieu, et étudient le rôle du périoste dans sa pathogénie.

Au Congrès international d'Amsterdam, en 1879, M. le professeur Le Dentu communiqua l'observation intéressante d'une jeune fille de son service de l'hôpital Saint-Louis. Sous ses yeux, des productions morbides, d'une consistance élastique, caractérisées par les éléments du sarcome, subirent la transformation osseuse et passèrent du maxillaire inférieur au maxillaire supérieur. Afin de mieux spécifier la part importante que prend le périoste dans l'évolution de la maladie, il proposa de la désigner sous le nom de « périostose diffuse non syphilitique des os de la face et du crâne ».

Nous pouvons rapprocher de ce cas l'observation de M. Poulet (de Lille). Il s'agissait d'une tumeur osseuse du maxillaire supérieur gauche, avec points sarcomateux, opérée chez une jeune fille de vingt-deux ans.

En 1866, M. Poulet (du Val-de-Grâce) présenta, devant la Société de chirurgie, un jeune spahi chez lequel on pouvait observer un relief osseux considérable de la région temporale droite, avec atrophie de la face du côté correspondant.

En 1890, parut, sur cette question, un travail important dû à M. le professeur Poisson (de Nantes). Il fit ressortir plus clairement la symptomatologie de l'hyperostose diffuse, accentua plus encore son étiologie et, après avoir étudié les diverses opinions touchant sa nature, émit l'hypothèse d'un trouble trophique d'origine névropathique.

Depuis, il a été publié par le docteur Brown (de Bancup), dans le *Medical Chronicle*, une curieuse observation ayant pour titre : « Hypertrophie léontiasique des maxillaires et de l'os hyoïde. »

Dernièrement, enfin, M. le docteur Baumgarten a présenté sa thèse inaugurale sur le même sujet et, sans être affirmatif, regarde la leontiasis ossea comme une conséquence d'un trouble survenu dans la vie intra-utérine.

II

Étiologie. — Un des côtés étranges de la leontiasis ossea, c'est d'éclater souvent au milieu des apparences les plus brillantes de la santé. A la lecture des diverses observations, l'on est frappé de ce fait, que la plupart des malades ont eu une enfance heureuse et exempte des incommodités si fréquentes à cet âge : Ribell dit du jeune Forcade, qu'il semblait être si bien conformé dans ses premières années qu'on le regardait comme un petit prodige de la nature. Tous, il est vrai, n'eurent pas le même privilège et, dans leurs antécédents morbides, on voit figurer la rougeole, la varioloïde, la varicelle; des affections oculaires, comme la dacryocystite et la blépharo-conjonctivite, ou bien encore des adénites d'une origine nettement scrofuleuse. La malade de M. le professeur Poisson est, à ce titre, particulièrement intéressante. « Venue avant terme, à sept mois et demi environ, elle était si petite et si chétive, qu'on ne croyait pas qu'elle fût destinée à vivre. Elle n'a commencé à marcher qu'à trois ans, mais il ne paraît pas qu'elle ait eu les jambes incurvées et les épiphyses volumineuses. Ses premières dents furent si tardives qu'à dix ans, Mlle X... n'avait que deux incisives à chaque mâchoire et une molaire à gauche. A ces cinq dents se borna sa première dentition, qui fit place aux dents actuelles. Elles sont ternes, petites, mal plantées, en nombre normal cependant, mais anormalement distantes, par suite d'une atrophie qui a toujours existé. »

Trouvons-nous là des données étiologiques suffisantes pour nous expliquer le développement de l'hyperostose? Tel n'est pas notre avis. Pour nous, les différentes affections que nous venons de citer, loin de jouer le rôle de causes efficientes, ne paraissent même pas avoir été des causes secondaires. La varioloïde, dont fut atteint le fils Forcade eut les suites les plus avantageuses; quant à sa dacryocystite, pourquoi ne relèverait-elle pas du processus hyperostosique lui-même?

La malade de Ilg devint amaurotique à dix ans, eut une attaque d'épilepsie suivie pendant des mois entiers d'un violent mal de tête avec délire. Mais tout ce cortège symptomatique nous paraît dépendre du même processus. Cette amaurose, ces convulsions épileptiformes n'indiquent-elles pas un travail irritatif du côté des méninges et ne peuvent-elles pas s'expliquer par des phénomènes de compression, de même qu'on explique l'épilepsie jacksonnienne?

Dans le cas de M. le professeur Le Dentu, la malade eut la rougeole, la varicelle... mais il est bien peu d'enfants qui y échappent! Elle eut, quelques années après, une blépharo-conjonctivite qui dura trois ou quatre mois..., cette blépharo-conjonctivite était de nature strumeuse. Soit! la malade avait, en effet, le type lymphatique. Mais, ajoute M. le professeur Le Dentu, elle ne présenta pas toutefois les accidents sérieux relevant de la diathèse strumeuse, ni d'adénite, ni d'ostéite.

Vrany nous dit que son malade fut atteint d'adénite scrofuleuse dans son enfance. Mais si l'hyperostose qui survint par la suite eût été une de ses manifestations tardives, tout porte à croire que la scrofule se serait signalée par d'autres coups plus éclatants.

Quant à sa malade, voici quelle est, à son sujet, l'opinion de M. le professeur Poisson : « Peut-on dire, en présence de cette enfance débile et de cette évolution bizarre des dents, qu'il s'agisse d'une forme fruste de rachitisme? Nous ne le croyons pas. N'avons-nous pas plutôt affaire à une débile congénitale, à une de ces dégénérées dont le développement est longtemps retardé et qui finissent par prendre le dessus et vivre? »

Peut-être serons-nous plus heureux dans l'examen des antécédents héréditaires et trouverons-nous là des renseignements précis sur les causes que nous cherchons? Muette encore est l'hérédité : aucune mention n'est faite d'affection semblable chez les ascendants; les parents, les frères se portent bien; nulle part, le tubercule, la syphilis ou le cancer n'ont imprimé leur sceau.

Mais quelle conclusion tirer des considérations qui précèdent? C'est que le rachitisme, la scrofule, l'hérédo-syphilis, la syphilis acquise, au lieu du rôle prépondérant qu'on pourrait leur accorder, sont des agents étiologiques bien faibles, pour ne pas dire complètement effacés, de la leontiasis ossea. Nous trouvons cependant dans l'histoire de cette maladie certaines particularités dignes d'être mises en évidence.

Et d'abord la leontiasis ossea est une affection rare. C'est avec peine que nous avons pu réunir dix cas absolument authentiques et peut-être encore devrions-nous formuler quelques réserves sur certains d'entre eux. Spéciale à l'adolescence, ce qui résulte de la suractivité plus grande des fonctions ostéogéniques à cette époque de la vie, elle paraît avoir son maximum de fréquence entre cinq et dix-huit ans. Sans préférence marquée pour l'un ou l'autre sexe, elle est de tous les pays, s'attaque à toutes les conditions et reste indifférente, quoi qu'on en ait dit, aux modifications du régime alimentaire.

Certaines causes locales paraissent devoir entrer comme des facteurs plus actifs dans son étiologie, sans qu'il nous soit possible d'établir leur degré d'influence. Le traumatisme aurait été le point de départ de l'affection dans le cas de Vrany, dont le malade eut la tête prise entre une voiture et un mur pendant son enfance. De même, M. Poulet cite, dans les antécédents éloignés du spahi qu'il observa, un coup de pied de cheval à l'âge de trois ans. C'est à la suite d'un violent refroidissement, sous la pluie, pendant l'hiver, que le sujet de Howship ressentit les premières atteintes du mal et quand, plus tard, le calme eut reparu, le moindre froid réveillait les douleurs endormies.

Nous ne pourrions mieux terminer le chapitre de l'étiologie que par ces mots de Cruveilhier : « L'hypertrophie des os peut se produire indépendamment de toute cause spécifique et constituer une lésion particulière. » Cette courte formule est, à nos yeux, le meilleur résumé des connaissances que nous possédons aujourd'hui sur l'allure spéciale de la leontiasis ossea.

III

Symptomatologie. — C'est habituellement par le maxillaire supérieur que commence l'hyperostose diffuse, sans qu'il nous soit permis de saisir la véritable origine de cette localisation primitive.

Dans quelques cas, en effet, le début a lieu par les os du crâne ou par le maxillaire inférieur; le maxillaire supérieur se prend alors le dernier; parfois il reste intact. Nous devons ajouter cependant que ces faits sont des exceptions confirmant pour ainsi dire la règle générale.

Quoi qu'il en soit, tous les points de l'os ne semblent pas jouir d'une égale prédisposition; il y aurait même, à cet

égard, des différences assez marquées entre les deux maxillaires. Au niveau du grand angle de l'œil, sur l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit, une circonstance souvent fortuite révèle tout à coup la tumeur légère qui, peu à peu, va grossir, faire tache d'huile et envahir l'os tout entier. Cette priorité dans la localisation s'accompagne généralement aussi d'une prépondérance dans les phénomènes et les diverses autopsies ont presque toujours accusé des désordres plus graves au côté droit.

Par cette remarque, nous venons de faire entrevoir un des caractères les plus importants de l'hyperostose diffuse. La leontiasis ossea est, en effet, bilatérale; nous dirons même plus, elle est symétrique. Pendant que la première tumeur s'accroît et grandit, on voit, un peu plus tôt, un peu plus tard, quelquefois quatorze ans après, comme chez la malade de M. Poisson, une tumeur semblable s'élever sur le point correspondant de l'apophyse montante du maxillaire gauche. Cette seconde tumeur va devenir un nouveau centre d'irradiation, d'où le gonflement, après avoir subi des phases identiques, finira par étendre son cercle jusqu'aux limites de l'os. Sans doute, cet agencement symétrique se rencontre dans d'autres maladies osseuses, mais la constance avec laquelle on l'observe ici paraît lui donner force de loi. Trois fois cependant la règle se trouve en défaut; l'hyperostose était unilatérale. C'est vrai! la loi, néanmoins, subsiste, car nous réclamons, en faveur de ces infractions légères, le bénéfice des circonstances atténuantes. Le malade de M. Poulet présentait une tumeur saillante au côté droit du crâne, mais le pariétal gauche n'était pas indemne, s'il faut en croire l'observation. Dans le cas de M. Paquet, l'on trouve des conditions spéciales, la présence d'un sarcome, qui peuvent avoir modifié cette tendance à la symétrie. Quant à celui de Stanley, peut-être sans l'érysipèle qui provoqua la mort, nous aurait-il, au contraire, servi de pièce à conviction.

Nous avons laissé le gonflement sur les bords du maxillaire; va-t-il s'arrêter là? Certains auteurs admettent cette heureuse éventualité; mais le plus souvent, la maladie progresse et, gagnant de proche en proche, augmente toujours l'étendue de ses ravages. Le malaire, l'apophyse zygomatique, le frontal, le pariétal, le sphénoïde sont frappés tour à tour et d'une manière insensible, car ce qui distingue cette marche en avant, c'est la lenteur avec laquelle elle s'accomplit. La nature envahissante de la leontiasis ossea éclate mieux encore lorsque le maxillaire inférieur se prend en premier lieu. Ne semble-t-il pas, en effet, que l'indépendance dont jouit cet os nous offre les meilleures garanties sur l'isolement du foyer d'origine? Il n'en est rien cependant et contre toute attente l'hyperostose se propage successivement à la face et au crâne, montrant ainsi que la continuité des tissus n'est pas indispensable à son extension.

Pendant que se déroule la majeure partie de ces phénomènes et alors que l'hyperostose n'a pas encore atteint son apogée, aucun changement ne se manifeste dans l'existence des malades. Se livrant sans peine à des occupations parfois délicates, quelques-uns se sont acquis des situations enviables et ont pu remplir des charges qui demandent à fois de l'intelligence et de la santé. Le fils Forcade était recherché pour son esprit et sa science et, bien qu'il fût un objet de répulsion pour les femmes enceintes, on n'hésitait pas à lui confier l'éducation des jeunes enfants. Cette intégrité du cerveau, que sa situation expose aux premiers coups du mal, nous fait pressentir en quelque sorte le jeu régulier des grandes fonctions de l'économie. Sujets comme partout ailleurs aux lésions intercurrentes, le cœur, les poumons et l'estomac demeurent longtemps à l'abri de toute altération morbide qui soit la conséquence même éloignée de l'hyperostose. Quelques observateurs signalent en particulier le bon état de l'appareil digestif, témoin Ribell dont le malade mangeait beaucoup, buvait ferme, surtout les liqueurs fortes dont il était très friand. Les rares analyses qui ont été faites ne dénotent aucun trouble sérieux du côté des reins et, malgré l'hyperplasie des os, la quantité des phosphates contenus dans l'urine est à peu près normale. M. Le Dentu appelle avec soin l'attention sur l'irrégularité menstruelle et la suppression cataméniale observée chez sa malade. Pour l'éminent professseur, ces phénomènes doivent être rapportés à la révulsion qu'exerce sur l'appareil génital l'état congestif du squelette de la face. La malade du professeur Poisson avait, au contraire, des règles profuses, durant huit jours, sans que l'examen du l'utérus nous donne la cause de ces véritables ménorrhagies. A part ces quelques exceptions, on peut dire que la leontiasis ossea ne retentit pas sur l'organisme et qu'elle reste jusqu'à la dernière heure une maladie toute locale. Cet ensemble de symptômes négatifs se complète encore par l'absence presque absolue de la douleur. Non seulement les malades ne souffrent pas du fait même de l'hyperostose, mais les chocs, les violences plus ou moins énergiques ne produisent aucune pénible sensation : préparé sans bruit le mal évolue sans éclat.

Ce calme n'est qu'un épisode dans l'histoire d'une maladie dont la caractéristique est de toujours progresser. Sous l'influence du processus les cavités naturelles peu à peu s'envahissent, leur capacité diminue, leur forme s'altère et les organes qu'elles contiennent sont bientôt compromis. Développées au sommet des fosses nasales, les deux tumeurs osseuses étouffent en grandissant les cellules de Schultze et amènent l'anosmie, pendant que l'expansion des sinus maxillaires achève d'oblitérer l'orifice et force le malade à respirer par la bouche. Il est rare de trouver sur la voûte palatine des lésions aussi graves que dans l'observation de M. le professeur Le Dentu, et d'ordinaire la mastication et la déglutition s'opèrent sans aucune difficulté. Lorsque les rebords alvéolaires prennent part à l'hyperostose, les dents conservent tantôt leur solidité normale, tantôt au contraire elles deviennent mobiles et prêtes à tomber spontanément. De tous les organes des sens, l'œil est le plus cruellement et le plus fréquemment éprouvé. A l'étroit dans une loge qui se rétrécit sans cesse derrière lui, le globe oculaire, sous cette pression continue, se porte progressivement vers l'extérieur. Par suite de cette propulsion, le nerf optique s'allonge, les éléments anatomiques se désorganisent, la nutrition s'affaiblit et l'hyperostose, en vertu d'un mécanisme analogue à celui des tumeurs cérébrales, provoque bientôt l'éclosion d'une névro-rétinite par étranglement. L'exophthalmie, d'autre part, augmentant toujours, en arrive au point que les paupières, incapables de remplir le rôle de voiles protecteurs, laissent la cornée en butte à toutes les causes d'irritation. Qu'un ulcère infectieux survienne, et nous assistons à la fonte purulente de l'œil.

Mais déjà l'on a pu voir apparaître les signes avant-coureurs de la période terminale. Jadis pleins d'ardeurs, intelligents, énergiques, les malades tombent peu à peu dans

l'inaction et, minés par la souffrance, s'abandonnent au désespoir. Souvent cette affaissement moral s'accompagne de déchéance organique : une crise aiguë survient qui les emporte. D'autres fois les facultés s'engourdissent, la mémoire s'obscurcit, le délire éclate et la maison de santé devient enfin leur dernier refuge.

En face de la pauvreté clinique des observations, la nature et l'étendue des lésions cérébrales se prêtent difficilement à l'analyse. Superficielle jusque là, l'hyperostose gagne en profondeur et, se comportant comme une vaste tumeur osseuse, irrite et comprime l'encéphale. Ce gonflement progressif entre-t-il seul en cause? Si la lenteur du processus nous fait écarter la méningite aiguë, dénierons-nous à la dure-mère toute part dans les accidents? Problème obscur pour la solution duquel bien des éléments font défaut, quoique l'apoplexie méningée, que l'on observa chez le malade de Vrany, plaide en faveur de la seconde hypothèse.

Les troubles cérébraux que nous venons de passer en revue forment à la vérité les accidents ultimes de l'hyperostose cranienne, dont la marche surtout excentrique ne donne lieu tout d'abord qu'à des symptômes visibles à l'extérieur. Mais supposons, un instant, que le mal débute par la table interne et s'y localise, un ordre inverse se produira dans les phénomènes, et pendant longtemps, comme chez la malade de Ilg, le gonflement se traduira par des signes subjectifs. Toutefois si le début par le crâne est une exception, cette localisation sur la table interne constitue presque une anomalie.

Lorsqu'on jette un coup d'œil d'ensemble sur le tableau symptomatique de la leontiasis ossea, ce qui frappe au premier plan, c'est le hideux cachet qu'elle imprime au malade. Au lieu de cette régularité dans les lignes, de cette proportionnalité dans la forme, on se trouve en présence d'un masque horrible, auquel la peau, presque toujours intacte donne un aspect encore plus effrayant. L'hyperostose, en nivelant les creux du visage, fait de l'extrémité céphalique un bloc sans expression et justifie bien le terme sous lequel nous avons designé la terrible maladie.

IV

Marche : durée : terminaison. — Précédée d'aucun prodrome, traduite par aucune souffrance, la période initiale peut passer inaperçue et souvent c'est au hasard qu'est due la découverte de l'affection. Lorsqu'elle débute au crâne il arrive parfois que les malades reconnaissent l'augmentation de volume de leur tête à la nécessité de prendre des coiffures d'un diamètre toujours croissant. Mais une fois qu'il a commencé, le processus ne subit d'ordinaire aucun temps d'arrêt et ses progrès, pour être lents, n'en sont pas moins continus. La leontiasis ossea est en effet une maladie à longue échéance dont l'évolution régulière se marque habituellement par une durée de trente ou quarante ans.

Souvent cette longue marche de l'hyperostose est traversée par des crises intercurrentes, dont la plus commune est sans contredit l'érysipèle, que nous voyons signalé chez plusieurs malades.

Pour certains auteurs, la tuméfaction pourrait, au bout d'un certain temps, rester stationnaire et d'après sir James Paget, l'on verrait des excroissances comme celles-ci disparaître spontanément et guérir d'une manière naturelle avec tous les symptômes ordinaires de la nécrose.

Malgré ces atténuations légères au sombre pronostic, on peut dire que le dénouement est fatal. Tantôt la mort est la conséquence de complications, comme l'apoplexie méningée ou l'érysipèle, tantôt elle résulte d'un affaiblissement progressif. D'autres fois, la terminaison se fait moins attendre et les malades succombent à des accidents cérébraux.

V

Diagnostic. — Le diagnostic de l'hyperostose au début, alors qu'il n'existe qu'une petite tumeur surajoutée à l'os, est à peu près impossible. La tuméfaction, premier indice de la maladie, se présente avec tous les caractères généraux des tumeurs osseuses, sans physionomie spéciale qui puisse mettre sur la voie de la nature réelle de l'affection. C'est donc par la marche ultérieure des phénomènes, par la disposition symétrique du gonflement, par cette invasion lente et continue des os voisins, que la leontiasis peu à peu se fera jour, en attendant que les complications permettent encore de mieux asseoir le diagnostic. Mais pour se former une opinion nettement établie, souvent il deviendra nécessaire d'éliminer certaines affections, avec lesquelles l'hyperostose, sans avoir aucun lien de parenté, présente néanmoins de trompeuses analogies.

Limités à un seul os ou même à une partie restreinte de l'os, les ostéomes des maxillaires n'affectent d'ordinaire aucune tendance à la symétrie. Augmentant en volume, plutôt qu'en surface, ils peuvent acquérir d'énormes proportions, mais ils ne produisent pas cette boursouflure généralisée du visage. Il arrive cependant que la ligne de démarcation entre les ostéomes et l'hyperostose n'est pas toujours aussi catégoriquement tranchée « et, disent MM. Guyon et Monod, lorsque l'hypertrophie est très limitée ou la tumeur très considérable, on peut hésiter sur la nature de la lésion ».

Il est une affection qui pourrait, à la rigueur, donner le change avec l'hyperostose diffuse, nous avons en vue l'ostéo-périostite hypertrophiante du corps des maxillaires, sous l'influence de la dent de sagesse anormalement retenue dans l'intérieur de son alvéole. Mais c'est une affection rare, douloureuse, unilatérale, qui se distingue encore par sa marche rapide et que nous pourrons toujours soupçonner en constatant, suivant le conseil de Gensoul, l'absence de la dent de sagesse à sa place ordinaire.

Le diagnostic différentiel du sarcome offre dans certains cas d'assez grandes difficultés. Le sarcome constitue une tumeur plus molle et plus élastique que l'hyperostose : la douleur est vive, l'évolution moins lente et le retentissement sur l'état général se fait habituellement plus vite que dans la leontiasis ossea. Cependant lorsque les éléments sarcomateux entrent dans la constitution du processus hyperostosique, il nous semble bien difficile, pour ne pas dire impossible, de faire pencher le plateau de la balance en faveur de l'une ou l'autre opinion.

Quelques auteurs ont voulu faire de la maladie que nous étudions une dépendance plus ou moins directe du rachitisme. Mais le rachitisme est un état pathologique surtout fréquent dans la seconde moitié de la première année, et dans le cours de la deuxième, et dont la marche diffère notablement de celle de l'hyperostose diffuse. Les déformations commencent en général par les jambes, puis par le fémur, pour gagner les os de l'avant-bras, du tronc et du

crâne. Est-ce ainsi que procède la leontiasis ossea? Débutant presque toujours par le maxillaire supérieur, elle s'étend à la face et au crâne, sans en dépasser bien souvent les limites, quoique une longue existence lui permette d'envahir, dans la plupart des cas, le squelette tout entier. Plus spéciale à la jeunesse qu'à l'enfance, elle frappe, avons-nous dit, au milieu de la plus brillante santé et n'est pas, comme le rachitisme, l'apanage presque exclusif des enfants pauvres et mal nourris. Enfin il est un autre caractère différentiel que nous ne saurions passer sous silence, car, tandis que la composition de l'urine reste à peu près normale dans la leontiasis, l'on trouve par contre dans le rachitisme une augmentation très notable dans la proportion des phosphates et surtout du phosphate de chaux.

Cette hyperostose, pour ainsi dire essentielle, se distingue également des hyperostoses d'origine syphilitique par ce fait que les lésions de la syphilis héréditaire se développent soit dans la période fœtale soit dans les premiers mois de la vie extra-utérine. Si nous considérons la syphilis acquise, le développement rapide des lésions osseuses, les douleurs ostéocopes et surtout le critérium thérapeutique nous fourniront bientôt les éléments du diagnostic.

Par l'époque de son apparition, par son caractère bilatéral et symétrique, par son accroissement sans cesse continu, la leontiasis fait naturellement songer aux exostoses de croissance. Quelle que soit cependant la valeur des raisons qui militent en faveur de ce rapprochement et malgré que le crâne soit parfois atteint d'exostoses, il est difficile d'admettre une relation un peu étroite entre ces deux affections. Produites par une déviation dans la prolifération des cellules du cartilage interépiphysaire, ces exostoses affectent un endroit précis du squelette, et quand elles existent au crâne, on peut être assuré d'en trouver toujours au siège de prédilection sur la partie inférieure du fémur, au-dessus du condyle interne. D'une forme arrondie, d'un volume faible, elles subissent un développement parallèle à celui du corps et s'arrêtent avec lui vers l'âge de 25 ans. Tout autre est l'allure de l'hyperostose : concentrée sur une surface plus ou moins grande, sans aucun rapport avec les cartilages d'ossification, elle a pour ainsi dire une existence propre et ne cesse la plupart du temps qu'avec la vie.

L'on pourrait peut-être, à première vue, faire de la leontiasis ossea une forme dérivée, une manière d'être raccourcie de la maladie de Paget ou de l'acromégalie. Dans l'ostéite déformante les altérations de la face restent au second plan : ce sont les désordres craniens qui attirent particulièrement l'attention. Le front est élargi, les fosses temporales n'existent plus, les pariétaux semblent repoussés pendant qu'en arrière l'occiput présente un large gonflement. Plus développée sur l'une des moitiés du crâne, comme la leontiasis ossea, elle respecte la base et se limite de préférence à la voûte. Jusqu'ici la ressemblance est parfaite, mais avant d'atteindre ce degré, la maladie de Paget a dû parcourir des étapes successives qui ne rappellent en rien la marche ordinaire de l'hyperostose. Rare avant quarante ans, elle s'annonce par des fourmillements, des élancements pénibles comparables aux douleurs fulgurantes des ataxiques. Le tibia est le lieu privilégié où se fait l'invasion; le péroné, le fémur se modifient tour à tour et, poursuivant son cours ascensionnel, le processus attaque bientôt la colonne vertébrale et détermine une cyphose qui s'accentue toujours. Les côtes perdent leur mobilité, le thorax devient globuleux, les bras à la longue finissent par se prendre, mais les pieds et les mains échappent constamment à la déformation. Il serait difficile de reconnaître à cette peinture la leontiasis ossea, maladie locale, indolore, qui débute de bonne heure, évolue sur place sans modifier jamais les dimensions ordinaires du corps.

Dans l'acromégalie le mal siège particulièrement à la face. Les apophyses orbitaires augmentées de volume, les pommettes saillantes, le nez très accru entourent l'orbite d'un énorme bourrelet circonscrivant une cavité que diminue souvent une exophthalmie considérable. La région temporale déprimée donne au visage un aspect que Marie compare à celui d'une vache, similitude rendue plus complète encore par le prognathisme du maxillaire inférieur. Le maxillaire supérieur est en général peu déformé, alors que, dans l'hyperostose diffuse, ses altérations servent de base à la maladie. Loin d'être, comme dans la leontiasis, la conséquence d'un gonflement généralisé des os, cette voussure de la face est produite par la dilatation des sinus dont les parois sont au contraire amincies. Ce caractère suffirait largement à lui seul pour distinguer les deux affections mais l'on trouve encore bien d'autres symptômes différentiels. C'est entre vingt et vingt-six ans, d'après Guinon, que se montre l'acromégalie. Commençant par les mains, celles-ci s'élargissent, deviennent plus épaisses, forment de véritables battoirs, tandis que les doigts ressemblent à des saucissons. Pareils désordres se manifestent bientôt aux pieds, et l'on peut dire avec Marie que, si les mains sont des battoirs, ceux-ci constituent réellement des pattes. Le rachis souvent altéré présente une cyphose de la région cervico-dorsale et la cage thoracique, aplatie sur les côtés, proémine d'arrière en avant. Par suite de cette double saillie les malades, suivant la pittoresque expression de Marie, sont en quelque sorte métamorphosés en polichinelles. Il est une dernière lésion caractéristique de l'acromégalie, c'est l'hyperthrophie de l'hypophyse et l'augmentation subséquente de la selle turcique, lésion qu'on ne voit point signalée dans les autopsies des léontiasiques.

Dans l'hyperostose diffuse, avons-nous dit maintes fois, toute la scène se passe du côté de l'extrémité céphalique, dont le gonflement est à la leontiasis ce que la déformation des pieds et des mains est pour l'acromégalie.

VI

Anatomie pathologique. — C'est à la face, que la leontiasis ossea s'attaque de préférence; c'est donc là que nous devons trouver les marques les plus intenses de la maladie. Bien que tous les os soient pris à des degrés divers, le maxillaire supérieur, le malaire et le maxillaire inférieur semblent, en général, plus fortement atteints. L'épaississement, qui porte dans tous les sens, revêt une importance surtout grande au maxillaire supérieur par suite des cavités qui l'environnent. Pendant que sa face antérieure proémine sans cesse, l'antre d'Higmore se comble d'une substance osseuse, dure, émanée des parois, et la branche montante s'élargit aux dépens de l'orbite et des fosses nasales qu'elle sépare. Dans certains cas, les apophyses palatines peuvent, elles aussi, prendre part à l'hyperostose et il est bien rare de ne pas observer des modifications sur le rebord alvéolaire : tantôt il manque quelques dents, tantôt elles sont en nombre normal mais semblent repoussées par le bourgeon-

nement osseux de leurs alvéoles. Les os malaires participent toujours au processus et, formant deux saillies variables en volume, ils contribuent puissamment à la déformation de l'orbite sur lequel ils empiètent à la partie externe. Quelquefois le maxillaire inférieur est le plus touché. Épaissi dans toute sa masse, il augmente à la fois dans son diamètre vertical comme dans son diamètre antéro-postérieur. Mais le gonflement est habituellement plus prononcé sur l'un des côtés, ce qui change plus encore la forme de cet os. Les branches montantes d'autre part représentent deux colonnes osseuses, sur l'extrémité libre desquelles se trouvent confondues l'apophyse coronoïde et la surface articulaire.

Quelques observateurs ont relaté sur la surface de ces tumeurs un semis de concrétions osseuses, sortes de bourgeons plus ou moins gros, qui lui donnent un aspect verruqueux et grenu. Nous voyons également que cette même surface est criblée de petits orifices, destinés au passage de vaisseaux sanguins mettant en communication le périoste et les profondeurs de l'os.

Quant à la texture même de l'hyperostose diffuse, l'examen nous paraît avoir été souvent trop superficiel pour nous faire accepter sans réserve sa nature exclusivement éburnée. D'après Virchow, deux formes peuvent se trouver dans l'état compact : l'une provient de ce que les espaces médullaires se remplissent de lamelles concentriques de tissu osseux, qui procèdent d'une ossification progressive de la moelle (ostéosclérose); l'autre naît de l'apposition de couches parallèles de tissu osseux sur la face, production immédiate du périoste ou du tissu connectif ambiant. Mais cela ne peut être reconnu qu'à l'aide du microscope. Macroscopiquement les deux états peuvent paraître éburnés « et comme toutes les descriptions des auteurs, ajoute Laherre, ne s'appuient que sur cet aspect grossier, il n'y a rien à conclure de la simple désignation d'une exostose ou d'une hyperostose comme éburnée ». Chez la malade du professeur Poisson, les parties enlevées, friables, légères et comme poreuses, étaient entièrement constituées par de l'os offrant les altérations de l'ostéite raréfiante. Voici du reste le résultat de l'examen histologique de quelques fragments, pratiqué par M. A. Malherbe sur des préparations de M. S. Bonjour :

« Dès le premier coup d'œil, on s'aperçoit que la pièce a été plus ou moins desséchée avant d'être remise au laboratoire. En effet, si l'os est bien conservé dans ses parties dures, les parties molles, c'est-à-dire le contenu des espaces médullaires, ont subi une certaine altération et ne peuvent être étudiées aussi en détail que nous l'aurions désiré. Les lamelles osseuses s'entrecroisent dans tous les sens comme dans le tissu spongieux d'un os court; elles appartiennent à un grand nombre de systèmes juxtaposés séparés par des lignes festonnées d'apparence fissuraire. Les espaces médullaires sont assez importants pour que les coupes examinées à l'œil nu aient l'apparence d'une fine dentelle. Nous devons décrire les lamelles osseuses, les espaces médullaires et le périoste.

A. *Lamelles osseuses.* — Ces lamelles sont formées pour la plupart d'os assez bien développé, plus riche en ostéoplastes que l'os normal. Ces ostéoplastes sont grands et rapprochés. On y reconnaît le noyau des cellules osseuses, mais ce noyau est aplati et souvent accolé par la dessiccation aux bords de l'ostéoplaste.

Ce qui fait le principal intérêt de cet examen c'est l'immense quantité de fibres périostiques ou fibres de Sharpey que l'on rencontre dans les travées osseuses. Ces fibres de Sharpey sont entrecroisées en divers sens : mais dans bon nombre de points, elles sont perpendiculaires aux lamelles de clivage de l'os et viennent par conséquent couper perpendiculairement les rangées d'ostéoplastes. Vers la surface de la tumeur sur des travées ou colonnettes voisines du périoste et coupées perpendiculairement à leur direction, on surprend la formation de l'os aux dépens du tissu conjonctif : des faisceaux connectifs minces, parallèles, se laissent envahir par l'ossification et les cellules fixes, qui les recouvrent et les séparent, semblent se transformer directement en cellules osseuses.

B. *Espaces médullaires.* — Les espaces médullaires contiennent tantôt de la moelle adipeuse, tantôt de la moelle à cellules fusiformes. Sur les travées osseuses on voit appliqués les ostéoblates de Gegenbauer formant une couche d'aspect quasi épithélial. Il nous est malheureusement impossible de donner, des éléments de la moelle, une description aussi complète que nous l'aurions voulu; l'état de dessèchement de la pièce a empêché le préparateur d'obtenir de bonnes préparations des parties molles. Ce que nous avons dit, suffit cependant pour donner une idée de l'état de cette moelle : graisseuse et adulte dans certains points, probablement les plus anciens de la tumeur, elle est encore jeune et susceptible de prolifération dans d'autres points probablement plus jeunes.

C. *Périoste.* — Le périoste fort épais ne peut être décrit en détail par suite de la dessiccation des fragments osseux avant leur dépôt au laboratoire. Cependant on y reconnaît très nettement une couche ostéogène qui paraît très riche en éléments fusiformes. Dans certains points favorables il semble que l'on voit les fibres périostiques s'enfoncer dans les lamelles qu'elles vont former. Au milieu du périoste on reconnaît quelques vaisseaux, mais ils ne semblent ni plus nombreux ni plus dilatés qu'à l'état normal.

En résumé, développement irrégulier de travées osseuses médiocrement bien ossifiées et très riches en fibres de Sharpey; moelle osseuse à peu près normale; périoste épaissi et riche en cellules fusiformes : tels sont les points les plus remarquables que l'on trouve à signaler dans cette néoplasie osseuse. »

Que deviennent les parties molles au milieu de ce processus ? La plupart des observateurs gardent le silence à ce sujet. Ribell, cependant, à l'autopsie du fils Forcade, ne put trouver aucun vestige des muscles de la face; la peau était transformée en une espèce de cuir collé sur le périoste. « Chez notre malade, insiste M. le professeur Poisson, la peau était plutôt amincie, lisse et tendue; les tissus sous-jacents avaient peu d'épaisseur, le périoste se laissait décoller avec la plus grande facilité. » Il est un fait que nous tenons à faire ressortir, c'est la dilatation des veines et la tension plus forte des artères que l'on a remarquées plusieurs fois au niveau des parties tuméfiées.

Au crâne, même gonflement, même tuméfaction diffuse des os, mais avec une disposition singulière qui donne un cachet spécial à la topographie de l'hyperostose cranienne. Considérée dans son ensemble, en effet, c'est à la partie supérieure et antérieure de la voûte que la leontiasis offre son maximum d'intensité. La base se fait au contraire

remarquer par la faiblesse de ses altérations. Les trous et les fentes qui livrent passage aux vaisseaux et aux nerfs conservent leur calibre ordinaire et, gonflés en certains endroits, les os offrent, dans d'autres, une minceur comparable à une feuille de papier.

L'on voit également, comme à la face, des ostéophytes nombreux surajoutés à l'hyperostose, entre lesquels se dessine le pointillé vasculaire sur lequel nous avons insisté. Quant aux sutures, elles n'offrent pas une barrière infranchissable au processus; leur dentelure s'efface peu à peu, laissant à peine quelques traces visibles sur la face externe. »

Nous trouvons dans la thèse de Laherre l'exposé des recherches faites par M. Poulet sur les rondelles osseuses retirées chez son malade à la suite de la trépanation.

La table externe, considérablement épaissie, au milieu des couches osseuses stratifiées, laisse voir des systèmes de Havers dont le canal central est réduit à une ouverture très petite et dont les couches concentriques sont extrêmement compactes. Les alvéoles du diploé ont des parois plus épaisses, mais la modification la plus curieuse consiste dans une segmentation des espaces médullaires, par de minces cloisons formant un réseau rouge plus foncé. La lame vitrée peut se diviser en deux couches : l'une, la plus voisine du diploé, est presque entièrement formée par des systèmes de Havers très condensés ; l'autre, constituée par des couches osseuses stratifiées, est à peu près complètement dépourvue de vaisseaux. Sur la surface libre de la lame vitrée, on trouve des exostoses composées de tissu spongieux qui adhèrent à cette lame et semblent produites par des éléments proliférants venus du diploé. D'une manière générale, deux faits sont à considérer : d'une part, hyperostose portant sur les trois parties de l'os; de l'autre, éburnation par apposition de couches concentriques, soit dans les systèmes de Havers, soit à la surface des trabécules alvéolaires.

M. le professeur Malherbe, trouvant chez la malade de M. le professeur Poisson du tissu raréfié, tandis que M. Poulet constate chez le sien du tissu condensé, la divergence paraît trop grande pour pouvoir concilier ces deux opinions. Mais si l'on remarque que, dans l'ostéite déformante de Paget, les lésions osseuses passent d'abord par une période de résorption pour aboutir à l'hyperplasie, il est permis de soupçonner dans la leontiasis un mécanisme identique et de voir, dans ces tissus, l'expression des phases successives d'un même processus.

VII

Pathogénie. — La pathogénie est un des chapitres les plus obscurs de la leontiasis ossea et, dit Nélaton : « Ne craignons pas d'avouer que nous sommes sur ce point dans l'ignorance la plus complète. » Avant d'exposer nos vues à cet égard, il est nécessaire de discuter les différentes théories qui se sont fait jour et dont nous n'avons donné qu'une ébauche dans notre historique.

Aux yeux de Virchow, ces hideuses formes morbides sont pour le squelette l'analogue de ce qu'est l'éléphantiasis pour les parties molles. « Déjà, écrit-il, en traitant de cette dernière maladie, j'ai fait mention des hyperostoses qui s'y rencontrent, et qui, d'ordinaire, outre le gonflement général des os atteints, y produisent encore des excroissances noueuses et épineuses. Ordinairement, cette hyperostose est, de plus, associée à la transformation fibromateuse; dans les cas plus rares que nous avons ici en vue, c'est le périoste qui est le siège principal de la maladie. »

L'observation de Ribell semble apporter un appoint sérieux à cette opinion; la peau était épaisse, comparable à un véritable cuir, collée sur le périoste ; on pouvait à peine distinguer les muscles de la face qui, tous, avaient pris un aspect fibreux très net. Mais les autres observations restent muettes sur l'état des parties molles et nous pouvons alors interpréter ce silence dans le sens de leur intégrité. Chez la malade de M. le professeur Poisson, il n'y avait aucune altération de la peau et des tissus sous-jacents. Il faudrait donc admettre que le périoste seul soit le siège de l'éléphantiasis.

Dans leur article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, MM. Guyon et Monod rangent l'hyperostose diffuse parmi les lésions inflammatoires des maxillaires et regardent les bosselures que l'on trouve à la surface de l'os comme les traces d'une périostite chronique véritable. « Mais, concluent-ils, le tissu osseux participe certainement à cette inflammation et contribue à la porter à ce degré. »

La phlegmasie peut, incontestablement, donner lieu à des hyperostoses souvent même considérables. Nous devrions alors trouver les signes de l'inflammation aiguë ou chronique ; or, les malades jamais n'ont eu la fièvre, pas de douleur, aucune suppuration. Habituellement locale, l'hyperostose phlegmasique ne présente pas cette tendance extensive et ne passe pas sans cause à la symétrie. Il est hors de doute qu'il se soit fait, du côté du périoste, une irritation plus ou moins intense ayant amené ces dépôts osseux sur la superficie de la tumeur, mais le point de départ de la lésion semble se produire primitivement dans l'os lui-même.

Sans rejeter d'une manière absolue la théorie de Virchow, M. le professeur Le Dentu donne une autre interprétation basée sur la constitution sarcomateuse du gonflement, au début, chez la malade qu'il observa. « Sous l'influence de la vitalité très active des os de la face et du crâne; d'autre part, sous l'influence d'une cause locale d'irritation, il se fait dans le périoste une prolifération caractérisée histologiquement par des éléments fusiformes, constituant toute la masse des productions nouvelles superposées à l'os ancien. Il y aurait là des cellules jeunes ayant l'apparence sarcomateuse, s'ossifiant tardivement, mais s'ossifiant toujours, sans que cette transformation, qui semblerait devoir arrêter le cours du mal, empêche l'hyperostose de progresser. »

Mais cette ingénieuse hypothèse est loin d'être corroborée par les autres observations. Aucun auteur encore n'a constaté cette première période fibreuse; tous, au contraire, ont été frappés de la dureté de la tumeur dès le début. Dans les analyses microscopiques qui ont été faites pour des cas d'hyperostose diffuse parfaitement avérée, l'on n'a jamais découvert de cellules sarcomateuses.

S'il nous était permis de formuler une opinion à l'exemple de M. le professeur Poisson, nous ferions de l'hyperostose diffuse un trouble trophique d'origine névropathique. Nous nous expliquons. Bien que la physiologie n'ait pas démontré l'existence réelle des nerfs trophiques, il n'en est pas moins vrai cependant que le système nerveux préside à la répartition des matériaux destinés au maintien de l'équilibre normal de l'organisme. Les nerfs vasomoteurs sont les intermédiaires par lesquels l'axe cérébro-spinal peut étendre au loin son influence. En resserrant les

vaisseaux, ou bien en leur laissant toute leur liberté d'action, il diminue ou augmente l'afflux du sang et, partant, contrarie ou favorise la nutrition des tissus. Il se ferait donc, pour nous, des troubles vasculaires, avec exagération nutritive dans cette partie du squelette et dans le périoste qui le recouvre. Ce qui paraît donner un certain poids à ce que nous avançons, c'est la vascularisation plus grande, la dilatation veineuse que font ressortir quelques observateurs.

D'autre part, la symétrie qu'affecte la leontiasis ossea, sa tendance à l'invasion, sa marche progressive et continue, sont loin d'être incompatibles avec une lésion nerveuse. Mais quel est le siège de cette altération ? Est-elle périphérique ou centrale? L'absence de douleur nous ferait admettre plutôt cette seconde supposition. Nous nous trouverions donc en présence d'une affection médullaire portant sur les centres vaso-moteurs et dont le retentissement se fait sentir dans le département soumis à leur innervation. Atteignant d'abord celui dont relève la nutrition du maxillaire supérieur, lorsque le mal débute par cet os, le processus s'étend ensuite aux centres voisins, ce qui peut nous rendre compte de l'extension de l'hyperostose. Échelonnés sur toute la longueur de la moelle, ces centres communiquent non seulement entre eux, mais aussi avec ceux du côté opposé : le processus peut donc passer sur l'autre chaîne vaso-motrice et l'affection osseuse deviendra bilatérale et symétrique.

Quant à la nature de cette altération médullaire, nous ne pouvons faire que des suppositions. Peut-être y a-t-il destruction des centres, d'où paralysie des vaso-constricteurs et arrivée plus grande du fluide sanguin; peut-être, sans aller jusqu'à la dégénérescence complète, avons-nous simplement diminution des fonctions constrictives, d'où parésie de ces mêmes vaso-moteurs, ce qui implique toujours l'idée d'une nutrition plus riche. Cette manière d'envisager la question semble devoir nous expliquer plus facilement comment il se fait que la lésion demeure localisée au squelette, sans atteindre les parties molles. Il est certain, qu'à l'époque où apparaît la leontiasis, il y a, en effet, comme nous l'avons dit, suractivité nutritive dans les os de la face. Supposons un pas de plus et nous avons hyperostose. Mais quelle est la cause qui fait franchir ce pas ? Les données étiologiques sont trop restreintes et trop vagues, pour nous permettre de nous prononcer.

VIII

Traitement. — Il serait illusoire de compter sur les moyens médicaux pour modifier le gonflement osseux et, malgré l'iodure de potassium à haute dose, sa marche ne sera nullement entravée. Au début, cependant, la prudence exige d'avoir recours à la médication mercurielle et iodurée, afin de se mettre en garde contre une manifestation trompeuse de la diathèse syphilitique. Mais ce n'est là qu'un mode d'exploration, dont l'inefficacité dans l'hyperostose se révèlera bientôt par les progrès sans cesse croissants de la maladie.

Le traitement chirurgical est donc le seul qui trouve ici son emploi et encore le champ de son action est-il considérablement restreint. Lorsque le gonflement est généralisé, il est évident que toute tentative serait vaine et que l'on doit se borner à combattre les complications et à calmer les souffrances, parfois fort vives, que l'on voit alors survenir. Il arrive souvent aussi que les malades, rejetés de partout à cause de leur laideur, sollicitent l'intervention, afin de rendre leur visage moins difforme et moins repoussant. L'on peut alors, comme le fit M. le professeur Poisson chez sa malade, céder à leurs instances et les débarrasser tout au moins des parties les plus saillantes de l'hyperostose.

Mais quelle doit être la conduite du chirurgien, lorsque le mal se limite au maxillaire supérieur? Les avis sont partagés. Quelques auteurs prêchent l'abstention et motivent leur opinion sur ce fait que l'hyperostose s'étendra quand même au reste de la face. D'autres, au contraire, regardent le mal comme n'étant pas alors au-dessus des ressources de l'art; mais les résultats obtenus sont trop peu nombreux et trop peu concluants, pour entraîner la conviction.

MÉDECINE LÉGALE DES ACCIDENTS DE LA FOUDRE

Par le docteur Vincent, de Guéret (Creuse),
Lauréat de l'Académie de médecine, de la Société de médecine du Nord et de la Société des langues romanes de Montpellier.

Pascal a dit : « La dernière chose que l'on trouve en faisant son ouvrage est de savoir celle qu'il faut mettre la première. » En modifiant cette *pensée* du grand philosophe de la manière suivante, beaucoup plus générale : « La dernière chose à laquelle on pense est celle à laquelle on aurait dû penser la première », on peut l'appliquer aux *accidents de la foudre* mieux qu'à tout autre sujet.

En effet, depuis l'apparition de l'homme sur la terre, la foudre a fait chaque année de nombreuses victimes : elle a tué, quelquefois sans lésions apparentes, mais le plus souvent, en produisant les désordres traumatiques les plus graves; elle a produit les lésions les plus variées, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, et, en même temps, chez les personnes atteintes sans succomber, les troubles fonctionnels les plus divers, dont un grand nombre constituent de véritables maladies décrites dans nos traités de pathologie, telles que brûlures, asphyxie, congestions, hémorrhagies, tétanos, convulsions, paralysies, névroses diverses, traumatismes variés, etc. Toutes ces *lésions* et *affections* sont à la fois du domaine de la chirurgie, de la médecine et de la médecine légale, dans le cas de mort sans témoins. Et cependant, chose singulière et incompréhensible! les médecins qui ont dû être appelés si souvent à les soigner et à en déterminer la nature et la cause, les ont complètement passées sous silence dans leurs livres. On dirait que les fulgurés ont été pour eux, comme pour le public ignorant et superstitieux, des réprouvés, frappés justement par la colère divine, en punition de leurs péchés apparents ou cachés, et auxquels il est défendu de toucher sans s'exposer aux mêmes châtiments. C'est au moins l'impression qui m'est restée des recherches que j'ai dû faire sur ce sujet, dans les auteurs tant anciens que modernes, qu'il m'a été possible de consulter :

Dans la collection hippocratique, il n'est fait mention nulle part des accidents de la foudre. Arétée (de Cappadoce) n'en parle pas non plus. Il en est de même de Celse, qui vivait à Rome sous le règne des premiers Césars, et d'Oribase, le grand compilateur du IVe siècle, qui nous a laissé les noms et des fragments d'ouvrages d'un grand nombre de médecins qui seraient restés inconnus sans lui et qui, dans ses citations, sont aussi muets sur ce sujet que les précédents. J'en dirai autant de Fabiola d'Aquapendente dont les œuvres chirurgicales, et surtout le *Pentateuque*, représentent l'état de la chirurgie au XVIe siècle, comme le livre de Celse l'avait fait pour la médecine, la chirurgie et la pharmacie au premier siècle de l'ère chrétienne. C'est dans les historiens et les poètes qu'il faut chercher les idées et notions des anciens sur cette question, et non dans les œuvres des médecins.

La foudre et ses effets sur les êtres vivants n'ont pas plus

préoccupé les chirurgiens et médecins du XVIII[e] siècle et de la première moitié du XIX[e], que leurs devanciers, malgré les études sérieuses sur l'électricité, auxquelles se sont livrés les physiciens pendant ce laps de temps. Les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* (1733-1793), contemporains des recherches sur l'électricité atmosphérique de Franklin, Charles, de Romas et Richmann, n'en disent pas un mot; les *Leçons orales* de Dupuytren et les Traités de chirurgie de Richerand, Boyer, Vidal de Cassis, Nélaton, passent complètement sous silence la foudre, même dans l'étiologie des brûlures, et il faut arriver au *Traité de Pathologie externe* de Follin et au travail de Boudin, qui appartiennent déjà à la deuxième moitié de ce siècle, pour voir les lésions produites par cet agent redoutable prendre droit de domicile, soit dans les traités classiques, soit dans une monographie.

Si les chirurgiens sont muets sur ce sujet, qui est, sinon exclusivement, au moins en grande partie de leur domaine, à plus forte raison les médecins qu'il est inutile de citer. Il faut dire cependant que les *Dictionnaires de médecine*, parus à la même époque, lui ont consacré des articles plus ou moins complets, mais plutôt écrits au point de vue de la physique et de la prophylaxie qu'à celui de la pathologie et de la thérapeutique.

Le côté médico-légal de la question a été encore plus négligé, s'il est possible, bien que le médecin ait dû être souvent appelé à constater la mort, et à en déterminer la cause, d'une personne foudroyée, soit au milieu d'un champ en l'absence de témoins, soit dans sa propre demeure où elle habitait seule, soit même dans le cas très possible où, au milieu des dégâts occasionnés par la foudre, un meurtre aurait été commis pour donner le change à la justice.

L'article TONNERRE, du *Grand Dictionnaire des sciences médicales* (1821), quoique rédigé par un médecin légiste célèbre, Fodéré, et l'article FOUDRE, du *Dictionnaire* en 30 volumes, qui a pour auteur Guérard, n'offrent rien de spécial relativement à la médecine légale et se bornent à des considérations générales sur les effets de la foudre.

Les Traités de médecine légale d'Orfila et de Devergie, qui ont fait, pendant quarante ans, autorité dans la science, n'en font mention nulle part, pas plus que le quinzième volume de la *Bibliothèque du médecin-praticien*, de Fabre, qui traite de la médecine légale et porte la date de 1851. Il faut arriver à la septième édition (1863) du *Manuel de Médecine légale* de Briant et Chaudé, pour trouver juste *sept lignes* consacrées à la foudre, à l'article *asphyxie*, effet fréquent assurément, mais le seul mentionné ici parmi les effets excessivement nombreux, produits par l'agent traumatique le plus puissant qui existe, ce qui est trop peu, il faut en convenir.

Les premières années de la seconde moitié de ce siècle ont vu quelques monographies sur les accidents de la foudre, dont deux d'une haute valeur. Ce sont, par ordre de dates :

L'*Histoire médicale de la Foudre*, de Baudin, publiée dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale* (1854-1855), reproduite en grande partie dans la *Géographie médicale* du même auteur. C'est une collection importante de faits puisés dans les historiens, tant anciens que modernes, dans les ouvrages des physiciens, les bulletins des académies et sociétés savantes, les recueils scientifiques et même les journaux politiques, mais où on ne trouve formulée aucune vue d'ensemble, relativement à la médecine légale;

De la Foudre, de ses formes et de ses effets, etc., de Sestier et Méhu, portant la date de 1866, ouvrage important en deux volumes in-8°, beaucoup plus complet que le précédent et surtout beaucoup plus méthodique, où l'on trouve traité tout ce qui est relatif au sujet, même le traitement des accidents de la foudre, jusqu'alors complètement oublié, mais où la médecine légale fait complètement défaut.

Ce dernier sujet a été abordé seulement pour la première fois dans un mémoire beaucoup plus modeste, la *Contribution à l'histoire médicale de la foudre*, que j'ai publiée en 1875. Malheureusement, le chapitre que je lui ai consacré, de 9 pages in-8° compactes, que le professeur Lacassagne a trouvé assez intéressant pour le résumer dans son *Manuel de Médecine judiciaire*, n'est que l'abrégé de ce qu'il devrait être, et est plutôt un cadre à remplir qu'un traité suffisant de la matière.

Il est vrai que l'article FULGURATION (médecine légale) du *Grand Dictionnaire des sciences médicales*, par le professeur Tourdes, qui lui a beaucoup emprunté, a donné à cette question une extension plus considérable, mais qui ne l'empêche pas de pécher par le même défaut, la place ayant été nécessairement mesurée à l'auteur. Dans ce travail, la classification des faits et effets connus est assurément excellente; mais leur exposition laisse à désirer sous le rapport de l'étendue qui leur est consacrée.

De plus, il y manque les règles générales que nos connaissances actuelles sur l'électricité permettent de formuler, et sans lesquelles l'interprétation des faits à venir serait peut-être souvent difficile, à cause de la variation qu'ils peuvent présenter. Il est, en effet, souvent possible ici de systématiser les faits et un système qui repose sur des données positives peut être un fil d'Ariane précieux pour diriger l'intelligence dans le dédale fort embrouillé des effets si nombreux et si divers produits par la foudre.

Les occasions où le médecin peut être requis par l'autorité judiciaire ou administrative pour des expertises de cette nature, ne sont pas rares. On peut s'en faire une idée par les résultats suivants de la statistique : D'après le tableau dressé par Boudin, de 1835 à 1852, on a compté en France 1,300 personnes tuées par la foudre, et, de 1868 à 1876, 1102, soit 122 par an. Pour ce qui me concerne, c'est sur une réquisition de l'autorité locale que j'ai été appelé à constater le décès, et à en déterminer la cause, de la première victime de la foudre qu'il m'a été donné d'observer. C'est une mission de même nature, de la part de l'autorité judiciaire, qui nous a valu le remarquable rapport du D[r] Frédet (de Clermont-Ferrand), publié en 1872 par la *Gazette des hôpitaux*, et auquel nous aurons à faire plus d'un emprunt.

L'importance du sujet ne saurait être contestée, et rien ne motive le silence gardé sur lui par les auteurs jusqu'à ces derniers temps, et, par suite, ce n'est pas un hors-d'œuvre de reprendre une question trop récemment traitée pour l'avoir été complètement.

Ces préliminaires établis, j'arrive à l'exposition des faits, documents et éléments divers auxquels le médecin légiste doit avoir recours pour la solution du problème qui peut lui être posé. Ce problème est un des plus complexes de la médecine légale. En effet, indépendamment des lésions si variées de nature, de siège, de nombre et d'étendue, observées sur le corps de la victime, le médecin légiste doit tenir un compte presque égal de l'état du ciel et des effets chimiques, physiques, caloriques et mécaniques de la foudre, produits sur le théâtre de l'accident, c'est-à-dire les bâtiments, les arbres, le sol, les animaux, etc. Les éléments ou *données* du problème à résoudre peuvent donc se diviser en *extrinsèques*, ou existant en dehors du corps du délit, et en *intrinsèques*, tirées des lésions et effets divers produits sur le corps de la victime. Ces deux parties de ce mémoire seront consacrées à leur exposition.

I

DONNÉES EXTRINSÈQUES

ÉTAT DU CIEL. — Dans ma *Contribution à l'histoire médicale de la foudre*, parmi les données extrinsèques de la foudre, j'avais mis au premier rang « la circonstance commémorative de l'existence d'un orage qui a eu lieu depuis le dernier moment que la personne a été vue vivante. Il est évident que l'absence d'un orage doit éloigner toute idée de mort par cette cause. » Cette affirmation sans réserve, que j'émettais en 1875, quoique ayant l'apparence d'un axiome, n'est cependant pas aussi absolue qu'elle paraît. On a, en effet, observé des cas de mort, très rares, il est vrai, qu'on ne peut attribuer qu'à l'électricité se dégageant du sol pour se diriger vers le ciel, c'est-à-dire à ce que les physiciens

ont appelé la *foudre ascendante;* cas qui se sont produits sans tonnerre et sans orage. Sestier et Méhu en rapportent un certain nombre, parmi lesquels les deux suivants me paraissent les plus significatifs : « Au rapport de M. Regnier, médecin à Coulommiers, une jeune fille se retirait des champs au moment où un *gros nuage noir* s'avançait de l'ouest. Tout à coup, et sans qu'on ait entendu le tonnerre, elle tombe ; on s'approche, elle est morte. L'examen du cadavre ne fit découvrir aucune lésion; seulement les *poils* de l'aisselle étaient *brûlés*, et son bonnet, *projeté au loin*, présentait un trou » (t. Ier, page 179). — Dans l'observation de l'abbé Richard (20 août 1869), rapportée dans le même ouvrage, quatre chevaux attelés à une voiture de blé, et deux personnes à 100 mètres en arrière sont tués, et deux autres renversés, *sans voir d'éclairs et sans entendre aucun bruit de tonnerre.* Les corps des deux personnes mortes étaient absolument *jaunes*, mais sans traces de blessures ; près de la voiture se trouvait un *trou encore fumant*, et le *ciel nébuleux* paraissait disposé à *l'orage.* Les mêmes auteurs seraient disposés à attribuer à des phénomènes de même nature les effets consignés dans la curieuse observation de Bridoux. On pourrait, je crois, en faire autant pour celle de M. Lamy, rapportée par le docteur Frédet. Je renvoie, pour plus amples renseignements, à leur *Traité de la foudre.*

Quoi qu'il en soit, ces phénomènes qui coïncident avec un ciel plus ou moins chargé de nuages à aspect orageux, ressemblent beaucoup à l'irruption brusque du fluide électrique, à celui désigné sous le nom de *feu Saint-Elme*, apparaissant *dans les nuits d'orage*, sur tous les objets plus ou moins saillants, mais surtout sur les croix des clochers, les mâts des navires, les paratonnerres, et dû à l'écoulement plus lent et en moindre quantité de l'électricité du sol vers les nuages chargés d'électricité de nom contraire. Dans ce cas, le corps humain, à l'instar du paratonnerre, devient le conducteur qui sert à l'écoulement sans bruit de l'électricité du sol vers le gros nuage orageux, et, si cette électricité est en quantité suffisante, elle peut parfaitement produire les effets de la foudre ordinaire.

Il serait à propos de tenir compte ici de la nature du sol. Dans mon mémoire intitulé *le Choc en retour et le foudroiement latéral* (*Gazette des hôpitaux*, août-décembre 1885), et *Des lieux les plus exposés aux atteintes de la foudre* (Mém. de la Soc. des Sc. nat. et arch. de la Creuse, 1887), j'ai établi, d'après des faits que j'ai observés, que le tonnerre ne frappe pas généralement les lieux les plus élevés comme on le croit, mais bien de préférence les terrains plus ou moins chargés et imprégnés d'eau, à sol ou sous-sol argileux et humide, présentant, en un mot, les meilleures conditions de conductibilité électrique, et, par suite, susceptibles de se charger d'une plus grande quantité d'électricité libre sous l'influence d'un nuage, et que ces conditions de bonne conductibilité se trouvent plus souvent réunies dans les bas-fonds que sur les hauteurs. Il semble évident, *à priori*, que dans ces conditions, l'homme, s'il se trouve le point d'application de la résultante de l'attraction du nuage, soit particulièrement exposé à ce *foudroiement muet* qui se produit sans éclairs et sans bruit, surtout en l'absence de pluie. Cette dernière est, en effet, l'agent principal de communication entre le nuage et le sol chargés d'électricité de noms contraires, et, par suite, de cette combinaison brusque qui produit le tonnerre, ou, si l'on aime mieux, la *foudre bruyante.* C'est un point de la science encore mal éclairé, qui doit désormais attirer l'attention des observateurs.

L'absence d'orage, avec éclairs et tonnerre, ne doit donc pas faire rejeter, d'une manière absolue, la foudre comme cause de la mort d'un individu, quoiqu'elle établisse une forte présomption du contraire. L'absence de tout nuage orageux me semble seule exclure absolument cette cause de mort, à moins qu'il existe sur le cadavre des lésions caractéristiques. Cette dernière réserve est ici nécessaire, attendu que tous les secrets de la foudre ne sont pas encore connus.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

302. M. MINGUET. De la pluralité des uréthrites. Contribution à l'étude des écoulements de l'urèthre. Uréthrites non blennorrhagiques. — 303. M. PRAT. Quelques considérations sur la pleurésie purulente chez les tuberculeux. — 304. M. BOULANGER. Contribution à l'étude de l'instabilité mentale. — 305. M. MENNESSIER. Les affections professionnelles des ouvriers mégissiers. — 306. M. LEGRAND. Hygiène et prophylaxie dans les stations maritimes. — 307. M. JOUON. Contribution à l'étude de la grossesse tubaire. — 308. M. LALLEMAND. De l'hérédité de la contagion dans la tuberculose. — 309. M. PALLIER. La tuberculose du pancréas. — 310. M. MORISSE. Contribution à l'étude de la péritonite à pneumocoques. — 311. M. CASTERA. Étude sur les rapports de l'éléphantiasis des Arabes avec la filaire du sang. — 312. M. MÉNARD. Contribution à l'étude du mal perforant plantaire. — 313. M. COUTREST. Recherches expérimentales sur l'action physiologique de l'anagyrine, et particulièrement sur son action cardio-vasculaire. — 314. M. BOUJU. Lipomes multiples symétriques d'origine nerveuse. — 315. M. GIOCANTI. Contribution à l'étude de l'arythmie cardiaque consécutive aux lésions du myocarde. — 316. M. RIEUNIER. Quelques mots sur la médecine au moyen âge, d'après le spéculum majus de Vincent de Beauvais. — 317. M. FAIDHERBE. Les médecins et les chirurgiens de Flandre avant 1789. — 318. M. GERMA. Du phimosis; ses conséquences, son traitement. — 319. M. BONNEMAISON. Opération de Phelps et arthrotomie médiotarsienne dans le traitement du pied bot varus équin congénital. — 320. Mlle MARGOULIS. Contribution à l'étude de l'otite moyenne aiguë suppurée chez les enfants. — 321. M. DUPRAT. Contribution à l'étude des troubles moteurs d'origine psychique. Syndrome de Jaccoud. Artério-abasie. — 322. M. BOUCHERON. Quelques conditions de la cure opératoire radicale du décollement rétinien traumatique et myopique récent. — 323. M. BOYER. Contribution à l'étude de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme. — 324. M. FISCHER. Des lésions tuberculeuses de l'uretère. — 325. M. FAURE-MILLER. Contribution à l'étude clinique des cardiopathies artérielles à type valvulaire. — 326. M. ROYER. Étude sur le chloroforme par les petites doses. — 327. M. DUFOUR. Étude sur les calculs enchâtonnés de la vessie chez l'homme. — 328. M. NATANSON. Arthrodèse dans le pied bot paralytique. — 329. M. TIMMERMANS. Méthode sclérogène appliquée aux ostéo-arthrites du poignet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Par un arrêté en date du 26 juillet 1892, pris en conformité de l'avis du Conseil de surveillance et approuvé par M. le préfet de la Seine, l'article 102 du règlement sur le service de santé, qui détermine les conditions à remplir par les candidats pour être admis à prendre part au concours de l'internat en médecine, a été revisé ainsi qu'il suit :

« Les élèves externes, reçus au concours, ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes.

Ils ne peuvent, toutefois, prendre part à ce concours que pendant les six années qui suivent la prise de leur première inscription de médecine. Les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comprises dans ce délai.

Les candidats au concours de l'internat ne sont inscrits à ce concours que sur le vu des pièces suivantes :

1° Un certificat constatant leurs services en qualité d'externes, au moins depuis le 1er février précédent, sans interruption motivée ;

2° Des certificats délivrés par les médecins et chirurgiens, et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un

service en qualité d'externes, établissant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite;

3° Un certificat de scolarité délivré par l'Ecole de médecine.

Le nouveau règlement dont il s'agit sera applicable à partir du concours de l'année 1896. »

— Voici la liste par ordre alphabétique des candidats reconnus admissibles aux épreuves orales du concours pour l'admission à l'École du service de santé de la marine à Bordeaux :

1° *École annexe de Brest.* — MM. Bussière, Coulogner, Degloote, Donnart, Frostin, Hennequin, Lamy, Lecomte, Marchand, Marsin, Roche et Thomas.

2° *École annexe de Rochefort.* — MM. Bardet, Bec, Bouffard, Boutellier, Brachet, Chemin, Coudayras, de la Barrière, Delabaude, de Nicolas du Plantier, Deschamps, Douarre, Dubruel, Gautier, Guitard, Morin, Nielsen, Rousseau, Ruais, Vallet et Vialet.

3° *École annexe de Toulon.* — MM. Augier, Aynès, Bernal, Bernard, Bessière, Boyer, Contaut, Dor, Escande de Messières, Fraissinet, Guiol, Laborde, Lanteaume, Lucciardi, Massoni, Mathis, Maurras, Pannetier, Parazols, Renault, Rencurel, Rolland, Roquemaure, Sambuc, Spire, Valmyre et Vizerie.

Les examens oraux commenceront à Brest le 1er septembre prochain et se continueront successivement à Rochefort et à Toulon à des dates qui seront fixées ultérieurement par le président du jury du concours.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 99. — MARDI 30 AOUT 1892. 65e ANNÉE. MARDI 30 AOUT 1892. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE...... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 29 août 1892.

Nous avons déjà parlé de l'encombrement des hôpitaux de Paris (1). Habituellement, il se fait moins sentir à l'époque de l'année que nous traversons; la semaine dernière, il y avait 1100 brancards dans les hôpitaux. Des salles destinées à 22 malades, comme la salle Louis à Beaujon, en reçoivent jusqu'à 38. Dans le même hôpital, la salle Sandras, de 28 lits, reçoit 42 malades.

Inutile pour des médecins d'insister sur les inconvénients d'un semblable entassement; c'est la raréfaction de l'air respirable et la concentration des germes pathogènes. Le médecin, en arrivant le matin, trouve jusqu'à 5 et 6 malades installés sur des matelas par terre; on se croirait en temps de guerre ou de grave calamité publique.

On semble jouer à la raquette, avec les malheureux malades, du Bureau central aux divers services hospitaliers et *vice versa*. En voici la raison : les médecins de service au Bureau central reçoivent les malheureux qui leur paraissent avoir besoin d'être hospitalisés, qui sont dans l'impossibilité de gagner leur vie. Ce sont, en ce moment, surtout des tuberculeux, des rhumatisants chroniques et subaigus et des paralysés. Ils arrivent en surcharge, dans des salles déjà au complet, et le lendemain le médecin de l'hôpital *fait son devoir* en les faisant sortir, par mesure d'hygiène, pour désencombrer son service. Il y a une limite au nombre de lits qu'on peut raisonnablement placer dans une enceinte donnée. Les médecins du Bureau central *font à leur tour leur devoir*, en leur délivrant de nouveau un bulletin d'admission. Il n'y a pas de raison pour que cela finisse, tant que les malheureux, victimes de ces allées et venues, auront la force de les supporter.

L'encombrement des hôpitaux de Paris ira toujours en augmentant, parce que la population hospitalisable de Paris va sans cesse en s'accroissant. Beaucoup de municipalités de province paient le voyage de Paris à leurs infirmes, de façon à faire supporter par cette ville les frais de leur traitement. Il faudra pourtant en venir une bonne fois à prendre les mesures qu'imposent cette situation et l'humanité.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 565.

Il faut, pour rendre aux services de médecine leur élasticité, s'occuper du placement des infirmes et de l'hospitalisation spéciale des tuberculeux. On a proposé de placer les *chroniques* dans des hospices de province, qui ne demanderaient pas mieux que de les recevoir à un prix inférieur sans doute à ce que coûte leur entretien dans Paris. Il y aurait lieu d'étudier la question. Il y aurait lieu aussi d'étudier la question non moins urgente des hôpitaux spéciaux pour les tuberculeux, et cela pour un ensemble de raisons que M. Letulle faisait récemment très justement ressortir. Il y a là une œuvre bonne, juste et nécessaire à faire, et, sans doute, une véritable économie à réaliser pour le budget obéré de l'Assistance.

En attendant, ne conviendrait-il pas d'ouvrir des services accessoires, d'établir au besoin des tentes? On l'a bien fait en hiver, en temps de grippe. On rendrait ainsi aux malades les lits qu'on leur a enlevés par mesure préventive contre l'épidémie cholérique.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. DESCROIZILLES.

Sur un cas d'abcès de la paroi abdominale.

(Observation recueillie par M. Maurice DE FAYARD.)

Le 21 novembre, se présente à la consultation de M. le docteur Descroizilles, aux Enfants-Malades, la nommée P. L..., âgée de six ans.

Ses parents sont en bonne santé; aucun accident tuberculeux dans la famille.

L'enfant n'a pas eu d'autre maladie antérieure que la rougeole à deux ans et demi. Elle vient consulter pour des douleurs ressenties dans le flanc droit, où elles ont leur maximum, et irradiées dans toute la cavité abdominale.

Parmi les commémoratifs, on raconte que, le 14 juillet 1891, l'enfant s'étant amusée à danser et à sauter durant toute la journée, a été très fatiguée le soir. Peut-être est-elle tombée, peut-être s'est-elle donné un coup à l'endroit dont elle se plaint (?).

16 juillet : Deux jours après se firent sentir, pour la première fois, de violentes douleurs abdominales qui ont duré environ vingt-quatre heures. On ajoute que ces douleurs ne réapparurent que vers les premiers jours de septembre, aussi vives que le 16 juillet, et persistèrent quarante-huit heures environ. Depuis, la petite malade ne s'en était plus plainte, lorsque, aux premiers jours de novembre, elle en fut reprise d'une façon presque continue.

On n'y attacha d'abord pas grande importance, mais les

vomissements et la diarrhée étant survenus, accompagnés d'épistaxis et de mouvements fébriles accusés et fréquents, on se décida, le 21 novembre, à la conduire à notre consultation.

21 novembre : A son entrée, on constate un état général assez bon; la fillette ne tousse pas, n'a pas maigri; l'auscultation révèle seulement un murmure vésiculaire très affaibli à la base droite.

La paroi abdominale présente une tumeur lobée, s'étendant de l'ombilic (qu'elle dépasse très légèrement en haut et à gauche) jusque dans la partie moyenne du flanc droit.

Douleurs vives, lancinantes; fièvre 39 degrés; facies grippé.

La palpation fait sentir une intumescence rénitente, non fluctuante, sans aucun rapport avec la région hépatique. Ferme et mobile, la tumeur semble rouler sur la masse intestinale. Si, avec une main à la région ombilicale et l'autre à la région lombaire, on exerce quelques pressions, on a comme la sensation d'un corps dur, profond, qui viendrait choquer la première main. On dirait un gâteau d'anses intestinales avec induration prononcée, surtout autour de l'ombilic.

Pas d'inflammation, ni d'empâtement.

Lundi 23 novembre, une purge avec 15 grammes d'huile de ricin a comme résultat des selles abondantes.

La température tombe de 39 à 38 degrés; le ventre n'est pas trop douloureux à la pression.

Urines : Raie d'urobiline. Anneau d'albumine prononcé. Réaction de l'indican.

Les urines sont normales en quantité et en couleur. Frictions belladonées.

Mercredi 25 : La palpation devient plus douloureuse, la malade ne se laisse toucher que difficilement.

On constate, autour de l'ombilic, une petite région (large comme une pièce de 2 fr.) rouge, plus douloureuse qu'aux environs, empâtée, offrant les caractères de fluctuation.

26 novembre : La température, qui était de 37° 8 le matin et 38° 6 le soir, est montée à 39° 2, en même temps que l'intumescence a grossi et que la région enflammée s'est étendue.

La douleur est bien plus vive, lancinante; l'enfant craint le moindre contact.

On la chloroforme et cependant, alors que les muscles abdominaux ne peuvent plus se contracter, je remarque vers la partie moyenne du flanc droit comme un boursouflement de la paroi abdominale. On aurait pu croire à une hernie d'une anse intestinale dans cette paroi; elle disparaît quand cesse l'action de l'anesthésique.

Je me risquai alors à ne plus penser à la péritonite circonscrite qui avait été le diagnostic de deux de nos maîtres. L'un d'eux proposa même la laparotomie.

Mais M. de Saint-Germain, appelé en consultation, ne partagea pas cet avis et préféra attendre, arguant qu'une partie de la tumeur se sentant très superficiellement, on pourrait tenter une incision n'intéressant qu'une partie de l'épaisseur de la paroi et qui, en évacuant le pus, permettrait d'attendre une intervention plus sérieuse.

Une ponction exploratrice, faite à la seringue de Pravaz, donne issue à quelques gouttes d'un pus franc et pâteux (petit pansement protecteur au collodion).

Le 27 : L'empâtement est encore plus étendu, la température se maintient entre 38° 7 le matin et 39 degrés le soir.

Le 28, à huit heures du matin, 38° 6.

On pratique une incision de 4 centimètres, à cinq travers de doigt de l'ombilic, au niveau du flanc droit. On donne ainsi issue à 300 grammes de pus grumeleux et fétide. La cavité est lavée au sublimé et drainée. Pansement à la gaze iodoformée.

A quatre heures du soir, la température est tombée à 37° 3. On change le pansement; il s'écoule encore 70 à 80 grammes de pus.

1er décembre : La cavité, jusqu'à ce jour, est irriguée tous les matins, et les pansements sont à peine souillés; température : 37° 8 le matin, 37° 6 le soir.

2 décembre : Aujourd'hui, en injectant la cavité, je m'aperçois que les téguments se boursouflent, que le liquide, s'écoulant moins facilement (l'orifice étant réduit à 1 centimètre), gonfle une poche qui serait formée en arrière par les muscles abdominaux, en avant par la peau de la paroi; la poche s'affaisse quand le liquide ressort.

Ce fait donne donc à penser à un abcès de la paroi, sans communication avec la séreuse abdominale, et non à une péritonite circonscrite.

3 décembre : Le drain ne pénètre plus, l'orifice est presque complètement refermé. On remplace le pansement iodoformé par un pansement salolé et une petite couche d'ouate hydrophyle recouverte de collodion.

Il ne reste que peu d'induration; plus de douleur à la pression.

10 décembre : On enlève ce pansement; la plaie, tout à fait cicatrisée, n'a laissé qu'une cicatrice linéaire régulière, se voyant à peine. La paroi abdominale, tout à fait normale, semble n'avoir été le siège d'aucun accident.

L'appétit est revenu, rien de particulier ne s'est manifesté; l'état de l'enfant continue à se maintenir.

20 décembre : Depuis, la petite malade n'a plus rien ressenti; un long séjour au lit l'a seulement un peu affaiblie.

Mais, quelques jours après, le rétablissement est complet; la malade sort en janvier, complètement guérie.

En résumé, vous voyez combien a été longue l'évolution de cet abcès, qui a pu se confondre avec une péritonite circonscrite; combien aussi auraient été fâcheux les résultats d'une intervention sérieuse qu'une première incision peut permettre d'attendre.

Nous voyons enfin qu'un abcès de la paroi abdominale n'est pas, en définitive, d'un pronostic fâcheux, que le traitement en est simple.

Mais insistons, pour terminer, sur l'erreur de diagnostic à laquelle il peut donner lieu et surtout sur les dangers d'une laparotomie précoce, imprudente en pareil cas.

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC (1)

Par Albert Mathieu, médecin des hôpitaux.

II

Cruveilhier a eu le mérite de proclamer le premier ce grand principe, que la meilleure façon d'obtenir la guérison de l'ulcère simple de l'estomac, devait être de mettre cet organe dans un repos aussi grand que possible. Pour cela, il faut avoir recours au régime lacté.

« Le régime lacté, voilà le grand moyen de guérison de l'ulcère simple de l'estomac, le seul aliment dont cet organe puisse, en général, supporter la présence sans se révolter, le seul topique qui lui convienne; et quelquefois le lait, lorsqu'il est bien toléré, réussit comme par enchantement. » (Cruveilhier.)

Cruveilhier demandait qu'on voulût bien épargner à l'estomac blessé le contact irritant des médicaments divers, des amers, des vins digestifs ou généreux, des toniques, des ferrugineux, des purgatifs, dont on ne manquait pas de le surcharger en cas semblable.

On sait, en tout cas, combien souvent réussit le régime lacté; malheureusement, il n'est pas toujours bien supporté, et les auteurs ont été amenés à se demander si l'on ne pourrait pas faire, sinon mieux, mais autrement.

A plusieurs reprises, on a essayé de substituer, momentanément, l'alimentation rectale à l'alimentation buccale,

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 906.

et l'on a eu recours, dans cette vue, à des lavements alimentaires. Donkin, de deux heures en deux heures, quelquefois de six heures en six heures, fait administrer, après un lavement évacuateur, un lavement nutritif composé de 75 grammes de lait ou de thé de bœuf, d'un jaune d'œuf, de 15 à 30 grammes de brandy et de quelques gouttes de laudanum.

L'alimentation par la voie normale est reprise au bout de dix à dix-neuf jours. On sait combien est défectueuse l'alimentation rectale; mais on peut tout au moins introduire par cette voie la quantité d'eau nécessaire à l'existence. Un long jeûne se soutient assez facilement, à condition qu'on fournisse à l'organisme la quantité d'eau qui lui est nécessaire. Les expériences récentes des jeûneurs célèbres, dont on se rappelle les derniers exploits, en sont une preuve des plus nettes. En cas d'ulcère avec intolérance gastrique très marquée, avec menace de perforation, nous n'hésiterions pas, pour notre part, à avoir recours aux lavements dits nutritifs. Nous aurions volontiers recours, en même temps, en cas semblable, aux injections d'eau dans le tissu cellulaire, faites à la façon de Sahli. On pourrait ainsi injecter, chaque jour, de 400 à 600 grammes d'eau. L'appareil de Burlureaux, que nous avons récemment employé chez des cholériques, nous paraît très propre à remplir l'office d'appareil injecteur.

Il ne peut s'agir ainsi que d'un mode de traitement susceptible d'être employé dans quelques circonstances exceptionnelles, et non d'une méthode générale indistinctement applicable à tous les cas.

Le lait ne doit pas être donné en quantité considérable : de 2 litres à 2 litres et demi, disent nos auteurs. M. Debove a vu un malade, qui absorbait quotidiennement 8 litres de lait par jour, présenter une dilatation de l'estomac des plus graves. Pour notre part, nous laissons sans crainte, au bout de quelque temps, les malades atteindre 3 litres et 3 litres et demi. Beaucoup d'ulcéreux, avec 2 litres ou 2 litres et demi, ne se trouvent pas suffisamment nourris; ils sont tourmentés par la faim. Cela se conçoit d'autant mieux que ce sont des hyperchlorhydriques et qu'ils digèrent, avec une facilité excessive, les substances albuminoïdes.

Lorsqu'on veut pousser à fond l'idée de Cruveilhier et obtenir le repos de l'estomac, il faut viser non seulement le repos mécanique, mais aussi le repos chimique. M. Debove a eu tout simplement l'idée de le supprimer, au point de vue chimique, en administrant des alcalins à doses suffisantes. Ses expériences lui ont appris que, pour saturer le suc gastrique et supprimer son pouvoir digestif, il faut en donner de 30 à 40 grammes par jour à doses fractionnées. Même en atteignant ces chiffres élevés, on n'a nullement à redouter la cachexie alcaline : cette fameuse cachexie est, à l'heure actuelle, un mythe historique, rien de plus; il n'y a pas à la redouter.

Cependant, l'administration du bicarbonate de soude à doses élevées a quelques inconvénients d'ordre secondaire, qu'il est bon de connaître. C'est ainsi que son arrivée dans un estomac à contenu hyperacide est quelquefois suivie du dégagement rapide d'une quantité considérable d'acide carbonique. Il se produit un gonflement tympanique de l'estomac qui se traduit par une sensation, quelquefois très pénible, de tension et de dyspnée. Parfois aussi, quand son usage a été continué pendant un temps plus ou moins prolongé, les urines deviennent alcalines, troubles; les besoins d'uriner sont fréquents et impérieux, et cela ne laisse pas que d'inquiéter les malades. La chose est cependant sans gravité.

Pour obvier autant que possible à ces inconvénients des alcalins à très haute dose, il convient de les administrer avec quelques précautions particulières. Voici comment M. Debove conseille de procéder :

« Lorsque le malade est soumis au régime lacté exclusif, on peut ne lui faire prendre que de 10 à 12 grammes de bicarbonate de soude par jour.

Le malade prend toutes les heures, depuis le lever jusqu'au coucher, et dans la nuit s'il est éveillé par la douleur, un cachet contenant :

Bicarbonate de soude. . . .		60 centigr.
Craie préparée		20 —

Plus tard, quand on lui permet de manger, il faut lui conseiller, outre les cachets, de prendre soit à chaque repas 10 grammes de bicarbonate de soude dissous dans un verre d'eau, soit, de préférence, de demi-heure en demi-heure, pendant les trois heures qui suivent le repas, un paquet composé comme il suit :

Bicarbonate de soude . . .		1 gramme.
Craie préparée . . .	} *ââ*. .	20 centigr.
Magnésie calcinée .		

On fait varier, dans des proportions convenables, les doses de magnésie ou de craie préparée pour combattre la diarrhée ou la constipation. »

Quel est le régime alimentaire que l'on doit conseiller?

« Au début, le lait doit être seul permis, à l'exclusion de tout autre aliment. Nous avons dit qu'il fallait en donner de 2 litres à 2 litres et demi par petites tasses, toutes les heures. Grâce aux alcalins cependant, il est possible de se départir d'une telle rigueur; on peut, sans déterminer de douleur, sans avoir à redouter la stase, le donner en trois fois : le matin, à midi et le soir; on en fait prendre alors trois grands verres d'un coup, que l'on fait suivre de l'administration d'un cachet de bicarbonate de soude toutes les demi-heures, puis, jusqu'à l'ingestion suivante, d'un cachet toutes les heures.

Sous l'influence de ce traitement, la douleur disparaît ou diminue considérablement du jour au lendemain; les vomissements, qui en sont ordinairement la conséquence, cessent avec elle, le malade va de mieux en mieux et demande bientôt à manger. »

Il est, cette fois, très délicat de savoir à quel moment on doit permettre une alimentation autre que le lait, et sous quelle forme on doit la permettre. M. Debove a eu une idée originale et très remarquable par ses bons résultats. Il a pensé qu'il convenait d'administrer une substance douée d'un pouvoir nutritif intense, très divisée, et que l'on pût alcaliniser. Tout d'abord, il s'est servi de la poudre de lait, plus tard de la poudre de viande.

« Aux malades atteints d'ulcère de l'estomac, on peut donner chaque jour deux ou trois doses de 30 grammes, mais il faut avoir soin de n'en donner qu'une dose pendant les deux ou trois premiers jours et d'augmenter progressivement. Ces 30 grammes de poudre sont délayés avec de l'eau ou du lait, versés peu à peu en quantité suffisante pour en faire une bouillie homogène assez liquide, puis sucrés et aromatisés avec un peu d'essence de menthe (et non avec du rhum ou du punch au rhum, comme on le fait pour la suralimentation des tuberculeux).

Aux poudres de viande, on peut enfin joindre les poudres de légumes (poudres de lentilles) préparées de la même façon et qui fourniront l'élément hydrocarboné. »

Disons, à ce propos, que pour faire accepter ces poudres hydrocarbonées, il faut les alcaliniser ou faire prendre immédiatement une certaine quantité d'alcalins, l'hyperchlorhydrie étant un fait habituel chez les ulcéreux.

« Quand les gastrorrhagies, les douleurs, les vomissements auront disparu depuis plusieurs semaines, on devra revenir peu à peu à l'alimentation ordinaire. Leube conseille la gradation indiquée dans les quatre régimes suivants, qui pourront tout au moins servir de guide :

1° Bouillon, solution de viande, lait, œufs mollets, œufs crus ;

2° Cervelle de veau, ris de veau, poulet, pigeon ;

3° Ajouter au précédent : jambon cru râpé, bœuf cru ;

4° Chevreuil, perdreau (pas de lièvre), rosbif saignant (surtout froid), rôti de veau (surtout la culotte), brochet (les truites, même les plus jeunes, sont difficiles à digérer), macaroni, bouillon au riz. »

Il faut proscrire les aliments irritants, fortement épicés, le vin, la bière, l'alcool. L'idéal serait d'obtenir que les malades ne boivent plus désormais que du lait. Pour le surplus, les auteurs pensent, avec Cruveilhier, que chaque estomac sait mieux que tout autre choisir ce qui lui convient (?).

MM. Debove et Renault passent condamnation sur tous les médicaments conseillés à titre de cicatrisants : nous sommes pleinement de leur avis.

Contre les hémorrhagies, ils conseillent avant tout le repos absolu, le régime lacté, quelquefois la diète et l'usage de la glace intus et extra. On peut donner 5 à 10 centigrammes d'extrait thébaïque dans la journée. Ils placent à l'arrière-plan les injections d'ergotine.

Contre la douleur, lorsque le lait et les alcalins ne suffisent pas pour la faire disparaître, nos auteurs recommandent l'extrait thébaïque, le chlorhydrate de cocaïne (6 à 8 centigrammes en solution à 1 p. 500), l'eau chloroformée. Les piqûres de morphine doivent être évitées, à cause du penchant des malades de cet ordre à la morphinomanie.

Contre les vomissements rebelles qui ne cèdent pas au traitement méthodique, employer l'eau de Vichy, la glace, les opiacés, l'eau chloroformée, la teinture d'iode (xv gouttes dans 150 grammes d'une potion sucrée, à prendre par cuillerée à bouche toutes les deux heures), l'acide cyanhydrique (v à xv gouttes d'une solution à 1 p. 100), le sous-nitrate de bismuth, la potion de Rivière, etc., etc., enfin... l'alimentation par la sonde. C'est, comme le disent les auteurs, une chose paradoxale, mais en tout cas un fait réel, que les vomissements incoercibles sont souvent vaincus par le gavage à la sonde. Cela est également vrai quand il s'agit de l'ulcère chlorhydro-peptique. Chez un ulcéreux, il vaut mieux n'introduire la sonde que jusqu'à moitié chemin de l'œsophage. Quant au lavage de l'estomac, il ne faut pas le faire chez ces malades.

Le traitement de l'ulcère du duodénnm et de l'œsophage repose exactement sur les mêmes principes que le traitement de l'ulcère gastrique : il doit sensiblement faire appel aux mêmes agents médicamenteux.

Ce traitement de l'ulcère chlorhydro-peptique doit viser, en somme, comme le demandait Cruveilhier, un seul but : le repos de l'organe. Repos physique aussi bien que repos chimique. La formule du repos chimique a été parfaitement donnée par M. Debove, et, encore une fois, les succès qu'on obtient par sa méthode nous paraissent un des meilleurs arguments en faveur de la théorie chlorhydro-peptique de l'ulcère simple. En tout cas, par cette méthode, on guérit les malades ; c'est le principal.

THÉRAPEUTIQUE

Soins de la bouche dans le traitement mercuriel (E. Fribes).

I.	Solution d'acétate d'alun, à 5 p. 100. / Eau de fleurs d'oranger.	*àà* 200 gr.

M. S. — Se gargariser toutes les demi-heures avec une cuillerée à bouche de ce mélange dans un verre d'eau.

II.	Teinture de noix de galle. . . . . / Teinture de myrrhe. . . . . / Teinture de ratanhia.	*àà* 5 gr.

M. S. — Pour badigeonner les gencives.

III.	Carbonate de chaux précipité. . . / Magnésie calcinée.	*àà* 16 gr.
	Chlorate de potasse.	16 —
	Écorce de quinquina pulvérisée. .	16 —
	Racine de ratanhia pulvérisée. . .	10 —
	Savon médicinal.	23 —
	Essence de menthe poivrée.	3 —

M. D. S. — Poudre dentifrice. (D'après les *Nouveaux remèdes.*)

Vernis à l'ichthyol dans le traitement de certaines affections cutanées.

Le docteur Unna (de Hambourg) a imaginé un vernis destiné au traitement de certaines dermatoses de la face (érysipèle, lymphangite, acné rosacea et pustuleuse), des furoncles, de l'impétigo, des taches localisées d'eczéma, du lupus. Voici la formule publiée :

Amidon pulvérisé. . . . . 40 grammes

auquel on ajoute, en ayant soin d'humecter uniformément :

Eau froide. . . . . 20 grammes

puis ensuite :

Ichthyol. . . . . 40 grammes

On mêle et l'on ajoute 1 gramme ou 1gr50 d'une solution concentrée d'albumine, préparée à une chaleur douce ; ceci afin de maintenir l'amidon en suspension dans le mélange.

Ce vernis sèche rapidement, quand il est appliqué sur la peau ; il reste sec, ne colle pas et peut être enlevé facilement par un simple lavage à l'eau froide. Les malades atteints de dermatoses de la face peuvent donc l'appliquer pendant la nuit et l'enlever le matin pour vaquer à leurs affaires.

On peut incorporer à ce vernis diverses substances médicamenteuses (chrysarobine, pyrogallol, résorcine, soufre, etc.), en ayant soin d'ajouter autant de grammes d'eau que de grammes de médicament.

Unna prépare aussi un vernis à l'ichthyol et à l'acide phénique, destiné au traitement des petites affections chirurgicales ; en voici la formule :

Eau.	22 gr	50
Ichthyol.	25	00
Acide phénique neigeux.	2	50

On fait chauffer jusqu'à dissolution, puis on ajoute par petites portions :

Amidon pulvérisé. . . . . 50 grammes

A cause de son incompatibilité avec l'acide phénique, l'albumine ne peut entrer dans la composition de ce vernis ; d'ailleurs, l'acide phénique contribue à maintenir assez bien l'amidon en suspension. (*Répert. de pharm.*, d'après *Semaine méd.*)

Substances incompatibles avec l'antipyrine.

Les substances suivantes précipitent l'antipyrine de ses dissolutions aqueuses :

1° L'acide phénique en solution concentrée;

2° Le tannin et les préparations tanniques;

3° La teinture d'iode;

4° Les chlorures de mercure.

Les substances suivantes décomposent l'antipyrine quand on les triture à sec avec ce dernier :

1° Le calomel, qui forme avec l'antipyrine une combinaison toxique;

2° Le naphtol β;

3° Le chloral, qui forme un liquide oléagineux;

4° Le bicarbonate de soude; au contact des deux corps, il se dégage une odeur d'éther acétique;

5° Le salicylate de soude, qui forme également avec l'antipyrine un mélange oléagineux;

6° Les sels de quinine et de caféine, dont la solubilité est accrue par l'antipyrine.

VARIÉTÉS

La vulgarisation de l'hygiène.

On a beaucoup prononcé et beaucoup imprimé le mot choléra, ces temps-ci.

L'épidémie de choléra nostras de la banlieue parisienne, l'épidémie de choléra asiatique envahissant l'empire russe par le nord de la mer Caspienne et le nord de la mer Noire, ont éveillé l'attention des hygiénistes chargés de notre défense sanitaire.

Même si l'on admet les prévisions les plus pessimistes, si, véritablement, le choléra, rompant les fortes digues qu'on lui oppose, gagne l'Europe occidentale, il est, peut-être, permis de prévoir qu'il n'y exercera que des ravages limités. Un des maîtres hygiénistes les plus compétents en pareille matière me disait récemment : « A Paris, le choléra ne ferait presque pas de ravages dans les classes aisées. Les gens riches et la moyenne bourgeoisie seraient aisément préservés. En cas d'épidémie, ce sont les pauvres, les ouvriers qui habitent en tas des logements insalubres, ce sont les déshérités de ce monde qui fournissent à peu près tout le contingent de décès à prévoir. Déjà notre dernière épidémie ne s'est-elle pas presque exclusivement confinée aux ouvriers et aux malheureux qui encombrent le faubourg Saint-Antoine, aux alentours de la rue Sainte-Marguerite? Cette fois-ci, la spécialisation de l'épidémie sur les humbles serait plus accusée encore, n'en doutez pas. »

Ne trouvez-vous pas, mes chers confrères, qu'il y a là de quoi nous faire réfléchir?

Qu'il y ait sur la terre des misérables à qui presque tout manque, auprès de riches regorgeant de biens, nous n'y pouvons évidemment pas grand'chose, et nous ne rêvons pas de bouleverser tout cela du jour au lendemain. Les utopies socialistes ne m'enthousiasment nullement pour ma part, et je crois pouvoir affirmer que le corps médical, dans son ensemble, n'est rien moins qu'anarchiste et révolutionnaire.

Mais si les pauvres sont exposés aux dangers des contagions, au péril d'empoisonnement par les bacilles ou par les toxiques, à la fièvre typhoïde ou au delirium tremens, au choléra ou à l'absinthisme, ce n'est pas simplement parce que l'argent leur manque, parce que leurs logis sont mal aménagés et leur nourriture médiocre. C'est aussi, bien certainement, parce qu'ils ne connaissent pas les périls qui les guettent et la manière d'y parer. Les déshérités de ce monde ne sont pas seulement des pauvres, ce sont aussi des ignorants. Or, dans la société contemporaine, c'est le médecin qui paraît appelé à enseigner aux hommes ce qui peut nuire et ce qui peut être utile à l'intégrité de l'esprit et à la santé du corps.

Or, il y a pour le moins deux manières d'instruire le peuple des grands centres.

L'une est quotidiennement pratiquée. Elle consiste à enseigner aux classes laborieuses qu'elles sont malheureuses, qu'elles sont exploitées, à susciter des haines, à révéler le mal sans rien faire pour y remédier.

L'autre manière, que je voudrais bien voir se substituer à la première, consisterait à enseigner aux pauvres l'hygiène pratique, la règle pour bien vivre, physiquement et cérébralement. Il faudrait enseigner au peuple l'amour du logis propre où se plaît le mari, la régularité des heures, la crainte de l'oisiveté; il faudrait inculquer aux ouvriers la sainte horreur de l'alcool, la peur de perdre leurs enfants, la façon dont on les préserve des contages. Certes, le peuple n'est guère accoutumé ni même préparé à ce genre de causeries : il est, en ce moment, ivre de politique. Un jour viendra, pourtant, où il saura comprendre qu'un orateur de réunion publique ne lui apporte rien qui soit réalisable, et, ce jour-là, il écoutera la voix amie de ceux qui viendront lui apprendre la sagesse et la santé.

Or, la sagesse et la santé, c'est à nous d'enseigner ces choses, aujourd'hui que le prêtre ne peut plus guère approcher les humbles. Ce grand côté de la question sociale, la vulgarisation de l'hygiène, nous appartient. Ici encore, ce sont les médecins qui montreront la voie du progrès méthodique.

Du reste, il y a eu cette année même une curieuse tentative dans ce genre. Le comité socialiste révolutionnaire de Paris a entendu quelques conférences faites par quelques-uns de nos plus éminents confrères, notamment M. Dujardin-Beaumetz, le professeur Gautier et le maître accoucheur Budin. Le succès de ces conférences d'hygiène pratique a été très grand, très complet. Pourquoi donc s'en tenir à cet essai restreint?

Pourquoi ne pas instituer dans tous les quartiers de Paris un enseignement régulier, gratuit, fait par des confrères associés pour ce très noble but, l'amélioration du sort des deshérités de ce monde. Il faudrait tout d'abord gagner la confiance des ouvriers et des ménagères, par la cordialité, par la familiarité du discours; après quoi il nous suffirait de parler un langage simple et clair, ne disant rien que des choses vraiment pratiques, facilement réalisables.

Le médecin qui est sans morgue, sans faux orgueil et sans dégoût pour les pires misères humaines, le médecin qui a appris à l'hôpital à connaître le pauvre et à se faire aimer et respecter de lui, le médecin m'apparaît comme le plus logique intermédiaire entre les classes dirigeantes de la société moderne et les classes ouvrières. En ce moment, c'est nous certainement qui pouvons le plus pour l'amélioration du sort des deshérités de ce monde. Le jour où nous aurons su établir, dans tous les quartiers de Paris, des conférences pour la vulgarisation de l'hygiène, des inspections de logis, le jour où nous aurons su gagner la confiance des malheureux, les puissants de la terre, comprenant l'utilité de notre mission préservatrice, viendront à nous et nous donneront de quoi mener à bonne fin notre belle besogne. On nous donnera de l'argent, beaucoup d'argent si nous savons le mériter, et un jour viendra, on est en droit de l'espérer, où grâce à nous seront à jamais démolies les rues sinistres, où d'affreuses casernes abritent, dans une promiscuité désolante, des centaines de familles où grouillent les enfants pareils à des bêtes sauvages. Un jour viendra où les médecins de Paris logeront les pauvres de Paris dans de jolies maisonnettes très saines, comme celles que M. Carnot a été visiter l'autre jour à Auteuil.

L'aumône, qui a longtemps passé par la main du prêtre, passera d'ici peu par la main du docteur. Il suffit que nous le voulions.

Quelques hommes résolus, ne se laissant pas rebuter par les premiers obstacles, peuvent réaliser ce miracle : apaiser le peuple, calmer ses colères, dissiper ses haines en lui prouvant qu'on veut lui faire du bien et qu'on y réussit. Les commencements seront durs : il y aura beaucoup de préjugés, beaucoup de

défiances à vaincre. Mais le but en vaut bien la peine, n'est-ce pas? La société tout entière est intéressée à ce que nous tentions cet effort. Et quelle influence nouvelle, quelle puissance pour le médecin dans la société de demain! Nous en serions certainement très dignes, car le médecin est presque toujours un brave homme, incapable d'user de sa force pour autre chose que pour le bien de tous.

MAURICE DE FLEURY.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur les maladies de la moelle (1)
par le docteur Pierre MARIE.

Depuis quelques années d'ici, les maladies infectieuses et les maladies générales ont fait plus de bruit que les maladies de la moelle. Il pourrait sembler à ceux qui ne suivent pas la production scientifique relative à cet organe, que l'étude de ses lésions et des symptômes qui les trahissent a subi un temps d'arrêt. Il n'en est rien; à ceux qui en douteraient, nous conseillons la lecture des leçons que vient de publier M. Marie, hier un des élèves, aujourd'hui un des maîtres de l'École de la Salpêtrière. Ils y trouveront un exposé méthodique des maladies de la moelle, mis au courant des découvertes récentes, tant en pathologie générale qu'en pathologie spéciale, localisée.

En effet, M. Marie n'a pas seulement décrit les lésions et les symptômes avec le plus grand soin, mais il a eu, plus que ses devanciers, le souci de l'étiologie et de la pathogénie, ce qui est le trait dominant de la médecine d'aujourd'hui. Les lois générales sont, pour les maladies de la moelle, ce qu'elles sont pour les autres organes : les intoxications et les infections y jouent un rôle prépondérant.

Sur bien des points, en particulier en anatomie pathologique, il a émis des idées originales. Il suffit de parcourir son ouvrage pour montrer ce qu'elles ont de nouveau et de personnel.

A propos des dégénérations secondaires de la moelle, on trouvera réunies — on les chercherait en vain dans les ouvrages similaires — des données et des vues intéressantes sur le faisceau sulco-marginal ascendant, le faisceau intermédiaire du cordon latéral et le faisceau en virgule de Schultze.

Aux pages 84 et 85, on trouvera une figure dans laquelle sont comparés les territoires médullaires d'une part, tels que nous les a fait connaître l'histoire du développement de la moelle et tels que nous les montre, d'autre part, l'étude des dégénérations secondaires : il y a là des différences intéressantes qui n'avaient pas encore été relevées.

A signaler deux chapitres nouveaux, qu'on ne trouve pas dans les autres traités des maladies de la moelle, l'un sur les dégénérescences médullaires consécutives aux lésions des racines postérieures, l'autre sur les dégénérations consécutives aux amputations. Pour les amputations, M. Marie a apporté des faits personnels et nouveaux sur la localisation d'une sorte de dégénérescence en bande, au niveau des cordons postérieurs.

Dans la sclérose en plaques, des aperçus nouveaux sur le tremblement : il occupe surtout les muscles de la racine des membres; il est, en réalité, lent, en apparence rapide, à cause de l'amplitude des mouvements et de la longueur du bras de levier.

On sait que M. Marie a, depuis longtemps, défendu l'origine infectieuse de la sclérose en plaques; il y revient avec une prédilection bien naturelle. Il admet que le processus infectieux peut demeurer actif pendant un certain temps et les plaques s'accroître, peut-être même se disséminer consécutivement.

Pour lui, le tabes est certainement d'origine syphilitique; ce n'est pas une maladie de la moelle, mais une dégénération médullaire consécutive aux altérations des racines dues à des lésions des cellules des ganglions spinaux et peut-être des cellules ganglionnaires périphériques, d'origine du reste problématique. Ces altérations seraient dues à l'action d'une toxine spéciale.

Un assez long espace a été consacré au tabes : c'est qu'il est de beaucoup la plus fréquente de toutes les affections de la moelle. M. Marie en a donné une véritable monographie, on doit lui en savoir gré; il en a fait un chapitre clair, précis, qui abonde en traits personnels. On chercherait en vain un chapitre aussi complet dans les autres traités des maladies de la moelle.

A lire également les chapitres consacrés à la maladie de Friedreich et aux scléroses combinées. M. Marie montre par un schéma que certaines scléroses d'origine vasculaire, et, par conséquent, diffuses, se trouvent, par la disposition même des faisceaux, présenter une localisation qui leur donne tout à fait l'air d'être systématiques.

La paralysie infantile est une maladie infectieuse tout à fait comparable à l'hémiplégie cérébrale infantile et ne différant probablement de celle-ci que par sa localisation. La paralysie infantile n'est pas une poliomyélite systématique, mais une myélite en foyer, siégeant surtout, il est vrai, dans les substances grises, mais pouvant aussi intéresser conjointement la substance blanche voisine. Ces foyers se produisent sans doute dans le domaine des vaisseaux artériels et plus spécialement de l'artère du sillon antérieur ou de celles qui pénètrent dans la moelle, en suivant les racines antérieures.

Dans la sclérose latérale amyotrophique, M. Marie a relevé l'existence, laissée jusque-là presque entièrement dans l'ombre, de troubles psychiques très accentués. Il insiste, de plus, sur ce que, dans le faisceau latéral, les lésions sont loin d'être limitées au faisceau pyramidal, mais atteignent encore d'autres fibres en assez grand nombre. Dans les faisceaux postérieurs, les cordons de Goll présentent des différences de coloration appréciables par rapport à l'état normal. Quant à la corne antérieure, ses lésions ne semblent pas localisées aux seules cellules pyramidales, mais atteindre la substance grise antérieure d'une façon générale.

L'ouvrage est accompagné de 244 figures, pour la plupart originales, toutes très claires et très bien venues. Elles aident puissamment à la facile compréhension du texte.

En somme, notre opinion peut se résumer en deux mots : le « Traité des maladies de la moelle » de M. Marie nous paraît destiné à devenir un livre classique; nous souhaitons vivement avoir pu contribuer, par cette rapide analyse, à le faire connaître.

(1) In-8°. Prix : 15 francs. — Paris, G. Masson.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

330. M. HUGONIN. Contribution à l'étude des lésions de la volonté chez les aliénés. — 331. M. RATHELOT. Contribution à l'étude de la bilharzia hœmatobia. — 332. Mlle LITTAUER. Des mouvements de l'iris et de l'action de l'atropine et de l'ésérine sur la pupille. — 333. M. DELAVAU. Quelques considérations sur les névrites cervico-brachiales dans la tuberculose. — 334. M. THIROUX. Contribution à l'étude de la neurasthénie. — 335. M. GRAJON. De la forme dite sénile de l'ostéomalacie. — 336. M. SAUNAL. De la cirrhose alcoolique chez les enfants. — 337. M. DORIE. Contribution à l'étude des cystites calculeuses. — 338. M. MOSÈS. La méthode sacrée (opération de Krookt) et son application aux cancers et rétrécissements du rectum. — 339. M. VANDAELE. Contribution à l'étude de la bourse séreuse préthyroïdienne et de son hygroma. — 340. M. BOURBON. De la cystocèle inguinale rencontrée au cours de la kélotomie. — 341. M. HALLION. Des déviations vertébrales névropathiques. — 342. M. RAICHLINE. Contribution à l'étude clinique de la syringomyélie. — 343. M. BÉCHET. Contribution à l'étude clinique des formes de la maladie de Parkinson. — 344. M. BONNET. Intoxication par le sulfure de carbone. — 345. M. GANNELON. La rougeole à l'hospice des Enfants-Assistés. — 346. M. CHANCEREL. Les apothicaires et l'ancienne Faculté de

médecine de Paris. — 347. M. Duperet-Muret. De la folliculite conglomérée trichophytique. — 348. M. Romane. Étude physiologique et bactériologique de l'amygdale. — 349. M. Brin. De l'évolution des tumeurs propres à la capsule surrénale. — 350. M. Plichon. Le tabes est-il d'origine syphilitique? — 351. M. Galard. De l'épithélioma aux divers âges. — 352. M. Chaudet. Contribution à l'étude clinique de la phlébite grippale. — 353. M. Moreau. Contribution à l'étude du hoquet hystérique. — 354. M. Mirkovitch. Étude sur les eaux minérales en Serbie. — 355. M. Delbecq. Des lésions de la vésicule biliaire dans la lithiase. — 356. M. Guérard. Du traitement chirurgical de la surdité consécutive à l'otite moyenne sèche. — 357. M. Miquel. De la pneumatocèle traumatique. — 358. M. Haslé. Contribution à l'étude de quelques variétés d'ostéo-myélites costales aiguës. — 359. M. Mallet. Du débridement de la vulve comme opération préliminaire dans les interventions sur l'utérus, le vagin et la vessie (Étude du procédé de M. Chaput). — 360. M. Roques de Fursac. Traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire par la méthode autoplastique. — 361. M. Teyssèdre. Contribution à l'étude des anomalies du développement du rein. — 362. M. Hansen. De la méthode rationnelle de l'administration de l'huile de foie de morue. — 363. M. Marty. Étude critique et bibliographique sur l'hystérectomie totale pendant les années 1890, 1891, 1892.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 27 août 1892 :

MM. Balland, pharmacien principal de deuxième classe, et Thubert, pharmacien aide-major de première classe, ont été désignés pour être attachés aux laboratoires de la section technique du Comité de l'intendance.

M. Bousson, pharmacien-major de première classe, a été désigné pour être attaché à l'usine alimentaire de Billancourt.

M. Nicolas, pharmacien-major de deuxième classe, a été désigné pour être employé aux hôpitaux militaires de la division d'Alger.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Crié, docteur ès sciences, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— M. le docteur Jonnesco, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission scientifique en Allemagne et en Autriche-Hongrie, à l'effet d'étudier l'ensemble de l'anatomie dans les principaux instituts de ces pays.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance bien remplie hier à l'Académie. M. Magitot est revenu combattre le bon combat et soutenir qu'on ne pouvait considérer comme pathologique un phénomène aussi physiologique que l'éruption dentaire. Puis est venue une grande discussion entre MM. Dujardin-Beaumetz et Germain Sée sur le régime des brightiques. L'intéressante communication de M. Sée ne prendra fin que dans la prochaine séance; enfin enregistrons une protestation de MM. Prouff et Baret sur l'identification de la maladie de Morvan avec la lèpre. La parole est maintenant à M. Zambaco pour se défendre.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Duplay.

Des pseudo-coxalgies.

(Leçon recueillie par M. Victor Pauchet, interne du service.)

Je vais vous parler aujourd'hui d'une question qui présente un grand intérêt pratique, et sur laquelle mon attention a maintes fois été appelée, particulièrement dans ma clientèle.

Il s'agit de ces affections qui, malgré l'absence complète de lésions dans l'articulation de la hanche, simulent la coxo-tuberculose et que l'on nomme pour cette raison fausses coxalgies. Nous les diviserons en *deux classes :*

Dans la première, nous placerons les cas de contracture douloureuse des muscles péri-articulaires, survenant *sans altération* de la jointure ni du voisinage.

Dans la seconde classe, nous rencontrerons les pseudo-coxalgies où la contracture musculaire est consécutive à un réflexe *partant d'une lésion* d'un point voisin de l'articulation; celle-ci restant toujours indemne.

La première de ces deux variétés est particulièrement fréquente. On la connaît sous le nom de *coxalgie hystérique.* Étudiée pour la première fois par Brodie, qui lui donna le nom d'arthralgie, et plus tard par Paget en Angleterre et M. Verneuil en France, cette affection est surtout l'apanage du sexe féminin et se montre ordinairement vers l'époque de la puberté. Le terme sous lequel on la désigne n'implique pas nécessairement l'existence de l'hystérie chez le sujet qui en est atteint. On ne constate même en général qu'un simple état de nervosisme, qui ne se révèle parfois que par quelques antécédents névropathiques.

Le début de la coxalgie hystérique est caractéristique : il survient brusquement, à la suite d'une émotion, d'un faux mouvement. Chez une jeune fille, pour qui je fus consultée, les accidents apparurent à la suite d'un faux pas qu'elle fit en descendant de voiture.

La maladie, une fois constituée, est caractérisée par les symptômes suivants : de la douleur, de la contracture musculaire, des attitudes vicieuses et de l'impotence fonctionnelle.

Cette douleur est diffuse, siège d'une façon inconstante au niveau de la cuisse, du genou, de la jambe ou du cou de pied. Elle est difficile à limiter et si par hasard la malade la localise en un point précis, ce point varie souvent d'un jour à l'autre. De plus elle est toute superficielle et on la provoque parfois, comme l'a indiqué Paget, en pinçant simplement la peau. Enfin cette douleur est extrêmement vive et arrache des cris à la malade.

La contracture envahit tous les muscles qui unissent le bassin à la cuisse, et spécialement les adducteurs. Parfois même elle atteint les muscles de la jambe. Il en résulte une attitude vicieuse qui consiste dans une flexion de la cuisse avec adduction et rotation en dedans. Cette position est fixe et persiste même pendant le sommeil de la malade : il est impossible de la corriger et si on essaie de ramener le membre à son attitude normale, la patiente se défend et exprime la douleur la plus vive.

La marche est ordinairement difficile et le sujet garde le repos au lit; parfois pourtant grâce à l'incurvation qu'il donne au rachis, et à la façon dont il se contourne, il peut arriver à marcher en sautillant.

L'ensemble de ces symptômes fait comprendre sans peine comment la coxalgie hystérique est souvent prise pour de la coxo-tuberculose et même pour une forme grave de cette affection. Le pronostic et le traitement sont pourtant bien différents dans l'un et l'autre cas : aussi est-il d'une importance capitale de pouvoir les distinguer l'une de l'autre.

Or, le *diagnostic* est presque toujours possible; je dirai même qu'il est souvent facile, soit au début de la maladie, soit à une époque plus éloignée. Voici les caractères qui vous permettront de l'établir. Je vous ai déjà dit que le *début* était brusque et que les troubles fonctionnels surve-

naient subitement, comme à la suite d'une entorse. Ils acquièrent presque toujours au bout de quelques heures leur maximum d'intensité. Quelle différence avec l'évolution des premiers symptômes de la coxo-tuberculose! Pendant plusieurs semaines et plusieurs mois, ce n'est qu'un peu de douleur, un peu de gêne dans le genou et dans la hanche, une légère boiterie que le malade présente à la suite d'une fatigue ou d'une marche. Les véritables symptômes, douleur, contractures et attitudes vicieuses, n'apparaissent que plus tard. Ces caractères du début constitueront déjà un gros élément de diagnostic : il m'est pour ma part arrivé bien souvent de l'établir de cette façon rien qu'au récit des antécédents du malade.

La *douleur* est également différente suivant que vous aurez à faire à la coxalgie hystérique, ou à la coxo-tuberculose. Dans le premier cas elle est diffuse, difficile ou impossible à localiser, variant de place d'un jour à l'autre; dans le second, elle survient pendant la marche, ou quand on la recherche en exerçant une pression sur les extrémités osseuses. Vous savez qu'on peut provoquer cette douleur, soit indirectement par un choc sur le talon ou le grand trochanter, soit directement à l'aide du doigt en arrière du grand trochanter, ou en avant sur la tête du fémur : les battements de l'artère fémorale qui passe en avant de cette extrémité osseuse indiquent alors sa situation.

De plus l'*attitude vicieuse* du sujet n'est pas la même dans les deux cas. Dans la coxalgie hystérique, on constate, dès le début, adduction, rotation en dedans et flexion; tandis que dans la coxo-tuberculose la cuisse est d'abord en rotation en dehors et en adduction. Cependant ces signes différentiels n'ont pas une valeur absolue.

Bien que les *mouvements* paraissent abolis dans l'un et l'autre cas, il est possible, par un examen attentif, de constater des différences dans leur étendue et d'en tirer un nouvel élément de diagnostic. Faites placer le sujet dans le décubitus dorsal, appliquez la main gauche sur l'épine iliaque antérieure et supérieure pour en surveiller les moindres déplacements, et de la main droite imprimez à la cuisse de légers mouvements. S'il s'agit d'une coxalgie hystérique, le bassin semble soudé au fémur et le suit exactement; si c'est une coxo-tuberculose, on peut, en employant une grande douceur, produire un léger balancement de la tête dans la cavité cotyloïde.

L'*examen local* de la région coxo-fémorale donne également de précieux renseignements, du moins à une période un peu avancée de la maladie. Dans la coxo-tuberculose nous constatons de l'atrophie musculaire, un empâtement profond indiquant la présence des fongosités; deux caractères que nous ne retrouvons pas dans la coxalgie hystérique.

Enfin, un sujet atteint de tuberculose articulaire présente le plus souvent des *antécédents* bacillaires et au bout d'un certain temps son état général s'altère profondément. La jeune fille atteinte de coxalgie hystérique est émotive, impressionnable et ne présente d'autre trouble général que l'hypochondrie qui résulte parfois de son infirmité.

Si, malgré la recherche de ces caractères différentiels, vous n'avez pu arriver à un diagnostic ferme, ayez recours à la narcose chloroformique qui est d'autant plus autorisée dans le cas présent qu'elle peut être parfois un moyen de traitement. S'il s'agit d'une coxalgie hystérique, dès que la résolution est complète, le jeu de l'articulation est parfait. Si c'est, au contraire, de la coxo-tuberculose, on constate une diminution plus ou moins accusée de la mobilité de la jointure, on perçoit des craquements articulaires et l'on reconnaît de plus avec facilité l'empâtement et le gonflement péri-articulaire, parfois impossibles à sentir en dehors du sommeil chloroformique.

Le pronostic de la coxalgie hystérique n'est pas aussi bénin qu'on pourrait le penser au premier abord : en effet, si l'issue fatale n'est pas à redouter vous devez songer que, malgré tous les traitements, cette affection peut se prolonger pendant des mois et même des années.

La guérison survient toujours, et souvent à la suite d'une cause fortuite. Elle est alors aussi brusque que l'avait été le début, la malade semblant se fatiguer de son état.

Je dois maintenant vous mentionner certains cas exceptionnels qui peuvent mettre en défaut la sagacité du clinicien. J'en ai moi-même constaté deux exemples à Lariboisière : il s'agissait de deux femmes hystériques présentant le syndrome de la fausse coxalgie. Mais peu à peu les muscles s'atrophièrent autour de l'articulation et même du côté opposé; il survint de la rétention et de l'incontinence d'urine. Des altérations profondes se produisirent à la longue du côté de l'articulation, mais sans jamais présenter la moindre apparence de la coxo-tuberculose : la tête fémorale, pressant sur la partie postérieure de la cavité cotyloïde, finit par éculer son pourtour et il se produisit une subluxation iliaque analogue à celle qui survient dans la coxo-tuberculose. Mais dans ces cas bien différents de la coxalgie hystérique, il s'agissait de troubles trophiques consécutifs à des lésions de la moelle, dont la nature n'a pu être déterminée, car j'ai perdu de vue ces malades.

A côté du premier groupe de pseudo-coxalgies, dont je viens de vous parler, je vous ai dit qu'il en existait un second : la contracture musculaire et les attitudes vicieuses sont alors consécutives à un réflexe partant d'une lésion d'un point voisin de l'articulation.

Le plus souvent cette lésion est d'origine osseuse, c'est alors une ostéite de l'os iliaque ou du fémur. D'autres fois l'inflammation siège dans une bourse séreuse du voisinage — en particulier de celles du grand trochanter — c'est la péri-arthrite coxo-fémorale dont je me suis occupé jadis et dont j'ai rapporté plusieurs exemples. J'ai examiné récemment un jeune homme de seize ans qui, à la suite de fatigues occasionnées par l'abus de la bicyclette, avait présenté des phénomènes très analogues à ceux de la coxalgie au début : c'était d'ailleurs le diagnostic porté par un de mes confrères. Ce qui me permit de reconnaître qu'il s'agissait d'une ostéite de la tête du fémur et d'éliminer l'idée de la tuberculose, c'est l'existence d'un point douloureux avec empâtement à l'union du col du fémur et du grand trochanter, et l'absence de la douleur au niveau de la tête et en arrière. Il s'agissait, dans ce cas, d'une sorte d'ostéite apophysaire analogue à celle que l'on rencontre si fréquemment chez les adolescents, au niveau de la tubérosité antérieure du tibia.

Les autres symptômes des pseudo-coxalgies de la seconde classe sont les mêmes que ceux que nous avons décrits pour celles de la première : je n'y reviendrai pas.

Je dois d'ailleurs vous dire, et c'est là une idée tout à fait personnelle, que les limites entre ces deux variétés ne me paraissent pas bien tranchées et que bien des fausses coxalgies, considérées comme essentielles ou hystériques, pourraient bien être, en réalité, des pseudo-coxalgies réflexes.

Chez une jeune fille de dix-huit ans, que j'observai avec M. le professeur Hardy et qui présentait tous les signes d'une coxalgie hystérique, j'ai pu, par un examen attentif, observer une douleur et un empâtement qui persistèrent très longtemps au niveau de la crête iliaque et sur un point très limité correspondant à l'apophyse marginale de l'os iliaque, en sorte que je suppose que la contracture musculaire avait pour point de départ une légère ostéite apophysaire de l'os coxal. Ce diagnostic fut confirmé par la suite, car, dix-huit mois plus tard, la malade était guérie, en même temps que les phénomènes locaux du côté de l'os coxal avaient disparu.

Le traitement diffère, selon que l'on a affaire à l'une ou l'autre variété. S'il s'agit d'une pseudo-coxalgie symptomatique, guérissez la lésion qui est le point de départ de l'affection et le membre recouvrera ses fonctions normales. Si c'est une coxalgie hystérique, toute intervention médicale ou chirurgicale est le plus souvent impuissante. La malade guérit généralement seule et sans que vous puissiez prévoir l'époque ni la cause de cette guérison. Néanmoins, vous ne devez pas vous abstenir de toute intervention thérapeutique, car il est fréquent qu'elle rende à la malade de réels services.

Parmi les moyens médicaux, on a préconisé l'opium qui ne donne aucun résultat et augmente au contraire les douleurs. Le bromure de potassium n'est guère plus efficace. Je pense qu'en certains cas la suggestion peut être utile : c'est ainsi que j'ai vu une jeune fille qui gardait le repos depuis plusieurs mois et que l'on a guérie en la forçant à se lever et à marcher et en lui persuadant qu'elle était guérie.

Quelques chirurgiens ont conseillé le massage, l'électricité, les mouvements forcés : ce sont là de médiocres moyens et que je ne saurais vous conseiller.

Pour moi, le seul traitement rationnel consiste à corriger les attitudes vicieuses et à maintenir le membre dans une situation normale. Quelques médecins, M. Charcot en particulier, conseillent d'abandonner la malade à elle-même, considérant que les vices de position disparaîtront spontanément lors de la guérison. Je ne le pense pas. En effet, chez une malade atteinte de coxalgie hystérique et dont je redressais le membre sous le chloroforme, j'ai déterminé des craquements très forts indiquant la rupture de brides fibreuses et de rétractions musculaires. Dès que la cuisse sera ramenée à une attitude normale, on placera la malade dans une gouttière de Bonnet. On pourrait pratiquer l'extension continue dans les cas où il y a une grande tendance à la reproduction de l'attitude vicieuse. Mais, si l'on emploie ce moyen, il faut n'exercer qu'une faible traction, sous peine de réveiller ou d'accroître les douleurs et les contractures.

L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE

OBSERVÉE A L'HOPITAL MILITAIRE DE GUELMA EN JANVIER 1890 (1)

Par le docteur Marty,
Médecin major de première classe.

IV

Formes observées dans les salles civiles. — Nous serons bref, relativement aux formes de la grippe que nous avons pu observer dans les salles civiles. Là, cependant, le cachet de l'épidémie s'est trouvé singulièrement modifié.

Pour l'ouvrier et surtout l'Arabe, l'entrée à l'hôpital est, en Algérie, comme ailleurs, une chose grave et l'on n'y vient pas sans avoir attendu chez soi la guérison pendant quelques jours. De fait sept grippes simples et bénignes, seulement rappelant par leur physionomie les cas observés chez les militaires, ont été observées.

Par contre, les affections respiratoires graves, développées sous son influence, n'ont pas manqué et ont occasionné une mortalité relativement considérable.

En tête, et de beaucoup, se sont montrées les broncho-pneumonies dites grippales. Dans aucun cas, la pneumonie franche n'a été observée.

Ces états étaient remarquables par la longueur de leur évolution, suite de nouvelles poussées inflammatoires souvent nombreuses, par l'absence de toute régularité dans leur évolution. Dans toutes, les crachats, aérés et muqueux au début, ne tardaient pas à devenir franchement purulents.

En second lieu, la bronchite purulente d'emblée, simulant la tuberculose aiguë, mais avec des phénomènes à l'auscultation plus généralisés, plus diffus, et une expectoration bien plus spumeuse. Dans ce cas, le diagnostic était d'autant plus difficile que, souvent, un état tuberculeux préexistant disposait en faveur de l'idée d'une tuberculose aiguë.

Ces cas ont d'ailleurs été observés en général chez des sujets offrant la cachexie de l'alcool, de l'impaludisme ou celle de la misère.

A part, nous classerons les bronchites capillaires qui nous ont enlevé deux malades et les cas de congestion pulmonaire généralisée. Ces derniers ont été au nombre de deux; le premier a été observé chez un homme fortement emphysémateux et pléthorique, alcoolique en plus, sorti depuis quelques jours seulement de l'hôpital, convalescent d'une bronchite que son état avait rendue fortement tenace, il rentra vers dix heures du matin rendant à plein poumon la mousse sanglante de l'apoplexie pulmonaire, sans grande fièvre, mais avec une dyspnée intense.

Il succomba dans la soirée.

Dans le deuxième cas, un homme fortement constitué, de tempérament sanguin nerveux, fut amené à l'hôpital, rendant lui aussi à plein poumon de la mousse sanglante. L'oppression était considérable, mais moindre que chez le premier malade.

L'âge était moins avancé et les forces mieux conservées.

Une énergique dérivation, produite par 20 ventouses appliquées 2 fois par jour, diminua, puis supprima en trois jours le sang dans les crachats.

Malheureusement une broncho-pneumonie se déclara consécutivement avec la ténacité et les poussées successives inhérentes à la forme grippale.

Ce malade, qui n'avait pas encore succombé quand nous quittâmes Guelma, se trouvait encore dans un état fort grave au trentième jour environ de sa maladie, mais non absolument désespéré.

La forme gastro-intestinale n'a pas été observée.

V

Pathogénie. Contagion. — Relativement à la pathogénie de l'affection, voici les remarques que nous avons cru pouvoir faire.

Nous admettrons volontiers que le froid a une certaine influence sur le chiffre de production des cas. Ainsi dans un, le soldat frappé a senti l'affection débuter étant de garde la nuit. Dans un autre, c'est après une journée de pluie où le malade avait été mouillé que les premiers symptômes se sont déclarés. Le premier infirmier frappé a été le nommé C..., entré à l'hôpital le 12 janvier. Cet homme, arrivant par étapes de Philippeville, avait donc couché sous la tente trois nuits, et cela par de fort mauvais temps. La fatigue et le froid ont dû faciliter l'évolution du germe infectieux.

Nous avons recherché, à l'aide de graphiques qui ne sauraient être reproduits ici, à comparer le chiffre des entrées pour grippes

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 915.

et affections grippales avec les conditions météorologiques de janvier.

Nous avons fait les remarques suivantes.

Au point de vue de la température, le mois peut se diviser en trois périodes. Du 1er au 5 la moyenne va de 25 à 27 degrés. Pendant cette période, la grippe existe. Elle se manifeste par quelques cas isolés, rares, mais l'expansion épidémique n'est pas accomplie.

Le 5, la deuxième période s'annonce par un abaissement de température qui, le 9, a atteint 12 degrés. L'explosion épidémique sur les détachements est constatée le 10 à la visite du matin. Du 9 au 25, la température, de moyenne oscillant entre 14 et 20, est irrégulière. Pendant cette période, le mouvement de production de grippes et affections grippales continue et atteint son maximum. Puis le 26, la température se relève. A ce moment commence la période de décroissance de l'affection. Loin de nous la pensée de faire jouer un rôle prépondérant à la température dans l'évolution de l'épidémie ; mais nous retiendrons seulement ceci, c'est que le maximum des affections grippales a coïncidé avec la période de janvier où la température a été la moins élevée et où les variations ont été les plus fréquentes.

L'influence de l'humidité, s'ajoutant à celle du froid, nous a également paru positive. Ainsi la période la plus chargée a été celle du 14 au 19; sur le même graphique, on remarquait que c'était également la plus pluvieuse du mois.

Nous serions donc tout disposé pour notre part à considérer l'action du froid et de la pluie sur l'organisme comme un réel adjuvant à la production des états grippaux. Mais nous croyons qu'avant tout, il faut faire intervenir la notion épidémique, la transmissibilité du germe facilement transporté et la contagion.

Nous n'avons pas de faits bien probants pour juger quels sont les agents de transport du germe morbide, mais la marche générale de l'épidémie à Guelma se plie singulièrement à cette idée.

En effet, l'hôpital, représentant une enceinte spéciale, se trouve renfermé et isolé dans la casbah dont l'enceinte lui forme ceinture entière.

La casbah elle-même se trouve séparée de la ville par une forte muraille qui l'en isole d'une façon assez complète. Or, nous avons vu que l'épidémie a d'abord frappé la population civile, puis le détachement de zouaves et les petits détachements qui occupent la plus grande partie de la casbah. Peu après avoir envahi ainsi la deuxième enceinte, elle a pénétré dans l'hôpital avec les malades provenant des divers détachements de la casbah.

Le détachement d'infirmiers caserné dans une chambre spéciale a donné sa première entrée à l'hôpital, quatre jours seulement après le détachement de zouaves.

Il y a donc eu trois étapes nettes en rapport avec les dispositions des enceintes successives.

La contagion ne nous a pas semblé douteuse, tant pour la grippe simple que pour la pneumonie grippale dans ses diverses formes.

Voici les faits relevés à ce sujet.

Le nommé H..., dont il a été déjà parlé, entre à l'hôpital le 7 janvier pour adénite inguinale chancreuse. Cet homme est sous-officier et a hâte de guérir. Il est placé dans une chambre de trois lits. Cette pièce est bonne, chauffée, bien aérée. Dans le but d'éviter la suppuration, le séjour au lit est imposé et strictement suivi.

Le 8, un autre sous-officier, le nommé M..., qui fut le premier cas de grippe du détachement de zouaves, entre à l'hôpital. M... est mis dans une autre pièce de sous-officiers, mais cette pièce communique avec la première. Le 14, H..., sans avoir quitté son lit, est pris de symptômes de grippe.

Le deuxième cas intérieur, celui du nommé S... qui, en traitement pour uréthrite, fut pris de symptômes de grippe, est peut-être redevable à l'état épidémique généralisé et la filiation est moins nette.

Voici un fait pour les pneumonies grippales.

Un malade, le nommé D..., entre à l'hôpital le 17 janvier, avec une pneumonie grippale. Il se remet et, dans les derniers jours du mois, il passe convalescent dans un cabinet de deux lits. Le nommé A... entre le 19, avec une bronchite purulente de même nature, l'y rejoint également convalescent, le 30, en attendant une sortie jugée imminente.

Le soir même de ce jour, A... présente une rechute sous forme pneumonique. Il succombe le 4 février à cette deuxième atteinte; le 3, D... a une température vespérale de 39°9 et une nouvelle poussée de broncho-pneumonie, dont il a été assez heureux pour se remettre.

Il y a dans ce fait, nous semble-t-il, autre chose qu'une simple coïncidence, d'autant plus que ce sont là les deux seules rechutes d'affections grippales graves que nous ayons observées. Il serait étrange qu'elles se fussent trouvées dans le même cabinet et simultanément si elles n'avaient pas eu d'influence l'une sur l'autre.

Inutile d'insister sur la conclusion qui se dégage de cet ensemble.

Au point de vue clinique, nous avons vu que, quelque borné que fût notre champ d'études, bien des faits intéressants ont été relevés.

Au point de vue prophylactique, il faut, en temps d'épidémie, se surveiller, surtout quand il s'agit d'un organisme fatigué ou usé, car si la grippe est bénigne chez les gens jeunes et bien bâtis, elle se montre, pour les deshérités du bien-être, de la santé et de la jeunesse, souvent une redoutable ennemie par les états graves qu'elle peut provoquer.

Au premier symptôme, on évitera le froid et surtout le froid humide, car les deux influences sont néfastes; elles favorisent l'évolution de l'affection et en augmentent la gravité quand elles s'exercent sur des gens déjà touchés par la maladie.

Il semble que, en temps d'épidémie, l'isolement des grippés s'impose. Nous savons que la diffusibilité du germe morbide et la facile réceptivité de la plupart des organismes rendront, le plus souvent, cette mesure insuffisante, mais cependant mieux vaut la tenter et surtout l'appliquer aux formes graves, dont tous les valitudinaires doivent éviter le contact.

VI

Rôle sur la morbidité et la mortalité hospitalière. — En terminant cette étude déjà longue, il ne nous semble pas sans intérêt de rechercher quel a pu être le rôle de la grippe dans la morbidité et la mortalité militaires et civiles de cet hiver pour l'hôpital spécialement. Pour juger cette question, nous avons relevé, pour le mois de janvier, en ce qui regarde la population militaire, pendant la période du 15 décembre au 15 février, pour la population civile, les entrées à l'hôpital pour pneumonies, congestions pulmonaires, bronchites, tuberculoses et angines simples, toutes affections pour lesquelles la grippe semble avoir une importance réelle.

Le travail a été fait comparativement sur les périodes correspondantes de 1888-1889 et 1889-1890 et permettra de comparer la morbidité de deux périodes similaires.

Les grippes proprement dites sont exclues des premiers chiffres.

Voici les résultats :

1° *Morbidité militaire et mortalité pour affection du système respiratoire, non compris les cas de grippe.* — Janvier 1889 :

Pneumonies et congestions pulmonaires	0
Bronchites	0
Tuberculoses	0
Angine	1
Total	1

Janvier 1890 :

Pneumonies et congestions pulmonaires	0
Bronchites	11
Tuberculoses	0
Angine	1
Total	12

Pas de décès dans le mois sur la population militaire dans les deux années.

En faisant entrer les trente-deux cas de grippes observés chez les militaires dans les calculs, on arriverait aux totaux mensuels suivants : 1889, 1 entrée; 1890, 44 entrées.

2° *Morbidité civile pour affection du système respiratoire.* — Du 15 décembre 1888 au 15 février 1889 et du 15 décembre 1889 au 15 février 1890.

1888-1889 :

Pneumonies et congestions pulmonaires. . . .	9
Bronchites	14
Tuberculoses	8
Angines	0
Total. . .	31

1889-1890 :

Pneumonies et congestions pulmonaires. . . .	12
Bronchites	35
Tuberculoses	9
Angine	1
Total. . .	57

En ajoutant les 7 cas de grippe observés en janvier et février 1890, chez les malades civils, le chiffre 57 se trouve porté à 64.

3° *Mortalité civile pour les affections précédentes.* — 1888-1889, 4 décès ; — 1889-1890, 8 décès.

Au résumé, dans la population militaire, le chiffre des entrées de cet ordre, en tenant compte des grippes, s'est élevé de 1 à 44. Pour la population civile, la mortalité et la morbidité ont doublé. Ces chiffres s'appliquent surtout à la population pauvre.

Il est certain que, sur les classes aisées, les résultats seraient moins pénibles à constater, cependant leur éloquence est suffisante pour fixer sur la gravité du rôle nocif de l'épidémie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 août 1892. — Présidence de M. Larrey.

COMMUNICATIONS

Des maladies de la première dentition. — M. MAGITOT revient sur ce qu'il a déjà dit et propose de rayer du cadre de la pathologie les maladies dites de dentition; il combat les arguments des précédents orateurs, déclare que l'éruption normale des dents est un acte purement physiologique et nullement traumatique. Il repousse la pratique barbare qui consiste à débrider les gencives des jeunes enfants pour favoriser l'issue des dents. Malgré les objections que M. Charpentier lui fit, au cours de la discussion, M. Magitot persiste à nier qu'un acte, qui se passe sans accident, dans toute la série animale, devienne un acte pathologique quand il se passe dans l'espèce humaine.

Du régime des albuminuriques. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ pense que, chez les malades atteints de néphrite chronique, le chiffre de l'albumine émise ne joue qu'un rôle secondaire. La perméabilité du rein et son pouvoir éliminateur permettent seuls d'établir le pronostic et c'est sur cette base que doit être fondé le traitement.

Ce traitement consistera à faciliter par les voies supplémentaires l'élimination de ces toxines et à réduire, autant que possible, leur production.

Pour l'élimination, les diurétiques, les purgatifs et l'excitation du fonctionnement de la peau sont les meilleurs moyens.

Quant au second point du problème, on le résout par l'antisepsie intestinale et par un régime alimentaire approprié.

Pour l'antisepsie intestinale, le benzoate de naphtol est le meilleur agent. C'est le régime végétarien qui remplit ici la seconde indication. Il faut, en effet, réduire au minimum les toxines introduites par l'alimentation. Les poissons, les mollusques, les crustacés produisent très rapidement les ptomaïnes toxiques; de même la fermentation du lait. On voit donc quels sont les aliments défendus chez les brightiques. Ce sont : les viandes en général, surtout le gibier, la charcuterie, les salaisons, les poissons, les mollusques, les fromages avancés.

En ajoutant à cette liste l'alcool, qui, par son action spéciale sur rein, l'irrite et s'oppose à l'élimination des substances toxiques, on en a fini avec les aliments et les boissons interdits aux néphritiques.

Le régime végétarien, qui comprend le laitage, les œufs, les féculents, les légumes verts et les fruits, réduit à leur minimum les toxines alimentaires.

Tout le monde est d'accord sur l'utilité du lait. C'est un admirable médicament et le seul auquel on doive recourir dans les cas graves.

L'accord est moins unanime au sujet des œufs; pour son compte, M. Beaumetz est grand partisan des œufs dans le régime des albuminuriques.

Dans de récentes discussions qui ont eu lieu en Allemagne et dans un récent travail de Van Noorden, cette question de l'usage des œufs chez les brightiques a été de nouveau étudiée, et, cette fois, ce n'est plus de l'augmentation dans le chiffre de l'albumine que l'on incriminait, mais l'augmentation dans le chiffre de l'urée retenue dans l'économie, d'où la possibilité d'accidents urémiques et l'on a taché de résoudre la question suivante :

Peut-on prévenir l'urémie en privant le malade d'aliments azotés? La réponse paraît avoir été très nette; c'est que la privation d'aliments azotés n'empêche pas la production d'accidents dits urémiques, et si dans quelques cas de néphrites aiguës on a obtenu par cette abstinence quelques succès, les résultats ont été absolument nuls dans les néphrites chroniques.

Que donnent ces divers aliments, et en particulier les féculents, en ce qui concerne la production des calories? Il résulte de recherches nombreuses que la croûte du pain produit plus de calories que la mie; que le riz est un bon aliment, et, enfin, que la pomme de terre est un des aliments les plus pauvres.

Le régime des féculents s'est enrichi de précieuses acquisitions : c'est d'abord le soja du Japon, qui renferme une grande proportion de matières azotées et pas trace d'amidon. C'est encore la fromentine, la légumine, l'embryonine, qui provient de l'embryon du blé; malheureusement ici encore une huile de blé très purgative rend la panification difficile.

Pour M. Dujardin-Beaumetz, la question ne paraît pas jugée, car il faut se demander si les préparations qu'on fait subir aux embryons végétaux ne s'opposent pas à la peptonisation des principes azotés qui y sont contenus.

Il faut interdire les choux qui peuvent provoquer des fermentations dans l'intestin.

On peut autoriser tous les fruits, et remédier au danger des viandes, en utilisant, soit les viandes gélatineuses, soit les viandes très cuites. On peut donc permettre la tête de veau, le pied de porc, le poulet, le bœuf à la mode, etc.

Bien entendu, le régime chez les brightiques doit être proportionné à la perméabilité plus ou moins grande de leurs reins. Quand on est sous la menace d'une crise urémique, le régime lacté exclusif s'impose.

Quand, au contraire, la perméabilité est un peu plus grande, on peut permettre le régime végétarien. Quand la perméabilité est encore très grande, on peut y ajouter les viandes très cuites et gélatineuses.

Le régime végétarien peut prolonger beaucoup la vie des malades. Il est donc fort recommandable chez les brightiques.

M. GERMAIN SÉE. Dans l'état actuel de la science, on peut et on doit reconnaître cinq espèces d'albuminurie :

1° Albuminurie fonctionnelle, caractérisée ainsi : *a.* le maximum de la quantité d'albumine s'observe le matin; *b.* il n'y a pas de cylindres fibrineux dans les urines ; *c.* la présence de la mucine coïncide fréquemment avec celle de l'albumine dans les urines.

2° L'albuminurie cardiaque, qu'on attribue à tort à une lésion

rénale, à une néphrite, et qu'on combat avec acharnement par la cure de lait, sans réussir en quoi que ce soit à modifier cette albuminurie, constitue, d'après mon expérience personnelle, un phénomène qui se voit dans la moitié des cas d'affections cardiaques, même compensées parfaitement, qu'il s'agisse d'une lésion mitrale, d'une dilatation du cœur ou d'une dégénérescence du myocarde; elle est plus rare dans les lésions aortiques.

Cette albuminurie dépend si peu d'une grave altération du rein, que lorsque les troubles de circulation s'amendent, l'urine reprend habituellement sa composition. Elle peut durer, mais ne tourne jamais au mal de Bright; elle ne provoque jamais les accidents urémiques.

3° Les albuminuries dues à des néphrites; elles peuvent se diviser en deux classes : celles qui sont produites par des néphrites parenchymateuses; celles qui sont liées à des néphrites interstitielles. Les premières sont caractérisées par les symptômes suivants :

a. Une albuminurie abondante, c'est-à-dire dépassant 2 grammes d'albumine par litre; *b.* souvent le maintien ou la diminution des urines, jamais de polyurie; *c.* l'hydropisie est de règle.

Les albuminuries liées à la néphrite interstitielle se traduisent, contrairement au type parenchymateux, par plusieurs caractères des plus nets.

a. L'albuminurie, au lieu d'être forte et permanente, est faible toujours, souvent même intermittente; *b.* un phénomène constant, c'est la polyurie et l'envie fréquente d'uriner ou pollakiurie; *c.* mais il y a toujours, dans ce cas, une diminution considérable de l'urée, avec ou sans proportionnalité avec la quantité d'urines rendues; *d.* la néphrite interstitielle ne manque jamais de retentir sur le cœur qui s'hypertrophie; *e.* mais le rein ne travaille pas à grande vapeur, malgré l'hypertrophie du cœur; *f.* on a trop parlé de l'imperméabilité des reins sclérosés, car M. Renault (de Lyon) a démontré clairement que, dans les reins sclérosés, il existe encore un grand nombre de glomérules suffisant pour faire l'épuration du sang; *g.* l'urémie est ici la règle.

4° L'albuminurie a passé longtemps pour provenir d'une altération du sang, dont l'albumine serait plus diffusible, plus filtrable et non assimilable; et ces défauts, d'après M. Semmola, proviendraient surtout de troubles dans les fonctions de la peau. Ces idées n'ont pas encore été adoptées. Les seules albuminuries hématiques bien démontrées sont dues à la malaria;

A ce groupe, il faut ajouter les albuminuries alimentaires liées à l'excès d'absorption d'ovo-albumine; dans ces cas, les reins restent parfaitement sains.

5° Les albuminuries toxiques, bactériques, toxiniques, ptomaïurotoxiques. On connaît depuis longtemps les altérations rénales avec ou sans albuminurie, provoquées par certains poisons : les cantharides, le phosphore, le plomb, l'argent, etc. D'autres sont provoquées par l'anémie pernicieuse, la syphilis et quelques autres cachexies.

A l'heure actuelle, par imitation des albuminuries toxiques, tout est ramené aux albuminuries par les microbes ou par les toxines, par les ptomaïnes ou enfin par une toxicité générale. On trouve rarement le microbe lui-même comme cause d'albuminurie, mais on ne saurait nier l'influence des maladies infectieuses : la scarlatine, la fièvre typhoïde, la diphthérie, la variole, l'érysipèle, etc.

Je ne ferai que signaler les albuminuries toxiniques, les albuminuries ptomaïniques, urotoxiques et enfin les albuminuries du diabète et de la goutte qui semblent produites par des altérations chimiques de la nutrition.

Avant d'instituer le régime des néphritiques, il reste à signaler un fait curieux et récent, c'est le retard de l'équilibration entre les recettes et les dépenses d'azote, le retard de l'élimination.

Lors du passage d'un régime pauvre en albumine à un régime plus albumineux, il s'établit un équilibre entre l'élimination azotée par les urines et l'apport plus marqué d'azote, mais bien plus tard chez les brightiques que chez les individus sains. De même aussi, lors du passage d'une ration très azotée à un régime plus pauvre en albumine, l'excrétion de grandes quantités d'urée chez les néphritiques se maintient bien plus longtemps que chez un individu sain servant de témoin. Il en résulte que l'albumine pénètre bien dans l'organisme, mais que les reins malades ne parviennent à éloigner que plus lentement la partie azotée des produits de décomposition de l'albumine.

Il résulte de là que l'organe malade, travaillant lentement, a besoin d'être ménagé, 60 à 70 grammes d'albumine par jour sont grandement suffisants.

(La lecture du travail de M. G. Sée sera terminée dans la prochaine séance.)

De la lèpre en Bretagne. — MM. PROUFF (de Mortain) et BARET, médecin-major à Morlaix, à propos de la communication faite par M. Zambaco dans la dernière séance, ont adressé à l'Académie la lettre suivante :

« Les malades que M. Zambaco a vus en Bretagne peuvent se ramener à deux types : maladie de Morvan ou lèpre classique. M. Zambaco n'hésite pas à les identifier en un seul : la lèpre. Assurément c'est là une hypothèse séduisante, mais une hypothèse toute à démontrer tant qu'on n'aura pas comblé les deux desiderata de M. Vidal.

1° Démontrer dans la maladie de Morvan l'hypertrophie nodulaire des troncs nerveux et du cubital en particulier;

2° Dans ces nodosités, la présence du bacille de la lèpre.

Or, ni M. Zambaco, ni M. Morvan, ni nous-mêmes n'avons pu une seule fois trouver ces nodosités. Des hypertrophies totales quelquefois, pas toujours; des nodosités jamais. Tandis que, sur trois cas de lèpre vraie, nous les avons facilement trouvées chaque fois.

Nous rappellerons d'autre part que toutes les autopsies de maladie de Morvan ont abouti jusqu'alors à la découverte d'une syringomyélie. Une fois cependant, dans l'autopsie de Poupon, la première en date, la syringomyélie manquait; mais il existait en même temps qu'une hypertrophie uniforme, sans nouures des troncs nerveux, une hémato-rachis cervicale ancienne et considérable.

A-t-on jamais constaté dans la lèpre pareilles lésions médullaires?

A y regarder de près, M. Zambaco n'a peut-être vu en Bretagne que deux malades atteints de la lèpre indigène, classique, indiscutable. Ces deux malades — le neveu et l'oncle — ont toujours habité la même maison, dans un village absolument indemne. Le neveu est malade depuis sept ans; il n'a jamais quitté son arrondissement. L'oncle, atteint quatre ans après, semble avoir été contagionné par le neveu.

Par contre, les cas de maladie de Morvan sont nombreux, 35 environ. Or, sur les 35 cas, pas un seul de contagion, pas deux cas de maladie de Morvan dans une même famille, pas deux cas ayant habité la même maison.

Ces faits ne permettent-ils pas, d'une part, de conclure à la non-identité de la maladie de Morvan et de la lèpre et, d'autre part, d'affirmer que la lèpre indigène est très rare en Bretagne? »

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La chlorose (1), par M. Charles LUZET.

Dans le travail que vient d'écrire M. Ch. Luzet, on trouvera un exposé substantiel, trop substantiel même peut-être, mais cependant suffisamment clair de la chlorose, telle que la comprend son maître, M. le professeur Hayem, auquel on doit de si consciencieuses, si belles et si précises recherches en hématologie. Une lecture attentive de ce petit volume donnera *matériellement* une connaissance aussi complète que possible de cette anémie si particulière dans ses allures.

(1) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Si nous disons matériellement et soulignons cet adverbe, qui pourra paraître désobligeant, ce n'est pas pour insinuer que M. Luzet a mal fait ce qui touche à l'interprétation générale de la maladie et à sa conception physiologique, c'est pour indiquer simplement que nous ne sommes pas tout à fait de son avis. Mais il est orthodoxe et nous sommes schismatique : c'est donc lui qui a raison au point de vue de l'exposé didactique et résumé de la chlorose, telle qu'elle est de nos jours comprise par l'école qui l'a le plus et le plus exactement étudiée.

Est-il besoin de faire connaître ici notre façon de voir personnelle? On s'en soucie sans doute fort peu, et, après tout, ce n'est pas le lieu. Nous serons donc très bref.

M. Luzet reconnaît à la chlorose trois facteurs étiologiques principaux : 1° la chlorose; 2° la tuberculose; 3° l'arthritisme, en lui donnant son sens le plus large. Que la chlorose engendre la chlorose, c'est un fait assez rare pour qu'on ne doive attribuer qu'une place bien restreinte à cette hérédité directe et similaire. Il resterait toujours, du reste, à décider de qui la chlorose est non plus la fille, mais la petite-fille.

Si la tuberculose est souvent notée dans les antécédents des chlorotiques, cela prouve-t-il que la chlorose procède du terrain tuberculeux, que le terrain tuberculisable est aussi un bon terrain pour la chlorose, qu'il y a parenté entre la chlorose et la tuberculose? Non, certainement; cela ne prouve qu'une chose, c'est que les mêmes milieux sociaux, les mêmes conditions hygiéniques donnent naissance simultanément ou successivement, dans la même famille, à la tuberculose et à la chlorose. De ce qu'une chlorotique a des parents tuberculeux, il n'en résulte pas qu'elle est chlorotique *parce qu'ils* étaient tuberculeux : mais qu'en présence des mêmes causes et en l'absence de germes tuberculeux, elle est simplement devenue anémique. Il ne reste donc comme cause importante que l'arthritisme, c'est-à-dire en somme le *nervosisme* héréditaire.

Cet élément héréditaire, l'état nerveux des chlorotiques, l'apparition possible, bien démontrée, de la chlorose à la suite de commotions nerveuses, nous amènent à adopter pour notre part l'opinion défendue par Trousseau, et actuellement si dédaignée. Nous pensons que, chez les chlorotiques, l'élément prédominant, primordial, antérieur même à l'anémie, est l'élément névropathique. Ajoutez à cela que la dyspepsie des chlorotiques est purement et simplement une dyspepsie nerveuse, ce qui apparaît mal, il est vrai, à travers les formules compliquées par lesquelles M. Hayem représente cette dyspepsie.

Anémie chez des jeunes filles de souche névropathique au moment de la puberté, anémie névropathique de la puberté féminine, telle serait pour nous la définition vraie de la chlorose.

Aussi, dans le traitement, le fer n'est-il pas tout et faut-il donner une large part aux agents hygiéniques. Disons tout de suite, du reste, que les règles formulées par M. Hayem et que nous avons exposées ici même autrefois sont excellentes. Peut-être notre conception de la maladie nous amènerait-elle à donner plus que lui une part importante à l'hydrothérapie.

Quoi qu'il en soit de ces réflexions, nous engageons nos lecteurs à lire le travail de M. Luzet; ils ne trouveront nulle part, en aussi peu de pages, une histoire aussi complète de la chlorose.

— MM. Albarran, Hallé, Chabrié et Janet commenceront, à l'hôpital Necker (service de M. le professeur Guyon), le lundi 5 septembre 1892, à cinq heures, un cours complet sur les maladies des voies urinaires (clinique, médecine opératoire, examen histologique, bactériologique et clinique). — Prière de se faire inscrire d'avance à l'hôpital Necker, salle Velpeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 101. — SAMEDI 3 SEPTEMBRE 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 3 SEPTEMBRE 1892. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

L'estomac chez les tuberculeux.

Par le docteur Gaston Lyon,
Chef de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris.

I

L'importance du bon fonctionnement de l'estomac et de l'intestin chez les tuberculeux a été reconnue de tout temps. On peut dire, sans être taxé d'exagération, que le pronostic de la tuberculose pulmonaire dépend en grande partie de l'état des voies digestives et qu'un tuberculeux, qui peut s'alimenter, qui assimile les aliments ingérés, a de grandes chances de guérison ; en tous cas, guérissent ceux-là seuls qui peuvent lutter contre l'invasion bacillaire, par une alimentation convenable. Il faut donc se conformer scrupuleusement au conseil, donné par M. le professeur Peter, « d'entourer de soins pieux l'estomac des tuberculeux » et, parmi les précautions à prendre à cet égard, nous mettons au premier rang celle qui consiste à éviter les médicaments dont l'administration prolongée est susceptible de déterminer des troubles dyspeptiques ; mieux vaut, en effet, nourrir un tuberculeux que le droguer.

Dans une précédente Revue, nous avons étudié la tuberculose de l'intestin ; on ne peut établir aucun parallèle entre les troubles gastriques et les troubles intestinaux ; les fonctions intestinales ne sont habituellement compromises que tardivement, alors que les troubles gastriques sont presque toujours précoces et constituent souvent un signe précurseur de l'infection tuberculeuse ; mais la différence essentielle réside dans la nature du substratum anatomo-pathologique des troubles digestifs, suivant qu'il s'agit de l'estomac ou de l'intestin. Dans le premier cas, lorsqu'on rencontre des lésions à l'autopsie, celles-ci se présentent, ainsi que nous le verrons, sous l'aspect de lésions de gastrite banale, vulgaire ; l'existence d'ulcérations tuberculeuses au niveau de l'estomac est absolument exceptionnelle et la gastrite spécifique mérite à peine une mention dans ce travail, tant elle est rare ; au contraire, l'entérite des tuberculeux est, dans l'immense majorité des cas, une *entérite tuberculeuse*, résultat de l'infection primitive ou secondaire de la muqueuse intestinale par les bacilles ; il n'y a donc aucune analogie à établir entre les troubles gastriques et les troubles intestinaux ; peut-être arrivera-t-on cependant à leur trouver un point de contact, si l'on parvient à démontrer expérimentalement l'influence exercée par les toxines tuberculeuses sur la structure des glandes de l'estomac et de l'intestin et sur leurs sécrétions.

Remarquons encore que, si le pronostic s'assombrit dès que l'estomac fonctionne mal, il devient absolument mauvais lorsque les fonctions de l'intestin sont irrémédiablement compromises ; si l'on peut en effet arriver, à la suite d'efforts multipliés et prolongés, à vaincre l'anorexie des phthisiques, à faire cesser les vomissements, à suralimenter même les malades, les résultats restent stériles lorsque les aliments ingérés ne sont plus susceptibles d'être modifiés par les sucs intestinaux, dont l'action sur la digestion est prépondérante, lorsque, d'autre part, l'intestin, parsemé d'ulcérations, ouvre la voie aux infections secondaires, source de complications multiples qui abrègent les jours du malade.

II

Il s'en faut de beaucoup que l'étendue de nos connaissances sur les lésions et sur le fonctionnement de l'estomac chez les tuberculeux soit complète ; la raison de cette lacune tient à ce qu'aucun des nombreux travaux qui ont été publiés n'embrasse l'ensemble de la question.

Ce sont les désordres fonctionnels qui attirèrent les premiers l'attention ; Morton avait noté « la disposition à vomir jointe à la toux », comme un des signes pathognomoniques les plus certains de la toux phthisique (1737).

Bayle (1810) se borna à reproduire ce qu'avait écrit Morton.

Broussais, fidèle à sa doctrine, fit jouer un grand rôle aux troubles digestifs ou, pour mieux dire, à la gastrite inflammatoire, dans le développement de la consomption pulmonaire.

Laënnec mentionna très brièvement les troubles gastriques, mais il eut le mérite d'appeler l'attention sur l'un des modes de début les plus fréquents de la tuberculose, le début par embarras gastrique. « J'ai connu, dit-il, des malades chez lesquels une dyspepsie habituelle et d'autres symptômes d'hypochondrie ont caché, pendant plusieurs années, la phthisie pulmonaire. »

C'est à Louis qu'il faut remonter pour trouver la première étude détaillée sur le sujet et, notamment, l'étude des lésions de l'estomac; toutefois, ses observations anatomo-pathologiques n'ont qu'une valeur relative, car il a souvent pris des altérations cadavériques (le ramollissement) pour des lésions développées pendant la vie; de ses descriptions, deux points cependant sont à retenir : l'état mamelonné de la muqueuse et l'extrême rareté des tubercules de l'estomac.

Andral (1836) fit revivre la gastrite de Broussais; il décrivit deux variétés de gastrites, l'une aiguë, l'autre chronique; si le phthisique présentait de la fièvre, avait la langue saburrale, Andral rapportait ces symptômes à la gastrite aiguë, au lieu de les mettre sur le compte de l'infection tuberculeuse.

Cruveilhier, ayant montré que la plupart des altérations décrites dans les estomacs des phthisiques n'étaient, en réalité, que des altérations cadavériques, ses successeurs négligèrent de plus en plus l'anatomie pathologique et finirent par attribuer les troubles gastriques à des influences nerveuses; Bourdon (1852), dans son important mémoire, et Brinton (1858) concluent en ce sens.

A partir de 1870, l'attention fut de nouveau appelée sur l'anatomie pathologique; Wilson Fox (1872) signala la phthisie comme l'une des principales causes de la gastrite chronique; il décrivit la dégénérescence graisseuse et pigmentaire de l'épithélium glandulaire, que M. Marfan n'a pu retrouver, mais que Schwalbe a pu constater.

Dans sa thèse (1872), M. Loquin donna l'atrophie glandulaire comme caractéristique de la gastrite des phthisiques, mais il ne put éviter la cause d'erreur dans laquelle étaient tombés ses devanciers; dans les estomacs examinés par lui la muqueuse avait à peu près complètement disparu sous l'influence de l'action du suc gastrique et de la putréfaction cadavérique.

La théorie nerveuse fut ensuite reprise et soutenue par différents auteurs. Guéneau de Mussy et son élève Baréty firent jouer un rôle prépondérant à l'adénopathie trachéo-bronchique.

La compression du pneumogastrique par les ganglions hypertrophiés serait la cause première des accidents gastriques. M. Peter adopta sans réserve cette doctrine qui fut article de foi pendant quelques années.

M. Lebert, en 1879, se plaça de nouveau sur le terrain de l'anatomie pathologique, il émit l'opinion que la gastrite des phthisiques est une gastrite spécifique, caractérisée par la présence du tubercule.

En 1882, Eppinger signala deux cas de tuberculose stomacale et déclara que cette lésion est plus fréquente qu'on ne l'admet généralement.

La thèse de M. Marfan, soutenue en 1887, constitue une monographie de la plus haute importance; les examens histologiques, pratiqués sur des estomacs conservés au moyen de la méthode indiquée par Damaschino, ont définitivement établi la fréquence de la « gastrite terminale des phthisiques » et le travail récent de Schwalbe, malgré des divergences de détail, confirme dans leur ensemble les recherches de Marfan; il manquait à ce travail, complet aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, la sanction de l'examen du suc gastrique. Hildebrand, Brieger et d'autres encore ont tenté récemment de combler cette lacune; les résultats obtenus par eux ne sont pas concordants, ce qui n'a pas lieu d'étonner; ils n'ont pu surtout se mettre d'accord sur la cause des troubles chimiques, cause qui paraît varier suivant les cas. Dans son cours de la Faculté (encore inédit), M. le professeur Hayem a fait connaître les résultats obtenus avec sa méthode d'examen du suc gastrique.

III

Les troubles gastriques des phthisiques ne se prêtent pas à une description d'ensemble. Il importe, en effet, de distinguer les troubles du début et ceux qui se manifestent à la période ultime. Si les premiers sont variables dans leur modalité, les seconds sont sensiblement uniformes et paraissent liés à une cause unique, la gastrite, qui se développe parallèlement à la destruction et à la suppuration du poumon (Marfan).

A. Troubles gastriques du début. — Les troubles digestifs se manifestent souvent en même temps que les premiers symptômes de localisation pulmonaire; parfois, ils précèdent l'apparition de ces phénomènes et prennent alors une importance séméiologique considérable. Louis, Andral, Bourdon avaient insisté sur l'apparition précoce, dans certains cas, des troubles gastriques.

On peut établir, d'une façon générale, que tout embarras gastrique qui se prolonge doit faire suspecter la tuberculose.

Cet embarras gastrique se traduit principalement par une *anorexie* rebelle; quelquefois, il s'agit moins d'une abolition de l'appétit que de sa perversion; l'appétit est devenu irrégulier, capricieux. Certains malades, les femmes en particulier, recherchent les acides, se nourrissent de crudités (salades, légumes verts) et c'est là un trait commun entre la chlorose et l'anémie pré-tuberculeuse.

Après le repas, survient une sensation de *tension épigastrique*, accompagnée de renvois gazeux ou d'aigreurs révélant l'existence de fermentations. Parfois, on observe quelques phénomènes réflexes, tels que dyspnée, palpitations, que l'on peut attribuer, avec vraisemblance, à un trouble fonctionnel du nerf vague ou, d'autres fois, au refoulement du cœur par l'estomac distendu par les gaz.

Les *vomissements* sont, à cette période, relativement rares; ils surviennent plus ou moins tardivement après les repas et surtout après le repas du soir, la toux du matin n'étant pas émétisante, suivant l'expression de Pidoux; d'ailleurs, ces vomissements du début, bien que souvent provoqués par la toux, peuvent également survenir en dehors d'elle.

Les vomissements peuvent coïncider avec des *douleurs* stomacales fort vives, que l'on qualifiait autrefois de gastralgie, sans plus s'inquiéter de leur cause, mais que l'on sait aujourd'hui être en relation avec les troubles chimiques, que l'on appelle hyperpepsie ou hyperchlorhydrie. Bourdon a même signalé des cas où les douleurs se montraient chez des malades à jeun; on peut se demander si, dans ces cas, il ne s'agissait pas d'hypersécrétion continue.

La forme douloureuse des troubles gastriques est la plus précoce de toutes, ainsi qu'Andral l'avait constaté; elle mérite vraiment le nom de dyspepsie pré-tuberculeuse, car elle se manifeste chez des malades qui ne présentent encore aucun signe stéthoscopique de tuberculose pulmonaire. Elle s'accompagne toujours de dilatation de l'estomac et

disparaît lorsque surviennent les manifestations pulmonaires.

La *dilatation* de l'estomac est très fréquente chez les tuberculeux, hyperpeptiques ou non. Il importe de toujours la rechercher, car sa constatation peut constituer une indication thérapeutique.

Faut-il compter la *toux* au nombre des phénomènes réflexes d'ordre gastrique ? On conçoit qu'il soit difficile de distinguer, chez un tuberculeux, la toux gastrique de la toux pulmonaire. Trousseau a défini la toux gastrique, une toux qui survient dans les affections stomacales, en dehors de toute lésion des voies respiratoires; mais, ainsi que le fait remarquer Marfan, on peut prendre l'expression de toux gastrique au sens ancien, c'est-à-dire au sens de Willis, de Pujol, de Landré-Beauvais, pour qui la toux est gastrique, quand elle survient après l'ingestion des aliments, quand elle semble causée par le contact des aliments avec la muqueuse stomacale; il est de fait que nombre de tuberculeux sont pris, après le repas, de quintes de toux pénibles qui paraissent exclusivement causées par l'alimentation ; c'est ici sans doute que l'on peut invoquer utilement l'intervention du nerf vague pour expliquer ces accidents.

A ces troubles gastriques, associés diversement suivant les cas, s'ajoute habituellement une constipation plus ou moins persistante, interrompue parfois par une diarrhée passagère.

L'évolution de la dyspepsie du début de la tuberculose est des plus variables ; tantôt elle peut disparaître au fur et à mesure que le malade devient un tuberculeux avéré; c'est le cas de l'hyperpepsie; tantôt, et plus souvent, elle subit des alternatives d'amélioration et d'aggravation qui échappent à toute règle, sans jamais disparaître complètement.

Il faut d'ailleurs distinguer avec soin les cas où le début de la tuberculose s'accompagne de fièvre, de ceux où il est apyrétique; c'est dans ce dernier cas seulement que l'on peut espérer le retour de l'appétit, la cessation des phénomènes dyspeptiques. Il n'est pas rare de voir des tuberculeux, dont les fonctions digestives paraissaient très compromises au début, présenter une amélioration progressive de leur dyspepsie et s'alimenter de nouveau. Cet heureux résultat s'obtient surtout chez ceux qui peuvent changer de climat et sont exempts des préoccupations de tout ordre qui contribuent si puissamment à entretenir l'anorexie.

En résumé, les troubles gastriques du début s'atténuent en général et peuvent même disparaître pendant un temps fort long chez le phthisique confirmé, mais ils peuvent aussi persister et aller en s'aggravant pendant toute la durée de la maladie; c'est ce qui s'observe dans les tuberculoses à marche rapide subaiguë.

Il faut enfin savoir que, chez un petit nombre de malades, la tuberculose s'installe, sans que les fonctions de l'estomac paraissent souffrir; l'appétit est conservé et c'est précisément le désaccord constaté par les malades entre l'intégrité de leurs fonctions digestives et l'amaigrissement progressif dont ils sont atteints, qui les amène à consulter le médecin.

Le syndrome gastrique initial est à la fois une cause d'erreur et un indice précieux pour le diagnostic : une cause d'erreur, parce qu'il peut concentrer sur lui toute l'attention, ou bien parce que l'absence de tout signe stéthoscopique rend inévitable le diagnostic de dyspepsie primitive. L'erreur est surtout fréquente lorsque la malade est une jeune fille présentant tous les signes de la chlorose : troubles menstruels, signes cardio-vasculaires, dyspepsie ; rappelons que le diagnostic entre la chlorose et l'anémie prétuberculeuse réside dans la constatation de l'amaigrissement, de mouvements fébriles passagers, d'une toux sèche rebelle, dans l'innefficacité du traitement ferrugineux etc.; ce diagnostic différentiel a été fort bien exposé par M. le professeur G. Sée dans son traité de la phthisie bacillaire. Inversement l'existence d'on embarras gastrique fébrile prolongé doit faire songer immédiatement à la tuberculose; il en est de même des vomissements survenant après les repas. *Un individu qui tousse après avoir mangé, qui vomit après avoir toussé, est presque à coup sûr un phthisique* (Marfan).

Alors même que la toux et les vomissements n'existent pas, *chez un individu au teint terreux, des troubles de l'appétit et des troubles de la digestion, accompagnés d'un amaigrissement rapide, doivent toujours faire soupçonner la tuberculose.*

B. Signes de la gastrite terminale. — L'énoncé de ce paragraphe implique l'idée que tous les troubles digestifs de la période ultime sont subordonnés à la gastrite; la généralisation est peut-être excessive, mais dans l'impossibilité ou nous sommes actuellement de démêler les causes multiples qui peuvent déterminer ces troubles gastriques, nous devons nous tenir sur le terrain des faits et rapporter la dyspepsie terminale à sa cause la plus commune, définitivement établie par Marfan. D'après cet auteur, la gastrite existerait dans la moitié des cas.

Les signes qui la révèlent ne se manifestent qu'au moment où le poumon se ramollit, ou les cavernes se forment. Le début peut être brusque, si les malades n'ont jamais présenté de troubles gastriques ou si les troubles de la période initiale ont depuis longtemps disparu; mais la gastrite peut leur succéder sans interruption. Le signe précurseur constant serait la diarrhée, de sorte que l'on devrait plutôt décrire une gastro-entérite, qu'une gastrite terminale. A sa période d'état la gastrite est caractérisée par une anorexie absolue; les malades, qui auparavant avaient bon appétit, ou un appétit simplement irrégulier et capricieux, repoussent toute espèce d'aliments; le lait lui-même, le bouillon, les potages ne trouvent pas grâce devant eux, il arrive parfois cependant que les malades au moment du repas éprouvent une fausse sensation de faim déjà signalée par Andral, mais elle disparaît dès l'ingestion des premiers aliments; la soif est généralement vive, elle s'explique aisément par l'existence de la fièvre qui ne manque jamais à cette période; on retrouve ici les vomissements du début; mais ils ne sont pas constants; il peuvent faire défaut, alors qu'à l'autopsie on trouve des lésions profondes et étendues de l'estomac; de plus ils diffèrent par quelques points de ceux du début; comme les premiers, ils peuvent survenir sous l'influence de la toux, mais ils s'accompagnent d'efforts pénibles; d'ailleurs ils peuvent exister en dehors des quintes de toux, survenir aussitôt après l'ingestion des aliments; enfin ce ne sont plus seulement des vomissements alimentaires; il arrive souvent que les malades vomissent pendant la nuit ou le matin à jeun des matières glaireuses, filantes, ou muqueuses, il existe une véritable gastrorrhée.

Tels sont les principaux symptômes gastriques de la période ultime; ils n'ont de particulier à la tuberculose que

la fréquence des vomissements; quant à l'anorexie, la soif, etc., elles se retrouvent dans la dyspepsie de tous les cachectiques; il est à remarquer qu'à cette période ont disparu les phénomènes douloureux, les régurgitations acides, les renvois gazeux fréquents au début; les hématémèses sont exceptionnelles (Korey, Gilles, Bréchemin). Lorsqu'elles surviennent, elles indiquent une ulcération de nature tuberculeuse, ainsi que nous le verrons ultérieurement. L'examen du malade montre que la langue est constamment rouge vif, d'aspect vernissé, dépouillée comme à la suite d'une scarlatine; l'état saburral fait défaut. Quelques auteurs ont signalé un liséré rouge vif sur le rebord des gencives et voulu en faire un signe distinctif de la gastrite des phthisiques; mais on peut le constater chez des tuberculeux qui n'ont pas de gastrite, et il peut manquer chez ceux qui en sont atteints (Marfan).

La région épigastrique n'est pas douloureuse spontanément, mais la pression détermine souvent une douleur assez vive au niveau du rebord costal gauche; la palpation et la percussion combinées permettent souvent de constater le clapotage au-dessous de la ligne indiquée par Bouchard; cette dilatation n'est pas très étendue en général; elle est d'ailleurs souvent difficile à constater, comme l'a fait remarquer Baradat, les muscles de la paroi abdominale étant contracturés et empêchant toute exploration. Schwalbe nie la fréquence de la dilatation vraie chez les phthisiques; il croit que l'on prend souvent la distension gazeuse par atonie, pour la dilatation; il cite des cas où pendant la vie on a noté la dilatation de l'estomac, et où à l'autopsie on a trouvé un estomac de dimensions normales; il est enfin un état inverse de l'estomac que l'on retrouve parfois à l'autopsie, mais qu'il est impossible de constater cliniquement, c'est la rétraction.

Aux troubles gastriques s'ajoute presque toujours une diarrhée rebelle, qui épuise rapidement les malades; pas plus que la dyspepsie initiale, la gastrite terminale n'a une marche invariable; il arrive assez souvent que, chez des malades atteints de tuberculose à la troisième période, porteurs de cavernes assez étendues, les troubles gastriques s'amendent subitement, que l'appétit revienne, et que la diarrhée cesse; il va sans dire que les rémissions sont de courte durée, mais elles peuvent se manifester à plusieurs reprises; ces rémissions passagères coïncideraient, d'après Marfan, avec des améliorations parallèles dans l'état du poumon, les cavernes s'étant vidées et l'expectoration étant devenue très rare; on conçoit très bien, en effet, que les troubles gastriques puissent diminuer, si les phénomènes de résorption cessent au niveau des cavernes.

On dit souvent que la gastrite aggrave la situation déjà précaire des phthisiques, mais l'aggravation réside aussi dans le développement des lésions pulmonaires et dans la formation des cavernes; de plus, l'état des fonctions digestives est intimement lié à la température; on peut toujours alimenter le phthisique en état d'apyrexie; on ne pourra pas surmonter l'anorexie absolue des phthisiques en proie à la fièvre hectique; le problème à résoudre serait donc d'abaisser la température pour pouvoir alimenter le malade, mais ainsi posé il n'est pas susceptible de solution; on sait quels résultats ont donnés les agents antithermiques chez les tuberculeux.

Il est certaines causes rares de vomissements, que nous n'avons pas encore signalées, car elles dépendent de causes étrangères à l'estomac : la *compression du pneumogastrique*, par les ganglions trachéo-bronchiques dégénérés, n'a certainement pas l'influence prépondérante que lui attribuent Guéneau de Mussy, Baréty, etc., mais elle intervient parfois; on la soupçonnera lorsque les malades présenteront la dyspnée nocturne, la toux coqueluchoïde, parfois même la paralysie des cordes vocales; on la reconnaîtra de plus à la permanence des vomissements qu'elle cause. Mentionnons enfin les vomissements dus à la *tuberculose du pharynx* et du *larynx*, aux *complications méningées*. La *péritonite tuberculeuse* peut d'autre part donner lieu à des troubles gastriques, alors que l'estomac est sain; la péritonite se présentera avec les signes qui lui sont habituels; de plus, les vomissements porracés pourront appeler l'attention sur les déterminations péritonéales tuberculeuses : citons enfin les vomissements dus aux *lésions rénales* d'origine tuberculeuse.

Les méthodes nouvelles usitées pour le diagnostic des altérations du suc gastrique, ont été appliquées chez les tuberculeux par un certain nombre de médecins.

Brieger a examiné 64 phthisiques qu'il répartit en trois groupes correspondant à peu près aux trois degrés de l'affection; le premier groupe comprend des malades atteints de phthisie avancée avec fièvre continue; le deuxième, 27 malades, à la seconde période, n'ayant que des accès de fièvre irréguliers; enfin, le troisième, 6 malades au début de l'affection.

Résultats pour le premier groupe : l'acide chlorhydrique libre manquait 19 fois, quelquefois le suc gastrique contenait des acides gras et de l'acide lactique, la pepsine ne faisait jamais défaut : il suffisait d'ajouter de l'acide chlorhydrique aux sucs gastriques qui en étaient dépourvus pour mener à bien les digestions artificielles. Dans le deuxième groupe d'observations, l'acide chlorhydrique libre manquait 15 fois sur 27, la pepsine existait également. Enfin, chez les malades du troisième groupe, 3 fois Brieger ne put retrouver l'acide chlorhydrique et 3 fois celui-ci existait. Pour apprécier la puissance contractile de l'estomac, Brieger a eu recours au salol. Chez les malades dont l'état chimique du suc gastrique était altéré, il y eut du retard dans l'apparition de l'acide salicylique dans l'urine. Brieger n'accorde pas d'influence à la fièvre sur la sécrétion du suc gastrique; en abaissant la température, il ne pouvait faire cesser les troubles digestifs, aussi conclut-il que, dans ces cas, il ne s'agit pas seulement de troubles fonctionnels, mais qu'il existe une gastrite avec atrophie glandulaire.

Immermann a publié, en 1888 et 1889, le résultat de ses recherches; il a trouvé le chimisme stomacal normal chez la plupart des malades qu'il a examinés, de plus, l'estomac évacuait son contenu dans le délai normal. Immermann conclut que la dyspepsie des phthisiques n'est nullement en connexion avec l'état anatomique et les conditions physiologiques de la muqueuse gastrique, et qu'il ne faut pas accorder une trop grande importance aux symptômes morbides qu'on croit bien à tort devoir attribuer à l'estomac.

Schetz partage cette opinion; d'après lui, l'acide chlorhydrique existe dans le suc gastrique des phthisiques en quantité normale et même exagérée, à toutes les périodes de la tuberculose, et le suc gastrique conserve son pouvoir peptique. Sauf dans trois cas, il a toujours trouvé l'estomac vide au bout de six heures, ce qui indique la conservation des fonctions motrices; l'anorexie accusée par les malades ne correspondrait nullement à de l'anorexie vraie (?); ces

résultats seraient un encouragement à forcer l'alimentation des phthisiques et même à recourir au gavage. Les résultats obtenus par Klemperer lui ont, au contraire, démontré la fréquence des troubles chimiques et moteurs : on constaterait un affaiblissement des fonctions motrices, peu marqué au début, très accusé à la période terminale. Au début, la quantité d'acide chlorhydrique serait normale ou même fréquemment accrue; à la période terminale au contraire, elle est considérablement amoindrie. Klemperer pense que la dyspepsie des phthisiques dépend d'un catarrhe chronique qui débuterait par un affaiblissement des fonctions motrices, les sécrétions restant d'abord normales, puis il surviendrait de l'hyperacidité et finalement la sécrétion de l'acide se tarit en même temps que l'estomac se dilate.

Einhorn, chez 15 phthisiques, n'a constaté que 2 fois l'absence d'acide chlorhydrique, 5 fois l'acidité était normale; 5 fois elle était augmentée; l'appétit n'est pas en rapport avec le degré d'acidité, d'après Einhorn, 3 malades ayant de l'acidité exagérée et 2 ayant une acidité normale, présentaient de l'anorexie. Un malade, chez qui l'acide chlorhydrique manquait, avait l'appétit conservé; Einhorn attribua la perte de l'appétit à la présence de crachats dans l'estomac.

Les recherches d'Hildebrand sont très intéressantes, parce qu'elles ont été faites dans le but de déterminer l'influence de la fièvre sur la dyspepsie des tuberculeux. Hildebrand a divisé ses malades en trois catégories : dans la première, il a placé les phthisiques ayant une température normale ou presque normale; jamais, chez ces malades, l'acide chlorhydrique n'a manqué. Le deuxième groupe comprenait les malades présentant une fièvre continuelle, 38 degrés le matin, 38°5 à 40°5 le soir; chez eux Hildebrand n'a jamais trouvé d'acide chlorhydrique. Enfin, dans le troisième groupe, étaient placés les malades ayant une température modérée le soir et de l'apyrexie le matin : les résultats ont été variables, tantôt l'acide existait, tantôt il faisait défaut; les jours où l'acide fut constaté, la température ne dépassa pas 37°8; quand on trouva seulement des traces d'acide chlorhydrique, la température du soir s'éleva à 38°2 ou 38°3, enfin l'acide chlorhydrique manqua totalement quand la température fut plus élevée.

Les variations quantitatives de l'acide chlorhydrique seraient donc en rapport avec les oscillations thermiques, mais ces résultats ne concordent pas avec ceux de Brieger. Pour trancher la question, Hildebrand a abaissé la température chez quelques malades au moyen de l'antipyrine. Chez deux d'entre eux qui avaient 38 degrés ou davantage le soir et chez qui l'acide chlorhydrique faisait défaut, la température fut ramenée à 37 degrés et maintenue à ce niveau pendant trois jours; le quatrième jour, il put noter l'apparition de l'acide chlorhydrique; l'acide disparut de nouveau lorsque l'ascension thermique se reproduisit, après la cessation du traitement.

Chez tous les malades, la pepsine existait en quantité suffisante. Hildebrand conclut qu'il faut, pour assurer la nutrition des phthisiques, combattre la fièvre et que l'on peut, si l'on a constaté la présence de l'acide chlorhydrique, conseiller l'alimentation forcée, même si l'appétit est défectueux.

Nous avons tenu à rapporter avec détails les résultats de ces recherches, car ce sont les seules qui aient été faites ou du moins qui aient été publiées jusqu'ici sur l'état du chimisme stomacal chez les tuberculeux; mais nous devons faire observer qu'elles ont été effectuées à l'aide de procédés d'analyse dont la valeur a, depuis, été contestée.

M. Marfan, qui a fait un certain nombre d'analyses du suc gastrique, à l'aide du procédé employé par M. Hayem, a constaté que tous les types chimiques décrits par M. Hayem peuvent se rencontrer chez les tuberculeux : l'hypopepsie est l'état le plus fréquent au début; mais, ainsi que nous l'avons dit, l'hyperpepsie peut aussi s'observer comme symptôme précoce; enfin, à la dernière période, c'est l'apepsie correspondant à l'atrophie progressive des glandules gastriques. Il n'existe donc pas de caractères chimiques distinctifs de la dyspepsie tuberculeuse, pas plus qu'il n'en existe pour la dyspepsie des alcooliques ou celle des chlorotiques.

M. Hayem, s'appuyant sur 28 examens de suc gastrique chez les tuberculeux, a constaté que l'hyperpepsie et l'hypopepsie sont d'une égale fréquence chez ces malades. Dans les cas d'hyperpepsie, la forme chloro-organique prédomine, tandis que l'hyperchlorhydrie d'emblée est rare.

Les diverses formes d'hyperpepsie s'accompagnent de retard dans l'évolution des digestions, d'où la fréquence extrême de la dilatation chez les phthisiques et celle de fermentations anormales dans presque tous les cas (26 fois sur 28). Selon M. Hayem, les types hyperpeptiques coïncident avec la tuberculose au début, les types hypopeptiques avec la tuberculose avancée. L'hyperpepsie de la variété chloro-organique, avec fermentation anormale, est le type chimique du syndrome gastrique initial. Quand on constate chez les jeunes gens cette forme de dyspepsie, sans en trouver d'explication plausible, il faut, dit M. Hayem, redouter la tuberculose.

IV

La tuberculose détermine deux ordres de lésions au niveau de l'estomac; les plus communes sont celles de la gastrite vulgaire : d'autres, comme la dégénérescence amyloïde, le tubercule et les ulcérations tuberculeuses, sont exceptionnelles.

1. Gastrite vulgaire. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate souvent que l'estomac est *dilaté*.

Louis avait trouvé que « neuf fois l'estomac était doublé ou triplé de volume et descendu au-dessous de sa position habituelle ».

Parfois, mais beaucoup plus rarement, l'estomac est *rétracté*.

La muqueuse est pâle et grisâtre dans presque toute son étendue. Au niveau du cardia, elle apparaît injectée par places; on trouve à cet endroit de petites étoiles d'un rouge vif, tantôt isolées et peu nombreuses, quelquefois confluentes et occupant une surface grande soit comme une pièce de 5 francs, soit comme la paume de la main.

Ce qui attire surtout l'attention, c'est l'*état mamelonné* de la muqueuse, déjà signalé par Louis qui l'avait comparé aux granulations d'une plaie bourgeonnante. Pendant longtemps, on a méconnu la signification de l'état mamelonné de la muqueuse; on a prétendu qu'il n'avait rien de pathologique; d'autre part, Brucke a voulu y voir l'effet de la contraction post-mortem de la muscularis mucosæ.

En réalité, il dépend de l'épaississement de la muqueuse qui rend permanents les plis normaux. On sait que ceux-ci s'effacent habituellement par la distension des parois.

« L'état mamelonné constitue le meilleur indice de la gastrite des phthisiques, il permet d'apprécier très exactement son intensité ; plus il est accusé, plus l'inflammation sera marquée histologiquement » (Marfan). Tantôt l'état mamelonné est généralisé, tantôt il se présente sous l'aspect de larges plaques au niveau desquelles le microscope montre un processus inflammatoire plus intense que dans les autres points.

Outre l'aspect mamelonné on peut constater, mais beaucoup plus rarement, un *état aréolaire* qui résulte du croisement en tous sens de sillons donnant un aspect chagriné à la muqueuse ; cet état avait été décrit par Trousseau sous la dénomination « d'estomac à cellules », par analogie avec ce qu'on observe dans certaines cystites chroniques.

On peut enfin constater des végétations polypiformes ou *adénomes* et des *érosions punctiformes*. Les premières, excroissances à peu près sphériques, légèrement pédiculisées, diffèrent du poly-adénome décrit par MM. Brissaud, Ménétrier ; elles ont été signalées par MM. Legrand, Barth, Rindfleisch. Quant aux érosions, elles sont très rares.

L'examen histologique montre que les lésions portent surtout sur la muqueuse, bien que la sous-muqueuse et les autres tuniques participent parfois à l'inflammation.

Les lésions de la muqueuse portent à la fois sur le tissu interstitiel et sur les glandes.

Dans le *tissu interstitiel*, on peut constater une infiltration de cellules rondes, surtout marquée au niveau de l'embouchure des glandes, tandis que, dans l'espace inter-glandulaire et à la base des glandes, le tissu conjonctif est peu altéré ; les tubes glandulaires restent accolés à leur base comme à l'état normal, tandis qu'ils sont un peu écartés à la surface de la muqueuse ; à un degré plus avancé, les espaces inter-glandulaires sont considérablement élargis, mais l'accumulation de cellules rondes est toujours plus marquée à la surface qu'en profondeur. Les culs-de-sac glandulaires qui, à l'état normal, reposent sur la muscularis mucosæ, en sont séparés par une couche de cellules embryonnaires et la muscularis mucosæ présente des amas de cellules rondes disséminées par places entre les interstices des fibres musculaires. Il est rare que le processus inflammatoire dépasse cette couche.

On voit donc que le processus interstitiel procède de la superficie vers la profondeur ; au niveau des étoiles rouges signalées plus haut, on trouve les capillaires dilatés, remplis de globules rouges.

Les *altérations glandulaires* n'apparaissent qu'au bout d'un temps plus ou moins long, après le début de la prolifération interstitielle.

Au niveau du goulot des glandes, l'épithélium cylindrique disparaît, il est remplacé par des cellules rondes ; de plus, la cavité de la glande est élargie, les cellules à pepsine perdent leurs granulations et leur protoplasma devient clair comme celui des cellules cylindriques de la surface ; l'épithélium a pris les caractères de l'épithélium vulgaire non différencié. Kupffer a prétendu que la fièvre a une grande influence sur la disparition des cellules à pepsine ; Schwalbe a pu constater une grande quantité de cellules à pepsine sur des estomacs provenant de sujets qui avaient eu, pendant des semaines, une fièvre moyenne ou très forte. Cet auteur qui, dans un travail récent, a critiqué les recherches de M. Marfan, insiste sur la dégénérescence graisseuse des cellules glandulaires, dégénérescence que M. Marfan n'a pu retrouver. Il insiste, en outre, sur la fréquence relative de la *dégénérescence amyloïde* (vue également par MM. Talamon, Edinger, Ménétrier), qui peut exister associée à la gastrite interstitielle, ou bien coïncider avec la dégénérescence amyloïde d'autres organes, ou enfin exister à l'état isolé.

Schwalbe fait remarquer que le processus inflammatoire n'aboutit pas à la sclérose et que l'on ne retrouve pas dans la gastrite des phthisiques l'atrophie glandulaire signalée par Rosenheim et d'autres auteurs dans la gastrite du cancer et d'autres états morbides ; cette dernière opinion est sujette à caution.

Il est d'ailleurs assez étrange de voir Schwalbe, après avoir minutieusement décrit ces altérations, prétendre qu'il n'y a pas de relation entre les lésions anatomiques et la dyspepsie des phthisiques ; il est porté à croire que les troubles gastriques se trouvent plutôt sous la dépendance de l'anémie, de la cachexie et des troubles du goût déterminés par les crachats avalés.

Il reste à signaler quelques lésions plus rares : les végétations polypiformes sont sous la dépendance directe de la gastrite ; on voit, à leur niveau, les tubes tortueux, divisés, dilatés. L'épaisseur de la muqueuse est augmentée et le polype se forme par glissement de la muqueuse voisine qui est entraînée par la saillie primordiale.

Les érosions punctiformes seraient, non pas hémorrhagiques, mais de nature folliculaire ; elles siègent au niveau du pylore où les amas lymphatiques sont plus importants et plus nombreux.

Les *lésions vasculaires* (péri-artérite et endartérite) sont rares ; M. Marfan et Schwalbe sont d'accord sur ce point. D'après le premier, l'infiltration des cellules rondes ne paraît pas dominée et dirigée par la distribution des vaisseaux et Schwalbe croit que l'endartérite est due à des causes étrangères à la gastrite.

2. Tubercules de l'estomac. — Les tubercules de l'estomac sont d'une excessive rareté (hormis, bien entendu, ceux de la tunique séreuse). M. Lebert est le seul auteur qui les considère comme fréquents ; la plupart des faits présentés comme des cas de tuberculose stomacale sont très discutables ; cependant quelques-uns ne peuvent être contestés, tels sont ceux relatés par MM. Lorey (1874), Litten (1876), Th. Anger (1878), Talamon (1878), Quénu (1879), Gille-Bréchemin (1879), Barth (1880), Cazin, de Berck (1880), Eppinger (1881), Sérafini (1889), Barbacci (1892), etc.

Dans tous ces cas, il s'agit d'*ulcérations* de forme ronde, ovalaire ou étoilée, à bords épais, infiltrés, à fond jaunâtre, granuleux et répondant à la sous-muqueuse. Autour de l'ulcère, sont des granulations tuberculeuses, enchâssées dans la muqueuse qu'elles soulèvent légèrement, mais il est extrêmement rare de trouver des granulations sans ulcération (cas de Barth). Les ganglions correspondants (ganglions de la petite courbure ou de la partie supérieure du pancréas) sont atteints de dégénérescence caséeuse. Les bacilles n'ont été que très rarement constatés (Coats, Serafini, Barbacci).

V

La pathogénie des troubles gastriques des tuberculeux est certainement complexe et c'est à faire la part des différentes influences qui peuvent les déterminer, que nous devons nous appliquer.

Nous ne nous arrêterons pas à discuter l'opinion qui considère la dyspepsie comme la cause et non l'effet de la tuberculose ; la théorie de Beau, qui voyait dans la dyspepsie la source de tous les maux de l'espèce humaine, n'a plus qu'un intérêt historique. Mais faut-il admettre, avec M. le professeur Bouchard et M. Legendre, que la dilatation de l'estomac, si fréquente chez les phthisiques (ces auteurs l'ont trouvée dans les deux tiers des cas), est une cause efficace de prédisposition à la tuberculose ?

Sans nier cette cause prédisposante, il est plus logique, croyons-nous, de ne voir dans la dilatation que l'effet de la tuberculisation, de même que la dilatation est la conséquence et non la cause de la chlorose.

On a proposé de nombreuses théories pour expliquer le vomissement. Depuis Morton et Bayle, il est de règle de considérer les vomissements des tuberculeux comme étant d'ordre mécanique, occasionnés par les secousses de toux, mais cette explication ne peut s'appliquer à tous les cas ; aussi quelques médecins ont-ils attribué les vomissements du début à l'irritation du pneumogastrique comprimé. Cette compression existe effectivement dans un petit nombre de cas, elle se traduit encore par la tachycardie, les signes stéthoscopiques perçus dans la région du hile. D'ailleurs, si l'on ne peut mettre que rarement en cause la compression du pneumogastrique, il est logique d'admettre que l'irritation de ses rameaux gastriques est fréquemment la cause de vomissements. Comment et pourquoi le pneumogastrique se trouve irrité, c'est ce qu'il est impossible de déterminer d'une façon précise.

On a prétendu que les troubles gastriques étaient sous la dépendance de l'alcoolisme. Il peut exister en effet, chez des alcooliques devenus tuberculeux, une gastrite d'origine alcoolique (on sait combien les alcooliques sont prédisposés à la tuberculose), mais il serait puéril d'étendre cette explication à la majorité des cas. La pituite du matin fait défaut dans le syndrome gastrique initial et, d'autre part, les troubles gastriques sont surtout accentués chez les femmes, moins souvent adonnées à la boisson que les hommes.

La cause immédiate des troubles gastriques doit être cherchée dans les modifications du chimisme stomacal qui est profondément troublé sous l'influence des toxines tuberculeuses; or, ces troubles chimiques coïncident toujours avec l'anémie initiale et paraissent être en corrélation avec elle; cette anémie semble disparaître avec les progrès de la maladie et simultanément l'état des fonctions digestives s'amende et peut redevenir normal pendant un temps fort long (ce qui écarte toute idée de subordination des troubles du début à la gastrite).

Il ne faut pas inférer de ces faits qu'en traitant l'anémie pré-tuberculeuse, on pourra guérir la dyspepsie. On sait que le traitement spécifique des anémies, le traitement par les préparations martiales, non seulement est inefficace, mais peut encore aggraver la maladie en prédisposant aux hémoptysies.

Quelle est l'influence de la fièvre sur les troubles gastriques ? Brieger croit qu'elle n'a aucune influence sur la digestion ; Hildebrand admet, au contraire, comme démontré le rapport des variations quantitatives de l'acide chlorhydrique avec les oscillations thermiques ; cependant, chez un phthisique hyperchlorhydrique, l'existence d'une fièvre de 40 degrés n'a pas interrompu l'hyperchlorhydrie (communication orale de Marfan). Si l'on s'en tient aux enseignements de la clinique, on ne peut nier qu'il n'existe une corrélation entre l'élévation de la température et l'état des fonctions digestives.

Le phthisique qui a une fièvre continue ne peut vaincre son anorexie; si sa fièvre est rémittente, vespérale, il peut s'alimenter le matin, mais il lui est impossible de faire le repas du soir.

La gastrite terminale a été expliquée de diverses manières ; une hypothèse, qui a pour elle l'autorité que possède toute opinion ancienne, attribue la gastrite à l'irritation déterminée par les crachats déglutis. Cette action locale des crachats a été invoquée par Sylvius, Louis, Trousseau, Belloc, Jaccoud, et ne peut être niée ; chez certains malades, le lavage de l'estomac ramène le matin un liquide absolument semblable à celui qui est contenu dans le crachoir, il serait difficile d'admettre que ce liquide, qui se renouvelle sans cesse et qui stagne dans l'estomac, reste inoffensif. Outre cette action locale des crachats, il est permis de supposer que les toxines tuberculeuses, véhiculées par le sang, agissent sur la muqueuse de l'estomac, comme celles du bacille typhique par exemple, et que la gastrite des phthisiques est le plus souvent une *gastrite infectieuse*. Ne terminons pas ce court aperçu de la pathogénie des troubles gastriques, sans rappeler que certains médicaments, usités dans le traitement de la tuberculose, ne sont peut-être pas étrangers au développement ou tout au moins à l'entretien de la dyspepsie ; c'est là un fait utile à rappeler lorsqu'on formule le traitement pharmaceutique.

VI

Il n'existe pas de traitement uniforme de la dyspepsie des phtisiques; le traitement doit varier suivant les indications fournies par l'examen du suc gastrique, suivant qu'il existe ou non de la fièvre, des troubles intestinaux.

Alors même que le fonctionnement de l'appareil digestif est satisfaisant, l'*alimentation* doit être réglée et surveillée avec soin. Le régime doit être aussi substantiel que possible, mais nullement exclusif ; il doit comprendre l'usage des viandes noires (bœuf, mouton), et des viandes blanches (veau, agneau), du jambon, des aliments riches en phosphore (cervelles, poisson); les œufs, les potages au riz, les hachis, les gelées de viande, les huîtres, les légumes verts, les purées de légumes secs feront également partie de l'alimentation; on n'exclura pas les aliments relevés et épicés qui stimulent l'appétit. Le vin, la bière, l'eau alcoolisée sont les meilleures boissons; dans certains cas, les infusions aromatiques sont préférées ; le malade ne consultera que ses préférences dans le choix des boissons. Quant au laitage, il constitue un excellent aliment, à la condition d'être pris à doses fractionnées et réparties régulièrement, sinon l'ingestion d'une trop grande quantité de lait peut altérer l'appétit.

Si le malade vient consulter pour des troubles digestifs précoces, ceux-ci se traduisent habituellement par l'anorexie et par le vomissement, plus rarement par les douleurs et les signes de fermentation. Avant d'instituer un traitement quelconque, il faut s'assurer que le malade ne prend aucun des médicaments dits fortifiants, tels que vin de gentiane, vin de quinquina, etc., qui ont une si funeste influence sur les fonctions digestives ; l'huile de foie de morue, l'arsenic seront laissés de côté, ainsi que la créosote, considérée cependant comme stomachique par

quelques médecins. Il faut ensuite pratiquer l'examen du suc gastrique et se guider sur les indications qu'il fournit.

Contre l'*anorexie*, les amers sont habituellement recommandés; l'une des meilleures préparations est la macération de quinquina calisaya (8 à 10 grammes pour un litre d'eau), dont on fera prendre deux tasses par jour, une avant chaque repas; on peut encore prescrire le colombo en macération (4 grammes), aux mêmes doses, ou le quassia amara (1 gramme de quassia et 0gr25 de rhubarbe dans un verre d'eau froide, prendre deux ou trois verres à bordeaux de cette macération dans les vingt-quatre heures).

Pidoux, Fonssagrives employaient journellement la teinture de noix vomique à la dose de x à xv gouttes avant chaque repas, ou les gouttes amères de Baumé (II à VI).

On pourra prescrire les préparations suivantes :

Teinture de quinquina	} ââ 5 grammes.
— de colombo	
— de gentiane	
— de rhubarbe	3 —
— de noix vomique	2 —

Filtrez; xv à xx gouttes avant le déjeuner ou le dîner.

Ou :

Teinture de Baumé	2 grammes.
— de noix vomique	5 —
— de rhubarbe	20 —
— de gentiane	20 —
Sirop d'écorces d'oranges amères	100 —

Une cuillerée à café au moment du déjeuner et du dîner.

Ou :

Teinture de gentiane	5 grammes.
— d'écorces d'oranges amères	5 —
— de badiane	8 —
— de cardamome composée	1gr 50
— de Baumé	1 gramme.
Eau distillée de mélisse	125 —

Une cuillerée à café avant chaque repas.

Ou :

Poudre de noix vomique	1 gramme.
Poudre de rhubarbe	4 —
Carbonate de chaux	3 —
Oléo-saccharure de menthe	4 —

(Hérard).

Pour 20 paquets, 1 avant chaque repas.

On peut encore prescrire la quassine cristallisée en granules de trois à quatre milligrammes, avant chaque repas, ou simplement l'eau de Vichy (source de l'hôpital Hauterive) à la dose d'un verre, une demi-heure avant le repas.

L'anorexie étant accompagnée le plus souvent d'une insuffisance de la sécrétion chlorée, on a proposé d'employer l'acide chlorhydrique :

Eau de mélisse	} ââ 60 grammes.
Eau de tilleul	
Acide chlorhydrique	xxx à XL gouttes.
Teinture de noix vomique	1 gramme.
Sirop de fleurs d'orangers	30 —

(Huchard).

Une cuillerée à bouche à la fin de chaque repas.

Mais les effets que l'on peut obtenir avec l'acide chlorhydrique ne sont nullement comparables à ceux que détermine son emploi chez les chlorotiques. Le régime lacté, le képhyr sont souvent fort utiles lorsqu'il existe une anorexie absolue, une répugnance invincible pour l'alimentation ordinaire. On soumettra donc, dans certains cas, les malades au régime lacté ou à l'alimentation exclusive par le képhyr pendant quelques jours (2 à 3 bouteilles) : le képhyr par sa saveur aigrelette, par l'acide lactique et la faible quantité d'alcool qu'il contient, stimule l'appétit, tout en maintenant les forces, et constitue une ressource précieuse. Le képhyr est particulièrement indiqué chez les hypopeptiques (Hayem). On sait qu'il contient une certaine proportion d'acide lactique (0,50 p. 100), de l'alcool, des matières albuminoïdes qui entrent en combinaison avec l'acide lactique et forment des composés très analogues aux chlorhydrates albuminoïdes du suc gastrique en digestion. L'action du képhyr paraît due à ce qu'il représente un lait en voie de fermentation, de transformation digestive analogue à celle qui se produit dans l'estomac. Chimiquement, il détermine une excitation générale de la chlorurie, une production plus normale des composés chloro-organiques, l'augmentation ou l'apparition de l'acide chlorhydrique libre; c'est donc bien le remède des états hypopeptiques. Alors que la viande rôtie ou bouillie ne peut être ingérée, la viande crue est parfois fort bien tolérée. Si l'on veut amener les malades à accepter la viande crue sans répugnance et même avec plaisir, il faut leur recommander de la préparer de la façon suivante : on prend une quantité de filet de bœuf de bonne qualité, double de celle que l'on veut faire absorber (300 grammes par exemple pour obtenir 150 grammes après préparation); on débarrasse cette viande des nerfs, des vaisseaux, de toutes les parties fibreuses et aponévrotiques; on la gratte à l'aide d'un couteau peu tranchant, ou bien sur une râpe, et on la passe sur un tamis très fin; il est quelquefois nécessaire de procéder deux fois à cette opération. On obtient ainsi une véritable purée de viande que l'on fait prendre dans un peu de bouillon tiède ou mieux incorporée d'un peu de purée de pommes de terre ou de lentilles. Ce mode de préparation est bien préférable à celui qui consiste à hâcher simplement la viande et à la réduire en boulettes; nous avons toujours vu les malades avaler leur potage à la viande, dont l'aspect rappelle le potage au tapioca, alors que les boulettes sont parfois rejetées. On voit que ces détails culinaires ont leur importance, et qu'il ne faut pas les négliger.

Contre les *vomissements* on a employé une foule de moyens, avec des résultats variables. Certains médecins, pensant que l'on pouvait y remédier en combattant l'excitabilité du nerf vague, ont prescrit le bromure de potassium (2 grammes par jour, Gubler, Ferrand) ou les antispasmodiques comme le valérianate d'ammoniaque (Guéneau de Mussy).

Pour prévenir la toux gastrique, Guéneau de Mussy donnait au malade, après le repas, une ou deux des pilules suivantes :

Extrait mou de quinquina	2 grammes.
Extrait de belladone	0gr25

Pour 20 pilules.

L'un des moyens les plus simples et les plus sûrs consiste à donner au moment du repas deux à trois gouttes de laudanum ou bien la morphine (1 cuillerée à café d'une solution de 0gr01 dans 50 grammes d'eau, Peter). Le docteur Tison a

préconisé l'association de la cocaïne à l'extrait thébaïque ($0^{gr}01$ de chacun pour une pilule).

M. le professeur G. Sée a vu les vomissements disparaître par l'usage de v à x gouttes de teinture d'iode; tout récemment MM. Roque et Cartier ont de nouveau vanté la teinture d'iode.

On prescrit :

Teinture d'iode.	*ââ* 5 grammes.
Chloroforme.	

v gouttes au moment du repas dans un peu d'eau.

Ou :

Teinture d'iode	5 grammes.
Eau chloroformée saturée.	15 —

x gouttes.

Pécholier a préconisé l'acide phénique associé aux gouttes noires anglaises :

Acide phénique pur déliquescent. .	2 grammes.
Gouttes noires anglaises.	6 —

iv gouttes trois fois par jour dans de l'eau sucrée avant le repas.

M. Empis, la strychnine :

Strychnine	$0^{gr}01$
Alcool	1 gramme.
Eau distillée	100 —

1 à 3 cuillerées à bouche.

M. Tripier recommande l'alcool pris en petites quantités après les repas.

Au lieu d'employer les sédatifs généraux du système nerveux ou les anesthésiants gastriques, on a souvent recours aux moyens thérapeutiques dont l'action porte sur les filets pharyngés du nerf vague. Woillez faisait badigeonner le pharynx de ses malades avec une solution concentrée de bromure de potassium; depuis la découverte des propriétés analgésiques de la cocaïne, on a exclusivement recours à elle (badigeonnages du pharynx avant ou mieux après le repas, avec une solution à 1/20, Lescarret, Ory).

La révulsion externe à l'aide de pointes de feu appliquées au creux épigastrique, de pulvérisations d'éther ou de chlorure de méthyle, les vésicatoires pansés à la morphine, l'emplâtre de Guéneau de Mussy (2 parties de diachylon, 2 parties de thériaque, 1 partie d'extrait de belladone) ont paru parfois diminuer la fréquence des vomissements. En dépit des divers moyens qui viennent d'être énumérés, les vomissements persistent souvent ou même deviennent de plus en plus fréquents, et rappellent les vomissements incoercibles de la grossesse. Il faut, dans ces cas, soumettre le malade à la diète lactée, lui donner de la glace pilée, du champagne frappé, la potion de Rivière, de l'eau chloroformée.

Eau distillée.	120 grammes.
Eau de menthe.	30 —
Eau chloroformée saturée. . . .	150 —

Plusieurs cuillerées à bouche dans la journée.

Les injections de morphine réussissent parfois à calmer ces vomissements. Mais le traitement à opposer par excellence à ces vomissements incoercibles est le lavage de l'estomac, joint à l'alimentation au moyen de la sonde.

Le lavage fait avec de l'eau très chaude, additionnée de bicarbonate de soude ou d'eau chloroformée, supprime souvent ces vomissements; ses effets sont cependant moins sûrs que ceux donnés par l'alimentation artificielle.

On peut, au moyen de la sonde, faire simplement l'alimentation artificielle; on peut également faire de la suralimentation. M. Debove, le premier, a eu l'idée d'alimenter les phthisiques par la sonde. Il constata que le passage de la sonde, en dehors de tout lavage, pouvait suffire à arrêter les vomissements, et que les aliments introduits par la sonde étaient gardés, alors que le malade vomissait tout ce qu'il essayait de manger. Il constata, en outre, qu'il n'existe aucune relation entre l'appétit des malades et leurs facultés digestives. Tel malade, qui n'avait aucun appétit, qui avait un dégoût prononcé pour toute nourriture, digérait parfaitement un repas copieux introduit par la sonde; l'appétit renaît même au bout d'un certain temps.

Sous l'influence de la suralimentation, les forces reparaissent, les sueurs nocturnes deviennent plus rares, les altérations locales se modifient sensiblement; il survient, en somme, une amélioration marquée qui en impose au malade pour la guérison.

Qu'il s'agisse d'alimentation artificielle ou de suralimentation, ce sont toujours les mêmes aliments que l'on introduit par la sonde, les doses seules varient. Au début, on se borne à faire passer par la sonde du lait, du bouillon, des œufs, de la viande râpée; plus tard, M. Debove a employé de la poudre de viande qui, sous un petit volume, représente un aliment très riche, puisqu'elle représente quatre fois son poids de viande. Il va sans dire que l'on utilisera exclusivement la poudre de bonne qualité, exempte de tout mélange avec des farines diverses, et surtout n'ayant subi aucune fermentation. On la mélange au lait, au bouillon ou simplement à l'eau; on peut ajouter au mélange des œufs battus, en nombre variable.

Il importe de ne pas employer, la première fois, une trop grande quantité : 30 à 40 grammes suffisent au début; mais on pourra, en augmentant graduellement la dose, arriver à faire absorber au malade, en plusieurs fois dans la journée, 200 à 300 grammes de poudre ou même davantage.

Il importe de continuer l'alimentation artificielle pendant longtemps encore après le retour de l'appétit et la disparition des vomissements, car les rechutes peuvent se produire après la cessation du traitement et compromettre une amélioration acquise au prix de nombreux efforts.

L'existence de la fièvre, ou tout au moins d'une fièvre relativement élevée (38°5 à 39 degrés), est une contre-indication à la suralimentation; il en est de même de l'existence de la diarrhée.

Lorsqu'il existe des *douleurs gastriques* très vives et d'autres signes indiquant l'hyperpepsie avec hyperchlorhydrie, il faut opposer à cette variété de dyspepsie le traitement habituel, c'est-à-dire l'alimentation par le lait, les œufs, la viande crue ou la poudre de viande et les alcalins à hautes doses donnés après le repas.

Enfin, s'il existe une *dilatation de l'estomac* avec haleine fétide, fermentations intenses (cette dilatation pouvant exister aussi bien chez les hyperpeptiques que chez les hypopeptiques), il faut adjoindre au régime alimentaire le lavage de l'estomac fait avec de l'eau bouillie additionnée d'acide salicylique (2 grammes par litre); il sera nécessaire de faire suivre le lavage avec l'eau salicylée d'un lavage avec l'eau pure.

Nous n'avons encore parlé que du traitement alimentaire

et médicamenteux; il va sans dire que le changement de climat, le séjour à la campagne, exercent la plus heureuse influence sur les fonctions digestives, surtout lorsque le trouble dominant est l'anorexie; les inhalations d'oxygène peuvent permettre de lutter avantageusement contre ce dernier symptôme.

Nous ne nous arrêterons pas sur le traitement de la dyspepsie terminale; elle est au-dessus des ressources de la thérapeutique, et, d'ailleurs, ce sont surtout les fonctions intestinales qui sont en souffrance à ce moment. Le malade n'accepte guère comme aliment que le lait et la viande crue; encore le lait est-il parfois rejeté en dépit de son addition d'eau de chaux, d'eau de Vichy, etc. L'acide lactique, le képhyr, peuvent modérer la diarrhée colliquative; mais celle-ci ne disparaît jamais complètement, et la mort du malade est presque toujours hâtée par l'épuisement que détermine l'arrêt des fonctions de l'intestin.

Il importe de savoir cependant que, à une époque avancée de la phthisie, on peut encore rendre de grands services aux malades en pratiquant chez eux le lavage de l'estomac. Nombre de phthisiques, présentant des tubercules ramollis ou même de petites cavernes, mais dont les fonctions intestinales sont encore satisfaisantes, sont atteints d'anorexie absolue et de vomissements, dus uniquement au séjour dans l'estomac des crachats déglutis. Le lavage, fait le matin, permet d'évacuer un liquide puriforme, analogue à celui qui remplit le crachoir; sous son influence, l'appétit renaît et les vomissements cessent. M. de Sérenville a cité des exemples très nets de cette action particulière du lavage dans la tuberculose.

En résumé, on ne peut fixer à l'avance ni le régime, ni le traitement qui conviennent à l'estomac des phthisiques. Chaque malade a sa formule gastrique qui peut varier suivant la période du mal. C'est tantôt le traitement de l'hyperpepsie, tantôt celui de l'hypopepsie, tantôt celui des fermentations putrides qu'il faut mettre en œuvre (Marfan).

MÉDECINE LÉGALE DES ACCIDENTS DE LA FOUDRE (1)

Par le docteur VINCENT, de Guéret (Creuse),

Lauréat de l'Académie de médecine, de la Société de médecine du Nord et de la Société des langues romanes de Montpellier.

II

EFFETS DE LA FOUDRE SUR LE SOL ET LES OBJETS QU'IL PORTE. — Il est bien rare que la foudre ne tue personne, dans une maison ou en pleine campagne, sans laisser, sur le théâtre de l'accident, des traces plus ou moins nombreuses qui trahissent son passage et la signalent à l'attention du médecin expert. Ces effets sont aussi nombreux que variés.

I. *Effets de la foudre sur les bâtiments* (2). — Les voies de pénétration de la foudre dans une habitation sont, par ordre de fréquence, les cheminées, les murs, les toits, les portes et fenêtres.

1° *Cheminées.* — De toutes les parties d'une maison, ce sont les cheminées qui sont le plus exposées aux atteintes de la foudre. Il y a à cela plusieurs raisons: d'abord, la tête ou corps extérieur de la cheminée est la partie la plus élevée de l'édifice; ensuite ses parois sont enduites de suie, corps bon conducteur, et, par suite, bon attracteur de l'électricité; en troisième lieu, la colonne de fumée humide, lorsque le feu est allumé, agit de la même manière; enfin, souvent surmontée d'un tuyau en tôle, elle peut renfermer, dans l'intérieur de son conduit, des barres de fer pour la consolider, des tuyaux de poêle et, près de son orifice inférieur, dans l'appartement, tout un appareil métallique composé de crémaillères, cadres, chenets, pincettes, ustensiles de cuisine remplis d'eau bouillante laissant dégager une colonne de vapeur d'eau, et, quelquefois, des personnes réunies autour du foyer, toutes choses aptes à attirer la foudre.

La tête de la cheminée est très souvent démolie avec chute et projection de ses matériaux, briques, pierres, crépis, suie. On l'a vue déplacée en totalité et restant sur le toit, ou lancée en bloc à une certaine distance (S. M. — F.).

Le conduit intérieur peut éprouver toutes les dégradations que nous observerons plus loin sur les murs. Voici un fait, dont j'ai été témoin. Dans les premiers jours de juillet 1855, le tonnerre tombe sur le presbytère de Maisonnisses, démolit la tête de la cheminée, va, en suivant la paroi qu'il lézarde, frapper au rez-de-chaussée la pendule de la cuisine, placée à côté de l'âtre, et en brise le timbre en deux, après avoir mis en pièces la boîte en bois du cadran. Des pierres assez volumineuses, mêlées à du mortier et à de la suie, tombent de l'intérieur au foyer, ce qui donne lieu à une poussière épaisse qui se dépose d'une manière très apparente sur les meubles, sol et parois de l'appartement.

Les objets métalliques peuvent subir les avaries dont nous parlerons plus loin. Disons seulement ici que les tuyaux de poêle conduisent souvent le fluide de la cheminée dans l'appartement. Ils doivent, par conséquent, être l'objet de toute l'attention de l'expert.

Enfin, la cheminée peut être endommagée par la *foudre remontante*, dans son intérieur et dans sa partie supérieure; ce qui doit se produire souvent lorsque, pénétrant par la porte ou la fenêtre, elle remonte par la cheminée. Voici un cas plus extraordinaire encore, qui démontre que la tête de la cheminée peut subir des avaries sans que la foudre pénètre à l'intérieur de la maison: Le 7 juillet 1884, vers trois heures du soir, pendant un orage avec pluie battante, le tonnerre tomba à Guéret, dans une rue de 8 mètres de large, bordée de maisons ayant premier étage et mansarde. Il frappa, à la joue droite, le sieur Th... en ce moment au milieu de la rue, qu'il suivait pour gagner son domicile, et lui fit faire une pirouette ou un tour sur lui-même. Cet homme a vu distinctement le *globe de feu*, qu'il compare à un boulet rouge de canon, tomber dans le ruisseau grossi par l'averse, qui longe un des rangs de maisons, au niveau de l'orifice inférieur du conduit en zinc qui mène dans la rue l'eau du toit et, là, se diviser en deux parties: une à forme globuleuse aussi, voltigeant sur le ruisseau dont elle remonte le cours avant de se perdre dans une bouche d'égout; et l'autre s'engouffrant dans ledit conduit plus ou moins rempli de l'eau du toit. A 3 mètres de hauteur, au niveau de l'articulation des deux tuyaux, une partie de l'électricité, qui circule dans le conduit, le perfore d'un trou de 5 à 6 centimètres de long, hélicoïde, à bords déchiquetés et *renversés en dehors*, d'où elle s'échappe encore sous la forme d'un globe de feu, que les habitants du premier étage des maisons voisines voient passer devant leurs croisées. L'autre partie continue à suivre le conduit métallique, puis le toit en ardoises *mouillées* sur lequel elle ne laisse aucune trace, pour, de là, atteindre la tête de la cheminée correspondante qu'elle découronne en brisant des briques de sa corniche. Au moment où ces fragments de briques tombent dans la rue, Th... a déjà eu le temps de faire quelques pas et, par suite, d'éviter leur atteinte. Comme on le voit, par cette observation, la foudre, en tuant une personne en dehors de la maison, mais tout près, peut encore occasionner des dégâts à la cheminée. Cette partie de l'édifice doit donc être l'objet de l'examen tout particulier du médecin légiste.

2° *Murs.* — A. La perforation des murs est un des phénomènes les plus communs de l'action de la foudre. L'épaisseur du mur perforé a varié de 16 à 85 centimètres, et la perforation depuis le calibre d'un plomb de chasse jusqu'à une éventration de $3^{m},30$.

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 928.

(2) Pour abréger, je désignerai par leurs initiales les auteurs suivants: (B.) Baudin, (C.) Colladon, (S. M.) Sestier et Méhu, (F.) Foissac, (T.) Tourdes, aux travaux desquels j'ai eu à faire beaucoup d'emprunts.

Elle est ronde le plus souvent, quelquefois allongée ; une fois on l'a vue régulièrement carrée (S. M.). Ce qui frappe, du reste, dans les perforations produites par la foudre dans les murs et autres objets, ainsi que nous le verrons dans la suite, c'est le plus souvent leur parfaite régularité qui leur donne une forme régulièrement géométrique. Nous y reviendrons plus loin, à propos surtout de la forme ronde, la plus commune de toutes.

Un seul trou peut exister ; d'autres fois, il y en a plusieurs qui peuvent se trouver dispersés à tous les étages, depuis la cave jusqu'au grenier.

B. Dans bon nombre de cas, la perforation semble provoquée par une attraction exercée à un point plus ou moins éloigné. Ainsi, voici deux faits que j'ai observés.

La foudre qui frappa la caserne de Fougères, le 9 septembre 1843, traversa plusieurs murs pour arriver à une chambre où se trouvaient réunis quarante soldats (S. M.).

A Souhet (15 mai 1870), au rez-de-chaussée de la maison où elle commet de nombreux dégâts, la foudre, près de l'extrémité inférieure d'une longue scie pendante qu'elle a suivie, après avoir dégradé les crépis, *pour arriver jusqu'à elle*, fait dans le mur un trou qui correspond à *un gros chien* attaché dehors, où il fut tué, par une chaîne de fer scellée dans le mur.

A la maisonnette de Sainte-Feyer, la foudre pénètre à l'intérieur par deux trous pratiqués dans le mur : par l'un situé au-dessus de l'imposte de la croisée dont elle brise, en le brûlant, le cadre en bois et tombe sur un *groupe de neuf personnes* réunies dans la même pièce du rez-de-chaussée.

C. Souvent, au lieu d'être troués, les murs sont fendus à une grande hauteur, même du sommet à la base et quelquefois jusque dans l'intérieur de la cave, qui n'est pas toujours préservée des visites de la foudre. Les fentes observées ont présenté de 1 à 5 pouces d'écartement (S. M.).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 29 août 1892, une médaille d'argent de deuxième classe a été décernée, pour faits de sauvetage, à M. Diffre, docteur en médecine à Palavar.

— Le Congrès international de gynécologie et d'obstétrique tiendra sa séance d'ouverture à Bruxelles, le mercredi 14 septembre à deux heures.

Les bureaux du Congrès seront ouverts : palais des Académies, place du Palais à Bruxelles, à partir de lundi 12 septembre à dix heures du matin, on y trouvera tous les renseignements relatifs aux séances, aux hôtels, aux excursions.

La réduction accordée par les chemins de fer étant insignifiante et soumise à des formalités assez compliquées, il n'y a guère lieu d'en profiter ; toutefois M. le docteur Auvard se tient les lundis, mercredis et vendredis, de une à trois heures, 58, rue La Boëtie, à la disposition des membres qui désireraient des renseignements à cet égard.

Broncho-pneumonie (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par E. Mosny, 1 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 5 septembre 1892.

Nous extrayons, du décret organisant les mesures prophylactiques, en cas de choléra, les différents articles qui peuvent intéresser le corps médical.

Art. 3. — Tout maire auquel aura été faite, conformément aux articles 1 et 2, la déclaration d'arrivée d'un voyageur, devra faire visiter ce voyageur pendant un délai de cinq jours au minimum, à partir du jour de l'entrée de ce voyageur en France ou en Algérie. S'il survient quelque accident suspect, et notamment de la diarrhée, le maire devra faire visiter le voyageur par un médecin. En cas d'impossibilité, il en référera au préfet ou au sous-préfet par les voies les plus rapides.

Art. 4. — Le voyageur est tenu de subir les visites prescrites par l'article précédent.

S'il vient à se rendre dans une nouvelle commune avant l'expiration du délai de cinq jours, il est tenu de faire une nouvelle déclaration conforme à celle prescrite par l'article 1er.

Art. 5. — Le voyageur empêché, par un motif quelconque, de se rendre dans la commune désignée par lui aux autorités sanitaires de la frontière, est tenu, dans les douze heures de son arrivée, de le déclarer au maire de la commune où il s'arrête. Le maire fera procéder aux visites prescrites par l'article 3.

Art. 6. — La déclaration à la mairie de tout cas suspect d'être un cas de choléra est obligatoire dans un délai de vingt-quatre heures pour tout docteur en médecine ou officier de santé qui en a constaté l'existence, pour le chef de famille ou les personnes qui soignent le malade et pour toute personne qui le logerait.

A Paris, cette déclaration devra être faite à la Préfecture de police ou aux mairies.

Art. 10. — Les contraventions aux dispositions du présent décret seront constatées par des procès-verbaux et poursuivies conformément à l'article 14 de la loi du 3 mars 1822, qui punit d'un emprisonnement de trois à quinze jours et d'une amende de 5 à 50 francs quiconque aura contrevenu en matière sanitaire aux ordres des autorités compétentes.

Les contraventions visées par l'article ci-dessus ne s'adressent pas aux médecins qui sont soumis, dans le cas actuel, aux articles 10 et 11 de la loi de police sanitaire de 1822.

Art. 10. — Tout agent du gouvernement, tout médecin, chirurgien, officier de santé, attaché, soit au service sanitaire, soit à un bâtiment de l'État ou du commerce, qui, officiellement, dans une dépêche, un certificat, un rapport, une déclaration ou une déposition, aurait sciemment altéré ou dissimulé les faits de manière à exposer la santé publique, sera puni de mort, s'il s'en est suivi une invasion pestilentielle. Il sera puni des travaux forcés à temps, lors même que son faux exposé n'aurait point occasionné d'invasion pestilentielle, s'il était de nature à pouvoir y donner lieu, en empêchant les précautions nécessaires.

Art. 11. — Sera puni de mort tout individu faisant partie d'un cordon sanitaire, ou en faction pour surveiller une quarantaine, ou pour empêcher une communication interdite, qui aurait abandonné son poste ou violé sa consigne.

Il vient de se fonder en Algérie un « comité d'études » qui s'est donné comme mission de centraliser tous les travaux qui ont trait « aux questions médicales particulières à l'Algérie ». Nous ne saurions assez féliciter les membres de ce comité d'avoir choisi comme président d'honneur le vénérable M. Maillot, auquel l'Algérie ne saurait être trop reconnaissante. Voici en quels termes l'ancien directeur du service de santé des armées a accepté ce nouvel et si légitime honneur : « Mon nom vous appartient, écrit-il, je vous le livre avec une profonde reconnaissance, et j'ai la conviction non moins profonde qu'il va abriter de bien intéressants travaux. »

C'est M. le professeur Verneuil qui, le premier, rendit à M. Maillot la justice qui lui était due. Nos confrères d'Algérie viennent de montrer à leur tour qu'ils savaient apprécier la part immense qu'avait prise M. Maillot dans la colonisation de l'Algérie. Tous les travaux que M. Maillot a fait paraître depuis son *Traité des fièvres* (1) seront publiés par les soins du comité. Il est de toute nécessité, en effet, que chaque médecin de l'Algérie possède ces précieux documents; il est indispensable qu'il ait sous les yeux l'histoire complète de cette grande révolution scientifique qui a permis de vaincre un ennemi autrement redoutable que les balles des défenseurs du sol envahi par nos armées.

Avec un tel parrain, le comité, nous n'en doutons pas, saura se tenir à hauteur de la noble tâche qu'il s'est imposée, et qu'il saura mener à bien.

---

(1) Ce Traité, à peu près introuvable aujourd'hui, a été offert à l'École de médecine d'Alger par le professeur Kelsch (du Val-de-Grâce), qui a bien voulu s'en dessaisir en faveur de l'École.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Séméiologie de la pleurésie; adhérences pleurales et thoracentèse.

Chez tout malade présentant des symptômes thoraciques et en particulier quand ces symptômes peuvent vous faire craindre une pleurésie, vous devez adopter une règle invariable et toujours commencer l'examen par la partie antérieure du thorax. Cet examen de la partie antérieure est de la plus haute importance. C'est lui qui, quel que soit le côté de la pleurésie, côté droit ou côté gauche, vous renseigne sur l'abondance de l'épanchement, la matité antérieure ne se produisant évidemment que dans les épanchements fort abondants. Dans les pleurésies gauches en particulier, je tiens à vous montrer l'intérêt pratique que présente une zone spéciale du thorax, l'espace semilunaire de Traube.

Traube signalait, en 1868, la présence de cette zone spéciale et la décrivait dans les termes suivants : « A la partie inférieure du thorax gauche est une région dans laquelle le son de percussion est tympanique. Cette région a une figure semilunaire. Elle est limitée, en bas, par le bord du thorax. Elle est limitée en haut, par une ligne courbe dont la concavité regarde en bas. L'espace ainsi formé commence au-dessous du cinquième ou sixième cartilage costal gauche. En arrière, il s'étend le long du thorax jusqu'à l'extrémité antérieure de la neuvième ou dixième côte ; sa plus grande largeur est de neuf à onze centimètres. Les recherches personnelles que j'ai faites sur cet espace, en particulier en 1879, m'ont permis de confirmer, en tout, la description de Traube. J'ai de plus déterminé la hauteur moyenne de l'espace qui, au niveau de la verticale mamelonnaire, atteint dix centimètres.

Le tympanisme de cet espace est particulier ; c'est un son vide, abdominal, aigu, différent de la sonorité plus grave, plus pleine du poumon. C'est qu'en effet, sur ce point, le sillon costodiaphragmatique n'est pas rempli par le poumon. La paroi costale, la plèvre costale et diaphragmatique, le diaphragme seul sont interposés entre le doigt et l'abdomen. La percussion retrouve sur ce point la sonorité de l'estomac et du côlon.

A côté du tympanisme, j'ai signalé à l'état sain deux autres particularités : 1° l'absence des vibrations vocales ; 2° l'absence du murmure vésiculaire, qui s'expliquent par l'absence même du poumon. Les vibrations vocales doivent être recherchées avec le bout des doigts, car la main appliquée à plat déborderait les limites de l'espace et serait trompée par les vibrations des parties voisines. De même pour le murmure vésiculaire, l'oreille ne doit pas s'en laisser imposer par le murmure éloigné de propagation.

La matité, remplaçant ce tympanisme normal, offre un intérêt clinique de premier ordre. Cette matité se trouve dans trois grandes conditions pathologiques.

La première de ces conditions rétrécit parfois de moitié, mais sans jamais amener une suppression complète, le champ sonore de l'espace de Traube. C'est la pneumonie de la partie antérieure du lobe inférieur du poumon gauche. Il y a dans la région mate du souffle, de la bronchophonie. Bien que l'affection soit rare, le diagnostic est donc facile.

Les épanchements pleurétiques peuvent aboutir à une suppression totale. Tantôt c'est le fait d'un épanchement pleural gauche abondant, condition qui, comme la précédente, avait été bien signalée par Traube ; tantôt c'est le fait d'une pleurésie partielle. La pleurésie partielle sous-mammaire, avec épanchement limité antérieurement empiétant sur la région axillaire, n'est pas rare, comme je l'ai montré, surtout à gauche. Il y a naturellement absence de vibrations vocales, silence complet dans les deux cas.

La troisième condition, que Traube avait méconnue et que je crois avoir le premier signalée, est l'accumulation d'une couche épaisse et continue de fausses membranes dans le sillon costodiaphragmatique. Ces adhérences fermes, clôturantes, cette symphyse phréno-costale sont très fréquentes. Méconnues, elles peuvent conduire à une thoracentèse faite en un point dangereux et parfois, comme je vous le montrerai, suivie d'accidents mortels. Le matité, l'absence de vibrations vocales, de murmure vésiculaire, existent comme dans la pleurésie.

Comment donc distinguerez-vous les adhérences et l'épanment ? Vous n'avez qu'un seul signe différentiel, l'altération de la mobilité respiratoire du côté gauche ; mais bien cherché il est excellent. A l'état normal, l'inspiration s'accompagne d'une projection en avant de l'épigastre, avec projection latérale excentrique des dernières côtes. Des mouvements inverses accompagnent l'expiration.

Le renversement de ce type normal se rencontre dans de nombreuses affections et en particulier dans les adhérences. Mais dans les adhérences, il présente un aspect particulier, seul caractéristique. Placez-vous au pied du lit du malade. Regardez comparativement le côté droit et le côté gauche. Du côté atteint, au point atteint, et ce point est très souvent l'espace semilunaire, vous constatez pendant l'inspiration une dépression, un retrait actif des espaces intercostaux et des côtes. Il semble qu'une main intérieure vienne tirer sur un côté du thorax. Au moment de l'expiration, les côtes se soulèvent au contraire, reviennent en place passivement par élasticité. Du côté sain, vous avez au contraire l'expansion inspiratoire et le retrait expiratoire. D'où une sorte d'alternance dans les mouvements des deux côtés.

Un épanchement liquide peut bien être au moment de l'inspiration cause d'une dépression passive. Mais ce qu'il ne donne jamais, c'est cette dépression active, ce retrait brusque, cette sorte de traction vers la ligne médiane.

Une variété d'adhérences peut, au contraire, produire un fait séméiologique curieux et rare, l'agrandissement du tympanisme semilunaire. Ce sont les adhérences en couche mince qui ont fixé le diaphragme trop haut. On a vu parfois le diaphragme remonter ainsi jusqu'à la quatrième côte. Le refoulement du diaphragme par le météorisme abdominal augmenterait également la zone sonore. Mais ces faits sont moins importants.

Les faits du premier groupe ont, au contraire, pour le diagnostic des adhérences et de la symphyse phréno-costale, une importance extrême. Ces adhérences sont fréquentes. Leur possibilité doit toujours vous préoccuper dans les pleurésies au moment où il faut pratiquer la thoracentèse. Si vous méconnaissez ces adhérences, vous risquez de ponctionner trop bas, là où le liquide, si abondant qu'il soit, ne peut descendre, la cavité pleurale étant supprimée par l'accolement des feuillets.

Il n'y a pas, quoi qu'on ait pu dire, de point d'élection pour la thoracentèse. Si vous soupçonnez, *a fortiori* si vous avez reconnu la présence d'adhérences, il faut ponctionner

très haut. Sinon vous risquez, comme on en a rapporté deux observations, de traverser avec le trocart la couche unique formée par la paroi, la plèvre costale et diaphragmatique fusionnée, le diaphragme, sans trouver le liquide et de pénétrer dans l'abdomen. Vous concevez donc l'importance de l'examen de la partie antérieure du thorax, partie où les symptômes dus aux adhérences se rencontrent avec le plus de netteté.

TRAITEMENT OPÉRATOIRE
DE CERTAINES ANKYLOSES DU POIGNET

Par le docteur Guermonprez (de Lille).

Parmi les mouvements du poignet, il en est deux qui importent plus particulièrement pour assurer le libre fonctionnement de la main : ce sont les mouvements de pronation et de supination. Sans eux, la main n'est utilisable que dans une attitude immuable. Par eux, la préhension devient possible dans les conditions variées que comportent les nécessités de la vie.

Il arrive que ces mouvements soient perdus par ankylose radio-cubitale inférieure, sans lésion concomitante de l'articulation radio-cubitale supérieure.

Si l'ankylose est osseuse, il n'y a qu'une seule ressource chirurgicale, qui soit de nature à donner de véritables garanties de non-récidive : c'est la suppression de la portion articulaire de l'un des deux os ankylosés.

Le choix à faire entre les deux ne prête guère à discussion : le plateau du radius soutient, presque à lui seul, la totalité des os de la première rangée du carpe ; sa conservation est dès lors indispensable. Par ailleurs, le choix du cubitus m'était imposé par les circonstances dans chacun des deux cas particuliers, dont j'ai l'honneur de présenter la relation à l'Académie.

Le premier se rapporte à un peintre âgé de vingt-six ans, tombé d'un lieu élevé le 11 novembre 1886. Parmi d'autres lésions, il présente une fracture grave de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras droit et probablement aussi de quelques uns des os du carpe.

Lorsque j'ai vu le blessé pour la première fois, le 20 janvier 1887, l'ankylose du poignet était établie. Aucun des moyens employés primitivement pour la prévenir ne s'était montré efficace. Il en fut de même des divers procédés non opératoires, auxquels je crus devoir recourir à mon tour (douches, massages, ruptures sous chloroforme répétées à plusieurs reprises).

Enfin, une année après le traumatisme, l'opération fut acceptée. A cette époque, la main était immobilisée dans l'attitude de pronation dont témoigne la figure 1. Avec de véritables efforts, le blessé parvenait à faire passer sa main du plan horizontal, au plan vertical (fig. 2), mais le poignet et le coude étaient absolument étrangers à ce mouvement qui se passait dans l'articulation de l'épaule, entre le scapulum et les côtes, et jusque dans la colonne rachidienne, qui, chez ce malheureux, avait été elle-même fracturée par son accident du 11 novembre 1886.

L'ankylose du poignet existait malgré l'apparence d'un vestige de mouvement de supination. Ce qui la rendait plus pénible, c'était la sensibilité que donnait l'extrémité inférieure du cubitus, demeurée en saillie sous la peau comme le montrent les figures 2, 3 et 4, et devenant douloureuse dès le moindre contact.

La restauration du mouvement de supination, le blessé ne l'espérait pas ; je dois même avouer qu'il ne l'appréciait guère. Ce qu'il demandait, c'était d'être débarrassé de la saillie osseuse douloureuse, qui lui devenait insupportable.

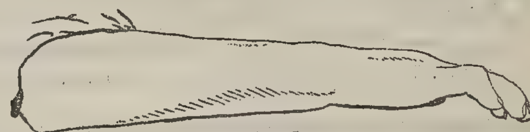

Fig. 1.


Fig. 2.

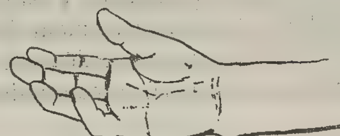
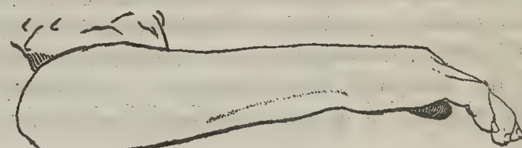
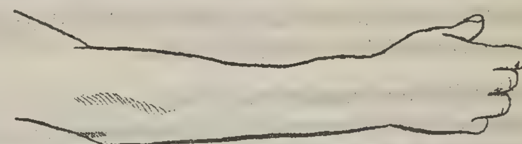

Fig. 3.


Fig. 4.

L'incision longitudinale, conduite sur le bord interne de l'avant-bras (fig. 5), le dégagement sous-périosté du cubitus, sont des temps opératoires dépourvus d'intérêt. La rupture du pont osseux, qui constituait l'ankylose radio-cubitale, fut rendue laborieuse par la consistance éburnée de son tissu, qu'il n'était pas facile d'atteindre au fond de la boutonnière, que formaient les deux groupes de faisceaux tendineux.


Fig. 5.


Fig. 6.

Une surprise plus importante me paraît devoir être signalée aux chirurgiens qui voudront bien répéter cette opération. Lorsque j'eus enlevé deux centimètres et demi de l'extrémité inférieure du cubitus, je constatai sans peine la réintégration des mouvements de supination ; mais j'eus la déception de voir que le résultat demandé par mon malade n'était nullement obtenu. L'extrémité inférieure du cubitus ne faisait plus, il est vrai, saillie sur le bord interne ; mais la difficulté n'était que déplacée ; et chaque mouvement de supination faisait pointer la surface de section du cubitus immédiatement sous la peau. Il n'y avait qu'un moyen d'y pourvoir : augmenter l'étendue de la portion osseuse supprimée ; c'est ce que je fis immédiatement, en portant, trois centimètres plus haut, un nouveau trait de scie, au moyen de la scie de Larrey, comme la première fois, en prenant la précaution de manœuvrer l'instrument de dedans en dehors.

Le drainage et la suture furent ensuite conduits très simplement et aboutirent à une réunion par première intention.

Les figures 5, 6, 7 et 8 démontrent le résultat obtenu deux mois après cette opération.



Fig. 7.



Fig. 8.

Sur la figure 8, un astérisque indique le lieu d'une pseudarthrose thérapeutique obtenue selon la méthode de M. le professeur Ollier, en enlevant systématiquement un manchon de périoste au moyen du bistouri et de la pince à griffes.

Elle prouve surtout que la supination est redevenue possible; mais ce qu'elle est impuissante à montrer, c'est que ce mouvement se passe réellement et exclusivement dans l'extrémité inférieure de l'avant-bras, sans que l'épaule et le rachis y prennent désormais cette part de contorsions primitivement observée.

Il était intéressant d'apprécier le résultat éloigné.

En effet, on trouve, dans le second volume du *Traité des résections* de M. Ollier, le texte et les figures de l'observation de M. Annandale (d'Édimbourg), qui prouve la déplorable déformation qui résulte d'une résection totale du radius : le membre, devenu main-bote, n'est plus, au point de vue fonctionnel, qu'une véritable ruine.

Le résultat de mon opération s'est maintenu définitivement ce qu'il avait été pendant les premiers mois. L'ankylose consécutive aux fractures rachidiennes est incompatible avec l'usage des échelles. C'est pour ce motif que cet homme a quitté sa profession de peintre en bâtiment pour devenir bouvier. Il s'acquitte sans encombre de ce pénible métier, qui comporte, pour le poignet, la nécessité d'une véritable vigueur en même temps que d'une certaine souplesse.

Ce résultat datait de trois ans, lorsque j'ai eu l'occasion de faire une seconde fois la même opération.

Il s'agissait d'un traumatisme récent.

Un garçon de seize ans avait eu la main gauche prise par un engrenage à grosses dents. Trois doigts avaient été enlevés avec le cinquième métacarpien tout entier; les articulations médio-carpiennes avaient été largement ouvertes et la peau avait été entraînée et surtout écrasée par les dents d'engrenage.

Le jour même de l'accident, j'ai prévenu l'ankylose radio-carpienne inférieure, en supprimant les 6 centimètres inférieurs du cubitus, en prenant le soin d'arrondir le bord de la surface de section, au moyen de la petite scie à marqueterie. La portion carpienne, devenue plus saillante et par conséquent gênante sur la face dorsale du bord cubital du carpe, ne peut être recouverte faute de peau écrasée par le traumatisme; d'un trait de scie, je supprime une portion notable de l'os crochu et du pyramidal, avec de petites portions du grand os et même du semi-lunaire. Une portion du troisième métacarpien est conservée pour fournir une sorte de soutien au bord interne du second; mais la limite interne de la face palmaire du carpe est exactement conservée, afin de sauvegarder l'intégrité du ligament annulaire antérieur.

Dans ces conditions, il devient possible de rapprocher les lèvres de la plaie, sans pourtant les affronter.

La réunion est obtenue par seconde intention, comme il arrive pour les plaies contuses de ce genre; elle se fait rapidement et sans complications.

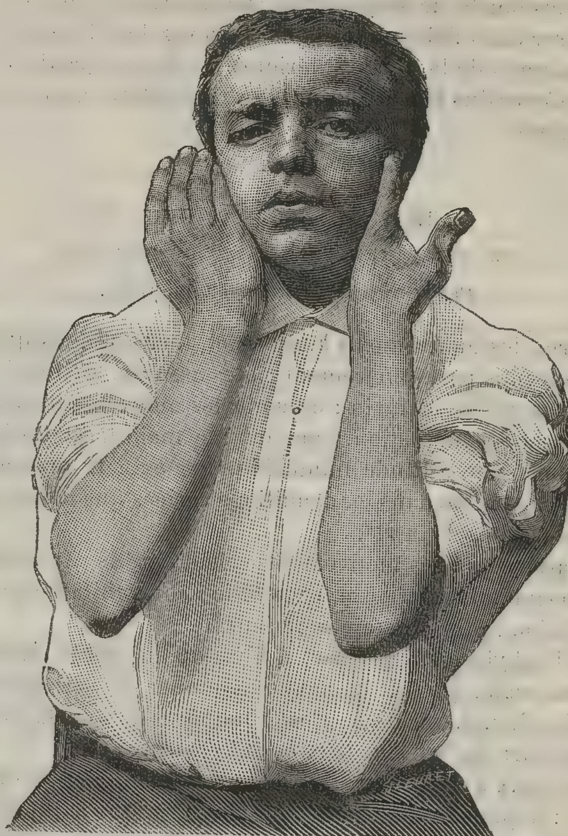


Fig. 9.

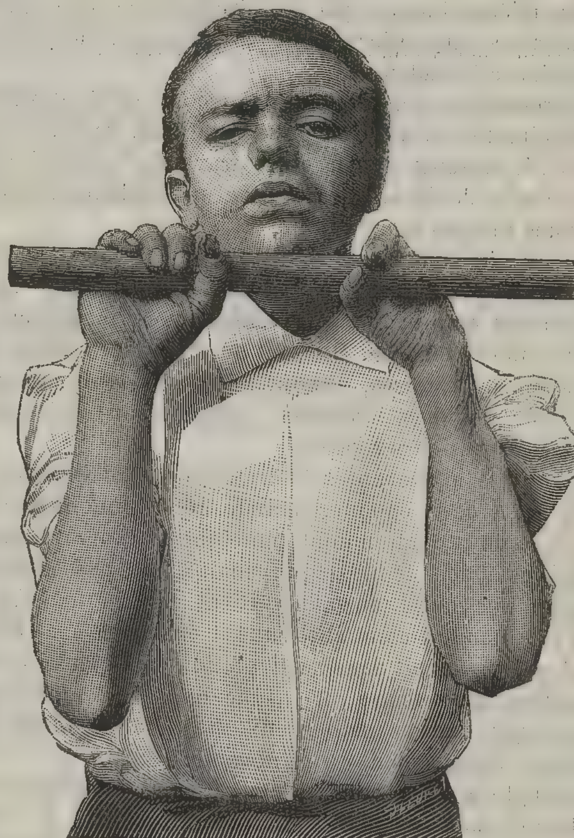


Fig. 10.

Quelques mois plus tard, les mouvements de ce qui reste de la main ont retrouvé leur étendue et même leur souplesse

et presque leur vigueur. La portion reformée du cubitus n'est qu'une sorte d'aiguille osseuse, libre par sa limite inférieure.

Les photographies fournissent la preuve des mouvements de flexion et d'extension, de pronation et de supination. Ce dernier est le seul qui entraîne très légèrement l'épaule dans un mouvement d'abaissement. Il y a très peu d'atrophie.

La restauration fonctionnelle de ce poignet a, d'ailleurs, trouvé sa sanction dans le travail que ce jeune homme fournit depuis longtemps et régulièrement au service de la voirie de la ville de Lille. Il y fournit des travaux de force pendant dix heures chaque jour, pour le balayage et pour l'enlèvement des immondices.

Les deux faits qui précèdent démontrent :

1° Que la résection de la portion inférieure du cubitus suffit à sauvegarder les mouvements de pronation et de supination, lorsque l'ankylose du poignet est limitée à l'articulation radio-cubitale inférieure ;

2° Que cette opération ne produit pas la difformité connue sous le nom de main-bote radiale ;

3° Qu'elle est aussi utile comme opération primitive que comme opération secondaire.

MÉDECINE LÉGALE DES ACCIDENTS DE LA FOUDRE (1)

Par le docteur Vincent, de Guéret (Creuse),

Lauréat de l'Académie de médecine, de la Société de médecine du Nord et de la Société des langues romanes de Montpellier.

III

D. Parfois le météore, sans traverser le mur, se creuse dans son épaisseur une ou plusieurs cavités superficielles ou profondes, de dimensions variées, quelquefois pratiquées dans une seule pierre. D'autres fois, au lieu de cavités, ce sont de véritables sillons plus ou moins profonds, souvent de forme demi-cylindrique et ressemblant quelquefois à ceux qu'aurait creusés une forte charrue.

E. Enfin, on a vu des murs tout à fait démolis, et, dans ce cas et celui de perforation étendue, les matériaux sont le plus souvent projetés à distance. Cette distance peut être considérable, même pour une masse d'assez grand poids : « Dans la nuit du 14 au 15 avril, un coup de tonnerre ayant fait sauter le toit et les murailles de l'église de Couesnon, près Brest, des pierres furent lancées dans tous les sens jusqu'à la distance de 51 mètres. En janvier 1762, il renversa la tourelle de l'église de Breag, dans le Cornwail, et lança une pierre d'un quintal et demi à la distance de 55 mètres et une autre à 364 mètres dans la direction opposée. Mais ce qui est plus surprenant encore, le 6 août 1809, la foudre étant tombée à Swinton, sur la maison de M. Chadwick, le mur extérieur d'un petit bâtiment fut arraché de ses fondations, soulevé en entier et transporté à quelques mètres de distance. » (F.)

La projection à distance, ainsi que d'autres faits l'établiront dans la suite de ce travail, est un des effets les plus fréquents parmi ceux que produit la foudre. Toutes les fois qu'il se présentera, il devra donc être pris en grande considération.

3° *Toits.* — A. Les tuiles et ardoises sont soulevées, dispersées, brisées en deux ou plusieurs fragments projetés plus ou moins loin.

Les tuiles des toits de deux maisons furent rompues sur la longueur d'un sillon profond, comme si une charrue pesante avait agi sur elles (S. M.).

Ici encore, nous retrouvons la perforation de ces mêmes pièces, de trous variables de forme, mais le plus souvent géométriquement circulaires, à diamètre variable depuis celui d'une balle de fusil et au-dessus. J'ai été témoin d'un fait de cette nature : Le 25 mai 1874, le tonnerre tombe à Font-au-Cher, près Guéret, sur une étable où il tue deux vaches, les nos 2 et 4 sur un rang de 10. Deux tuiles plates du toit, situées à quelques pieds l'une de l'autre, présentent chacune un trou parfaitement circulaire de 5 centimètres de diamètre environ. Vus d'en bas, ces deux trous paraissent sensiblement égaux.

Dans un cas observé à la Havane, l'étincelle fulgurante perça une brique d'un trou régulièrement carré (S. M.). En pareille circonstance, il serait à rechercher si l'étincelle n'a pas pu être modifiée dans sa forme par son passage à travers une ouverture semblable.

B. Les différentes pièces en bois qui entrent dans la charpente, poutres, faîtages, solives, planches, bardeaux, lattes, etc., sont souvent percées, elles aussi, de trous ronds, uniques ou multiples, de différents calibres, analogues à ceux produits par les projectiles sphériques des armes à feu. Lorsque cette perforation se fait dans le sens des fibres, la pièce de bois peut-être creusée d'un bout à l'autre d'un véritable canal cylindrique ; la foudre, en suivant la moelle de l'arbre, a plus d'une fois produit un effet semblable. Dans un cas cité par Mauchard, une poutre présentait un sillon net, comme s'il avait été fait par une gouge ronde, sans la moindre trace de combustion ; ici, évidemment, le *projectile fulgurant*, en suivant la surface, avait pénétré dans l'épaisseur du bois d'une partie de sa circonférence seulement, la moitié ou le tiers, par exemple.

Ces mêmes pièces peuvent également être fendues dans le sens des fibres du bois que l'électricité sépare, divisées en lattes, ou clivées, c'est-à-dire réduites en planchettes toujours dans le même sens ; enfin, lacérées de différentes manières et réduites en fragments plus ou moins volumineux projetés à des distances plus ou moins éloignées. Ces lésions peuvent se produire avec ou sans trace de carbonisation, ou de simples colorations noires dénotant une brûlure superficielle.

Enfin, dans des cas plus rares, la brisure s'est faite dans le sens de l'épaisseur du bois ou perpendiculairement à la direction de ses fibres : dans la chute de la foudre sur le presbytère de Maisonnisse, ci-dessus rapportée, le faîtage avait été incomplètement fendu par sa face inférieure, selon son épaisseur, de manière qu'en s'affaissant sous son propre poids, il entraînait, quelques semaines plus tard, la chute d'une partie de la toiture.

Voici un effet, que j'ai observé, qu'on peut rapprocher des précédents : Le 3 juillet 1885, le tonnerre tombe, près de chez moi, sur un cerisier contre le tronc duquel était dressée et appuyée, par son extrémité supérieure, une limande de 2^m60 de long sur 30 centimètres de large et 15 centimètres d'épaisseur, qui présente seule des lésions à l'exclusion de l'arbre qui est intact. Sur sa face la plus extérieure, opposée à celle qui regarde le tronc de l'arbre, trois lattes prismatiques triangulaires et très irrégulières, de 1^m65 à 1^m75 de long, laissant trois sillons parallèles de même forme, ont été enlevées selon la direction des fibres du bois, les deux latérales en entier, mais la médiane brisée, selon son épaisseur, à son extrémité supérieure comme si elle avait été *soulevée de bas en haut* avant d'avoir été complètement détachée.

4° *Portes et fenêtres.* — A. Les parties en bois, portes d'entrée, volets, cadres, méneaux, barreaux des croisées et des impostes, peuvent présenter les lésions que nous venons de signaler à propos des pièces de charpente. Il n'y a pas lieu d'y insister.

B. Quant aux carreaux des vitres, ils peuvent être fendus, brisés en fragments, projetés à distance, pulvérisés de telle sorte qu'on a vu des fenêtres complètement disparaître. Ici encore, une lésion fréquente est la perforation du verre d'un ou plusieurs trous régulièrement arrondis, de calibres divers, à bords nets ou présentant des traces de fusion.

D'une manière générale, on peut dire que le sens de la projection des matériaux et débris et du renversement des bords

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 958.

des perforations indique le sens dans lequel s'est produite l'action fulgurante.

5° *Intérieur de l'habitation.* — Les effets sont absolument analogues à ceux que nous venons d'exposer dans la totalité de l'édifice : les plâtres et crépis des parois et plafonds peuvent être fendus, labourés, détachés par plaques projetées au loin. Les cloisons, planches, carrelages, dallages et plafonds peuvent être perforés comme les murs et les charpentes, lézardés, démolis ; d'où communications possibles entre les différentes pièces ou appartements placés à côté, au-dessus ou au-dessous de celui où se trouve le corps de la victime qui fait l'objet de l'expertise. On a vu les dalles en pierres des cuisines et les voûtes des caves perforées, et la foudre peut pénétrer dans ces pièces souterraines où elle arrive quelquefois aussi par les soupiraux et tuyaux métalliques de conduits ; de sorte qu'on n'y est guère plus en sûreté que dans les pièces supérieures.

Les boiseries, meubles en bois, portes fermant les appartements, etc., subissent le sort des pièces de charpente ; ils peuvent de plus être bouleversés, renversés, déplacés, projetés, etc.

Les vaisselles et objets de poterie et de verrerie peuvent être brisés, fondus, perforés. Parmi les phénomènes de perforation, on cite souvent celui de piles d'assiettes dont les numéros impairs présentent au centre un trou circulaire régulier, tandis que les numéros pairs restent intacts, ou *vice versa*.

Deux cas de projection, signalés par les auteurs, méritent de trouver place ici : dans le premier une couche assez épaisse du sol en terre d'une cuisine est lancée tout d'une pièce au plafond où elle reste adhérente. Dans le deuxième, un tas de blé, de forme conique, est soulevé d'un bloc et projeté au plafond d'où il retombe en une couche égale répandue sur toute la surface du plancher.

6° *Métaux.* — Mais, de tous les effets produits tant à l'extérieur qu'à l'intérieur des habitations, les plus curieux, les plus spécifiques ou kéraunographiques, on pourrait dire, sont ceux présentés par les métaux. Ce sont :

A. *Arrachement.* — « Les objets métalliques sont très souvent arrachés, lancés ou transportés plus ou moins loin. Cet effet est si fréquent qu'il nous paraît inutile d'en citer des exemples particuliers. Il a été observé sur des gonds de porte, des serrures, des clous, des goupilles, des boulons, des vis, des tiges, etc. Parfois ces objets, les clous en cuivre doré, par exemple, sont enlevés d'un meuble avec plus d'habileté que par l'ouvrier le plus adroit, sans compromettre en rien l'étoffe de soie ou de crin qu'ils fixaient.

L'arrachement des clous de charpente, des chevilles de fer, des boulons a été la cause de désastres considérables.

En 1769, la foudre frappa le bâtiment des écuries du duc de Schweringen, et pratiqua vingt-deux trous dans une chambre et dix-huit dans une autre : tous ces trous correspondaient à des clous fixés dans la muraille. » (S. M. t. I, p. 240.)

Ces effets, comme, en général, tous ceux de projection ci-dessus signalés, sont la conséquence de la loi des attractions et des répulsions électriques, formulée par Dufay, en 1733, en vertu de laquelle deux corps à surfaces contiguës, chargées de la même espèce d'électricité, se repoussent : d'où, si l'un est fixe et l'autre mobile, ce dernier est nécessairement projeté ; si tous deux sont fortement adhérents, ils sont violemment séparés. Dans mon mémoire intitulé *Le Choc en retour et le foudroiement latéral* (*Gaz. des Hôp.*, 1885), j'ai fait observer que ces effets paraissent surtout se produire lorsque les deux surfaces ou corps contigus sont de conductibilité inégale, ou que tous les deux sont de mauvais conducteurs. C'est par cette loi que s'expliquent les faits suivants dont les deux premiers m'ont été rapportés par des témoins oculaires :

Il y a plusieurs années, le tonnerre tombe au bourg de la Brionne, sur une maison d'habitation, entre par la porte et sort par la cheminée. Parmi les dégâts qu'il commet, se trouve celui-ci : il rencontre, sur son passage, une scie de menuisier, sépare la monture en bois de la lame en acier et défait la corde servant à tenir cette dernière tendue.

En juin 1885, le tonnerre tombe à la Grande-Baleyte, commune de Pionnat, sur une maison d'habitation où elle commet de nombreux dégâts, parmi lesquels une pendule de cuisine est sortie de sa boîte en bois et déposée, sans lésion aucune, sur une table.

Le *Petit Moniteur universel* du 3 mai 1884 rapporte : « La foudre est tombée, pendant un orage, à Bidass. Le fluide a passé par la cheminée d'une chambre, renversant deux personnes sans les blesser. Puis, remontant par la même cheminée, le fluide a pénétré dans une deuxième chambre où se trouvait un fusil chargé, dont le *bois a été détaché du canon* sans qu'aucune détonation se fût produite. Personne n'a eu de mal. » — Si donc on trouvait mort, dans la campagne, un chasseur avec son fusil dans un état semblable, ce serait déjà un premier indice de mort par la foudre, s'il y avait eu orage, même l'arme restant chargée. On a vu, en effet, le tonnerre tombant sur la poudre la disperser sans l'enflammer. Il en serait de même du pionnier dont le fer de pioche serait séparé du manche ; du bûcheron ayant sa hache dans le même état.

C'est en vertu de la même loi que s'explique, comme nous le verrons plus loin, le déshabillement, par la foudre, de ses victimes, l'enlèvement des harnais des chevaux, et, d'une manière générale, tous les phénomènes de séparation, d'arrachement, de projection que nous avons déjà ou qui nous restent à signaler dans le cours de ce travail.

Après ces effets, viennent par ordre d'importance et de fréquence :

B. La *fusion des métaux* et, par suite, les soudures qui en résultent, et leur *volatilisation*. Tous ces effets se trouvent réunis dans l'accident de Montaigut, où nous avons vu de nos propres yeux : *les dents de peigne* du télégraphe fondues ; une *mannette* soudée à la partie de l'appareil avec laquelle elle se trouve en contact ; enfin, 60 mètres de *fil télégraphique pulvérisé* et dont on ne peut retrouver trace. Dans ce même accident, nous trouvons, en outre, le fil de terre noirci ; la pierre sous la margelle du puits, touchant le fil, également noircie ; enfin, six poteaux télégraphiques scalpés et avariés et dont le plus près du poste réduit en copeaux. Cette observation nous démontre que la foudre, lorsqu'elle rencontre des circonstances favorables, peut produire, en dehors de la maison, des effets dont il faut tenir compte, en même temps que ceux du dedans.

Le 20 avril 1807, au moulin de Great-Marton, la foudre fondit et souda entre eux les anneaux d'une grosse chaîne, qui se trouva convertie en une véritable barre de fer rigide. Ici elle ramollit au moins le fer au degré nécessaire au maréchal pour produire une soudure, si elle n'a pas produit une fusion entière (S. M. — F.).

La foudre peut donc, dans un cas, rendre la porte grande ouverte, en arrachant les gonds et les serrures et, dans un autre, les condamner complètement en fondant et soudant ensemble les diverses parties d'une même serrure. On a vu la clef fondue dans le trou de la serrure avec laquelle elle se trouva soudée. — Un témoin oculaire, M. Bouchonnet, instituteur, m'a rapporté qu'au village de Labouraie, commune de Pionnat (Creuse), le tonnerre tomba sur une maison, pénétra dans un tiroir par le trou de la serrure, fondit et allia ensemble celle-ci et les pièces d'or, d'argent et de billion qui s'y trouvaient, en faisant du tout une seule masse.

En 1773 la foudre tomba à Naples sur le palais de lord Tilney, où cinq cents personnes se trouvaient réunies, n'en blessa aucune, et suivit, dans plusieurs appartements communiquant ensemble, les dorures des corniches, des meubles appuyés contre les murs, des tableaux et glaces qu'elle fondit, noircit, et dont elle enleva des parcelles (F. — S. M.).

Ici, ces dorures ont dû servir de paratonnerre aux cinq cents personnes, dont la masse attractive importante n'a pas dû être étrangère à la chute de la foudre.

Des dorures sur porcelaine ont été altérées de la même

manière, et souvent, l'étamage des glaces a eu le même sort.

G. La *torsion* en spirale des fils et tiges métalliques, leur *section* ou *division* avec *coupure nette ou fondue*, *l'aimantation* des pièces en acier, *l'oxydation* et la *désoxydation*, le *raccourcissement* des fils par augmentation de leur calibre, etc., sont des effets de la foudre fréquemment observés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le bulletin de statistique municipale de l'avant-dernière semaine donne la statistique suivante :

Les maladies caractérisées par la diarrhée ont causé 112 décès parisiens (en outre 10 décès proviennent d'habitants de la banlieue soignés dans les hôpitaux de Paris). Parmi ces décès, 14 sont dus à l'entérite, à l'entérite chronique, à la lientérie ou à la dysenterie, et 98 à la diarrhée cholériforme, au choléra nostras, au choléra, à la cholérine et autres maladies cholériformes.

Le nombre des décès attribués aux maladies cholériformes en chaque jour de la semaine a été le suivant :

Dimanche 21 août, 5 décès; lundi 22, 7 décès; mardi 23, 14 décès; mercredi 24, 12 décès; jeudi 25, 19 décès; vendredi 26, 23 décès; samedi 27, 29 décès.

Le nombre des malades entrés dans les hôpitaux pour maladies cholériformes a été (y compris les habitants de la banlieue) de 254.

Le nombre des décès est peu élevé dans les quartiers du centre. Ainsi le Ier, le VIe, le VIIe, le IXe arrondissements ne comptent dans toute la semaine qu'un décès; le IIe, le IIIe, le XVIIe n'en comptent que deux. Le quartier de la Roquette, qui est le plus frappé de Paris, compte onze décès.

— Par décret, en date du 1er septembre 1892, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef. — MM. Boué et Geoffroy, médecins en chefs de la marine en retraite.

Au grade de médecin principal. — MM. Dubergé, Masse, Orhoud, Bestion et Caradec, médecins principaux de la marine en retraite.

Au grade de médecin de première classe. — MM. Moulard et Arnaud, médecins de première classe de la marine en retraite.

Au grade de pharmacien principal. — M. Castaing, pharmacien principal de la marine en retraite.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Hercouët (de Lamballe), Lacaze (de Bou-Sfer), Manceau (de Saint-Brice-en-Coglès) et B. Maurenges (de Chamberet)-

— Belle clientèle médicale à reprendre immédiatement à Lamballe (Côtes-du-Nord), par suite du décès du médecin de l'hôpital et du haras. — S'adresser, à Paris, à M. le docteur Pottier, médecin directeur de la maison de santé, 10, rue de Picpus.

Les microbes pathogènes, par Ch. Bouchard. In-16. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière.

Hygiène et salubrité de l'école, par M. le docteur Raoul Laffon. 1 vol. — Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 103. — JEUDI 8 SEPTEMBRE 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 8 SEPTEMBRE 1892. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion continue sur le traitement des albuminuriques. M. Millard (de New-York), membre correspondant étranger, dont on connaît la compétence en matière d'albuminurie, a donné lecture d'une note d'où il résulte que, pour lui, le mal de Bright à l'état aigu doit être rangé parmi les maladies curables et que l'albuminurie chronique peut être amendée, à l'aide d'un traitement approprié, au même titre que les inflammations chroniques du poumon ou du foie.

La parole a été donnée ensuite à M. Germain Sée pour la fin de l'argumentation qu'il a commencée dans la précédente séance. M. Sée s'est occupé surtout du régime alimentaire qui convient aux albuminuriques. Il pense que le régime lacté exclusif ne suffit pas et qu'il faut y ajouter de la viande. Quant au régime végétarien, vanté par M. Dujardin-Beaumetz, il le considère comme tout à fait insuffisant.

Cette discussion sera continuée dans la prochaine séance et la parole sera donnée à M. Bouchard.

L'Académie a entendu un rapport de M. Charpentier sur la communication faite récemment par M. Porak (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1892, p. 786) et relative à la symphyséotomie. Cette opération revient tout à fait en faveur. Les succès qu'elle a donnés jusqu'ici sont fort encourageants : sur onze cas de symphyséotomies pratiquées à Paris, dans ces derniers temps, onze fois la mère et l'enfant ont été sauvés.

Au début de la séance, M. Delthil a donné lecture d'une note sur le traitement antiseptique, local, de la phthisie pulmonaire par les inhalations gazeuses d'essence de térébenthine iodoformée ou iodolée. On trouvera, au compte rendu, un résumé de cette communication, dont M. Germain Sée a demandé le renvoi à une commission, ayant à présenter quelques objections.

HOPITAL NECKER. — M. Guyon.

Les déplacements rénaux et la néphrorrhaphie.

Je vais ce matin pratiquer devant vous la néphrorrhaphie chez une jeune femme atteinte d'ectopie rénale. Cette malade est d'une bonne santé et n'offre en particulier aucun soupçon de nervosisme. Elle a eu trois enfants bien portants. C'est à son deuxième accouchement, il y a onze ans, que remonte le début de ses accidents du côté du rein. Cet accouchement eut lieu debout dans la position verticale et non dans le décubitus. Bientôt après elle ressentit une douleur à droite qui s'exagéra beaucoup il y a cinq ans, lors de son troisième accouchement. Cette influence exercée par le traumatisme de l'accouchement sur les déplacements rénaux est fréquente. D'autres traumatismes peuvent avoir une action analogue. J'ai observé récemment une ectopie rénale chez une jeune fille qui, glissant des deux talons, était tombée en arrière sur les reins. Chez elle, le port d'une ceinture fut insuffisant pour faire disparaître les douleurs.

Les douleurs chez notre malade actuelle sont très violentes, assez violentes pour l'empêcher de se livrer au moindre travail. Elles s'exagèrent au moment des règles. Elles s'exagèrent surtout la nuit, ou, pour parler plus exactement, dans la position couchée. Dans cette position, la malade ne trouve un peu de repos qu'à condition de se coucher soit sur le ventre, soit sur le côté droit. Toute autre attitude est intolérable. L'état de la paroi abdominale, le mode de déplacement du rein, vous expliqueront tout à l'heure cette exacerbation.

Il y a deux ans, la malade a eu une hématurie. Cette hématurie ne s'étant pas reproduite depuis, on ne peut songer à une lésion organique du rein et il faut penser soit à une colique néphrétique, soit à une de ces rétentions rénales, de ces hydronéphroses intermittentes qu'on observe parfois du fait de l'ectopie rénale. La première hypothèse paraît la plus vraisemblable, la malade n'ayant pas eu la crise de la rétention rénale. Cette dernière complication est d'ailleurs assez rare. Deux fois pourtant déjà, j'ai dû faire la néphrorrhaphie pour des ectopies ainsi compliquées d'hydronéphroses intermittentes. Le soulagement dans les deux cas fut complet.

En examinant la malade, on est tout d'abord frappé de la flaccidité et de l'amincissement de la paroi abdominale. En la plaçant tout à fait à plat, on voit même, à travers la paroi

amincie, le rein monter et descendre en suivant les mouvements respiratoires. Les résultats de la palpation sont plus évidents encore. En faisant au contraire soulever le bassin, le rein disparaît. Ce petit fait a un intérêt pratique. Quand vous faites appliquer une ceinture de soutien, il faut recommander de la mettre dans la position où le déplacement se trouve ainsi réduit, dans celle qui fait rentrer le rein chez lui. Cette petite précaution vous permettra souvent de réussir là où d'autres auront échoué.

Ici, le diagnostic est d'une extrême facilité. Dans les cas moins simples, vous devrez tout d'abord chercher le ballottement. Ce n'est pas comme à l'ordinaire dans l'angle costo-vertébral, mais un peu plus bas dans le flanc, qu'il faudra chercher le ballottement du rein flottant. De très légers mouvements du bout des doigts d'une des mains transmettent facilement la secousse du ballottement à l'autre main placée en avant sur la paroi abdominale. Vous devez ensuite chercher le rein par la palpation abdominale. Sa forme, ses dimensions, sa consistance le font facilement reconnaître une fois trouvé, mais pour le trouver il vous faudra tantôt élever le bassin, tantôt au contraire élever le tronc, mettre le malade dans la position prise ordinairement pour lire au lit. Enfin, la palpation doit être faite non pendant l'expiration où le rein remonte, mais pendant l'inspiration où le rein descend. Il vous faut enfin apprécier l'influence exercée sur le déplacement par le décubitus sur le côté opposé. Cette influence n'est pas toujours immédiate. Chez notre malade, il faut un quart d'heure environ pour que le déplacement transversal atteigne son maximum. Le rein dépasse alors l'ombilic de trois travers de doigt. Quelques inspirations profondes accélèrent cette action du décubitus latéral. Un déplacement transversal aussi étendu est un maximum. Jamais le rein flottant retenu par son pédicule ne gagne le côté opposé du ventre. Ce signe différentiel peut être parfois utile dans le diagnostic avec les tumeurs du mésentère dont la mobilité est beaucoup plus absolue.

Cet examen montre chez notre malade un autre fait important au point de vue des indications opératoires. Elle souffre d'autant plus que le déplacement est plus prononcé. Les deux positions où ce déplacement atteint son maximum : décubitus dorsal, décubitus sur le côté gauche, sont insupportables. Pour cette dernière position, c'est au bout de quelques minutes que les douleurs commencent pour aller graduellement en augmentant.

Vous verrez, au contraire, des malades chez qui la douleur n'est nullement proportionnelle au déplacement. L'état névropathique joue souvent, dans la souffrance qu'elles éprouvent, un rôle plus grand que l'ectopie rénale. La néphrorrhaphie donnerait peu de soulagement. C'est au port d'une ceinture de soutien, au traitement général qu'il faut recourir en pareil cas.

Chez notre malade, au contraire, le soulagement donné par la néphrorrhaphie sera sans doute considérable. L'incision que nous allons faire portera immédiatement en dehors de la masse sacro-lombaire, remontant au-dessus de la douzième côte, descendant jusqu'à la crête iliaque. Avant d'arriver sur la capsule graisseuse du rein et le tissu rénal, nous apercevrons, sans doute, le côlon qu'il suffira de maintenir par une éponge montée. Pour fixer le rein nous devrons observer quatre règles principales : 1° Les fils devront être passés dans la substance même du rein à un bon centimètre du bord convexe. Ils comprendront non seulement le rein mais la capsule graisseuse. Ces fils seront en anse double de catgut n° 2. Deux nœuds formés, l'un au contact du tissu rénal, l'autre au contact de la capsule, limiteront l'anse de fil traversant le rein et l'empêcheront de serrer, de couper le tissu si friable du rein. Les deux chefs de l'anse seront passés tout près l'un de l'autre, mais en deux points différents des parties molles. Nous placerons ainsi deux, trois, quatre fils doubles jusqu'à ce que la palpation montre le rein bien fixé. — 2° En dehors des fils transversaux, il est important de placer des fils verticaux reliant le rein à la douzième côte pour limiter le mouvement vertical. L'extrémité inférieure du rein sera ainsi ramenée derrière la douzième côte. Nous ne pouvons ramener le rein plus haut. Remarquez toutefois qu'ainsi, il reste un peu au-dessous de sa loge normale. — 3° Afin d'offrir un bon point d'appui ultérieur, il importe d'avoir une cicatrice solide des parties molles. La suture comprendra donc un étage profond au catgut, un étage superficiel. Quelques-uns des crins superficiels passeront dans l'étage profond pour assurer une solidarité complète. Nous aurons, bien entendu, une réunion par première intention. — 4° La malade sera maintenue pendant trois semaines au moins dans le décubitus dorsal absolu.

Grâce à ces précautions, le rein est suffisamment maintenu par le soutien que lui offrent d'une part la douzième côte à laquelle il est suspendu, la capsule graisseuse le soutenant comme un véritable hamac, les fils passés en plein tissu rénal, de l'autre, les parties molles réunies par une cicatrice solide. L'avivement du tissu rénal qu'on avait proposé est une complication inutile avec ces diverses précautions.

Chez notre malade, malgré la néphrorrhaphie, le port d'une ceinture de soutien sera encore indispensable après l'opération. Le rein, en effet, sera suffisamment et définitivent fixé. Mais il restera utile de soutenir la paroi abdominale si flasque, si mince, maintenant si mal le paquet intestinal. A cette double condition, nous pouvons espérer que l'existence si pénible de cette pauvre femme sera complètement transformée.

PHYSIOLOGIE ANIMALE

Du nombre comparatif, pour les membres supérieurs et inférieurs de l'homme, des fibres nerveuses d'origine cérébrale destinées aux mouvements.

Par MM. Paul Blocq et J. Ozanoff.

(Communication à l'Académie des sciences.)

Nous nous sommes proposé de rechercher si, à la différence qui existe chez l'homme entre les mouvementst horaciques et abdominaux, à l'état normal, quant à leur nature (les uns sont plus souvent automatiques, les autres plus souvent conscients), à l'état pathologique, quant aux réactions symptomatiques qu'ils présentent parfois, ne correspondrait pas une inégalité dans le nombre des fibres nerveuses d'origine cérébrale, qui leur sont dévolues.

Nos études, entreprises au laboratoire de M. le professeur Charcot, ont donc eu pour but d'établir les rapports numériques qui existent, à cet égard, entre les fibres nerveuses d'origine cérébrale destinées au mouvement des membres.

Celles-ci sont représentées dans la moelle épinière par les faisceaux pyramidaux, directs et croisés. Or, il n'est pas possible à l'état normal, de distinguer morphologiquement ces faisceaux

des autres cordons blancs de l'axe spinal. Aussi, pour leur numération, avons-nous eu recours aux données fournies par certains cas pathologiques, dans lesquels ces faisceaux sont différenciés des autres, en ce qu'ils sont atteints d'une façon systématique par une lésion facile à constater. C'est ce qui arrive notamment, comme on sait, dans les cas d'hémorrhagies cérébrales suivies de dégénération secondaire. Nous avons pratiqué nos numérations sur des pièces provenant de sujets de cette catégorie, pièces que l'on a fréquemment l'occasion de recueillir à la Salpêtrière, et nous avons eu soin de ne les prélever que dans le cas où l'hémiplégie avec contracture avait été complète et remontait à une époque éloignée.

Nous avons procédé de la manière suivante, pour évaluer, sur des coupes de la moelle, le nombre des fibres d'origine cérébrale renfermées dans le champ des faisceaux pyramidaux. Nous déterminons : 1° l'étendue du champ de dégénération des faisceaux pyramidal direct et pyramidal croisé; 2° le nombre des fibres contenues, du côté sain, dans une aire égale à celle du champ de dégénération; 3° le nombre des fibres demeurées saines dans l'étendue du champ de dégénération. En retranchant ces derniers chiffres des précédents, on obtient comme résultat le nombre correspondant aux fibres nerveuses d'origine cérébrale du faisceau pyramidal direct et du faisceau croisé; 4° il suffit alors d'évaluer par la même méthode : (A), le nombre de fibres du faisceau pyramidal « au-dessus du renflement cervical »; (B), le nombre de fibres du faisceau pyramidal, « au-dessous du même renflement », et d'en faire la différence pour connaître : (C), le nombre de ces fibres destinées, d'une part, « au membre supérieur », d'autre part, « à la moitié du tronc et au membre inférieur ».

Nous avons poursuivi ces numérations dans trois cas seulement, car elles ont donné des résultats si concordants et surtout si significatifs, qu'il eût été superflu, du moins pour la démonstration, de les répéter sur un grand nombre de sujets.

On en jugera par l'exposé que nous ferons, à titre d'exemple, autant qu'en raison de l'intérêt des chiffres eux-mêmes, des nombres que nous avons obtenus dans l'un de ces cas.

A. Nombre des fibres d'origine cérébrale du faisceau pyramidal, dans la région cervicale de la moelle, immédiatement au-dessus du renflement.

1° Étendue du champ de dégénération : f. direct, $2^{mc}0160$; f. croisé, $3^{mc}3280$. Total $5^{mc}3440$.

2° Nombre des fibres du côté sain dans une aire égale à celle du champ de dégénération : f. direct, 1 730 fibres pour 1/10 de mètre cube, soit 1 730 × 20,16 = 34 876; f. croisé, soit 1 730 × 33,28 = 57573. Total, $92^{mc}449$.

3° Nombre des fibres demeurées saines dans l'aire du champ de dégénération : f. direct, 200 fibres pour 1/10 de mètre cube, soit 200 × 20 = 4 000; f. croisé, 280 fibres pour 1/10 de mètre cube, soit 280 × 33,28 = 9 318. Total, 13 318.

4° La différence (92 449 — 13 318) est de : 79 131 fibres d'origine centrale destinées au mouvement du membre supérieur de la moitié du tronc et du membre inférieur.

B. Nombre de fibres d'origine cérébrale du faisceau pyramidal dans la région dorsale supérieure de la moelle.

1° Étendue du champ de dégénération : f. direct, $0^{mc}6254$; f. croisé, $1^{mc}7430$. Total, $2^{mc}3684$.

2° Nombre des fibres du côté sain dans une aire égale à celle du champ de dégénération : f. direct, 1 600 fibres pour 1/10 de mètre cube, soit 1 600 × 6,254 = 10 000; f. croisé, soit 1 600 × 17,43 = 27 888. Total, 37 888.

3° Nombre des fibres demeurées saines dans l'aire du champ de dégénération : f. direct, 225 fibres pour 1/10 de mètre cube, soit 225 × 6,254 = 1 408; f. croisé, 340 fibres pour 1/10 de mètre cube, soit 340 × 17,43 = 5 926. Total, 7 334.

4° La différence (37 888 — 7 334) est de : 30 554 fibres d'origine cérébrale destinées au mouvement de la moitié inférieure du tronc et du membre inférieur.

C. Pour obtenir le nombre correspondant aux fibres du seul membre supérieur, il suffit de retrancher 30 554 de 79 131. On trouve alors que ce nombre égale 48 577, alors que, pour le membre inférieur et la moitié du tronc, on n'a que 30 554, ce qui, en négligeant même de déduire le nombre des fibres destinées à cette partie du tronc, donne une différence de 18 023 fibres en faveur du membre supérieur, différence véritablement considérable, eu égard au rapport du volume inverse de l'un et l'autre membre.

Il résulte donc de nos numérations que les fibres nerveuses, d'origine cérébrale, destinées au mouvement, sont plus nombreuses pour les membres supérieurs que pour les membres inférieurs, dans la proportion de 5 p. 1 environ.

Cette notion nous paraît comporter, en outre, les déductions suivantes :

A. *Au point de vue physiologique.* — 1° Les membres thoraciques auxquels sont destinées un plus grand nombre de fibres nerveuses d'origine cérébrale sont, il est à peine besoin de le rappeler, surtout utilisés pour les mouvements intelligents et conscients, qui nécessitent, par suite, une plus grande intervention cérébrale. Cette adaptation fonctionnelle a évidemment entraîné ce développement des voies de communication avec le cerveau. On sait, au contraire, que les membres abdominaux sont, eux principalement, employés pour les actes automatiques et inconscients, qui n'exigent qu'une moindre intervention cérébrale.

2° On s'explique également que les mouvements réflexes sur lesquels on connaît l'influence modératrice du cerveau, et en particulier les réflexes tendineux, sont, à l'état normal, beaucoup moins développés aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs.

B. *Au point de vue pathologique.* — 1° La même notion nous rend compte de ce fait d'observation clinique, savoir que, dans les lésions en foyer du cerveau accompagnées d'hémiplégie, le membre supérieur est, le plus ordinairement, plus fortement atteint que le membre inférieur; que, de plus, lorsque l'amélioration survient, le retour de la mobilité est toujours moins rapide et moins complet dans le membre supérieur.

2° Certaines remarques que nous avons faites sur la pathologie de l'hystérie trouvent aussi une explication dans le fait d'une plus grande influence du cerveau sur la mobilité du membre supérieur. C'est ainsi que les paralysies psychiques sont plus fréquentes, en général, aux membres supérieurs, et s'y montrent plus tenaces que lorsqu'elles occupent les membres inférieurs.

DES ACCIDENTS DE DENTITION

Par le docteur V. Galippe.

Deux opinions également radicales et opposées ont été soutenues devant l'Académie, touchant l'existence de ces accidents :

1° Il n'y a point d'accidents de dentition.

2° Tout travail de dentition provoque des phénomènes pathologiques.

Considérées avec ce caractère absolu, ces deux propositions sont également erronées.

Rationnellement, il ne peut pas y avoir d'accidents de dentition tels qu'on les a décrits, attendu que l'évolution dentaire est un phénomène d'ordre physiologique ; les enfants sont faits pour avoir des dents comme pour avoir des cheveux.

Chez les enfants héréditairement normaux et bien portants, l'évolution dentaire se fait sans que ceux-ci en aient la sensation et sans que leur santé en soit aucunement troublée. Il n'y a pas de raison pour accuser la première dentition d'apporter tant de troubles dans l'économie, alors que nous voyons la seconde s'opérer à l'insu des intéressés.

Sans vouloir entrer ici dans des considérations d'ordre sociologique, nous admettons comme démontré que, sous l'influence de facteurs divers et accumulés, notre race s'est abâtardie et que, physiquement au moins, nous ne valons point nos ancêtres.

Le nombre des dégénérés va chaque jour en croissant. Il résulte de cet état de choses que des esprits superficiels, ne considérant que l'apparence des faits, en sont arrivés à rattacher instinctivement certains actes physiologiques à la pathologie et réciproquement. C'est ainsi que nous voyons, non sans protester, la croissance, la dentition, la grossesse, l'accouchement cesser d'appartenir à la physiologie normale, pour entrer dans la pathologie.

On ne saurait trop réagir contre cette tendance, alors même qu'on en arriverait à prouver que l'exception est plus fréquente que la règle. Pour ce qui regarde la dentition, on peut affirmer qu'un enfant normal — il y en a encore! — n'a pas et ne peut pas avoir d'accidents de dentition. Tout enfant qui, soit avant, soit pendant cette période, présente des phénomènes pathologiques, soit du côté du système nerveux, soit du côté de l'appareil digestif ou de l'appareil pulmonaire, à supposer qu'à ce moment précis il ne fasse que des dents et n'accroisse ni son squelette ni aucun de ses autres systèmes, n'est pas un enfant normal. En veut-on une preuve? Neuf fois sur dix, un enfant ayant eu des convulsions soit dans les premiers jours de sa vie, soit pendant son évolution dentaire, présente ou présentera des anomalies, soit du côté de la voûte palatine, soit du côté des arcades maxillaires, soit encore du côté des dents. Il pourra en offrir bien d'autres à l'observation, sur lesquelles je n'ai pas à insister.

Mais si les enfants ont eu, par exemple, des accidents convulsifs, ce n'est point parce qu'ils faisaient des dents, mais bien parce qu'ils sont des dégénérés, des nerveux ou, si on le préfère, des prédisposés et des héréditaires.

J'ai dit ailleurs, et ma conviction n'a fait que s'affirmer, qu'on n'a pas impunément des anomalies dentaires, parce que l'origine neuro-pathologique de ces stigmates de dégénérescence se retrouve presque constamment.

J'estime que c'est dans cette voie qu'il convient de s'engager pour étudier avec fruit la question des accidents de dentition.

Que ceux qui peuvent observer et suivre de nombreux enfants, s'ils ont constaté chez eux des phénomènes pathologiques graves, contemporains de la dentition, les examinent de nouveau une douzaine d'années après, et ils pourront constater, comme je l'ai fait maintes fois, des anomalies plus ou moins accusées, soit du côté de la voûte palatine, des arcades maxillaires ou des dents. Antérieurement, ils auront pu s'assurer que l'apparition des dents caduques et celle des dents permanentes s'est faite en dehors des règles chronologiques admises traditionnellement.

C'est chose puérile que de mettre tout indistinctement au passif de la dentition, même quand on admet l'action concomitante de la mauvaise hygiène et de la saison chaude.

Qu'il me soit permis, en terminant, de protester une fois de plus contre l'oubli dans lequel on laisse l'étude de ces questions dans le programme de l'enseignement médical. C'est grâce à ce délaissement que l'on voit des médecins, d'ailleurs éminents, soutenir sur ce terrain les opinions les plus manifestement erronées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 septembre 1892. — Présidence de M. Larrey.

COMMUNICATIONS

Traitement de la phthisie pulmonaire. — M. DELTHIL fait une communication ayant pour titre : « Traitement antiseptique de la phthisie pulmonaire par les inhalations gazeuses d'essence de térébenthine iodoformée ou iodolée. »

Voici le résumé de ce travail :

La tuberculose représente le type le plus complet des maladies infectieuses.

Partant cette affection devait, avec les indications nouvelles de la microbiologie, inspirer l'idée de saturer l'organisme d'agents antiseptiques.

Le but de ce travail est de tendre à démontrer qu'il faut, dans la phthisie pulmonaire, essayer d'obtenir l'asepsie directe des voies respiratoires, c'est-à-dire chercher à mettre en contact immédiat la lésion infectieuse avec l'agent stérilisant, et cela à la faveur d'échanges gazeux; à la condition expresse toutefois que les agents choisis, bien que doués d'énergiques propriétés antiseptiques sur les cellules pathogènes, soient peu toxiques pour l'ensemble de l'organisme.

Dans les voies respiratoires, la pénétration des substances antiseptiques gazeuses est immédiate, directe, certaine, et elle s'opère sur l'étendue la plus considérable de l'économie.

Grâce à la contractilité des tissus, l'absorption, aidée d'une pression légèrement supérieure à celle de l'air ambiant, s'y fait avec rapidité. Les gaz inhalés sont presque instantanément introduits dans la circulation, qu'ils soient toxiques et foudroyants comme l'oxyde de carbone ou bienfaisants comme l'oxygène.

C'est en s'appuyant sur ces lois de physiologie que, depuis vingt ans, M. Delthil poursuit ses recherches sur les inhalations, tant pour le traitement de la diphthérie que pour celui de la tuberculose pulmonaire, des bronchorrhées et des laryngites infectieuses.

Il place au premier rang des antiseptiques non toxiques, à employer dans le traitement des maladies infectieuses de l'arbre aérien, les oléo-résines, à cause de leurs propriétés volatiles gazeuses.

Il préfère dans la phthisie l'action directe des oléo-résines à l'état gazeux à l'introduction dans l'organisme de leurs sous-produits liquides, créosotes ou gaïacols.

La créosote la plus active est celle que l'on produit par la combustion directe des bois résineux ou de leurs huiles essentielles fraîches.

Là, en effet, le dégagement des créosotes, des benzines, de l'acide pyroligneux se fait avec toute son activité et produit son action directe à l'état gazeux et avec une haute thermalité. Ce procédé est si particulièrement remarquable au point de vue antiseptique qu'il a été de temps immémorial empiriquement employé par l'industrie pour le fumage ou boucanage des viandes et le saurissage des poissons, dans le but d'assurer la conservation et l'imputrescibilité de ces matières azotées albuminoïdes si essentiellement fermentescibles.

Telles sont les raisons qui ont engagé M. Delthil à persévérer dans l'emploi des huiles essentielles volatiles dans le traitement de la phthisie.

Pour compléter ce traitement local antiseptique et le rendre plus actif, il a cherché à associer intimement à ces huiles essentielles un autre produit notoirement connu par son action antituberculeuse, l'iode, ou plutôt ses dérivés non irritants, l'iodoforme ou l'iodol.

Voici le procédé qu'emploie M. Delthil :

Dans un flacon inhalateur de la capacité d'un litre, il introduit le mélange suivant :

Essence de térébenthine	350	grammes
Essence d'aspic	100	—
Iodoforme ou iodol .... 8 à	10	—
Ether sulfurique	20	—

Ces aspirations peuvent être prolongées pendant 4 heures par jour en séances de 15 à 20 minutes; elles doivent être faites matin et soir et dans la journée à plusieurs reprises, surtout après les promenades au dehors.

On peut aussi avec avantage tiédir le mélange à inhaler dans le but d'augmenter le dégagement gazeux dans la chambre d'air, et d'ajouter le bénéfice, pour l'absorption, d'une haute thermalité; pour cela, on plonge le flacon inhalateur dans un bain-marie à 30 degrés.

Enfin on peut, pour activer le dégagement iodé, ajouter tous les deux jours un gramme d'iodoforme ou d'iodol dans le liquide.

L'essence de térébenthine dissout l'iodoforme ou son congénère l'iodol en incorporant au mélange un peu d'éther; l'essence de lavande commune, dite d'aspic, désodorise l'iodoforme.

La combinaison gazeuse est entraînée dans l'organisme, comme le prouvent les analyses qui ont permis de retrouver l'iode dans l'urine; sous l'influence de ces deux puissants agents, la créosote et l'iode, les tubercules et leur cortège bacillaire sont modifiés, les poumons sont aseptisés sans être enflammés, ce qui est capital, car leur épithélium est si délicat qu'il s'hypertrophie et prolifère facilement, si les substances employées sont irritantes.

L'action des huiles essentielles iodoformées, en contact immédiat à l'état gazeux avec la cellule pathogène, en modifie considérablement les conditions de vitalité, tout d'abord en vertu de la propriété si caractéristique et bien spéciale des huiles essentielles et des créosotes de coaguler l'albumine, les granulations sont, sous cette action, immobilisées par la coagulation de l'albumine du protoplasma, puis les huiles essentielles viennent adjoindre leur dégagement d'azote et enfin leur propriété de solubilité sur le corps gras, réserve nutritive de la cellule.

D'autre part, l'iode entraîné vient ajouter à son tour son action antiseptique bien connue sans déterminer d'intolérance ou de causticité, et il forme avec l'azote des essences un composé d'iodozone analogue à celui que l'on retrouve dans l'air marin.

Les bacilles tuberculeux, sous l'influence de ces inhalations, doivent en grand nombre se momifier dans le tissu conjonctif ou tomber en déliquium dans les crachats, car ils deviennent de plus en plus rares, et l'expectoration tend à disparaître.

De sa forme normale en bâtonnet, le bacille passe, en cinq ou six jours, à une forme olivaire.

La vitalité du bacille a donc été certainement altérée, puisque sa forme a été considérablement modifiée, n'est-il pas naturel d'en induire encore que son activité fonctionnelle et nutritive a été touchée et par suite sa nocivité diminuée ?

M. Delthil ajoute que, sous l'influence de ce traitement, on constate une diminution rapide des symptômes généraux, et il termine par les conclusions suivantes :

Dans le traitement de la phthisie pulmonaire :

1° Il est physiologiquement indiqué de chercher à obtenir l'asepsie directe des localisations pulmonaires, au moyen d'échanges gazeux antiseptiques non toxiques.

2° Les huiles volatiles de térébenthine iodoformées ou iodolées semblent répondre à ce desideratum.

3° Leur absorption est certaine, car on retrouve dans l'urine la présence de l'iode entraîné avec les huiles essentielles.

4° Sous l'influence de ces inhalations la sécrétion et la toux diminuent, l'appétit se relève, le processus morbide se ralentit, amenant une trève des accidents, et on obtient une survie souvent inespérée.

5° Ce traitement n'est point exclusif, il permet d'utiliser les moyens alimentaires médicamenteux et hygiéniques préconisés dans cette maladie.

(Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Hérard et Duguet.)

De la symphyséotomie. — M. CHARPENTIER lit un rapport sur une observation de symphyséotomie communiquée récemment par M. Porak.

Depuis la première communication de M. Charpentier sur ce sujet, 11 symphyséotomies ont été pratiquées à Paris, 8 par M. Pinard, 1 par M. Tarnier, 2 par M. Porak, elles ont donné 11 succès pour la mère et l'enfant.

En Allemagne, Léopold (de Dresde) a fait deux fois l'opération avec deux succès pour la mère et l'enfant. Ce dernier chirurgien a quelque peu modifié le procédé opératoire, en ce sens qu'il croit inutile de sectionner complètement la symphyse; il n'en sectionne que la moitié ou les trois quarts supérieurs, et cela d'avant en arrière. Cette méthode a quelque analogie avec celle qui a été suivie par M. Porak, qui, sectionnant la symphyse de haut en bas, respecte autant qu'il peut le ligament triangulaire.

M. Charpentier ne croit pas qu'il faille généraliser cette méthode, applicable à la rigueur aux bassins rétrécis au détroit supérieur, mais inapplicable aux bassins rétrécis au détroit inférieur, dans les bassins dits en entonnoir. Dans ces cas, la section complète de la symphyse et du ligament sous-pubien lui paraît indispensable. C'est ce qu'il a pu vérifier sur une seconde malade opérée sous ses yeux par M. Porak.

Pour la section d'avant en arrière, il la croit préférable à la section d'arrière en avant, comme on la fait généralement. Pour y arriver, il suffirait d'introduire derrière la symphyse, après décollement des tissus, une mince lame de plomb pour protéger les organes rétro-pubiens; en agissant ainsi, on opère comme à ciel ouvert, on évite les tâtonnements et l'opération gagne en rapidité.

Pour ce qui est du traitement post-opératoire, M. Porak s'est contenté d'appliquer un bandage serré par-dessus une épaisse couche d'ouate recouvrant le pansement. Cela paraît suffisant et la suture osseuse proposée par Léopold, pas plus que la bande d'Esmarch, de Mullerheim ou le bandage plâtré de Pinard, ne paraissent nécessaires.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES ALBUMINURIQUES

M. MILLARD (de New-York) croit que, dans la maladie de Bright, la guérison n'est guère à espérer lorsque les épithéliums sont atteints; mais, si la maladie n'est pas curable en elle-même, on peut guérir les accidents aigus auxquels elle expose.

Les cas susceptibles de guérison sont ceux dans lesquels la cirrhose rénale est très limitée et dans lesquels une grande étendue du rein est encore saine au point de vue fonctionnel. Il en est de même lorsqu'un seul rein est atteint.

L'albuminurie, dite physiologique, n'existe pas ou du moins elle est toujours symptomatique d'une lésion rénale.

Au point de vue du pronostic, il pense que l'albuminurie ordinaire chronique, provenant de lésions glomérulaires sans lésions des tubes, ne guérit jamais.

Dans le gros rein blanc, l'amélioration s'observe encore plus rarement que dans la cirrhose rénale; M. Millard a vu cependant quelques cas avec albuminurie abondante guérir entièrement, mais il ne s'agissait certainement pas de gros rein blanc, ni de rein graisseux; on avait probablement affaire à une simple néphrite tubulaire.

Quant au mal de Bright aigu, à la néphrite impaludique, à la néphrite syphilitique, leur curabilité est possible.

Pour le traitement, M. Millard fait garder le lit à ses malades dans les formes graves et il leur prescrit le régime lacté et un régime azoté léger.

Quant aux médicaments proprement dits, il a obtenu de bons résultats de l'emploi de l'ergotine, de la caféine, de la digitale, de l'arsenic, ainsi que des albuminates et chlorures de fer.

Le traitement par les eaux bicarbonatées sodiques est indiqué lorsque le foie est également en cause.

M. GERMAIN SÉE termine la communication qu'il a commencée dans la précédente séance (Voy. *Gaz. des hôp.*, 1892, p. 945).

Il examine les aliments au point de vue de leur emploi dans le traitement des albuminuriques.

Lait. — Le lait constitue un aliment complet, mais il a des inconvénients.

Chez un invidu sain qui se nourrit journellement avec 3 litres de lait, on voit, au bout dé quelques jours de ce régime, sans qu'il y ait une perte de poids, se perdre une quantité considérable d'azote, c'est-à-dire d'urée, aux dépens du corps; c'est pourquoi aussi les forces musculaires diminuent. Ainsi la diète lactée exclusive ne convient qu'aux malades qui font peu de mouvements et ne perdent que peu de chaleur.

De plus, le lait est un diurétique de premier ordre; il est à la fois diurétique et dénutritif; la cure de lait finit par être un régime d'inanition.

Dans quelles conditions morbides la cure lactée doit-elle être appliquée avec rigueur? Inutile contre l'albuminurie physiologique, le lait n'est pas plus indiqué dans l'albuminurie minime des affections cardiaques; il s'impose dans le traitement des hydropisies cardiaques avec ou sans albuminurie, et là il agit surtout comme diurétique.

La cure de lait ne doit pas être discutée dans la curation des néphrites parenchymateuses aiguës, comme celle de la scarlatine, de la grossesse, où le lait fait merveille: les néphrites cèdent sûrement; rien à tenter contre l'albuminurie d'origine diphthéritique. Si ces néphrites sont chroniques, comme celles de la tuberculose, elles réclament l'usage du régime lacté, mais c'est là qu'on rencontre le plus de difficultés pour la digestibilité du lait, à cause des troubles si fréquents de la digestion et des perversions du suc gastrique, et des lésions de l'estomac des tuberculeux; le rein amyloïde, le rein atrophié ne comportent pas le lait.

La question principale porte sur les néphrites interstitielles. Y a-t-il lieu de prescrire le lait dans les altérations de ce genre?

Quelle que soit la cause de ces scléroses, qu'elles proviennent de l'alcoolisme, du saturnisme, de la goutte, du diabète, de la syphilis, le lait ne sera utile que comme un aliment mixte, mais incomplet et touchant à la frontière de l'inanition.

Albumine de l'œuf. — On prive les brightiques d'ovo-albumine, et même du régime carné, dans la crainte d'augmenter l'albumine. Il est, cependant, bien démontré aujourd'hui que l'usage des œufs, même en quantité considérable, peut rester inoffensif.

1° L'œuf cru exclusif est à proscrire;

2° Une nourriture riche en albumine exige des précautions;

3° Il n'est pas correct de prescrire toujours un régime pauvre en albumine; la cure de lait elle-même peut faire défaut;

4° Lorsqu'il est sûr que les sels et l'eau de l'urine s'éliminent moins, il est permis de passer à une alimentation plus riche en albumine; le lait, la viande, les œufs cuits mollement sont indiqués; mais souvent les deux derniers aliments sont préférables.

Viandes. — Les viandes dites blanches sont généralement recommandées comme supérieures à toutes les autres chairs, et trouvent leur place marquée à côté du lait ou après lui pour tous les albuminuriques. Les viandes noires ont l'inconvénient de constituer un régime trop azoté, mais il faut, pour cela, qu'elles soient absorbées à doses considérables; en quantités modérées, elles ne sont pas plus dangereuses que les viandes blanches.

Une nourriture fortement albumineuse peut, mais ne doit pas toujours forcer l'élimination de l'albumine.

Il n'y a donc pas à craindre de prescrire la viande crue ou la viande saignante.

Les huîtres peuvent être absorbées utilement. Il faut, au contraire, rejeter du régime du brightique le gibier, la charcuterie, les salaisons, le fromage. Le bouillon, qui a été condamné à cause des sels de potasse qu'il contient, est loin d'être aussi dangereux qu'on l'a dit et peut être permis aux albuminuriques. Il en est de même du poisson. Le beurre et les graisses peuvent être utiles.

Régime végétarien. — Les légumes secs, dans l'albuminurie néphritique ou brightique, peuvent être employés. Les pâtes alimentaires sont peu digestives et doivent être rejetées.

Les fécules peu azotées, parmi lesquelles la pomme de terre vient au premier rang, peuvent être utilisées comme complément de la nourriture azotée et remplacer le pain. Le riz constituerait une bonne nourriture, et de facile digestion.

Les légumes herbacés sont peu nourrissants et, partant, peu utiles.

Les fruits constituent un aliment ternaire des plus utiles pour les brightiques.

Boissons. — On est d'accord sur le danger des alcools dans le régime des brightiques; on ne l'est pas sur l'emploi du thé et du café que M. Sée considère comme parfaitement inoffensifs et même éminemment utiles.

Formulaire alimentaire. — Il s'agit maintenant de déterminer, pour chaque repas et pour chacune des substances qui le composent, la quantité de calories qui y sont contenues. Si on n'arrive pas au chiffre d'entretien nécessaire, le régime sera défectueux, et, pour sauver l'estomac et les reins, il compromettra l'individu.

Pour le lait, il faudra quatre litres. Mais le régime lacté exclusif n'est pas supportable; il faudra avoir recours à un régime mixte, combiné d'après la formule suivante:

Lait, 1 000 grammes; pain blanc grillé, 250 grammes; beurre, 50 grammes; sucre, soupe, 500 grammes; café ou thé, 300 gr.; macaroni, 100 grammes.

On peut formuler d'autres menus du même genre, d'après la teneur des aliments en azote et en hydro-carbures, pour produire 2 330 calories.

Formulaire pharmaceutique et hygiénique. — 1° Les saignées, les ventouses, les vésicatoires sont très nuisibles; 2° les sudorifiques et autres moyens destinés à établir les fonctions de la peau, sont également dangereux; 3° les diurétiques, qui peuvent être utiles dans quelques cas, sont mauvais dans les néphrites interstitielles; quand un diurétique doit être employé, il faut avoir recours à la lactose seule; il en est de même des purgatifs, souvent dangereux; 4° les médicaments cardio-vasculaires (digitale, convallamarine, etc.), ne rendent aucun service; 5° les ferrugineux et les toniques sont très nuisibles; 6° les iodures alcalins peuvent souvent rendre des services.

A l'heure actuelle, le strontium et le calcium sont les médicaments par excellence pour combattre l'albuminurie.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Broncho-pneumonie (1), par E. Mosny.

Étude de la broncho-pneumonie écrite avec le souci prédominant de son étiologie et de sa pathogénie : ce travail porte donc tout à fait la marque de notre époque. Ceux qui ont commencé, comme nous, leurs études médicales il y a tout près de vingt ans, qui ont préparé il y a une quinzaine d'années des conférences d'internat, savent combien était complexe et malaisée la « question » broncho-pneumonie. Depuis cette époque, elle s'est bien éclaircie, grâce surtout aux travaux anatomo-pathologiques et aux publications de MM. Balzer, Charcot, Joffroy. On en est arrivé à un schéma anatomo-pathologique simple, satisfaisant, cadrant bien avec le schéma clinique. Depuis cette époque, dans ces dernières années, on s'est surtout occupé de la pathogénie de la broncho-pneumonie, on a recherché quels étaient les microbes susceptibles de provoquer cette inflammation spéciale du poumon, cette broncho-alvéolite; on a recherché quelles étaient ses relations avec la pneumonie franche, fibrineuse, lobaire et avec le pneumocoque, parasite considéré comme responsable de la pneumonie vraie. Dans sa thèse, M. Mosny a exposé cette idée que la broncho-pneumonie à noyaux diffus est généralement une infection secondaire due au streptocoque pyogène, tandis que la

(1) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

broncho-pneumonie pseudo-lobaire serait attribuable au pneumocoque lancéolé de MM. Talamon et Frænkel. Il n'insiste, du reste, pas sur cette façon de voir personnelle.

Il nous semble que M. Mosny a très bien compris ce que doivent être les véritables Revues générales que représentent chacun des petits volumes de la collection Charcot-Debove. Ces volumes sont destinés à prendre la place qu'occupaient autrefois en médecine les thèses d'agrégation : mettre au point une question à l'ordre du jour et donner l'état de la science au moment de sa publication. Les auteurs des ouvrages de la collection en question ont sur les concurrents à l'agrégation un double avantage : on ne leur demande de s'occuper que de sujets qu'ils ont déjà pratiqués et on leur a mesuré l'espace. Ils n'ont pas à impressionner un jury plus ou moins bienveillant par la masse imposante d'un volume destiné à peser plus que celui du voisin.

L'idée d'acquisition nouvelle qui domine à l'heure actuelle, c'est que la broncho-pneumonie est une broncho-alvéolite due à une infection secondaire par l'air, à la pénétration de microbes pathogènes dans les voies respiratoires, chez des malades en proie déjà à une infection antérieure (rougeole, diphthérie, etc.). Cela n'a pas servi à grand'chose pour la thérapeutique, mais a amené à donner, avec succès, une place plus grande aux pratiques prophylactiques : c'est quelque chose.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La statistique suivante a été communiquée au Comité d'hygiène dans sa séance de lundi, relativement à la mortalité cholérique :

Paris. — Le 28 août, 27 décès ; le 29, 31 ; le 30, 17 ; le 31, 22 ; le 1er septembre, 30 ; le 2, 19 ; le 3, 18 ; le 4, 14.

Banlieue. — Le 28 août, 15 décès ; le 29, 7 ; le 30, 6 ; le 31, 1 ; le 1er septembre, 10 ; le 2, 10 ; le 3, 8, le 4, 5.

— *Mission scientifique.* — M. le docteur Lucien Morisse est chargé d'une mission scientifique à l'effet de poursuivre les études médicales et d'histoire naturelle qu'il a entreprises dans les bassins du Haut-Orénoque et de l'Amazone.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie descriptive et dissection, contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et des tissus, avec des aperçus physiologiques et pathologiques et 1276 figures intercalées dans le texte. Cinquième édition entièrement refondue, par le docteur J.-A. Fort, ancien professeur libre d'anatomie. — Prix : 30 francs. — Paris, O. Doin.

Cure radicale des hernies, avec une étude statistique de 275 opérations et 50 figures intercalées dans le texte, par le docteur Just Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-8. — Prix : 12 francs. — Paris, Rueff et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 104. — SAMEDI 10 SEPTEMBRE 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 10 SEPTEMBRE 1892. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La tarsalgie.

Par J. Dauriac, interne des hôpitaux de Paris.

I

Synonymie. — Pied plat valgus douloureux. — Crampe du pied. — Tarsalgie des adolescents. — Impotence fonctionnelle du long péronier latéral. — Plat foot des Anglais. — Erworbener plattfuss des Allemands.

Définition. — Sous ces dénominations différentes, on décrit une affection acquise du pied, caractérisée par un pied plat valgus accompagné de douleurs.

II

Historique et pathogénie. — Stromeyer (1), en 1838, signale une complication du pied plat, consistant en une affection articulaire se traduisant par l'inflammation des ligaments et des membranes synoviales. Il guérit ces arthrites par le repos, le redressement du pied avec application de bandages, sans ténotomie.

En 1841, Bonnet [de Lyon] (2) rapporte un cas de valgus guéri par la ténotomie.

Nous avons de Guérin, en 1848, trois observations identiques.

Ce sont ces deux derniers auteurs qui font accepter le nom de valgus, pied plat douloureux.

En 1856, paraissent les recherches électro-physiologiques de Duchenne de Boulogne. L'éminent clinicien expose, dans ce mémoire, une théorie nouvelle de la genèse du pied plat valgus douloureux. Toute responsabilité incombe, d'après lui, au long péronier latéral paralysé.

Bonnet (de Lyon) essaye, dans une leçon clinique, publiée dans le *Bulletin général de thérapeutique* de 1858, de réfuter Duchenne. La réponse de ce dernier paraît en 1860.

(1) Stromeyer. *Contribution à l'orthopédie opératoire.*
(2) Bonnet. *Traité des sections tendineuses.*

La nouvelle affection attire, en 1861, l'attention de Gosselin. Dans une note à la *Gazette des hôpitaux*, il appelle le valgus douloureux « arthralgie calcanéo-astragalienne », sous-entendant ainsi la cause qui la produit et qui consiste pour lui en une lésion articulaire.

Une autopsie confirmative vient, en 1865, à l'appui de son dire, et il substitue le nom de « tarsalgie » à celui précédemment donné à la maladie.

Duchenne, s'inspirant à coup sûr de Nélaton, qui avait précédemment comparé la tarsalgie à la crampe des écrivains et l'avait dénommée *crampe du pied*, introduit une distinction et décrit, d'une part, le *valgus pied creux* par contracture du long péronier; d'autre part, le *pied plat valgus douloureux* par impotence de ce même muscle.

En 1872, il expose dans un mémoire magistral, paru dans les *Archives générales de médecine*, l'état de la question telle qu'il la comprend.

La même année, Gosselin publie ses *Cliniques de la Charité*. En ce moment, deux théories pathogéniques sont en présence :

1° *Théorie articulaire.* — Stromeyer avait ébauché cette théorie; mais elle a été véritablement formulée et scientifiquement défendue par Gosselin, qui la fit sienne. L'arthrite sèche de l'articulation astragalo-calcanéenne est pour lui le point de départ des accidents.

Cette opinion s'appuie sur deux autopsies, où il fut trouvé de l'arthrite sèche. L'une appartient à Gosselin, la seconde à Leroux.

Cette théorie, absolument insuffisante et en contradiction avec les idées courantes que nous avons en pathologie, ne saurait être admise. En effet, les lésions d'arthrite sèche sont spéciales aux vieillards et aux adultes. On ne les voit guère chez les adolescents. Elles peuvent incidemment paraître dans la tarsalgie à titre de lésions accessoires. Cela ressort des autopsies citées plus haut.

Jamais ces prétendues ostéo-arthrites ne se sont terminées par suppuration. L'hypothèse de Gosselin fut brillamment défendue, en 1866, dans la thèse de son élève, M. Cabot.

2° *Théorie musculaire.* — *Théorie de Duchenne.* — Voici comment s'exprime Duchenne sur la genèse de sa théorie de l'impotence fonctionnelle du long péronier latéral :

« Mes recherches électro-physiologiques sur les muscles moteurs du pied m'ayant appris : 1° que le long péronier abaisse puissamment le premier métatarsien sur le premier cunéiforme, celui-ci sur le scaphoïde, ce dernier sur

l'astragale; 2° qu'en vertu de cette série de mouvements imprimés aux articulations qui unissent ces os, il est pour ainsi dire la clef de la voûte plantaire; 3° que seul, pendant la station et la marche, il applique solidement contre le sol la saillie sous-métatarsienne qui, à un moment donné, devient talon antérieur et supporte le poids du corps; en un mot, l'expérimentation électro-physiologique ayant mis cet ensemble en lumière, j'ai compris que ce muscle, déjà si grêle proportionnellement à la puissance qui lui est nécessaire pour remplir son importante fonction, puisse se fatiguer vite et devenir impotent, pendant la station et la marche, chez l'adolescent qui se trouve dans des conditions adynamiques toutes particulières, ou même chez l'adulte lorsqu'il est surmené. »

Voilà maintenant, tel qu'il le comprend, le mécanisme du pied plat valgus douloureux qui est la conséquence du défaut de concours du long péronier pendant la station ou la marche. Ce mécanisme a été démontré par l'expérimentation électro-physiologique, et à l'aide de nombreux faits cliniques, dans l'ouvrage de Duchenne, intitulé : *Électrisation localisée* (1861, chap. XIX, art. III). Résumons l'explication qu'il en donne :

1° Pendant la station et la marche, le poids du corps repose souvent sur le talon postérieur (la partie postérieure et inférieure du calcanéum) et sur le talon antérieur (la saillie sous-métatarsienne formée principalement par la tête du premier métatarsien et un peu par celle du second);

2° A un moment donné du premier temps de la marche, dès que le talon postérieur s'est séparé du sol en s'élevant, tout le poids du corps est supporté par le talon antérieur. Alors, pendant que l'arrière-pied, puissamment étendu dans l'articulation tibio-tarsienne, entraîne, en les abaissant comme une seule pièce, le bord externe de l'avant-pied et les trois derniers métatarsiens auxquels il est fortement lié par le ligament calcanéo-cuboïdien inférieur, le long péronier, en vertu de son attache à la partie postérieure et antérieure du premier métatarsien et à un point correspondant du second métatarsien au moyen d'une expansion aponévrotique, abaisse puissamment le talon antérieur auquel aboutit aussi la ligne de gravité du corps lorsqu'il repose sur la pointe du pied; les forces musculaires qui étendent le pied sur la jambe ont été disposées dans ce but.

3° Le long péronier seul pouvait remplir cette importante fonction, parce qu'il est le seul abaisseur direct du talon antérieur. D'autre part, les ligaments articulaires qui unissent les deux premiers métatarsiens, le premier cunéiforme et le scaphoïde, étant d'une grande laxité (afin de permettre à ces os un mouvement de bas en haut assez étendu), l'extension volontaire du pied sur la jambe, si ce muscle ne peut pas y concourir, est opérée uniquement par le triceps sural, qui étend l'arrière-pied dans l'articulation tibio-tarsienne et entraîne en même temps dans l'abaissement les deux derniers métatarsiens (reliés au calcanéum par le ligament calcanéo-cuboïdien inférieur). Il en résulte que, pendant la station ou la marche, le talon antérieur ne peut plus concourir, avec le talon postérieur, à former le point d'appui du corps. Alors, au lieu de la saillie sous-métatarsienne, c'est l'extrémité antérieure des derniers métatarsiens qui est appliquée fortement sur le sol, surtout lorsqu'à la fin du premier temps de la marche, le pied, s'étendant pour imprimer au tronc une impulsion en avant, le talon vient à se séparer du sol.

4° C'est alors que le poids du corps appuyant sur l'articulation astragalienne, et, d'autre part, la résistance du sol repoussant en sens contraire l'extrémité antérieure des derniers métatarsiens, le pied est sollicité puissamment à se mouvoir dans l'articulation calcanéo-astragalienne dans le sens du valgus. A ce moment, le jambier postérieur se contracte énergiquement pour empêcher ce mouvement articulaire; mais, comme il est dans des conditions trop défavorables pour s'y opposer, il se fatigue vite et se trouve réduit lui-même à l'impuissance; alors, à chaque pas, le pied est placé passivement en valgus, au moment où il est appliqué contre le sol pendant son mouvement pathologique de rotation dans l'articulation calcanéo-astragalienne; les surfaces de celle-ci sont foulées et comprimées en dehors, tandis que les ligaments de l'articulation scaphoïdo-astragalienne sont tiraillés en dedans. Ces espèces d'entorses incessantes finissent par rendre ces parties très douloureuses dans les points d'élection ci-dessus signalés.

5° Les contractures réflexes provoquées par ces douleurs se localisant dans les muscles qui produisent l'abduction du pied (court péronier et long extenseur des orteils) et dans le jambier antérieur (antagoniste du long péronier), qui, élevant la saillie sous-métatarsienne, détruit la voûte plantaire, au valgus pied plat passif, s'ajoute donc un pied plat valgus actif; enfin, ce valgus devient irréductible, lorsque ces muscles se sont rétractés à la longue.

Comme on peut le voir, Duchenne donne pour base à sa théorie :

a. La constatation de l'affaiblissement du long péronier latéral;

b. Les succès obtenus par l'électrisation;

c. L'action physiologique bien connue de ce muscle.

Duchenne a eu le tort de faire jouer au muscle un rôle exclusif, alors que les lésions musculaires ne constituent qu'un des éléments de l'affection. La preuve en est dans les douleurs qui précèdent l'apparition de la contracture et qu'il ne peut expliquer.

Il n'a pas tenu assez compte des phénomènes osseux et articulaires.

En 1884, à l'occasion d'une communication de M. Terrillon, la Société de chirurgie mit la tarsalgie à l'ordre du jour de ses discussions. Au cours de ces débats, M. le professeur Le Fort développa ses idées personnelles sur le mode de production du pied valgus douloureux.

Théorie de Le Fort. — L'affaissement de la voûte du pied, le pied plat proprement dit, est fréquent chez les gens de la campagne. Dans le langage ordinaire, pied plat est au figuré l'équivalent de rustre, d'homme sans éducation. Cette conformation n'est pas elle-même une cause de douleur. M. Le Fort n'hésite pas à l'attribuer à l'absence ordinaire de chaussures. La déformation se fait peu à peu, insensiblement; aussi ce changement de forme n'éveille-t-il aucune douleur, aucune contraction musculaire du côté des péroniers, et le valgus ne se produit pas.

On retrouve au contraire, dans l'histoire du pied plat valgus douloureux, deux éléments communs à presque tous les malades.

La tarsalgie atteint des adolescents de seize à dix-huit ans, qui exercent une de ces professions qui exigent, non les longues marches, mais la station debout pendant presque toute la journée.

Les domestiques, les valets de chambre, les garçons d'hôtel, les garçons de café, de marchands de vin, d'épicerie, forment la grande majorité des tarsalgiques.

Pourquoi cette prédominance de l'adolescence? C'est parce que c'est l'âge de l'apprentissage pour les individus exerçant ces professions. Il y a encore, dit M. Le Fort, pour ces garçons d'hôtel, ces garçons de café, une particularité intéressante : l'ouvrier qui va à son atelier y garde ses chaussures, toujours à semelles fortes; le garçon de café porte des souliers le plus souvent découverts, toujours à semelles minces, sans talon et sans cambrure.

Que se passe-t-il alors ?

Quand l'homme est dans la station verticale, tout est admirablement disposé pour que cette attitude puisse être gardée avec le minimum de contracture musculaire. Mais une position quelconque ne peut être conservée longtemps sans une certaine fatigue, si la contraction musculaire entre en jeu; sans une certaine douleur, si la traction sur les ligaments est trop continue ou trop énergique.

Les ligaments plantaires, peu habitués à supporter toute la journée et à eux seuls le poids du corps, se laissent distendre, et cet effet est surtout marqué pour le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur; le scaphoïde tourne un peu sur l'astragale, s'abaisse et son apophyse devient plus saillante. La voûte du pied s'abaisse.

Comment expliquer les douleurs ?

M. Le Fort le fait de la façon suivante : la voûte n'étant plus maintenue par la seule action des ligaments plantaires, le malade cherche à son insu à y suppléer par la contraction musculaire, spécialement par la contraction du long péronier latéral. Or, toute contraction anormale amène rapidement de la douleur. Toute contraction prolongée devient rapidement de la contracture. Chez les paysans à pied plat, s'il n'y a ni valgus, ni douleur, c'est que la déformation plantaire a débuté dans l'enfance, qu'elle s'est produite lentement et que peu à peu les muscles se sont accommodés à cette viciation de la forme du pied. Chez les autres, au contraire, c'est en quelque sorte tout à coup, par un changement brusque dans les habitudes de stationnement et de marche, dans la forme et la nature des chaussures, que la voussure du pied a été modifiée. L'action musculaire est entrée en jeu avec une énergie assez continue et parfois assez grande pour amener des douleurs, de la contracture, et, par suite, le renversement du pied en valgus.

En somme, pour M. Le Fort, si dans quelques cas rares et qu'il n'a pas observés, le pied plat valgus douloureux peut être produit par l'impotence du long péronier, il provient d'ordinaire d'un allongement des ligaments de la face inféro-interne du pied, sous l'influence des longues stations, chez les adolescents portant des chaussures à semelles minces et non cambrées; peut-être aussi cet allongement est-il facilité par une légère arthrite, comme le professe Gosselin. L'affaissement de la voûte dans sa partie interne en est la conséquence. Pour maintenir cette voûte qui s'affaisse, les péroniers se contractent, cette contraction amène d'abord de la fatigue, puis de la douleur; la contracture succède à la contraction, elle porte non plus seulement sur les péroniers, mais sur les muscles animés par le nerf poplité externe, et le valgus s'ajoute au pied plat.

M. Le Fort ajoute que les courants continus et la faradisation ne lui ont jamais donné un succès sérieux. Il s'est, au contraire, trouvé très bien d'une thérapeutique particulière qui découle de sa théorie, et que nous exposerons au traitement.

Théorie de Tillaux. — M. Tillaux, pense que la cause première de la tarsalgie réside dans l'appareil ligamenteux de la voûte du pied. Les os du pied, quoique taillés en coin pour former voûte, sont rattachés entre eux par des ligaments très résistants qui l'affermissent. La station verticale longtemps prolongée tend à affaisser la voûte, et il se produit alors un tiraillement des ligaments plantaires, ce qui provoque la douleur. Les ligaments deviennent de moins en moins suffisants à maintenir les os, et la fatigue s'empare des malades de plus en plus vite. La tarsalgie est caractérisée par l'affaissement de la voûte à la suite de la pression prolongée du poids du corps sur des sujets dont le squelette n'est pas complètement développé.

Opinions étrangères; théories osseuses. — Théorie de Hencke. — Pour Hencke, le premier phénomène consisterait dans la position de pronation ou d'abduction forcée, que prendrait le pied sous l'influence du surmenage. De là, usure des os à la face dorsale, surtout au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, phénomène qui ne tarderait pas à amener l'affaissement de la voûte et la persistance de la position vicieuse.

Pendant la marche, dit Hencke, le pied tend à se fléchir sur la jambe, action contre-balancée par le triceps. En même temps le poids du corps agit pour produire la déformation en valgus, tendance qui se trouve combattue par le muscle tibial postérieur.

Si, donc, ce muscle est faible, le valgus se produit. Hencke admet que toujours le valgus précède le pied plat. Secondairement il y a abduction du pied par action des péroniers latéraux.

L'astragale glisse sous le calcanéum et vient faire saillie en dedans. Le scaphoïde glisse lui-même en dedans et se transforme en un cône à base inférieure.

Théorie de Lorenz [*de Vienne*] (1). — Pour cet auteur, le pied est constitué par deux voûtes, dont l'interne repose sur l'externe. C'est l'affaissement de la voûte externe qui est l'élément fondamental dans la production du pied plat valgus, qu'il définit ainsi : le pied plat valgus est une difformité qui survient dans certaines conditions sous l'influence de la surcharge, par affaissement de la voûte externe, et glissement de la voûte interne sur l'externe.

Théorie de Meyer (*de Zurich*). — D'après Meyer, il n'existe qu'une voûte externe. Si elle s'affaisse, il s'ensuivra un entraînement de la partie interne par l'intermédiaire des ligaments qui, eux, restent intacts.

Il se produirait un glissement de l'astragale combiné avec un mouvement de rotation qui abaisse son extrémité antérieure.

Théorie de Hueter. — La tarsalgie tiendrait à un vice de développement du squelette du pied. Normalement, la partie interne du calcanéum et de l'astragale doit se développer moins que la partie externe. Si le contraire arrive, sous l'influence de la station ou de la marche prolongée, toutes causes qui amènent une exagération dans les phénomènes normaux de la croissance, il y a tarsalgie.

Ces théories osseuses s'appuient sur la constatation de lésions du squelette qui sont incontestables. Mais le délicat est de savoir si ces troubles osseux sont primitifs ou secondaires.

Elles ont cela de commun qu'elles admettent des altérations osseuses qui sont la conséquence de la surcharge éprouvée par la voûte plantaire.

(1) Lorenz. *Die Lehre vom erworbenen plattfusse*, Stuttgard 1882.

Par là elles se rapprochent des théories modernes sur la scoliose, le genu valgum et la tarsalgie.

Hueter (1), Schreiber (2) admettent que le pied plat qui se développe dans l'enfance est attribuable au rachitisme, de même que le genu valgum qui se produit à cette époque.

Ogston et Parker (3) ont rangé le pied plat parmi les difformités auxquelles peut donner naissance le rachitisme.

Roth (4) signale la coïncidence fréquente entre le pied plat, le genu valgum et la scoliose.

Les auteurs allemands opposent le pied plat rachitique, qui se produit chez les enfants, au pied plat statique qui se montre chez les jeunes gens, sous l'influence d'une marche et d'une station trop prolongées.

Royal Withmann (5) pense que la cause la plus plausible du pied plat valgus douloureux est la disproportion existant entre le poids du corps, que le pied est appelé à supporter, et la force des muscles et des ligaments qui maintiennent sa forme. D'où affaissement par surcharge.

Il est bien certain que cette dernière opinion renferme une énorme part de vérité. Toutes les théories précédentes sont insuffisantes, parce que, voulant expliquer une affection complexe, elles tendent à l'unité de cause. Il est certain que l'affaiblissement ligamenteux, le peu de richesse du tissu osseux et la paresse musculaire, résultant d'une constitution peu favorisée, jouent un grand rôle dans la production du valgus douloureux. A cela, joignez des habitudes de station debout et de marche, chez des sujets qui n'ont pas terminé leur croissance, et vous aurez les conditions qu'on trouve le plus souvent réunies chez les candidats à la tarsalgie.

Quant au rachitisme, il peut entrer en ligne de compte, mais il ne saurait prétendre à expliquer tous les cas. Combien de tarsalgiques qui sont parfaitement droits et sans aucun stigmate de rachitisme!

III

Étiologie. — La maladie appartient au jeune âge : fréquente entre dix et vingt ans, elle est rare au delà de trente ans.

L'adolescence réunit, en effet, trois conditions nécessaires pour amener sa production : la croissance, le poids, les premières fatigues.

On a invoqué de nombreuses *causes prédisposantes*. L'influence ethnique est fort importante, et il ressort, d'un relevé de M. Chauvel communiqué à Trélat (6), que la prédisposition est fréquente dans l'ouest de la France, à Nantes et à Rennes ; qu'elle est rare dans le Midi, à Toulouse, à Montpellier, à Bordeaux.

Nous avons déjà parlé de l'opinion nouvelle qui voit dans la tarsalgie un des effets du rachitisme. La syphilis doit être inscrite au nombre des causes prédisposantes comme dans bien d'autres chapitres d'étiologie. L'âge joue un rôle capital étant donné la laxité spéciale des tissus au moment du développement. Le squelette est moins résistant et se tasse sous le poids du corps qui s'accroît rapidement.

Comme *causes efficientes*, on peut introduire tout ce qui amène l'exagération du travail physiologique dans le pied. De là, l'influence incontestable de l'état social du sujet. Rien n'est plus commun que d'observer la tarsalgie chez les petits pâtissiers, les garçons marchands de vin, les imprimeurs, les repasseuses, les jeunes domestiques.

Interviennent encore certaines *causes adjuvantes :* le froid humide qui paraît avoir eu une importance évidente dans le cas d'un batelier présenté par Trélat à la Société de chirurgie. Le même clinicien incrimine aussi la blennorrhagie, qu'il a observée chez deux de ses malades.

M. Le Fort fait jouer le rôle capital à l'action des chaussures défectueuses.

IV

Symptomatologie. — *Période du début ou du pied plat simple.* — C'est plutôt un engourdissement particulier, un sentiment de gêne, une faiblesse, une fatigue, qui ouvrent la scène. La douleur ne se montre pas immédiatement. Mais elle ne tarde guère à se manifester, plus ou moins violente et obtuse, réveillée par la marche, nulle au réveil.

La sensation douloureuse s'exaspère plus particulièrement par la pression faite au niveau de cinq points déterminés, qui, hâtons-nous de le dire, n'ont rien de constant :

En avant de la malléole interne ; au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne ; au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne ; au niveau de l'articulation du premier cunéiforme avec le métatarsien ; au niveau du long péronier latéral.

Le malade, douloureusement atteint, à la fin de sa journée, se couche et n'éprouve au matin aucune trace de ses souffrances. Mais tout reparaît avec le travail et les occupations quotidiennes.

La difficulté est grande pour le tarsalgique, de monter les escaliers et surtout de les descendre. Il lui est impossible de s'élever d'une marche à l'autre en s'appuyant seulement sur la pointe du pied. Le saut est extrêmement difficile ainsi que tous les actes qui exigent un effort dans le pied.

A ce moment déjà, une déformation existe :

Le pied est plat, élargi transversalement ; la voûte plantaire est affaissée. La chose est parfois d'une constatation difficile. Si vous hésitez, prenez une empreinte du pied de votre sujet debout, en le faisant marcher sur une feuille de papier blanc, la face plantaire ayant, au préalable, été posée sur une plaque recouverte de mine de plomb ou de noir de fumée.

Deuxième période. — Période du pied plat valgus intermittent. — Au repos, le pied est simplement plat. Pendant la marche, la douleur est grande et le pied se dévie en valgus.

Le bord interne est abaissé, épaissi et sa peau se recouvre de durillons. Le soulier s'use par son bord interne.

Sous la peau, les tendons se dessinent tendus et rigides. D'après M. Blum (1), le triceps sural et le tibial postérieur ne seraient pas atteints.

Ce simple aspect des tendons suffit pour vous faire affirmer l'existence de contractures musculaires qui cèdent encore à cette période, au repos prolongé et au chloroforme.

Gosselin (2) nous a fait connaître un excellent signe de

(1) Hueter. *Grundriss der Chirurgie. Drite auflage.*
(2) Schreiber. *Allgemeine und specielle orthopadische Chirurgie*, 1885.
(3) Ogston et Parker. A discussion on the Rickets, in the section of diseases of the children at the annual meeting of the Brit. Med. Assoc., Glasgow 1888.
(4) Roth. *New-York Med. Record*, 17 mars 1888.
(5) R. Withmann. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 14 et 21 janv. 1888.
(6) Trélat. *Cliniques chirurgicales*, t. II, 1891.

(1) Blum. *Arch. gén. de méd.*, 1886.
(2) Gosselin. *Cliniques de la Charité*, 1879, t. I, p. 202.

cette contracture, signe qui porte son nom. Le chirurgien soulève la jambe avec ses deux mains placées au-dessus des chevilles. Il secoue cette jambe en la portant brusquement et alternativement en dehors et en dedans. Il ne peut, de la sorte, imprimer au pied aucun ballottement de latéralité, tandis que du côté sain, ces mouvements se produisent.

On pourra se rendre compte de l'état du long péronier latéral par un moyen clinique fort simple : le malade étant couché, on se place au pied de son lit, en face du membre malade. Saisissant le pied avec une main, on applique le pouce sur la tête du premier métatarsien, à l'endroit où s'insère le long péronier, en exerçant en ce point une certaine pression. On invite alors le malade à vaincre la résistance que lui oppose le pouce ainsi placé, en poussant de tout son pouvoir. Du côté malade, si le long péronier est pris, cet effort n'aura pas pour résultat le rétablissement, même partiel, de la voûte plantaire. Du côté sain, on verra la même manœuvre amener l'exagération de la cambrure du pied.

On devra enfin explorer les muscles au point de vue de leur pouvoir à réagir sous l'influence de l'excitation électrique.

Troisième période. — Pied plat valgus permanent. — Elle se caractérise par des rétractions tendineuses et ligamenteuses, par des déformations osseuses.

L'examen du pied fait reconnaître vers son bord interne : la malléole interne, l'astragale, le scaphoïde.

L'avant-pied est en abduction sur l'arrière-pied et l'on peut voir une dépression au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne.

Les caractères de la déviation sont très nets : saillie prononcée de la malléole interne qui vient presque toucher le sol, avant que se produise le relèvement du talon signalé par Ogston; saillie plus marquée de la tête de l'astragale qui repose directement sur le sol, du scaphoïde et du premier cunéiforme qui tendent déjà à se relever en dehors; brisure du pied dans l'articulation de Chopart. L'avant-pied est dévié et comme tordu en dehors. Le gros orteil est parfois fortement fléchi dans son articulation métatarsienne. L'axe de la jambe prolongé tombe quelquefois à trois travers de doigt en dedans de la ligne du pouce.

A voir cette jambe de loin, on dirait d'une fracture de Dupuytren mal consolidée.

Les extenseurs forment au cou-de-pied une saillie très manifeste.

Le tendon du court péronier latéral est très apparent aussi, et sa faradisation exagère la déformation. Au contraire, l'électrisation du long péronier latéral le laisse inerte.

Tous ces tendons sont rigides et rétractés et non pas seulement affaiblis, comme dans la première période.

Delore indique à cette époque la fréquence des craquements, des altérations articulaires, même des ankyloses; la douleur, dit-il, domine la difformité. Si la flexion et l'extension du pied (articulation tibio-tarsienne) sont intactes ou à peu près, l'abduction et l'adduction sont très limitées.

Les durillons, la formation d'un bourrelet de peau en dehors de la plante du pied, la stase veineuse, sont la conséquence de ces déformations.

V

Marche; complications. — L'évolution du mal est progressive si on l'abandonne à lui-même. La guérison ne se fait jamais : c'est ce qui résulte de la lecture de nombreuses observations où les malades ont été fort longtemps suivis. Même lorsque, dès la période de début, on s'est opposé à l'établissement du pied plat définitif, en faisant rapidement adopter au malade des chaussures spéciales, on constate, le plus souvent, qu'ultérieurement, le tarsalgique se croyant guéri abandonne son appareil. La rechute ne tarde pas à se produire de nouveau, exigeant impérieusement une correction nouvelle.

La maladie, libre d'évoluer, passe par les trois périodes successives précédemment citées :

1° Période du pied plat simple;

2° Période du valgus intermittent dû à la contraction musculaire et qui cède au repos et au chloroforme;

3° Période du valgus définitif aboutissant à l'ankylose, c'est-à-dire à la déformation définitive.

Nous croyons devoir attirer l'attention sur une forme de tarsalgie qu'il nous a été donné d'observer et qui est peu commune. Il s'agit d'un homme âgé de quarante ans, qui se présenta à l'hôpital avec des signes non équivoques de tarsalgie ayant débuté « d'une façon aiguë », après un excès de fatigue. Son interrogatoire, minutieusement conduit, nous apprit qu'une dizaine d'années auparavant, il avait été immobilisé dans le service de M. le professeur Le Fort pour la même affection. Mais ce n'était pas tout : cinq ou six ans avant son entrée chez M. Le Fort, il avait été soigné de la même façon, dans un autre service, pour une atteinte de tarsalgie.

Comme nous l'avons dit plus haut, la rechute est la règle dans la tarsalgie. A l'occasion d'une fatigue, le malade, qui se croyait guéri et avait enlevé l'appareil destiné à maintenir sa voûte, voit à nouveau la déformation se produire et devenir douloureuse.

Mais il ne nous semble pas que l'observation que nous signalons puisse entrer dans le cadre des tarsalgies à rechutes. Le mot de tarsalgie à répétition lui conviendrait peut-être davantage, étant donné l'intervalle considérable qui sépara chaque atteinte nouvelle, étant donné aussi le début franchement aigu du dernier retour offensif du mal.

Une complication qu'il n'est pas rare d'observer au cours du pied plat valgus douloureux est l'ostéite du plateau tibial inférieur. Le diagnostic peut souvent s'égarer et, mis en présence de cette complication, le chirurgien, d'après l'aspect de la région et l'élargissement considérable de la zone inter-malléolaire, ne soupçonnera pas que la tarsalgie se cache sous le couvert des symptômes de la complication qu'elle a produite.

M. Terrillon a signalé, à la Société de chirurgie (1), une complication du pied plat valgus douloureux consistant en manifestations douloureuses et inflammatoires au niveau de la malléole externe et de l'articulation péronéo-tibiale inférieure.

Du côté de la malléole externe, existe une douleur persistante, s'accompagnant de gonflement vers le sommet de la malléole externe. Cette douleur devient très vive pendant la marche. Elle disparaît par le repos.

Souffrance vive au niveau de l'articulation tibio-péronière inférieure, dont le ligament distendu permet une motilité anormale assez considérable de la malléole externe. Il y a des mouvements de latéralité de l'astragale.

Voici comment M. Terrillon explique le mécanisme par

(1) Séance du 9 janvier 1884.

lequel le valgus pied plat est devenu la cause des désordres malléolaires : continuellement et fortement renversé en dehors, le calcanéum a contusionné, par sa face externe, le sommet de la malléole externe. En même temps, il sollicitait, ainsi que l'astragale, l'extrémité inférieure du péroné à s'écarter du tibia. Le ligament péronéo-tibial inférieur, continuellement tiraillé, a cédé en partie, mais en subissant une irritation qui se manifestait par la douleur, une mobilité anormale et un certain degré d'arthrite.

M. Terrillon insiste sur ce fait qu'il y avait, chez les malades qu'il a observés, impotence non seulement du long péronier latéral, mais aussi du jambier antérieur, lequel a pour principal rôle de relever le bord interne du pied.

Le chirurgien de la Salpêtrière a observé trois malades, deux garçons et une fille. *Chez tous, il y avait bilatéralité de l'affection.* Il se demande si la cause du pied plat valgus douloureux qu'il décrit ne doit pas être recherchée dans une lésion nerveuse primitive, probablement d'origine médullaire.

M. Boudet (de Paris), qui a observé deux cas analogues, croit aussi à la lésion médullaire, passagère mais réelle.

VI

Diagnostic. — Le diagnostic doit pouvoir être fait aux diverses périodes de la maladie.

Avant la déformation, on pourra confondre la douleur avec celle que produisent le rhumatisme, l'ostéite des os de la région.

Le *rhumatisme* se limite rarement à une seule articulation. Sa marche est erratique. Le tableau symptomatique n'est jamais, dans la suite, celui de la tarsalgie. Le salicylate de soude devra être employé comme pierre de touche, la température être prise avec soin.

L'*ostéite* peut bien s'accompagner de contractures réflexes, mais on a, avec elle, une douleur bien délimitée à une région osseuse, des symptômes inflammatoires constants, avec œdème et gonflement. On observe consécutivement la production d'abcès qui ne sauraient permettre de faire fausse route.

Après la déformation, la confusion pourra s'établir avec le *pied plat congénital*. Mais là, dès la naissance, la voûte plantaire est absente ou très peu prononcée. L'avant-pied est en varus par prédominance de force tonique du jambier antérieur, quand le pied ne repose pas sur le sol. Il y a cependant intégrité de la contraction volontaire du long péronier. Le jambier antérieur a subi un développement considérable et son tendon forme un relief très prononcé.

Chez l'enfant ou l'adolescent, pendant la station debout ou la marche, il y a valgus passif. Plus tard, chez l'adulte, il s'établit un valgus continu, du fait de certaines rétractions musculaires ligamenteuses.

Quelquefois, on ne constate pas de troubles fonctionnels dans la station et la marche, mais ordinairement tôt ou tard, dans l'âge adulte, il survient de l'impotence du long péronier.

La bilatéralité constante de l'affection doit entrer en ligne de compte; mais hâtons-nous de dire que le valgus douloureux peut s'attaquer aussi, et fréquemment, aux deux pieds à la fois.

Le pied plat congénital est l'apanage de certaines races et on l'observe couramment chez les Juifs, les Nègres, les Arabes.

La *paralysie du long péronier latéral* pourra en imposer dans certains cas :

Les désordres occasionnés par la paralysie du long péronier (valgus, pied plat, douleurs tarsalgiennes, contractures réflexes, rétractions consécutives), sont absolument les mêmes que dans l'impotence fonctionnelle du même muscle. Cependant la persistance du pied plat valgus pendant la station et la marche distingue la première de la seconde, dans laquelle ces désordres n'apparaissent que temporairement pendant l'exercice de ces fonctions, comme l'indique le nom d'impotence fonctionnelle donné par Duchenne.

L'étiologie offre encore des signes importants de diagnostic différentiel. Ainsi, la paralysie spinale de l'enfance ou l'atrophie musculaire progressive peuvent être localisées dans le long péronier.

Des causes traumatiques (contusions, blessures par armes à feu) ou une névrite du nerf sciatique ou de l'une de ses divisions, peuvent occasionner la paralysie ou l'atrophie de ce muscle. Les causes de ces affections diverses du long péronier, dont le diagnostic est toujours facile, ne sauraient être confondues avec celles de l'impotence fonctionnelle de ce muscle.

La contracture du long péronier latéral se distinguera assez facilement :

A la période de contracture, les éléments de diagnostic du spasme fonctionnel du long péronier se manifestent lorsque les pieds ne reposent pas sur le sol. Ils sont caractérisés : 1° par l'augmentation de la courbure plantaire et par l'abaissement de la saillie sous-métatarsienne au-dessous des autres métatarsiens; 2° par la diminution du diamètre transversal de l'avant-pied et par une torsion de celui-ci sur l'arrière-pied, produisant sur la face plantaire des plis obliques de dedans en dehors et d'arrière en avant; 3° par un mouvement de valgus dans l'articulation calcanéo-astragalienne; 4° par la saillie du tendon du long péronier en arrière et un peu au-dessus de la malléole externe, ou ce relief augmente lorsqu'on cesse de relever la tête du premier métatarsien ou même des autres; 5° enfin, par le retour de la force normale du pied après un certain temps de repos.

La confusion entre la déformation du pied spasmodique et celle produite par l'impotence, pourra d'autant mieux s'établir qu'on se contentera d'examiner les malades debout ou en marche. Comme dans la contracture du long péronier latéral, le bord interne du pied semble toucher le sol dans toute sa longueur, parce que le poids du corps et la résistance du sol diminuent la courbure de la voûte plantaire en pressant sur ses deux extrémités, on ne manque pas alors de diagnostiquer l'existence d'un pied plat valgus. Si, suivant le conseil que nous avons donné plus haut, on examine le pied pendant qu'il est suspendu et au repos musculaire, on reconnaît bien vite aux signes précédemment décrits que le pied plat n'était qu'apparent; que c'est, au contraire, un pied creux valgus par contracture du long péronier.

VII

Pronostic. — La guérison définitive est bien difficile à obtenir. Nous avons vu plus haut que la maladie s'acheminait graduellement vers une période de déformations locales avec ankyloses. Les ankyloses amènent la disparition des douleurs, et en cela on devrait, semble-t-il, désirer les voir

s'établir, mais il ne faut pas oublier que les difformités qui sont leurs contemporaines constituent une gêne considérable pour la marche. Au point de vue esthétique, le pied est affreux. Mais, même à cette période, on ne doit point désespérer d'une tarsalgie si l'on intervient chirurgicalement.

VIII

Traitement. — La première chose à faire, en présence d'un tarsalgique, est de prescrire le repos au lit. Les malades arrivent la plupart du temps à la consultation, fatigués, très déformés, les muscles en contracture, quelquefois même avec l'ostéite du plateau tibial inférieur que nous avons signalée dans le cours de cette étude. Il faut attendre les résultats du décubitus prolongé avant de prendre un parti.

Dans les cas légers, on se trouvera bien de l'électrisation musculaire qu'on ne limitera pas seulement au long péronier latéral comme le veut Duchenne.

Voici ce que dit l'illustre clinicien à ce sujet :

« La faradisation à intermittences rares, exactement localisée dans le long péronier, pendant huit à dix minutes par séance, et renouvelée quinze à vingt fois, guérit, en général, l'impotence fonctionnelle du long péronier ; malgré la persistance du valgus, habituellement occasionnée par des rétractions musculaires et articulaires, lorsque la maladie est ancienne. »

Roth, Ellis, Arbuthnd Lane, Royal Withmann, attachent une grande importance au massage, et aux divers exercices orthopédiques, propres à activer la nutrition des muscles de la jambe.

Voici les préceptes enseignés à ce sujet par Landerer [de Leipzig] (1).

Dans le pied plat, il est indiqué de fortifier par le massage tous les muscles qui contribuent à maintenir l'intégrité de la voûte plantaire. Ce sont, en première ligne : le jambier postérieur, puis le triceps et les petits muscles de la plante du pied. La méthode de l'auteur est conforme aux indications précédentes : des percussions vigoureuses sont exercées d'abord au côté interne du mollet sur le tibial postérieur, puis sur le triceps, et, enfin, sur les muscles courts de la plante du pied. Les mêmes régions sont ensuite pétries avec force, en enfonçant les doigts dans la profondeur des tissus. Enfin, le pied et la jambe sont frictionnés en allant de bas en haut. Landerer massait aussi, au début, les points douloureux. Il y a renoncé et s'adresse aux seuls muscles.

Il apporte, à l'appui de sa méthode, huit observations avec guérisons au bout d'un temps variant de trois à huit semaines.

On pourra encore conseiller, comme exercices orthopédiques, des pointes sur les pieds et, particulièrement, sur le bout du gros orteil.

Cette manœuvre nous paraît peu pratique et bien difficile à exécuter, aussi lui préférons-nous celle qui consiste à faire tourner une roue par les malades. Le balancier de la roue est disposé de telle sorte qu'arrivé au plus haut point de sa course, sa hauteur est telle qu'on ne peut l'atteindre qu'avec difficulté et en s'élevant sur la pointe du pied.

On pourrait encore soulever le malade au moyen de l'appareil à suspension de Sayres, en ne lui permettant de s'appuyer sur le sol que du bout des pieds.

Si l'on n'obtient rien de ces pratiques, et peut-être même, croyons-nous, avant de les essayer, on devra recourir à l'immobilisation plâtrée, dans un bon appareil, mis sous le chloroforme qui permettra de vaincre les résistances et de réduire la difformité.

Au bout d'un temps plus ou moins long, on essaiera de faire marcher son malade, le pied maintenu par une bande élastique moyennement serrée.

A l'exemple des partisans de la théorie mécanique qui voient dans l'affaissement de la voûte plantaire, l'unique source des accidents, on s'efforcera de rétablir au moyen de semelles convexes la voûte du tarse.

Disons tout d'abord que Lorenz, logique avec lui-même, place la convexité de l'appareil au côté externe du pied.

M. le professeur Le Fort a obtenu de très beaux succès par l'emploi méthodique de ces tuteurs de la voûte.

Voici comment il s'exprime à ce propos :

« Puisque l'affaissement de la voûte du pied était le phénomène primordial, je cherchai à la rétablir par un moyen artificiel. Il me parut que, si je rétablissais artificiellement la voûte plantaire, les ligaments distendus, obéissant à cette loi générale qui veut que tous les tissus relâchés se rétractent, se raccourciraient et que la solidité des articulations tarsiennes serait rétablie. Je fabriquai moi-même, en liège, une sorte d'étançonnage de la voûte, en taillant une plaque de liège épaisse de 2 centimètres à son point le plus élevé, et de cette même hauteur au niveau du bord interne du pied, longue de 7 centimètres environ, finissant en mourant, en avant et en arrière, aussi bien que sur son bord externe. Cette sorte de saillie en dos d'âne, analogue à la plaque de liège que l'on place à l'intérieur des chaussures contre le pied valgus, en différait notablement par une longueur beaucoup moindre et une hauteur beaucoup plus considérable. Elle formait en quelque sorte le moule d'une voûte de pied normale. »

Le rétablissement seul de la voûte du pied par ce moyen, suffit souvent pour faire disparaître tout symptôme fâcheux.

Ces semelles, avec étançonnage de la voûte en liège, se trouvent toutes faites chez les marchands d'appareils de chirurgie.

Il est très commode de les introduire dans une chaussure à la place de la petite semelle ordinaire en cuir mince. Elles ont fait marcher sans fatigue de nombreux malades à qui la chose était impossible. Leur emploi doit être prolongé fort longtemps pour ne pas dire toujours, et le retour à l'emploi de chaussures non cambrées et à semelles minces peut ou doit amener des récidives.

Dans les cas prononcés, M. Colin construit un appareil un peu plus compliqué. La plaque en liège destinée à soutenir la voûte, est placée sur une semelle métallique au bord externe de laquelle se trouve fixée une tige métallique, véritable tuteur externe qui remonte le long du péroné. Au niveau de la malléole existe une sangle en coutil destinée à rapprocher la malléole interne déjetée en bas, du tuteur métallique, et à la relever en fournissant un point d'appui solide.

Par ce moyen, la voûte et la malléole interne se trouvent soutenues.

Lorsque le valgus s'est surajouté au pied plat et que les divers moyens précédemment énumérés ont échoué, on pourra peut-être faire la ténotomie des péroniers latéraux

(1) Landerer. Die Behandlung des schmerzhaften Plattfusses mit Massage, *Berlin. klin. Wochens.*, 25 nov. 1889.

à l'exemple de Barwell. Duchenne déclare cette pratique détestable.

Chez certains malades, la rétraction musculaire, la déformation des surfaces osseuses et articulaires est si prononcée que la difformité ne peut être vaincue. On procédera alors à des opérations sur le squelette.

La plupart des chirurgiens s'attaquent à l'astragale. Bennet conseille l'excision cunéiforme de cet os. Stokes le résèque d'emblée. Vogt l'extirpe en totalité.

Ogston en 1884 (1) a proposé l'enchevillement de l'articulation astragalo-scaphoïdienne. A cette époque il apportait à l'appui dix-sept observations suivies de succès.

Opération d'Ogston. — Nous en empruntons la relation à M. Kirmisson (2) : « Incision de 4 à 5 centimètres sur le bord interne d pied, et ouverture de l'articulation astragalo-scaphoïdienne. A l'aide de l'ostéotomie, un coin à base interne a été détaché de l'extrémité antérieure de l'astragale ; puis nous enlevâmes avec le même instrument la surface cartilagineuse du scaphoïde. On doit enlever des lamelles osseuses jusqu'au moment où un contact intime pourra être amené entre les deux surfaces à réunir. Le dernier temps de l'opération, le plus difficile, consiste dans l'enchevillement des deux os. Pour cela un orifice fut pratiqué, avec la drille, sur le scaphoïde, dans une direction aussi parallèle que possible à la surface extérieure de l'os et une cheville en ivoire enfoncée dans cet orifice alla se fixer dans la surface de section de l'astragale. L'opération fut terminée par la suture au crin de Florence de la plaie. »

D'après M. Kirmisson, l'opération d'Ogston est indiquée dans les cas où la tête de l'astragale fait sur le bord interne du pied la saillie dominante. C'est à cette saillie, à cet obstacle, qu'il faut s'adresser et l'enchevillement d'Ogston est indiqué.

Si c'est le scaphoïde qui constitue la principale saillie, c'est son extirpation qui s'impose.

C'est ce qu'a proposé de faire Richard Davy (3). Ce chirurgien craint, en outre, d'intéresser la tibio-tarsienne au cours de l'opération d'Ogston. Aussi préconise-t-il l'ablation du scaphoïde.

Golding Bird va plus loin. Comme Richard Davy, il procède à l'énucléation du scaphoïde, mais il ajoute la section complète de tout le tarse, manœuvre qui lui permettrait de supprimer les douleurs et de procéder utilement à la restauration de la voûte.

Le chirurgien anglais paraît avoir aujourd'hui renoncé à cette tarsectomie.

Ces exemples ont été suivis en France, et à la séance du 29 janvier 1890 de la Société de chirurgie, M. Jalaguier présentait un enfant de douze ans sur qui il avait pratiqué avec un plein succès la résection sous-périostée du scaphoïde.

Le 20 janvier 1891, M. Kirmisson présentait, à l'Académie de médecine, un garçon marchand de vin qui avait été l'objet d'une double opération d'Ogston pour tarsalgie bilatérale. Le résultat était excellent.

L'opération d'Ogston doit être rangée parmi les arthrodèses instituées par le professeur Albert de Vienne, bien qu'on ne s'y borne pas à enlever le cartilage des surfaces articulaires, mais qu'on procède à l'enchevillement de l'articulation astragalo-scaphoïdienne.

(1) Ogston. *The Lancet.*
(2) Kirmisson. *Rev. d'orthop.*, 1er janv. 1890.
(3) R. Davy. *The Lancet*, 6 avril 1889.

Au lieu d'agir sur le squelette du tarse, Trendelenburg (1) propose l'ostéotomie sus-malléolaire.

Le chirurgien allemand a été conduit à cette intervention, par l'étude des analogies qui existent entre les fractures de Dupuytren consolidées dans des positions vicieuses, et le pied plat valgus. La déformation est presque identique dans les deux cas, et Trendelenburg démontre la vérité de son assertion par la présentation de moules plâtrés.

Il est donc naturel, d'après lui, qu'on songe à intervenir par le même procédé opératoire dans les deux cas.

Si le but atteint doit être le même, Trendelenburg n'hésite pas à croire qu'on adoptera son opération de préférence à toute autre, car elle a pour elle la simplicité et l'innocuité. Voici la description schématique de la technique de l'intervention : incision de 1 centimètre de long allant jusqu'à l'os, au-dessus de chaque malléole. A l'aide d'un ciseau, on entamera l'os dans le fond de chaque incision ; il est inutile de sectionner le tibia à fond. Un coup bien frappé suffit. La rupture pourra être achevée à la main.

Cela fait, on corrigera soigneusement la pronation de la plante du pied et on le maintiendra solidement en bonne direction sur l'axe de la jambe.

Pendant ce temps, un aide aura préparé une gouttière plâtrée, qui sera placée aussitôt. On attendra la dessiccation en ayant soin de continuer la correction.

La consolidation se fait attendre quatre ou cinq semaines au bout desquelles le malade pourra marcher. Trendelenburg est quatre fois intervenu ainsi avec un plein succès : chose plus étonnante, il prouve à l'aide d'empreintes prises chez ses opérés que le creux plantaire se restaure après l'intervention.

Ces résultats remarquables inspirent à MM. Forgue et Reclus, dans leur *Traité de thérapeutique chirurgicale*, la réflexion suivante : « L'opération de Trendelenburg nous paraît, pour les valgus plats douloureux, l'opération de choix : sa simplicité la recommande ; mieux que toute correction portant sur le tarse, elle remédie au facteur dominant de la gêne et de la douleur, à savoir : la direction vicieuse de l'axe de la jambe, par rapport à l'axe du pied.

MÉDECINE LÉGALE DES ACCIDENTS DE LA FOUDRE (2)

Par le docteur Vincent, de Guéret (Creuse),
Lauréat de l'Académie de médecine, de la Société de médecine du Nord et de la Société des langues romanes de Montpellier.

IV

D. Un effet, aussi fréquent ici que dans les circonstances ci-dessus énumérées, est la perforation, par la foudre, des objets métalliques en plaques plus ou moins laminées, tels que plaques de fonte et de tôle, marmites, ustensiles de cuisine en cuivre ou en fer-battu, comme casseroles, chaudrons, cafetières, etc. Ces perforations, dont les bords fondus ou non peuvent être renversés du côté de la sortie du courant, sont variables par leur étendue, leur nombre, leurs formes diverses. Une forme observée ici aussi souvent qu'ailleurs est la forme *régulièrement circulaire*, comme celle qui serait produite par les projectiles sphériques lancés par les armes à feu, pouvant présenter tous les calibres depuis celui d'un plomb de chasse jusqu'à plusieurs centimètres de diamètre.

Arrêtons-nous un moment sur cette dernière forme de perfo-

(1) Trendelenburg. Uber plattfuss operationen, *Arch. f. klin Chir.*, 1889, t. XXXIX, p. 751.
(2) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 965.

ration que nous avons rencontrée si souvent déjà, et que nous rencontrerons encore en continuant de traiter des effets de la foudre. Pour moi, elle ne fait que rendre celle de *l'agent fulgurant*, ou mieux du *projectile* fulgurant ainsi que nous l'avons qualifié plus haut, qui, dans toutes ses manifestations visibles, prend toujours la forme globuleuse, à l'instar d'un liquide ou d'une matière en fusion que l'on fait tomber goutte à goutte; ou mieux, si l'on veut, de l'eau à l'état sphéroïdal sur une plaque incandescente. Le globe de feu, qui a frappé Th..., s'est divisé successivement en quatre parties dont deux extérieurement sous forme de boules; à Montaignat des boules de feu tombaient du toit et ricochaient sur le pavé avant de disparaître dans le sol; à la maisonnette de Sainte-Feyre, une jeune fille a vu une boule de feu, du volume d'une balle de fusil, voltiger sur le pavé, etc. Tous les physiciens admettent la chute de la foudre en globe, qu'ils distinguent de l'éclair ou étincelle fulgurante ordinaire. Pour moi, cette distinction n'a pas sa raison d'être, et l'éclair rubané ne me paraît qu'un globe lancé avec une assez grande vitesse pour donner lieu à une illusion d'optique analogue à celle produite par ce jeu avec lequel les nourrices amusent les enfants : en prenant un mince tison incandescent par un bout et en lui imprimant un rapide mouvement circulaire, on donne lieu à un cercle de feu sous forme de ruban continu. Avec le même tison, porté aussi haut que possible et abaissé avec un rapide mouvement en zigzag, il m'a été possible de produire quelque chose qui ressemblait assez à un éclair en petit. La simple bluette, lancée avec vitesse par un brasier qui pétille, trace aussi son sillon de feu. Si, pour les géomètres, le point en mouvement est le générateur de la ligne, grâce à une illusion d'optique, l'étincelle globuleuse échangée entre le nuage et le sol devient aussi la génératrice de l'éclair.

7° *Des effets chimiques et de transport de matière* peuvent aussi se produire. Nous reviendrons plus loin sur ces effets ainsi que sur les phénomènes de transport de matière et image électrographique auxquels nous consacrerons des articles à part.

8° *Incendies.* — Comme tout le monde le sait, l'incendie est un accident fréquent de la foudre. La question médico-légale qu'il peut soulever, est celle de déterminer s'il est bien dû à cette cause et non pas à la malveillance. Des effets sur les murs que nous avons décrits ci-dessus, tels que perforation des murs et de la voûte des caves, sillons plus ou moins étendus et profonds et excavations pratiquées dans leur épaisseur, projection à distance des matériaux de démolition, etc., peuvent indiquer que l'incendie a été allumé par la foudre, ou tout au moins rendre cette cause probable. La probabilité serait encore plus grande si la cheminée était déplacée en masse comme nous en avons cité des cas. La fusion des métaux serait ici, on le comprend, de peu de valeur. Mais le plus souvent, il sera difficile, sinon impossible, de pouvoir dire s'il peut être attribué à cet agent ou à la malveillance qui profiterait de l'événement pour l'allumer dans un édifice où il existe des matières combustibles.

Dans le cas d'assassinat, l'incendie peut faire disparaître le corps du délit tout entier, ou, tout au moins, les preuves du crime, même celles que l'on peut tirer de la plupart des effets que nous venons d'exposer.

II. Effets de la foudre sur les arbres. — L'arbre, par son élévation, comme le bâtiment, forme un intermédiaire entre le sol et le nuage chargé d'électricité de nom contraire. Pendant la saison des orages, la sève, qui remplit ses vaisseaux et humecte ses tissus, et l'épanouissement de son feuillage en font à la fois un bon conducteur de l'électricité et un vaste appareil à très large surface où vient s'accumuler l'électricité du sol en présence de l'électricité du nuage qui l'attire. Aussi, n'est-il pas étonnant que, de tous les êtres et objets que la terre porte, l'arbre soit le plus souvent frappé par la foudre.

Lorsque, après un orage, une personne est trouvée morte dans un champ, cette circonstance doit toujours éveiller l'attention du médecin-expert et lui faire examiner attentivement les arbres qui sont dans la proximité.

Les lésions produites par la foudre sur les arbres sont certainement variables par leur nombre, leur étendue en hauteur, largeur et épaisseur; mais, d'une manière générale, elles présentent une grande analogie, dans le *modus agendi* de leur cause productrice, qui agit de bas en haut ou de haut en bas selon que la foudre est ascendante ou descendante, avec celles produites sur le corps humain, ainsi que nous le verrons plus loin. L'arbre devient un conducteur que la foudre parcourt dans le sens de sa longueur tout comme les conducteurs métalliques. C'est au moins ce qui me paraît résulter de l'exposition sommaire que je vais en faire.

Ces lésions ont été étudiées d'une manière toute particulière par M. le professeur Colladon, de Genève, qui en a fait l'objet de son *Mémoire sur les effets de la foudre sur les arbres et les plantes ligneuses*, auquel j'emprunterai beaucoup pour la rédaction de cet article.

Je les diviserai en *lésions superficielles ou corticales*, affectant l'écorce dans une partie ou la totalité de son épaisseur; et en *lésions profondes ou ligneuses*, affectant, en même temps que l'écorce, partie ou totalité du bois. — L'étude des lésions comprises dans les deux branches de cette division, s'applique plus particulièrement au tronc et aux branches; celles observées sur quelques parties de l'arbre en particulier, comme les racines et les feuilles; enfin quelques considérations générales constitueront les différents paragraphes dont se composera cet article.

VARIÉTÉS

Un précurseur du docteur Charcot au XVIIIe siècle. L'abbé de Saint-Pierre et son trémoussoir.

Sous ce titre, M. le docteur Cabanès publie, dans l'*Intermédiaire des chercheurs et curieux*, un intéressant petit travail que voici :

On fait, en ce moment, grand bruit d'une médication, imaginée par M. le professeur Charcot, pour le traitement de certaines affections nerveuses.

M. Charcot ayant, depuis longtemps, observé que certains malades se trouvaient soulagés par un voyage prolongé en voiture ou en chemin de fer, a fait construire un fauteuil mis en action par un moteur électrique, et qui, par des mouvements d'oscillation assez énergiques, donne au patient la sensation qu'il est assis sur la banquette d'un wagon fortement cahoté. D'où le nom de *fauteuil trépidant*, dont on a baptisé cet ingénieux instrument de torture. Le professeur de la Salpêtrière, si nous en croyons les feuilles techniques, n'est pas loin d'affirmer que ce bizarre procédé thérapeutique, qu'il appelle la *médication vibratoire*, doit désormais prendre rang parmi les médications qui ont fait leurs preuves.

On ne jugera pas cette affirmation trop téméraire, quand on saura ce que M. Charcot ou ses élèves ignorent, sans doute, que la médication, prétendue nouvelle, remonte, pour le moins, au XVIIIe siècle.

A part quelques modifications de détail (chaque invention, en renaissant, ne doit-elle pas s'adapter au temps qui la voit naître?), on va reconnaître, sans trop de peine, le *fauteuil trépidant* de M. Charcot dans le *trémoussoir*, imaginé, au siècle dernier, par l'abbé de Saint-Pierre.

L'abbé de Saint-Pierre, un idéologue dont quelques-uns des rêves les plus raillés sont entrés dans le domaine de la pratique, avait entendu dire à Chirac, premier médecin du Roi, qu'un des remèdes les plus efficaces « contre beaucoup de maux que l'on attribue à la mélancolie, aux vapeurs, à la bile et aux obstructions du foie, de la rate et des autres glandes du bas-ventre, était un voyage en chaise de poste qui roule rapidement sur le pavé pendant plusieurs jours ».

Mais, comme la chaise de poste n'était pas un remède à la portée de toutes les bourses, et qu'elle était, par elle-même, assez embarrassante, l'abbé de Saint-Pierre avait pensé que l'on y pourrait suppléer par un fauteuil affermi sur un châssis, « qui causerait des secousses fortes et diverses ».

Le jeu de ce fauteuil à ressort étant disposé de telle sorte qu'il secouait celui qui y était assis, tout comme une chaise de poste en mouvement, le nouvel instrument fut appelé le *trémoussoir*. D'autres le désignèrent sous le nom de *fauteuil de poste*.

Le 31 décembre 1734 fonctionnait le premier trémoussoir. Il était construit de façon à ce qu'on pût augmenter à volonté le *trémoussement*, en faisant glisser le fauteuil sur un châssis mobile, à des distances convenues, ou en augmentant la vitesse de la roue qui servait à l'actionner.

Comme on avait remarqué que la machine faisait quelque bruit, pas assez, cependant, pour empêcher celui qui était dans le fauteuil « d'entendre tout ce qui se disait autour de lui », l'ingénieur trouva le moyen « de diminuer encore le bruit de plus de la moitié ».

Dès lors, le trémoussoir fit fureur. A en croire la chronique, il n'y avait pas que les vrais malades qui recherchaient ce balancement factice.

Il faut dire aussi que l'abbé de Saint-Pierre s'entendait, mieux que personne, à prôner sa découverte.

La réclame qu'il fit paraître, à cette occasion, est un modèle du genre.

Il recommandait surtout son fauteuil aux gens riches et sédentaires : ce sont, on le conçoit, les plus sujets aux obstructions. Ceux-là pouvaient avoir la machine chez eux. Mais, pour le public, il en trouverait « chez les apothicaires et les chirurgiens ». Les personnes saines s'en serviront aussi utilement, ajoutait-il, les unes « pour conserver leur degré de santé » ; les autres « pour éviter des saignées de plénitude ».

« Pour la simple conservation de la santé contre les maux menaçants, il suffira, à la plupart, d'user de cette machine deux ou trois jours d'une semaine, durant deux ou trois heures ; mais à l'égard des malades, comme il y a des maladies plus ou moins opiniâtres, les unes pourront se guérir en deux ou trois jours, les autres ne pourront subir de soulagement sensible qu'en un plus long espace et par des secousses moins fortes et moins vives. »

Mais ce remède est un préservatif salutaire pour quantité d'incommodités et son usage ne peut tarder à se vulgariser. Les causes les plus générales de nos maladies ne proviennent-elles pas d'un défaut de transpiration ou de l'obstruction des glandes, grandes ou petites, du corps humain ?

Ainsi :

« Il y a des gens qui, pour leur santé, ont besoin d'aller à la chasse et se trouvent mal dans les lieux où ils ne sauraient chasser; or cet exercice, de cette sorte de poste, pourrait suppléer à ce défaut de chasse.

Il y a des personnes ou infirmes, ou âgées, ou convalescentes, qui n'ont pas la force de marcher assez longtemps pour faire un exercice suffisant pour leur santé. Or, la machine y suppléera ; ils ne dépenseront, dans cet exercice, aucune partie de leurs forces, ce qui est très important.

Il y a des personnes qu'il est difficile de saigner par précaution, sans risquer de les estropier; il y a des femmes qui, surtout en certains temps, ont besoin de l'effet de la saignée; or, cet exercice, joint à la diète, peut y suppléer sans aucun danger. »

Les goutteux ne pourront aussi que s'en bien trouver, puisque leurs accès viennent « ou faute d'exercice suffisant, ou faute d'assez d'air dans le sang et de respiration assez fréquente et assez forte ». Cette machine ne sera pas moins nécessaire « dans les communautés religieuses » et « aux gens d'étude qui n'ont point d'exercice corporel suffisant ».

Mais il est des services, au moins inattendus, que la nouvelle machine peut rendre. *Risum teneatis.*

« Comme cette machine fera moins de bruit qu'une chaise de poste sur le pavé, un ministre indisposé assis sur le fauteuil pourra facilement se faire lire les lettres, les placets, les mémoires, ou s'en faire rendre compte par des commis, et leur dicter les réponses et les autres dépêches. Il retrouvera ainsi un degré de mouvement et de circulation nécessaire à son sang et à ses autres liqueurs, que le repos excessif de la chaise lui aurait peu à peu fait perdre. »

Et ailleurs :

« Le grand âge de nos ministres ne leur laisse pas souvent assez de force, ni le ministère assez de loisir pour aider la transpiration par la promenade à pied ou à cheval; or, la machine suppléera avantageusement ou au manque de force ou au défaut de loisir, et fera ainsi durer la vigueur du corps et de l'esprit dans les ministres âgés et les rendra plus longtemps plus sains et par conséquent plus utiles à leur patrie. »

Il y a mieux :

« On pourrait placer deux fauteuils sur la machine afin que deux personnes pussent avoir le plaisir de converser en prenant le même remède; on pourra du fauteuil en faire un lit, en baissant le dossier et en élevant le marchepied. On pourra faire mouvoir la machine par un poids comme celui qui fait tourner la broche, et suspendre même le poids dans une chambre voisine. Il est vraisemblable que la machine se perfectionnera de jour en jour, tant pour la santé que pour la commodité. »

Le « boniment » de l'abbé porta ses fruits.

Le fauteuil eut, pendant un temps, une grande vogue.

Voltaire, l'éternel hypochondriaque, d'autant plus épris des nouveaux remèdes qu'ils paraissaient plus singuliers, fait les plus grands éloges du fauteuil de poste.

Il annonce joyeusement au comte d'Argental (en septembre 1744) qu'il vient de « se mettre dans le *trémoussoir* de l'abbé de Saint-Pierre, et qu'il s'en trouve bien ».

Le mot de *trémoussoir* prend droit de cité dans le langage courant.

Au lendemain de la représentation d'un opéra de Fuselier, les *Fêtes indiennes*, d'autres disent les *Indes galantes*, un critique écrit à l'abbé Desfontaines :

« Cette musique est une magie perpétuelle; la nature n'y a aucune part; rien de si scabreux ni de si raboteux; c'est un chemin où l'on cahote sans cesse. Le musicien dispense d'acheter le fauteuil de l'abbé de Saint-Pierre. L'excellent trémoussoir que cet opéra, dont les airs seraient très propres à ébranler les nerfs engourdis d'un paralytique! Que ces secousses violentes sont différentes du doux ébranlement que savent opérer Campra, Destouches, etc.! »

On fit même, à cette occasion, un noël sur l'air des *Bourgeois de Châtres*, lequel n'a pas été imprimé, et dont voici deux couplets :

La Poste est chose chère,
Tous n'ont pas de l'argent :
Comment donc pourrait faire
Un malade indigent?
A force de rêver, à la fin, j'imagine
Certaine invention dondon;
Duguet me construira la la
Fort bien cette machine.

A l'aide d'une chaise
Mouvante par ressorts,
On peut tout à son aise
Se trémousser le corps.
Cela ferait filtrer plus aisément la bile;
Pour l'opération don don
Le patient aura la la,
Un trémousseur habile.

Enfin, le médecin Astruc, un des orateurs de la Faculté de médecine de Montpellier, laissa déborder son enthousiasme à l'endroit de la nouvelle invention, dans les colonnes du *Mercure*.

Après avoir donné une liste compendieusement documentée de tous les auteurs anciens qui avaient recommandé l'usage des

machines, soit pour la conservation de la santé, soit pour le soulagement de certaines maladies, il concluait :

« Ces exemples et ces citations doivent faire sentir l'utilité d'une machine nouvellement inventée par M. Duguet, ingénieur, sous le nom de « Fauteuil de poste », qui tend au même but, mais qui y tend d'une manière infiniment plus simple et plus commode. »

Suivait l'adresse de l'inventeur du nouveau fauteuil et le prix de transport à domicile.

« M. Duguet, auteur de la machine, demeure rue de l'Arbre-Sec, au *Vase d'Or*.

Les malades qui voudront essayer chez eux l'effet de la machine, pendant quelques jours, donneront 3 livres pour le premier jour et 25 s. pour chacun des autres jours qu'ils la garderont.

On donne 12 s. pour voir la machine et pour en faire l'essai.

L'auteur a trouvé le moyen d'ajouter aux nouvelles machines qu'il a envoyées dans les pays étrangers, le mouvement vertical de haut en bas au mouvement horizontal de droite à gauche, ce qui les rend beaucoup plus commodes et plus utiles à la santé. »

Ces divers perfectionnements n'empêchèrent pas le trémoussoir de tomber dans la défaveur du public.

L'abbé de Saint-Pierre en fut pour ses frais d'invention et M. Duguet, « excellent ingénieur-machiniste », qui s'était chargé d'exécuter l'objet, pour ses frais de fabrication.

L'abbé eut beau faire savoir au monde entier que la machine avait été exécutée avec succès et qu'il en existait déjà de pareilles à la Haye, en Allemagne, sur le Rhin, à Berlin, à Bruxelles, à Londres, le trémoussoir allait être désormais relégué, pendant plus d'un siècle, dans la galerie d'archéologie médicale, d'où M. Charcot vient, si heureusement, de l'exhumer.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 septembre 1892, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Dagron, Labbé, Bellemain, Berbez, Nermord, Moity, Coriton, Nogué, Boulloche, Beaumé, de Bourgou, Malbec, Dimey, Raynaud, Richard et Froelich.

— Par décret, en date du 7 septembre 1892, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Elicacheff, Allard, Grosfilley, Joffrion, Debangle, Minjard et Sallard.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 12 septembre 1892.

LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA

Le choléra parisien touche sans doute à son déclin. Il a eu, en somme, tous les caractères du choléra asiatique au point de vue de sa symptomatologie et, comme dans le choléra asiatique, on a trouvé, dans le plus grand nombre de cas, le bacille virgule découvert par Koch et considéré par la grande majorité des bactériologistes comme l'agent pathogène caractéristique. Il n'a différé du choléra d'importation indienne que par son peu d'expansibilité ; il est resté cantonné pendant des mois dans la boucle de la Seine, dans la presqu'île d'Argenteuil, sans franchir les fortifications.

On est bien tenté, en présence de la séméiologie, de penser, avec M. Talamon, qu'il s'agit réellement du choléra asiatique, mais sans doute du choléra atténué par un long séjour du bacille dans nos régions froides. L'épidémie de 1892 serait ainsi la suite éloignée du choléra de 1884, sans nouvelle invasion indienne, avec, peut-être, comme trait d'union, les cas de choléra dit sporadique ou nostras observés depuis cette époque, pendant les chaleurs de l'été.

Cela ne devrait nullement empêcher de prendre des mesures internationales contre le choléra indien qui, l'exemple de Hambourg le prouve bien, agit, lui, avec une brutalité beaucoup plus grande; cela n'enlève rien de sa portée au livre si documenté et si convaincant, auquel M. le professeur Proust a donné pour titre : « La défense de l'Europe contre le choléra. » L'œuvre de la conférence de Venise, à laquelle il a pris une si grand part, dans laquelle les idées des hygiénistes français ont remporté une éclatante victoire, n'en est pas moins une œuvre excellente.

Nous voudrions nous occuper ici seulement du traitement du choléra ; c'est un sujet plein d'actualité.

La conception moderne de la maladie a amené à des essais thérapeutiques, dont quelques-uns paraissent avoir été heureux.

Comment donc peut-on, à l'heure actuelle, se représenter ce qu'est le choléra et quelles sont, d'après cela, les indications thérapeutiques à remplir ?

Un agent pathogène, apporté par les aliments et surtout les boissons, pénètre dans le tube digestif et s'y développe avec une extrême rapidité; en quelques heures, il peut y pulluler; l'irritation que cause sa présence, les produits toxiques qui lui sont dus entraînent des vomissements et une abondante diarrhée ; en somme, une excessive déperdition d'eau. La petitesse du pouls, la tendance au refroidissement, au collapsus, les crampes musculaires, l'oligurie avec albuminurie, quelquefois même l'anurie complète, sont les conséquences, parallèlement sans doute, et de la perte d'eau et de l'intoxication cholérique.

De là les indications suivantes :

1° Détruire, si possible, le bacille dans l'intestin et, en tout cas, modérer sa pullulation ;

2° Diminuer les vomissements et la diarrhée;

3° Remplacer dans l'organisme l'eau expulsée par le tube digestif ;

4° Soutenir l'action du cœur et provoquer la diurèse ;

5° Combattre la tendance au refroidissement.

M. Lesage, qui dirige actuellement le service de M. Hayem à Saint-Antoine, vient de publier, dans une courte note du *Bulletin médical* (7 septembre), quel est le traitement systématique qu'il fait suivre à ses cholériques. Nous avons nous-même, depuis le commencement d'août, à Beaujon, la direction d'un service d'isolement, dont le titulaire est M. Fernet. Grâce à l'interne du service, M. Lasserre, nous avons été mis au courant des tentatives thérapeutiques faites par M. Fernet et de la formule à laquelle il avait fini par s'arrêter en dernier lieu. Nous avons profité ainsi de l'expérience acquise avant nous, et le traitement, tel qu'il est fait actuellement, est une combinaison des prescriptions de M. Fernet et des nôtres.

C'est avec ces éléments que nous allons écrire le présent article, qui n'a d'autre but que de donner, non une formule parfaite, mais une indication des tendances actuelles, à ceux qu'intéresse la question.

1° *Détruire, si possible, le bacille dans l'intestin, et, en tout cas, modérer sa pullulation.* — M. Lesage veut couper les vivres au bacille ; pour cela il met le malade à la diète absolue. J'ai tendance, je l'avoue, à lui emprunter cette pratique. Quelques jours de diète absolue ne peuvent pas nuire sérieusement, et, il est évident que ce qu'il faut introduire avant tout dans l'organisme, c'est la quantité d'eau nécessaire,

indispensable au fonctionnement du cœur et des reins.

M. Lesage donne comme boisson, en seconde ligne, du thé au rhum et de l'eau de Seltz, en première ligne, *deux litres* par jour d'une solution d'acide lactique à 15 grammes p. 1000, « suivant la méthode employée dans le service de M. Hayem, depuis plusieurs années ».

L'acide lactique est ici l'agent antiseptique. En cas de vomissements intenses, lavage de l'estomac avec de l'eau bouillie; le lavage terminé, on introduit dans l'estomac un demi-litre à un litre de la solution lactique.

A Beaujon, suivant en cela l'exemple de M. Fernet, on donne, par cachets de 50 centigrammes, espacés, de 4 à 5 grammes de benzo-naphtol, excellent antiseptique de l'intestin d'après, en particulier, les recherches de M. Gilbert dans le laboratoire de thérapeutique de la Faculté.

2° *Diminuer les vomissements et la diarrhée.* — A Beaujon, de même que M. Fernet, je donne de l'eau chloroformée aux malades qui vomissent; elle est à la fois calmante et antiseptique.

Je donne également du talc *pur* à haute dose : de 50 à 150 et 180 grammes suivant l'intensité de la diarrhée. Souvent, mais non toujours, on obtient ainsi l'épaississement des selles, excellente condition, disent les microbiologistes, pour diminuer la croissance du bacille qui aurait besoin de beaucoup de liquide.

Le lait stérilisé a souvent paru être beaucoup plus facilement toléré que le lait ordinaire. Le champagne, très agréable aux malades, est également un des liquides les mieux supportés.

3° *Remplacer dans l'organisme l'eau expulsée par le tube digestif.* — A Beaujon, sous la direction de M. Fernet, et après son départ, on a largement usé des injections intraveineuses de sérum artificiel, préconisées par M. Hayem en 1884, et vivement recommandées encore par M. Lesage. C'est réellement un excellent moyen de remonter les malades lorsque le pouls est très petit, insensible, l'algidité marquée et la tendance au collapsus et à la dyspnée accentuée. On assiste ainsi à de véritables résurrections.

On injecte, le plus souvent dans la veine céphalique mise à nu, à l'aide d'un trocart et d'un vase élevé de façon à obtenir une certaine pression, de 1500 à 2000 grammes d'un liquide dont voici la formule :

Eau	1000 grammes.
Chlorure de sodium. . . .	6 —
Hydrate de soude.	5 centigr.

M. Hayem mettait autrefois 5 grammes de chlorure de sodium et 10 grammes de sulfate de soude.

Cette transfusion s'applique aux cas graves. Pour les cas plus légers, et dans les cas graves, pour soutenir l'effet de la transfusion, nous injectons sous la peau, à l'aide de l'appareil de Burlureaux, de 200 à 600 grammes du sérum précédent. Ces injections ne sont pas très douloureuses, on peut facilement les continuer pendant quatre à six jours de suite. Elles nous ont paru contribuer beaucoup à relever l'action du cœur et avoir une influence favorable sur la diurèse. Notre but en les employant est de fournir à l'organisme une quantité d'eau qui, déposée dans le tissu cellulaire, passe moins rapidement dans la circulation que l'eau injectée dans les veines. Elle s'élimine donc moins rapidement par l'intestin que le liquide des transfusions.

Il faut avoir soin d'enfoncer profondément l'aiguille sous le derme. Avec l'appareil de Burlureaux, il faut de vingt à vingt-cinq minutes pour injecter 200 grammes d'eau.

4° *Soutenir l'action du cœur et provoquer la diurèse.* — Les transfusions veineuses et les injections hypodermiques dont nous venons de parler ont déjà pour but d'obtenir ce résultat. Comme le faisait, avant nous, M. Fernet, nous y ajoutons des injections hypodermiques de caféine de 40 à 80 centigrammes par jour. Les injections hypodermiques d'eau et de caféine nous ont paru avoir une heureuse influence dans les cas d'intensité moyenne et dans quelques cas très graves qui avaient nécessité la transfusion veineuse.

5° *Combattre la tendance au refroidissement.* — A Beaujon, nous avons assez souvent employé les bains chauds à 38 degrés; certains de nos malades en prenaient régulièrement deux par jour et s'en trouvaient bien. C'est surtout contre les crampes douloureuses, le refroidissement et la cyanose périphériques que nous les avons dirigés.

M. Lesage donne *systématiquement* un bain à 40 degrés toutes les deux heures.

A l'avenir, pour notre part, nous nous proposons de les employer plus largement que par le passé.

Comment se comportera-t-on en présence de cas légers, graves ou très graves?

1° Dans un cas léger : alimentation exclusive par le lait, et de préférence le lait stérilisé; 3 à 4 grammes de benzo-naphtol, en six ou huit cachets de 50 centigrammes; ou bien solution lactique 1 à 2 litres, 50 à 100 grammes de talc. Bains contre les crampes douloureuses.

2° Dans un cas grave, moyen : diète absolue avec 2 litres de solution lactique (Lesage), ou bien lait stérilisé, champagne et 4 à 5 grammes de benzo-naphtol en huit ou dix cachets espacés dans la journée (Fernet); eau chloroformée saturée, 100 à 150 grammes de talc, injection hypodermique de 200 à 600 grammes d'eau et de 40 à 60 centigrammes de caféine (s'il y a tendance à l'anurie). Bains chauds contre les crampes et le refroidissement.

3° Cas très graves : déperditions aqueuses abondantes, pouls très petit ou insensible. Refroidissement marqué, cyanose, dyspnée, anurie. Transfusion veineuse de 1500 à 2000 grammes de sérum d'Hayem, injection sous-cutanée de 600 grammes d'eau en trois fois (on pourrait certainement aller au delà de cette dose) et de 60 centigrammes à 1 gramme de caféine. Bains chauds. Le talc ici ne paraît pas avoir d'action. Diète absolue. Solution lactique ou benzo-naphtol à la dose de 5 grammes.

Renouveler au besoin les transfusions veineuses; M. Lesage dit qu'on peut les répéter plusieurs fois dans la même journée chez le même malade. L'emploi des injections sous-cutanées nous paraît devoir dispenser de cette répétition immédiate de l'injection intra-veineuse.

M. Lesage ne donne aucune indication sur les résultats qu'il a obtenus.

Nous avons, pour notre part, soigné méthodiquement trente malades par les procédés indiqués; ils se répartissaient à peu près par tiers, au point de vue de la gravité des cas observés. Les cas légers auraient probablement guéri par n'importe quelle méthode; en temps normal on les eût qualifiés de cholérine.

Seuls les deux autres tiers sont réellement intéressants; tous les cas moyens ont guéri; parmi les cas très graves, nous avons eu six morts. Il est à signaler que l'une d'elles est survenue à la période de réaction après disparition des accidents cholériques, deux malades sont sortis guéris (après avoir été transfusés), deux sont encore en traitement,

l'un (transfusé également) a eu des accidents d'infection secondaire assez sérieux, mais est en voie de guérison, l'autre est encore en danger.

En ne prenant que les cas inquiétants nous n'avons donc qu'une mortalité de 1 sur 3 environ, de 1 sur 4 en prenant l'ensemble des faits. C'est une statistique relativement satisfaisante. Peut-être, il faut le dire, aurions-nous eu moins de succès au début de l'épidémie où les cas, moins nombreux, étaient aussi plus graves, où la mortalité dépassait 1 sur 2.

Encore une fois, nous n'avons pas la prétention d'écrire ici un chapitre magistral, ne varietur, mais simplement de donner aux médecins quelques indications sur ce que nos connaissances pathologiques et nos ressources thérapeutiques permettent de tenter logiquement.

Albert Mathieu.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Després.

Anévrysme diffus de l'aisselle consécutif à une fracture de l'humérus; ligature de l'artère sous-clavière; hémorrhagie secondaire; pleurésie purulente; mort le vingt-troisième jour; autopsie.

(Observation recueillie par M. Jorand, interne du service.)

La nommée D... (Léonie), âgée de cinquante-neuf ans, blanchisseuse, de bonne constitution, est entrée dans le service de notre maître, M. le docteur Després, salle Petit, pour une tumeur de l'aisselle droite, animée de battements avec souffle et du reste complètement ignorée de la malade. C'est par hasard que cette tumeur fut reconnue, comme nous allons le voir.

Au mois de janvier dernier, Mme D... tomba sur le côté droit et se fit, dit-elle, une fracture de l'humérus du même côté. A la suite de cet accident, elle fut atteinte de paralysie du bras droit à peu près complète, avec troubles trophiques, amaigrissement des muscles, peau légèrement rugueuse et surtout avec douleurs marquées et irradiant dans tout le membre. Pour soulager ses souffrances, la malade s'avisa d'exposer son bras à des vapeurs d'eau bouillante et se fit ainsi une brûlure étendue de l'avant-bras, pour laquelle elle venait se faire panser dans le service.

Le 17 juin, lors d'un pansement, M. Després constate, à la base de l'aisselle et un peu en arrière, de la rougeur de la peau qui fait penser immédiatement à un abcès. Mais en même temps, on sent, à la palpation, des pulsations isochrones au pouls sur la paroi postérieure de l'aisselle. La paroi antérieure de celle-ci est légèrement bombée dans toute son étendue, et dans la profondeur on sent une tuméfaction notable, légèrement rénitente et irréductible. On perçoit, à ce niveau, les mêmes battements qu'en arrière. Il n'y a pas de thrill. L'auscultation fait entendre, en avant comme en arrière, un double souffle systolique et diastolique, le premier étant un peu plus fort que le second. Rien d'anormal au cœur; pouls radial du côté malade, un peu plus faible que de l'autre côté.

Ajoutons que le moignon de l'épaule est notablement remonté par la tumeur qui occupe tout le creux axillaire, sans qu'on puisse l'abaisser, et que le bras est en permanence appliqué contre le thorax.

Le diagnostic est hésitant entre une tumeur osseuse pulsatile, en faveur de laquelle existe une tuméfaction sensible de l'extrémité supérieure de l'humérus, et un anévrysme simple, contre lequel est le double souffle. L'anévrysme artério-veineux est éliminé par l'absence de thrill, de varicosité des veines sur le bras et surtout d'œdème. Quoi qu'il en soit, M. Després décide de lier d'abord l'artère sous-clavière, d'explorer ensuite la tumeur et de faire, séance tenante, s'il y a lieu, la désarticulation de l'épaule.

L'opération est pratiquée le 22 juin : ligature en dehors des scalènes, rendue difficile par la profondeur à laquelle il faut aller chercher l'artère, par suite de l'élévation du moignon de l'épaule qu'on ne peut abaisser. Néanmoins, M. Després la pratique facilement à l'aide d'une incision presque perpendiculaire à la clavicule et parallèle à la base du cou et grâce à son aiguille porte-fil en tire-bouchon qui permet de charger l'artère à une grande profondeur.

L'artère chargée et aplatie, on constate que les battements et le souffle ont disparu; il s'agit, par conséquent, d'un anévrysme simple. Le fil est serré; pas de suture de la peau; pansement au diachylum.

La circulation se rétablit rapidement dans le membre. Mais la malade souffre de la plaie opératoire qui suppure. Température : 38°6 le soir du deuxième jour; elle oscille quotidiennement entre 37°5 et 39 degrés.

3 juillet, douzième jour : température à peu près normale, suppuration beaucoup moindre, état général bon; chute de la ligature.

4 juillet : hémorrhagie par la plaie; du sang rouge en abondance inonde la poitrine, mais sans jet. Un externe du service, présent dans la salle, pratique immédiatement la compression par-dessus le pansement. M. Després, le pansement enlevé, introduit l'index de la main gauche dans la plaie; il constate que le bout supérieur avec le caillot normal n'est pas l'origine de l'hémorrhagle; comprime l'endroit qui saigne, fait une incision parallèle au sterno-mastoïdien et aboutissant à l'extrémité interne de la première et pince, au jugé, l'artère qui paraît donner; ligature à la soie, après cette ligature, une constatation nouvelle a lieu : on sent battre, sous le doigt, le bout central. L'hémorrhagie secondaire venait soit du bout périphérique, soit d'une artère collatérale. Suture de la plaie nouvelle; pansement au cérat et à l'alcool camphré, renouvelé quotidiennement. Pendant les huit jours qui suivent, compression trois fois par jour sur le bout périphérique de l'artère sectionnée, au niveau de la plaie et sur l'axillaire, par-dessus le grand pectoral.

Les douleurs, la suppuration et la fièvre réapparaissent.

8 juillet : la température atteint 40 degrés le soir, en même temps que la malade se plaint, assez vaguement du reste, d'une douleur dans le côté droit. Dans les jours qui suivent, on trouve, au sommet droit et en arrière, de la submatité avec respiration soufflante, qui fait penser à la pleuro-pneumonie du sommet. Dans la moitié inférieure du poumon, sonorité et respiration normale.

11 juillet : mêmes signes et, en plus, des râles sous-crépitants dans la moitié supérieure du poumon droit. L'état général s'aggrave : somnolence continuelle, tendance à la sécheresse de la langue, inappétence; température : 38°6 le matin, 39°4 le soir.

12 juillet : l'état de la malade ne fait qu'empirer : langue presque sèche, légèrement rosée à sa partie moyenne, début de râle trachéal, prostration de plus en plus marquée, eschare au niveau de l'épitrochlée du côté droit, siège rouge et légèrement écorché.

Du côté de la poitrine, la matité s'est étendue à la base du poumon droit qui présente, dans toute son étendue, des râles humides.

La plaie opératoire prend une teinte grisâtre et laisse écouler un pus mal lié et fétide.

Depuis deux ou trois jours enfin, il se fait, par l'oreille gauche, un écoulement purulent.

14 juillet : le râle trachéal devient très marqué, la respiration s'accélère, le pouls s'affaiblit; la malade, plongée dans une somnolence continuelle, meurt dans l'après-midi.

A aucun moment, depuis la première ligature, les battements ni le souffle n'ont reparu dans l'anévrysme, qui n'a présenté aucun signe de suppuration.

Autopsie. — Elle est pratiquée le 16 juillet. On procède successivement à l'examen de la région axillaire et à celui des différents viscères.

1° *Région axillaire.* — L'aisselle est découverte par sa paroi antérieure; le grand et le petit pectoral sont coupés et immé-

diatement on tombe dans l'intérieur de l'anévrysme qui laisse écouler du sang noir liquide, non coagulé. Le doigt introduit par l'ouverture explore une vaste cavité, remontant en haut jusque sous la clavicule et descendant très bas le long de la paroi thoracique. Il s'agit, en somme, d'un anévrysme diffus dont les limites sont celles de la cavité axillaire. Cet hématome présente cependant deux points particuliers : dans la structure de ses parois, on trouve, d'une part, la moitié externe de la face antérieure de l'omoplate dénudée tout le long de son bord externe, d'autre part, l'articulation scapulo-humérale, dont la capsule est détruite à la partie interne et dont les cartilages d'encroûtement sont colorés en rouge brique par le sang.

La clavicule enlevée, on voit le paquet vasculo-nerveux en avant et en dehors de la poche sanguine. Vaisseaux et nerfs sont englobés au niveau du petit pectoral, dans un tissu scléreux qui a comprimé les nerfs et a produit la parésie du bras droit.

Le calibre de la veine est rétréci. L'artère de calibre normal et non athéromateuse présente, à sa partie postéro-externe, une ouverture irrégulière et assez grande, située un peu au-dessus du V du nerf médian et par laquelle a fait irruption le sang. Cette plaie artérielle est en rapport avec une fracture consolidée du col anatomique de l'humérus et plus particulièrement avec un ostéophyte rugueux et pointu, situé à la partie interne et postérieure du col.

Au niveau de la ligature, le bout central de l'artère est oblitéré par un caillot solide de 5 à 6 millimètres de long. Le bout périphérique est obstrué par un autre caillot moins solide, de 7 à 8 millimètres de long, au delà duquel le calibre de l'artère, d'abord libre dans l'étendue de 2 à 3 centimètres, est ensuite oblitéré jusqu'à la blessure du vaisseau par un caillot rougeâtre, granuleux, facilement énucléable, très probablement dû à la compression qui a été pratiquée après la seconde ligature.

2° *Examen de la poitrine.* — Il existe, dans la cavité pleurale droite, environ 1 litre de liquide jaunâtre, séro-purulent et, par places, à la surface du poumon, des fausses membranes jeunes, molles et d'un beau jaune clair. Au niveau du sommet, se trouve une adhérence résistante des deux plèvres remontant certainement à la première ligature. Le poumon droit, non enflammé, est, en partie, ratatiné et présente de la congestion avec œdème, surtout marquée au niveau du sommet qui est d'un brun très foncé et laisse écouler une abondante sérosité roussâtre.

Le poumon droit et le cœur sont normaux. Il en est de même des viscères abdominaux.

Cette observation est intéressante :

1° A cause de la bénignité apparente des accidents comparés à l'étendue des lésions, puisque l'articulation scapulo-humérale faisait partie du foyer de l'anévrysme diffus et que la face interne de l'omoplate était dénudée sans cependant présenter de nécrose ;

2° A cause des lésions trophiques du membre qui devaient être attribuées beaucoup plus à l'altération des nerfs baignant dans l'anévrysme qu'aux brûlures que la malade s'était faites ;

3° A cause du pronostic grave de cette lésion, car, si rien n'avait été tenté, l'anévrysme se serait ouvert sous peu de jours dans l'aisselle et la malade aurait succombé à l'hémorrhagie ;

4° L'opération ne pouvait guère réussir, étant donné les lésions. Si la rechute de pleurésie n'avait pas emporté la malade, il est probable que, l'hémorrhagie étant évitée, la malade aurait succombé à une arthrite et à une septicémie chronique ;

5° Il est encore bon de faire remarquer la facilité avec laquelle l'opération a été exécutée avec l'aiguille de Deschamps spéciale en tire-bouchon de M. Després.

GREFFE SOUS-CUTANEE DU PANCREAS

SON IMPORTANCE DANS L'ÉTUDE DU DIABÈTE PANCRÉATIQUE

Par M. E. Hédon.

(Communication à l'Académie des sciences.)

Depuis plus d'un an, je cherche à greffer le pancréas sous la peau, afin d'établir sur une base solide la théorie qui attribue au pancréas une fonction analogue à celle des glandes vasculaires sanguines. En transplantant simplement un fragment de la glande dans le tissu cellulaire sous-cutané, jamais je n'ai vu prendre la greffe. Mais, par le procédé suivant, que j'emploie depuis le mois de mars 1892, la greffe sous-cutanée du pancréas réussit constamment.

Le pancréas du chien est formé de deux portions réunies entre elles, de manière à figurer une équerre dont une des branches constitue la portion duodénale descendante de la glande. Elle est située dans le mésentère et reçoit par son extrémité libre des vaisseaux nourriciers importants. Il est facile de séparer par une ligature cette portion du reste de la glande et de détruire par déchirure ses connexions avec le mésentère. On a soin de respecter, dans cette opération, les deux vaisseaux, artère et veine, qui nourrissent cette portion de glande. On peut alors attirer complètement en dehors de l'abdomen, entre les lèvres de l'incision faite sur la ligne blanche, le fragment de glande ainsi mobilisé, grâce à la longueur du pédicule vasculaire. En décollant la peau à côté de l'incision abdominale, on fait une loge dans laquelle on introduit, en la repliant, cette portion de glande qui est longue de 5 à 10 centimètres. On la fixe par quelques sutures au catgut et l'on fait passer le pédicule vasculaire par l'angle inférieur de la plaie, en ayant soin qu'il ne soit pas comprimé par les lèvres de l'incision, lorsqu'on ferme la plaie par les sutures ordinaires. Quand la plaie est fermée, il y a donc un fragment de pancréas situé sous la peau et qui reçoit encore par ses vaisseaux propres des éléments de nutrition. On a ainsi créé une ectopie du pancréas. Mais, plus tard, c'est bien une véritable greffe qui se trouve constituée, car, lorsque la plaie est cicatrisée, le fragment de glande devenu sous-cutané ne communique plus avec la cavité abdominale que par deux vaisseaux très grêles (artère et veine), passant à travers le tissu de cicatrice de la plaie. On peut alors lier ces vaisseaux sans compromettre la vitalité de la glande, parce que des vaisseaux de nouvelle formation ont pénétré dans cet organe. Toutefois, cela n'est pas constant et, dans quelques cas, j'ai vu la greffe s'atrophier après la ligature du pédicule vasculaire venant de la cavité abdominale.

Dans les premiers jours après l'établissement de la greffe, par suite de la rétention dans les canaux glandulaires du suc pancréatique qui continue à être sécrété, le fragment de glande devient très volumineux et forme une grosse tumeur sous la peau. Lorsque la ligature, posée au niveau de la section de la glande, est tombée, il y a excrétion du suc pancréatique, et, si ce sucre se déverse dans le tissu cellulaire sous-cutané, un phlegmon très étendu en est la conséquence. Pour éviter cet accident il faut avoir soin, en longeant le fragment glandulaire sous la peau décollée, de fixer la coupe du pancréas, au niveau des lèvres de l'incision abdominale.

Lorsque l'inflammation est passée, la greffe constitue une tumeur dure de la grosseur d'un œuf de poule, soulevant la peau à côté de la ligne blanche abdominale. La plaie cicatrise vite, sauf une petite portion fistuleuse qui déverse pendant longtemps un liquide que je suppose être du suc pancréatique altéré. A la longue cette fistule elle-même se ferme, l'excrétion se tarit, et, cependant, malgré l'*absence complète de sécrétion externe*, la glande greffée ne diminue plus de volume et conserve complètement sa structure : canaux excréteurs libres recouverts de leur épithélium, acini absolument normaux ; on ne peut noter d'anormal qu'un épaississement des grosses travées connectives, mais les acini glandulaires n'en souffrent nullement ; ils ne sont pas comprimés.

Voici maintenant le résultat remarquable que donne la greffe sous-cutanée du pancréas, ainsi pratiquée, au point de vue de la théorie du diabète d'origine pancréatique.

1° Si à un chien, porteur d'une greffe, on extirpe tout le pancréas qui reste dans l'abdomen, il ne se produit pas de glycosurie.

2° L'extirpation de la greffe, faite sans anesthésie, en quelques minutes, comme on enlève une tumeur, est suivie d'une glycosurie très intense, qui se développe en quelques heures et persiste jusqu'à la mort de l'animal.

Il va sans dire que, pour que le phénomène soit d'une grande netteté, il est indispensable que l'extirpation du pancréas intra-abdominal ait été rigoureusement totale.

Voici, par exemple, une expérience de ce genre :

Premier temps. — Chien de 16 kilogrammes. On lui greffe, sous la peau du ventre, la portion descendante de son pancréas, par le procédé décrit plus haut. Au bout de vingt jours, la plaie est complètement cicatrisée, et la greffe forme une tumeur dure sous la peau, à gauche de la ligne blanche.

Deuxième temps. — Par une incision dans le flanc droit, on extirpe tout le pancréas intra-abdominal. Dans les deux jours qui suivent, on recueille 800 centimètres cubes d'urine contenant une faible quantité de sucre (4 p. 100). Cette glycosurie n'a aucune importance après un traumatisme tel que celui que l'on provoque par l'extirpation du pancréas. Elle cesse, du reste, le troisième jour, et ne reparaît plus. L'animal est complètement rétabli. A partir de ce moment et pendant toute la durée de l'observation, il reçoit chaque jour, en deux repas, 800 grammes de tripes. On récolte tous les jours l'urine des vingt-quatre heures; elle varie en quantité de 300 à 600 centimètres cubes et est absolument dépourvue de sucre.

Troisième temps. — Le dixième jour, à trois heures de l'après-midi, on extirpe la greffe. Cette opération est faite sans anesthésie, par simple énucléation; le fragment de glande est très bien vascularisé. Il n'est pourtant pas nécessaire de faire des ligatures de vaisseaux. On arrête l'hémorrhagie en maintenant, pendant quelques instants, une éponge dans la plaie. La greffe (du poids de 7 grammes) présente la structure glandulaire normale. Le lendemain matin, à 10 heures, on recueille 1 200 centimètres cubes d'urine renfermant 36 grammes de sucre, et les jours suivants et pour les vingt-quatre heures, on a 1 200 centimètres cubes d'urine contenant 66 grammes de sucre; 1 530 centimètres cubes d'urine contenant 85 grammes de sucre; 1 350 d'urine contenant 67 grammes de sucre; 1 600 centimètres cubes d'urine contenant 88 grammes de sucre; 1 200 centimètres cubes d'urine contenant 67 grammes de sucre.

Un diabète d'une intensité extraordinaire (polyurie et glycosurie) avait donc succédé à l'ablation de la greffe, puisque, en six jours, l'animal avait excrété l'énorme quantité de 409 grammes de sucre; aussi, au bout de ce temps, il était épuisé par la cachexie. Il fut alors sacrifié par une autre expérience.

Ces expériences de greffe prouvent, d'une façon irréfutable, que le pancréas fonctionne comme glande vasculaire sanguine.

MÉDECINE LÉGALE DES ACCIDENTS DE LA FOUDRE (1)

Par le docteur VINCENT, de Guéret (Creuse),

Lauréat de l'Académie de médecine, de la Société de médecine du Nord et de la Société des langues romanes de Montpellier.

V

1. *Lésions superficielles ou corticales.* — A. Il peut arriver, chez le jeune arbre à écorce et bois tendres et bons conducteurs, que la foudre ne laisse aucune trace de son passage. Les branches qui se trouvent dans ces conditions, le plus souvent, sont intactes, ainsi que la suite nous l'apprendra, tandis que le tronc à écorce rugueuse et à bois plus compact, peut présenter des lésions étendues et profondes.

B. Les lésions les plus légères consistent dans l'enlèvement des mousses, des lichens et de quelques écailles d'écorce rugueuse. J'ai qualifié de *contusions* les lésions observées sur le tilleul foudroyé de la Brionne, où l'écorce de l'arbre est seulement *meurtrie* par plaques, sans perte de substance autre que celle de la mousse enlevée à certains endroits.

Le peuplier de Chier-du-Prat, dont j'ai donné l'observation, avec quelques déchirures de son écorce, l'écorçage et l'arrachement de quelques mailles du treillis de lierre qui l'enlace dans toute sa hauteur, présente de haut en bas une bande assez large où les feuilles du lierre *sont flétries et noircies.*

C. Un effet très fréquent est *la séparation des couches corticales enlevées, du liber qui reste en place.* Cette séparation peut être aussi exacte que peut le rêver le botaniste le plus exigeant. Voici trois cas où j'ai eu occasion de l'observer :

1° Pendant l'été de 1885, la foudre tombe sur un châtaignier dont le tronc, de 2 mètres de haut jusqu'à la naissance des branches les plus basses, pouvait avoir de 50 à 60 centimètres de diamètre. Elle produit sur ce tronc, depuis sa partie la plus haute jusqu'à 30 centimètres du sol, une rainure régulière, à bords nettement déchirés, de 5 centimètres de largeur, qui ne comprend que les trois quarts de l'épaisseur de l'écorce, *les couches corticales ayant été seules enlevées.* Seulement le *liber*, qui reste au fond, sous forme de membrane tendre et résistante, *est décollé de haut en bas et n'adhère plus à l'aubier.* Cette plaie se continue, à sa partie supérieure, par une fente qui contourne en suivant la direction des fibres, un nœud laissé par un basse branche coupée depuis longtemps et touche, sur son passage, l'insertion au tronc d'une jeune branche dont le feuillage est flétri. M. Colladon a vu une fente semblable continuer l'extrémité inférieure d'une perte de substance analogue, jusque sur une racine qui se dirige vers une pièce d'eau. Toute la partie supérieure de l'arbre, au-dessus du tronc, est intacte.

2° Sur un peuplier de 10 mètres de haut, d'une brassée de tour au tronc, foudroyé le 19 juillet 1886, les lésions, qui sont multiples, s'étendent sur les deux faces *E.* et S.-*E.*, de la naissance des branches les plus basses à 2m50 de hauteur, à 60 centimètres du sol, dans une largeur qui varie de 5 à 7 centimètres. Sur la face *E.*, dans une étendue de 40 centimètres de hauteur sur 6 à 7 centimètres de large, les écailles des *couches corticales* sont enlevées et le liber, en place, est décollé mais *écharpillé*, au lieu de former une membrane intacte comme dans le premier cas.

Cet *écharpillement* (réduction en charpie), que nous aurons occasion de retrouver plusieurs fois, consiste dans la séparation des feuillets du liber et leurs divisions, à la fois dans le sens de leur épaisseur et la direction de leurs fibres, en filaments ou lamelles plus ou moins fins ou larges, incomplètement séparés, en quelques points les uns des autres, de manière à former un *tampon de charpie* plus ou moins inextricable et à brins inégaux. L'écrasement d'une écorce tendre et résistante, par un coup de massue, pourrait produire un effet analogue, mais non absolument semblable. Cet écharpillement constitue donc un caractère des plus significatifs.

3° Le 3 septembre 1886, le tonnerre tombe, près de la gare de Parsac, sur un chêne de 15 à 18 mètres de haut, sous lequel deux jeunes hommes, l'un de dix-neuf ans fut tué raide et l'autre de quinze ans renversé sans connaissance et présentant des brûlures. Cet arbre, à 3 à 4 mètres de hauteur, se divise en quatre gros mâts dont trois plus ou moins obliques forment une envergure étendue, et le quatrième, plus central et plus rapproché de la verticale, continue le tronc et se termine par quatre branches, de la grosseur du bas de la jambe, dont deux sont mortes. Plusieurs débris de bois sec, détachés de ces dernières, gisent sur le sol au *N.* de l'arbre. La principale branche terminale, encore vive, présente à sa base une branche secondaire que, du sol, on voit manifestement lacérée. De cette cime, le

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 984.

trajet de la foudre est dessiné sur cette branche, le mât central et le tronc, où il finit à 1^m50 du sol, par un sillon de 4 à 5 centimètres de large, suivant la direction et les sinuosités des fibres du bois, contournant les nœuds et les branches lorsqu'il s'en trouve sur son passage et présentant, au milieu de sa largeur, une ligne noire analogue à celle que produirait une pointe de fer rougie promenée de haut en bas. Dans ce long trajet, les couches corticales me paraissent le plus souvent enlevées seules, et le liber, en place, est détaché de l'aubier là où j'ai pu le constater, et écharpillé en plusieurs endroits. Sur le sol, au-dessous de l'arbre, j'ai pu recueillir un tampon de liber détaché et réduit en charpie.

Ces trois observations nous permettent donc de constater, je dirai presque de signaler trois effets importants et caractéristiques de la foudre sur les arbres, savoir : 1° *séparation* des couches corticales du liber ; 2° *décollement* du liber ou sa séparation de l'aubier ; 3° son *écharpillement*, dernier effet que nous retrouverons plus loin sur le bois, dont nous verrons les fibres séparées réduites en filasse.

D. *Décortication.* — Mais l'effet le plus fréquent est la décortication, ou séparation de l'écorce et de l'aubier.

Dans son expression la plus simple, cette lésion peut consister uniquement en une simple *fente*, produite selon la direction des fibres du bois, à lèvres plus ou moins écartées et comprenant toute l'épaisseur de l'écorce qui peut être décollée dans un espace plus ou moins étendu de chaque côté.

Mais, le plus souvent, il y a perte de substance et une lanière d'écorce est enlevée dans toute son épaisseur. La plaie longitudinale, ou *sillon*, qui en résulte, produite, comme la fente, dans le sens des fibres, a ses bords quelquefois à déchirure nette ; mais le plus souvent *écharpillés* ou *effilochés*.

La *largeur* de cette plaie varie entre 2 et 3 centimètres et plusieurs décimètres, et à la rigueur peut s'étendre à l'écorçage complet du tronc et des branches, comme dans le cas du poirier signalé par Boussingault et Arago (C.) ou du hêtre du Dr Bontemps, mesurant 3^m10 de circonférence, « dont le tronc est complètement écorcé du haut en bas ». De chaque côté l'écorce peut être décollée de l'aubier dans une étendue qui peut atteindre un décimètre et plus.

Sa *longueur* est variable selon les essences : M. Colladon l'a vue, à peu près constamment sur les peupliers, commencer à la naissance des premières grosses branches, ou à la bifurcation lorsqu'elle existe, et s'étendre sur le tronc jusqu'à une distance du sol qui peut varier entre 30 et 60 centimètres. Sur les ormeaux, il l'a vue s'étendre de la partie inférieure des branches maîtresses pour se terminer en bas sur le tronc avant d'atteindre le sol. Sur le chêne, au contraire, elle peut remonter très haut sur la tige au-dessus de la naissance des branches les plus basses, ainsi que nous venons de le voir dans l'observation de Parsac, et elle présente cette particularité fréquente et remarquable en ceci que, commençant en pointe étroite à sa partie supérieure, elle s'élargit en descendant, au niveau de chaque branche où elle présente un ressaut en élargissement à la manière d'une rivière qui devient plus large à mesure qu'elle reçoit ses affluents. Ici la plaie s'étend jusqu'au pied de l'arbre et même jusqu'aux racines, contrairement à ce qui a lieu dans les essences précédentes. On dirait que cette dimension est en raison directe de la consistance et de la dureté du bois.

La *direction générale* de ces déchirures ou sillons dépend de celle des fibres ; décrivant un hélicoïde, comme cela se présente souvent sur le chêne, les plaies ou sillons affectent la même disposition, au lieu d'être verticales et droites comme elles le sont ordinairement. Lorsqu'elles sont produites sur des arbres à nœuds et à branches, en contournant ces nœuds et ces branches, elles décrivent naturellement des sinuosités.

M. Colladon a signalé sur ces plaies un phénomène qui se présente quelquefois, et que nous ne devons pas omettre ici attendu que, très difficile à imiter, il est en quelque sorte caractéristique de la foudre ; ce sont des taches rondes, isolées, un peu superposées deux à deux, un peu déprimées, surtout vers le centre, comme par une dessiccation du bois, et colorées en brun sans être formées par un transport de matière. Sur le tilleul de Gay elles ont 1 centimètre de diamètre et, sur le sapin de Noyon, de 3 à 5 centimètres. Le physicien de Genève les attribue à des étincelles qui se détachent du courant électrique fulgurant. Nous verrons plus loin un effet très analogue se produire dans la brûlure ponctiforme sur le corps des fulgurés.

Ces lésions de la foudre sont quelques fois *interrompues* dans leur continuité, et, alors, l'agent fulgurant semble procéder par sauts ; le 1er mai 1887, le tonnerre tombe à Guéret sur un peuplier élevé, de 1^m50 de circonférence et bifurqué à 5 mètres du sol environ. La décortication occupe les 3 mètres inférieurs de l'arbre, disparaît dans un espace en hauteur de 1^m50 à 2 mètres, pour réapparaître à 40 centimètres de la bifurcation qu'elle occupe en empiétant un peu sur l'un de ses mâts.

Enfin, relativement à leur *nombre*, plusieurs de ces lésions peuvent exister sur le même arbre. Le 3 juillet 1885, le tonnerre frappe un peuplier encore jeune, à moins de 100 mètres de mon habitation, et produit deux sillons, sur le tronc, commençant l'un et l'autre à la naissance des premières branches, un long de 60 centimètres, l'autre sur la face opposée, de 1^m20, larges l'un et l'autre de 3 centimètres avec perte de substance, à bords écharpillés, comprenant toute l'épaisseur de l'écorce. Ni l'un ni l'autre de ces sillons n'atteint le sol.

Sur un chataignier, foudroyé le 26 juin 1886 à Malleret près Guéret, les lésions sont encore plus nombreuses : je puis en compter jusqu'à six autour du tronc régulièrement cylindrique, de 2^m60 de circonférence, consistant soit en sillons plus ou moins larges, fusiformes ou à bords parallèles avec enlèvement et décollement périphérique de l'écorce, soit en simples fentes ou même égratignures de cette dernière. A celles qui, commençant plus ou moins haut, descendent jusqu'au sol, correspondent sur celui-ci des égratignures sur lesquelles nous reviendrons.

E. « On a vu, disent Sestier et Méhu, la foudre laisser sur l'écorce de deux grands chênes des traces semblables à celles qu'auraient produites de petits plombs de chasse. »

A propos de cette écorce criblée, les mêmes auteurs citent l'observation suivante, que je dois reproduire ici, vu l'importance qu'elle me semble avoir en médecine légale :

« Ant. Guazzi dit que, le 15 août 1791, près de Cazol-Maggiori, trois hommes furent foudroyés sous un orme. L'un d'eux avait *le coude appuyé sur l'arbre* au moment du foudroiement et, entre autres lésions, il présentait, *au bras, une infinité de petits trous.* A l'endroit où portait le coude, l'arbre présentait une anfractuosité d'une palme environ de largeur et de longueur, au centre de laquelle un *trou pénétrait jusqu'à la partie ligneuse.* L'écorce, tout autour, semblait avoir été percée par les mites. De ce point partaient plusieurs petites lacérations qui montaient presque perpendiculairement vers le sommet du tronc ; on ne put découvrir aucune lésion aux branches. »

Nous verrons plus loin que la foudre n'atteint généralement le corps de l'homme qu'après avoir perforé les habits. Ici, le fluide, qui circule entre l'écorce et l'aubier et dans les parties humides et séveuses de l'arbre, attiré par le corps humain, meilleur conducteur, a percé à la fois, pour l'atteindre, et l'habit de l'arbre et celui de l'homme. C'est un fait qui doit se produire souvent dans le cas très commun où l'homme est foudroyé sous un arbre qui lui sert d'abri et contre lequel il s'appuie. Je ne saurais trop attirer là-dessus l'attention des observateurs et des médecins légistes.

2. *Lésions profondes ou ligneuses.* — La foudre ne se borne pas toujours, quoique cela arrive le plus souvent, à lacérer l'écorce ; elle peut atteindre l'arbre à des profondeurs diverses et même dans toute son épaisseur. Les plaies qui en résultent et qu'on peut considérer comme la suite des précédentes, peuvent se classer de la manière et sous les chefs suivants :

A. *Fentes.* — Au milieu de la plaie du peuplier de Maligny et ayant la même direction, existe une fente à bords réduits en charpie comme ceux de la plaie, dans laquelle M. Colladon a pu

faire pénétrer une lame de couteau jusqu'à une profondeur de 12 centimètres. D'après son appréciation, elle devait s'étendre jusqu'au centre de l'arbre.

Quelquefois cette fente s'étend sur tout le diamètre de l'arbre qu'elle traverse de part en part.

D'autres fois, les fentes, en se multipliant en divers sens, peuvent diviser le bois en faisceaux de fibres plus ou moins volumineux, à la manière de la torsion opérée sur une branche d'osier ou de chêne. Voici un cas où j'ai trouvé tous ces effets réunis :

En 1884, le tonnerre tombe sur un jeune acacia situé au col de Pisserate à 2 kilomètres de Guéret, sur le talus de la route qui conduit de cette ville à Bourganeuf. Cet arbre, de 6 mètres de haut et de 65 centimètres de circonférence environ à sa partie inférieure, se termine par un verticile de quatre branches du volume du bras au poignet d'un homme vigoureux, inclinées chacune de son côté de manière à se rapprocher de l'horizontale et accompagnées de quelques autres plus minces au-dessous. A mi-distance entre cette quadrifurcation et le sol, c'est-à-dire à 3 mètres de hauteur, existe un autre verticile de sept à huit petites branches dont les plus grosses, courtes et peu ramifiées, ne dépassent guère le volume du pouce. Partout ailleurs, la tige de l'arbre, ainsi divisée en deux parties d'égale longueur, est nette et exempte de rameaux. Voici les lésions que la foudre a produites sur lui : La partie inférieure a son écorce enlevée de haut en bas dans les trois quarts de sa circonférence et est fendue de part en part, la fente passant par le centre, jusqu'à la distance de 20 à 30 centimètres du verticile inférieur. A ce niveau, c'est-à-dire à l'endroit où les fibres ascendantes du tronc se croisent avec les fibres descendantes des petites branches et où, par suite, l'électricité trouve plus de résistance, l'arbre, *comme s'il avait été tordu*, est divisé en faisceaux de fibres plus ou moins volumineux et plus ou moins réguliers. Cet effet se continue jusqu'à 10 à 20 centimètres environ au-dessous du verticile. A partir de là, la partie supérieure de la tige n'a plus que la moitié de la circonférence de son écorce enlevée et ne présente plus de fente. La face inférieure d'une des branches terminales offre seule une lanière d'écorce détachée de son point d'insertion au tronc et s'étendant jusqu'à mi-longueur de la branche où elle reste pendante. Nous reviendrons plus loin, à un autre point de vue, sur cette observation.

Le hêtre déjà cité, observé par M. le docteur Bontemps, présente des désordres analogues : « Le tronc est entièrement écorcé du haut en bas et la partie moyenne est brisée en éclats et semble avoir été *tordue*. Des éclats volumineux semblent avoir été repoussés de dedans en dehors; une forte charge de poudre éclatant au centre de l'arbre aurait produit moins d'effets. »

— Par décision ministérielle, en date du 9 septembre 1892, M. Dziewonki, médecin-major de deuxième classe au 8e régiment de dragons, a été désigné pour le 7e régiment de même arme, par permutation avec M. Guillemot, médecin-major de deuxième classe

---

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie s'est occupée du choléra. M. Mignot (de Chantelle) ayant, dans une communication, affirmé que nous nous trouvions en présence du choléra indien, survenu après une épidémie de diarrhée cholériforme simple, M. Brouardel est monté à la tribune et a commencé par déclarer énergiquement que l'administration n'a jamais caché la vérité en ce qui concerne le nombre des cas et la mortalité. Quant à la nature de l'épidémie actuelle, M. Brouardel ne croit pas qu'il soit possible d'affirmer que l'on se trouve en présence du choléra asiatique. Si les symptômes, les lésions anatomiques, le microbe, sont les mêmes dans le choléra que nous observons que dans celui de l'Inde, la marche de l'épidémie semble démontrer qu'il ne s'agit pas d'une invasion de l'épidémie qui a débuté le 20 juin à Bakou, puisque, chez nous, les premiers cas ont été observés dans les environs de Paris le 2 avril.

Enfin, il est un troisième point à retenir de la communication de M. Brouardel, c'est que, à en juger par ce qui s'est passé à Bonneval et par ce qui se passe actuellement au Havre, on peut affirmer que les mesures de désinfection qui ont été prises ont été efficaces. Il y a donc tout lieu d'espérer que, mieux outillés encore dans l'avenir, nous ne verrons plus jamais se développer ces épidémies effroyables de choléra qui ont si justement impressionné nos devanciers.

M. Desprez (de Saint-Quentin) a fait connaître un traitement du choléra qui, depuis 1864, lui aurait donné de bons résultats. Ce traitement consiste dans une potion composée de chloroforme, d'alcool, d'acétate d'ammoniaque et de morphine, potion dont on trouvera plus loin la formule exacte.

L'Académie a repris ensuite la discussion sur le traitement des albuminuriques. M. Bouchard a élargi le débat en traitant, dans son ensemble, la question non seulement du traitement, mais bien de la pathogénie de l'albuminurie. Celle-ci, pour M. Bouchard, n'est pas grave par elle-même; c'est un élément de diagnostic et de pronostic; mais pour la gravité, tout dépend de l'origine de cette albuminurie. Or l'albuminurie rénale seule est permanente et peut amener la mort par auto-intoxication. Tout l'effort du clinicien doit donc tendre à bien déterminer la cause réelle de l'albuminurie et à instituer un traitement pathogénique en rapport avec cette cause. On trouvera au compte rendu un résumé de cette importante communication.

MM. Millard (de New-York) et Semmola (de Naples) ont communiqué chacun une note sur le même sujet, le premier dans le but de montrer qu'on peut déceler des doses très minimes d'albumine, 3 milligrammes par litre; le second rappelant ses travaux antérieurs sur le traitement des albuminuriques.

Enfin, M. Crocq fils (de Bruxelles) a adressé un travail sur les injections sous-cutanées de phosphate de soude dans les maladies du système nerveux.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Potain.

Diagnostic et évolution du rétrécissement mitral.

Un de nos malades, qui vient de succomber aux suites d'une affection cardiaque, dont le rétrécissement mitral constituait la lésion prépondérante, nous a offert plusieurs particularités cliniques intéressantes. Au point de vue séméiologique les signes de rétrécissement se sont trouvés, à certain moment, réduits à leur minimum. C'est à l'une des complications les plus fréquentes et souvent trop peu redoutée dans le pronostic, une embolie cérébrale, que ce malade a succombé. Enfin, il nous a présenté un bel exemple de l'influence curative que le rétrécissement mitral est susceptible d'exercer sur la tuberculose pulmonaire. En dehors d'autres détails sur lesquels je reviendrai en temps et lieu, ces trois grandes particularités sont, vous le voyez bien, dignes d'éveiller votre attention.

Comme antécédents morbides, ce malade avait eu deux attaques de rhumatisme articulaire aigu généralisé, la première à dix-huit ans, la deuxième à l'âge de trente et un ans. La première attaque, bien que très intense, ne fut suivie du côté du cœur d'aucun trouble fonctionnel. Pourtant je ne suis pas sûr que ce ne soit pas à cette attaque qu'on doive rapporter les premières lésions de rétrécissement mitral. Rien n'est, en effet, plus insidieux que cette affection. Un rétrécissement très marqué, si serré qu'il laisse à peine passer l'extrémité d'un porte-plume, peut exister des

années sans troubles fonctionnels et ne révéler sa présence que par une embolie foudroyante.

Quoi qu'il en soit, c'est très peu de temps après la deuxième attaque que le malade s'aperçut qu'il se fatiguait, s'essoufflait vite, qu'il avait, le soir, les pieds un peu enflés. A trente-trois ans, au milieu de la nuit, pendant son sommeil, survenait une attaque apoplectique. Il resta pendant un mois aphasique et hémiplégique du côté droit. La paralysie et l'aphasie s'améliorèrent vite, mais ne disparurent pas complètement. Le côté droit resta plus faible, la parole resta difficile. Des vertiges assez pénibles persistèrent également.

Mais, ce fut surtout l'augmentation de la dyspnée, celle de l'œdème des membres inférieurs, qui décidèrent le malade à venir une première fois à l'hôpital. L'état du cœur, au moment de l'entrée, était le suivant. Le cœur très hypertrophié présentait à la fois les symptômes d'une insuffisance tricuspide et d'un rétrécissement mitral. Mais le symptôme le plus important était la lenteur extrême du pouls. Le pouls, sans que le malade eût pris encore de digitale, était tombé à 32 pulsations. Ce ralentissement du pouls doit toujours être regardé comme une menace persistante d'embolies. Vous concevez, en effet, que la formation de caillots intra-cardiaques sera d'autant plus facile que le cœur bat plus lentement.

L'amélioration fut rapide. Huit jours après l'entrée, tout signe d'insuffisance tricuspide avait disparu. Comme signe du rétrécissement mitral, il ne persistait qu'un dédoublement du second bruit. Je vous fis, toutefois, observer que la pression artérielle restait basse, que le pouls, remonté certains jours jusqu'à 80, retombait, dans d'autres, jusqu'à 32. Mais l'amélioration finit par devenir telle que le malade put quitter l'hôpital.

Il revenait, un mois seulement après, très dyspnéique, œdématié, non seulement des membres inférieurs, mais du ventre et de la face. Les extrémités étaient froides et cyanosées. Le pouls cette fois offrait 76 pulsations par minute.

Le cœur était très dilaté. A la pointe existait un frémissement systolique très accentué, un souffle systolique ayant son maximum au bord droit du sternum. Le pouls veineux vrai, constaté aussi bien dans les jugulaires que dans les veines hépatiques, confirmait le diagnostic d'insuffisance tricuspidienne.

En ce qui concerne le rétrécissement mitral, il n'y avait plus ni roulement diastolique, ni dédoublement du deuxième bruit. On constatait pourtant une accentuation du deuxième ton pulmonaire.

Le pouls, dans les jours qui suivirent, s'éleva jusqu'à 96; il devint très faible, très irrégulier. Les urines rares, chargées, renfermaient de l'albumine. En présence d'un état aussi grave, je prescrivis la digitaline pendant cinq jours consécutifs, à dose d'un cinquième de milligramme par jour. La quantité d'urine remontait à 1100 centimètres cubes le deuxième jour, à 3600 centimètres cubes le troisième, à 4000 centimètres cubes le cinquième. La matité précordiale diminuait considérablement de près d'un tiers. Toutefois, le pouls restait fréquent, la pression artérielle faible; les signes d'insuffisance tricuspide persistaient. Ce fait avait une signification particulièrement grave. Il devait faire craindre que l'insuffisance tricuspide fût due non à une dilatation passive du cœur droit qui aurait cédé à mesure que diminuait la matité précordiale, mais à une lésion de l'orifice. Quant à la persistance d'une faible tension artérielle, malgré la diurèse abondante, elle mérite aussi d'être relevée comme exemple d'une dissociation fréquente dans l'emploi de la digitale. L'effet diurétique n'est nullement corrélatif du relèvement de la lésion.

Pourtant l'amélioration survenait peu à peu quand, subitement, le 26 juin à une heure du matin, le malade devint livide, perdit connaissance, tomba dans un coma complet. Tout le côté gauche était flasque, en résolution; les membres du côté droit étaient agités de saccades convulsives. Deux hypothèses pouvaient être discutées : 1° une embolie; 2° une inondation ventriculaire. La saignée ne pouvait qu'être utile dans l'un comme dans l'autre cas; l'embolie, malgré l'ischémie qui l'accompagne, est elle-même justiciable de la saignée. J'en fis pratiquer une chez notre malade, mais sans pouvoir l'empêcher de succomber rapidement.

A l'autopsie, le cœur est très volumineux. L'hypertrophie et la dilatation portent surtout sur le ventricule droit. L'orifice tricuspidien est dilaté, mais de plus les valves sont épaisses, rétractées, les cordons tendineux des valves sont également rétractés. C'est bien une insuffisance tricuspide non de dilatation passive, mais d'endocardite. L'orifice mitral est réduit au cinquième à peine de sa surface normale, les valvules fusionnées, accolées, ne laissent persister, au milieu, qu'une fente étroite. L'orifice de l'artère pulmonaire est dilaté, mais ses valvules sont restées suffisantes. Cette lésion explique néanmoins l'accentuation du deuxième ton pulmonaire.

Le foie est congestionné, il offre l'aspect du foie muscade. Les reins sont gros et durs. Du côté du poumon, on trouve, au sommet, des granulations fibreuses, dures. Un des ganglions trachéo-bronchiques a subi une dégénérescence caséeuse et crétacée. Cette rétrocession de lésions tuberculeuses n'est pas rare au cours du rétrécissement mitral. Chez un malade, présentant des signes de caverne, j'ai vu tous les symptômes s'atténuer à mesure que se développait la lésion mitrale. Parfois, il semble que ce soit sous l'influence même de la lésion pulmonaire que soit survenu le rétrécissement mitral. La tuberculose de la valvule mitrale est rarissime. Mais on peut supposer une irritation de l'endocarde due aux toxines sécrétées par les bacilles.

Enfin, du côté du cerveau existent une lésion ancienne et une lésion récente de l'hémisphère gauche. La première est constituée par un foyer de ramollissement du volume d'une noix, au niveau de la troisième circonvolution. La seconde est une oblitération de la sylvienne par un caillot récent. Quelle a pu être l'origine de ce caillot? Aucun autre caillot n'a été trouvé ni dans l'oreillette, ni dans l'auricule, là où on le rencontre assez fréquemment dans le cas de lésion mitrale. Mais, près de l'auricule, est une surface dépolie, calcaire, qui a très probablement constitué la base d'implantation du caillot détaché.

J'ai terminé par la description de ces lésions cérébrales, afin d'insister encore sur la fréquence relativement grande des embolies dans les rétrécissements les plus insidieux, les moins accentués de la valvule mitrale. Les embolies seront d'autant plus à craindre que le pouls sera plus ralenti. Il y a là, pour le pronostic, un élément grave auquel vous devrez toujours songer.

UN CAS DE SUTURE DU POUMON (1)

Par le docteur GUERMONPREZ (de Lille).

Les portions périphériques du poumon supportent aisément les traumatismes, c'est un fait depuis longtemps acquis. L'hémostase s'y effectue spontanément et presque rapidement : il est facile d'en juger par quelques manœuvres de chirurgie expérimentale. Ces deux principes suffisent à justifier le passage de quelques points de suture à travers les couches superficielles du parenchyme pulmonaire.

La terminaison du pyo-thorax par oblitération de la cavité pleurale est souvent difficile à réaliser; elle est même entravée dans le cas de pyo-pneumothorax, alors que les parois du canal broncho-pleural sont maintenues très étalées et distantes entre elles, alors qu'elles sont incessamment traversées par le pus de la séreuse d'une part, par le muco-pus de la bronche perforée d'autre part.

Cette vue de l'esprit m'a déterminé à intervenir une fois pour oblitérer une fistule broncho-pleurale.

Je n'ai pas fait d'avivement préalable; je n'ai pas fait d'oblitération étroite, mais le résultat a été immédiat; la communication broncho-pleurale s'est trouvée interrompue. Mon opéré a guéri, et la guérison se maintient encore actuellement, quatorze mois après mon opération.

Le 28 mars 1891, un typographe, âgé de dix-huit ans, commence l'évolution d'une fièvre scarlatine grave, dont la complication principale est une pleurésie de tout le côté gauche.

L'état des forces était déprimé et la température demeurait élevée, lorsque, brusquement, le 15 avril, survient une très abondante vomique, après laquelle on constate d'emblée que les signes du pyo-pneumothorax ont remplacé ceux de la pleurésie.

Cette évolution ne fait qu'aggraver l'état général, rendre la toux plus pénible et compromettre la nutrition à cause des vomissements provoqués par des quintes de toux.

Sur la proposition de M. le docteur Druon (de Lille), je donne issue au pus, en ouvrant largement la plèvre suivant la direction de la neuvième côte, que j'enlève rapidement par la méthode sous-périostée, depuis le cul-de-sac diaphragmatique de la plèvre jusqu'un peu au delà de l'angle de cette côte. Sans aucune temporisation, la cavité pleurale est vidée, puis explorée, lavée à l'eau phéniquée tiède et enfin lavée encore au moyen de l'eau simplement bouillie. La gravité de l'état général imposait une grande rapidité. La chloroformisation fut bonne. Aucun incident ne vint y apporter le moindre retard.

Cette première opération, menée dans de bonnes conditions de milieu le 24 avril 1891 (vingt-neuvième jour de la maladie), améliore manifestement l'état général du patient, qui cesse de vomir, s'alimente de mieux en mieux et reprend progressivement des forces.

Le 25 mai, il se trouve suffisamment amélioré pour supporter l'opération de la thoracoplastie, dont l'indication se manifestait d'abord par l'état stationnaire de la suppuration, ensuite et surtout parce que la cavité pleurale ne montrait pas la moindre tendance à diminuer d'étendue, malgré l'usage des antiseptiques et des pansements compressifs.

Pour cette seconde opération, la première incision a été prolongée verticalement, le long de la série des apophyses épineuses.

Six côtes ont été successivement enlevées jusqu'aux limites de la cavité en avant et en haut. Lorsque ce temps de désossement de la paroi thoracique fut terminé, il devint facile de découvrir l'orifice inférieur de la fistule broncho-pleurale.

Masqué en partie par le poumon, cet orifice était situé plus bas que le hile pulmonaire; il répondait à peu près au milieu de l'espace compris entre la tête et l'angle de la côte. Son calibre demeurait toujours également béant, aussi bien par l'inspiration que par l'expiration. Sa dimension verticale avait un peu plus de 4 centimètres, et ses limites supérieure et inférieure se confondaient avec la coalescence déjà effectuée en haut et en bas, entre la plèvre pariétale, d'une part, et la plèvre viscérale, d'autre part.

Un nettoyage assidu permit de bien voir la paroi thoracique et d'éviter de blesser les artères et les nerfs intercostaux; — et le rapprochement des deux lèvres, interne et externe, de cet hiatus fut immédiatement entrepris.

Le fil adopté fut le catgut phéniqué n° 2.

L'instrument fut l'aiguille de Sims, de petite dimension, avec une courbure de demi-circonférence. Pour la porter, je me suis servi d'une pince à long manche. La même pince m'a servi à reprendre et à ramener l'aiguille après sa traversée des tissus.

Mon premier fil a été passé trop superficiellement, aussi bien du côté du poumon que du côté de la paroi : il a coupé tous les tissus.

Le second fil a cassé.

Trois autres ont été plus ou moins avantageusement appliqués. Heureusement, le principal, qui répondait exactement au milieu du trajet de la fistule, prenait une épaisseur importante des tissus : il passait au delà d'un faisceau aponévrotique du muscle intercostal interne, d'une part; il embrassait environ 1 centimètre de parenchyme pulmonaire en largeur et en profondeur, d'autre part. — L'efficacité de la constriction de ce fil a été immédiatement évidente. — Dès qu'il fut serré, on cessa d'entendre et de voir passer l'air à chaque mouvement respiratoire. — Le souffle bruyant de la fistule broncho-pleurale fut brusquement et définitivement supprimé.

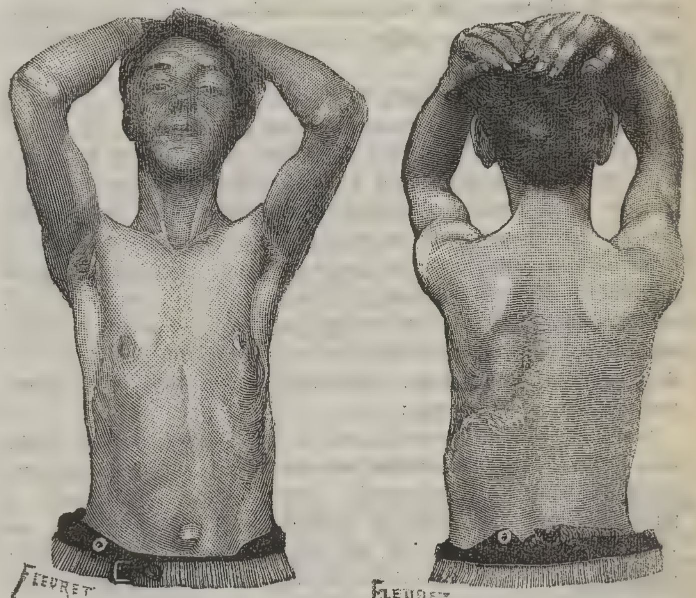
Le reste de l'opération fut conduit comme de coutume.

Les pansements aseptiques furent renouvelés chaque jour et toujours suffisamment compressifs pour refouler la paroi externe du thorax vers la colonne rachidienne et vers le sternum.

Le traitement général reconstituant fut suivi avec exactitude.

Le 2 juillet 1891 (trente-huitième jour après l'opération), la cicatrisation était complète, et l'opéré quittait la maison Saint-Camille.

Après une convalescence assez longue, il reprit peu à peu ses occupations professionnelles; et le 22 novembre de la même année, il se remit à son rang parmi les typographes non astreints au travail de nuit.



Les figures ci-jointes témoignent de la situation de cet ouvrier le 30 mai 1892, un an après son opération. L'amaigrissement est beaucoup moins important que pendant la maladie et la convalescence. Les mouvements de l'épaule gauche sont un peu moins

(1) Lecture faite à l'Académie de médecine.

libres que ceux du membre congénère. La dimension transversale n'est pas énormément diminuée dans sa portion antérieure, tandis qu'elle est réduite de moitié dans toute la portion inférieure de sa face postérieure.

Ce jeune homme, actuellement âgé de dix-neuf ans, ne tousse plus et n'est jamais oppressé.

Il travaille et continue à travailler sans autre incident qu'un minime phlegmon circonscrit, terminé par l'élimination d'un petit séquestre provenant d'un fragment postérieur d'une côte.

De ce fait, je ne veux tirer qu'une seule conclusion : c'est que, dans des circonstances favorables, il est possible de profiter d'une opération de thoracoplastie pour hâter l'oblitération d'une fistule broncho-pleurale. Un seul point de suture, heureusement placé, peut y suffire et fixer le poumon à la portion la plus voisine de la paroi thoracique.

MÉDECINE LÉGALE DES ACCIDENTS DE LA FOUDRE (1)

Par le docteur Vincent, de Guéret (Creuse),
Lauréat de l'Académie de médecine, de la Société de médecine du Nord et de la Société des langues romanes de Montpellier.

VI

B. *Sillons, divisions et lacérations.* — Un cas plus fréquent est celui où la plaie, ne se bornant pas à l'épaisseur de l'écorce, empiète sur l'aubier qui présente, lui aussi, un sillon plus ou moins profond et plus ou moins régulier, correspondant, en général, à celui de l'écorce, dont il est la continuation en profondeur. Comme ce dernier, il suit la direction des fibres du bois et sa surface et ses bords sont plus ou moins nets ou plus ou moins écharpillés. M. Colladon a observé, sur un chêne, une mortaise d'une régularité parfaite et régulièrement concave, comme si elle avait été faite par un rabot armé d'un ciseau à tranchant convexe ; c'est l'analogue de la solive citée plus haut, dont le creusement doit être l'effet de la forme globuleuse qu'affecte la foudre. Le médecin doit être prévenu de cet effet, qu'il serait tenté d'attribuer à une personne armée de l'instrument en question.

Maintenant, comme ceux de l'écorce, ces sillons peuvent être uniques ou multiples. Ils peuvent, de plus, s'étendre plus ou moins en largeur et en profondeur, de manière à produire des pertes de substance plus ou moins étendues, mais qui, en général, le sont moins que celles de l'écorce qui les débordent le plus souvent.

Nous avons vu, plus haut, M. le docteur Bontemps comparer les effets de la foudre, sur un des hêtres par lui observés, à ceux d'une mine éclatant au centre de l'arbre. Les effets qui le confirment ne sont pas rares. On a vu, en effet, bien des exemples d'arbres partiellement ou complètement divisés en lattes, fragments ou lambeaux plus ou moins volumineux ou nombreux du tronc et des branches, avec projection plus ou moins éloignée des débris. Cette projection à distance qui, ici comme partout, est la règle, établirait, au besoin, une analogie entre le *modus agendi* de l'électricité circulant au sein du tissu ligneux et celui des poudres fulminantes. L'observation suivante peut donner une idée de ces désordres :

Dans les premiers jours du mois de juillet 1886, près de la station de Saint-Sulpice-Anzème, le tonnerre frappe simultanément, dans une même châtaigneraie, deux châtaigniers éloignés de 20 mètres l'un de l'autre, en produisant sur chacun d'eux des effets bien différents. L'un, en effet, présente sur le tronc un simple sillon de 5 centimètres de large environ, dirigé de haut en bas dans le sens des fibres ligneuses et comprenant tantôt l'épaisseur de l'écorce, tantôt seulement celle des couches corticales, tandis que sur l'autre, beaucoup plus maltraité, on observe de graves lésions que nous décrirons plus loin. L'étincelle fulgurante s'est ici évidemment divisée en deux parties inégales en volume, et, par suite, en énergie : l'une, par conséquent, formée par une quantité de matière électrique bien supérieure à celle de l'autre. De ce fait, on peut déduire que la quantité de l'électricité formant l'éclair peut être très variable et que, de deux coups de foudre, l'un peut produire des effets bien supérieurs à ceux de l'autre. Il doit en être des nuages électrisés comme de nos appareils de physique : l'étincelle de la bouteille de Leyde ne produit qu'une légère commotion, tandis que celle d'une batterie électrique de plusieurs couples à larges surfaces peut tuer un animal plus ou moins gros, selon la charge qu'elle comporte. C'est une notion qui, dans certains cas, mérite peut-être d'être prise en considération en médecine légale.

Le châtaignier le plus maltraité, peu chargé de branches, à tige droite de 15 à 18 mètres de haut, ayant, à hauteur d'homme, 2m47 de circonférence, a été brisé à son tiers supérieur, qui a été projeté sur le sol avec ses branches terminales et latérales, à une distance plus grande que celle qui aurait existé si la cassure avait eu lieu par un coup de vent. Cette cassure s'est faite, en pointes très irrégulières, sur la partie inférieure restant debout, correspondant à une dépression ou rainure large et profonde sur la partie détachée.

Sur la partie restant debout, le tronc présente de haut en bas, jusqu'à quelques centimètres du sol, une excavation ou perte de substance considérable, dont la largeur correspondant à la circonférence de l'arbre égale 72 centimètres, et à sa partie profonde 35 centimètres ; la profondeur des bords coupés obliquement et à fente nette égale 12 à 15 centimètres. Sa face profonde est convexe et se confond avec la face externe de la couche concentrique correspondante.

Cette excavation, qui, du reste, n'a pas partout la même profondeur régulière, se termine en bas par une cassure très irrégulière, dont quelques pointes sont à 1m20 du sol et d'autres à 20 centimètres seulement. Sur cette partie inférieure intacte, l'écorce est enlevée ; sur les parties latérales, de chaque côté de l'excavation, elle est décollée. En haut, la surface de la masse du bois pourri centrale est divisée, par des lignes entrecroisées, en polygones irréguliers laissant supposer que cette masse de bois altérée est elle-même divisée en masses secondaires polyédriques.

A 2 ou 3 mètres au-dessous de la brisure de l'arbre, à la surface de l'excavation, on observe deux rubans de bois en tout semblables à ceux produits par la varlope du menuisier, aussi minces, roulés comme eux en spirale et fixés au bois par une de leurs extrémités, effet qui démontre une fois de plus que la foudre peut imiter le travail de la main de l'homme et des instruments dont elle se sert.

[A propos des effets de la foudre simulant le travail de l'homme, je dois consigner ici le suivant qui paraîtrait invraisemblable si l'observation n'avait démontré qu'il est possible :

Au mois d'août 1890, le tonnerre tombait, près du village de Badent, sur un poirier sauvage dont il brisait et séparait le tronc en deux, en lui imprimant un mouvement de torsion. Une des grosses branches, brisée comme le tronc, présente, au niveau de la cassure, plusieurs fentes longitudinales qui, en s'enfonçant dans l'épaisseur du bois, divisent celui-ci en plusieurs morceaux de volume variable et *ces fentes sont réunies entre elles par des sections perpendiculaires, planes et nettes, qu'on dirait produites par un trait de scie.* Sur la pièce que je possède et que je tiens à la disposition de quiconque voudrait vérifier et constater le fait, il existe *trois de ces sections* qui contribuent à la séparation des deux parties de la branche et dont l'une, la plus étendue, présente environ 30 centimètres carrés de surface.]

C. *Écharpillement.* — La division du bois, selon la longueur de ses fibres, peut aller bien plus loin : Un vieux bûcheron, bien digne de foi, m'a affirmé avoir vu deux arbres presque contigus frappés par la foudre, dont les fibres, dans quelques parties, étaient poussées à un état de division et de séparation tel qu'elles étaient, selon son expression, *réduites en filasse.*

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 993.

Ici, le tissu conjonctif qui, à l'état normal, réunit entre elles les fibres du bois, a été évidemment détruit.

D. *Roulage.* — Lorsque cette destruction opérée par la foudre, au lieu d'atteindre le tissu conjonctif qui unit les fibres, se produit sur celui qui réunit entre elles les diverses couches concentriques annuelles de l'arbre, elle donne lieu à un effet analogue à celui du temps sur les vieux arbres; je veux parler du *roulage*, et on appelle *arbres roulés* ceux qui sont divisés à l'intérieur en couches concentriques. Sur un chêne foudroyé, cité par Sestier et Méhu, l'arbre était roulé dans toute sa longueur et les couches concentriques du bois se détachaient les unes des autres comme des tubes de lunettes d'approche.

E. *Forage.* — Lorsque la foudre se porte uniquement sur le tissu cellulaire central, qu'on est convenu d'appeler la moelle de l'arbre, elle détermine le *forage*, c'est-à-dire qu'elle produit du haut en bas un canal central dont les parois peuvent être noircies ou charbonnées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 septembre 1892. — Présidence de M. Larrey.

CORRESPONDANCE

Choléra. — **M. MIGNOT** (de Chantelle) adresse une note relative à l'épidémie de diarrhée cholériforme qui a sévi cet été dans le canton de Chantelle. Les cas ont été très nombreux, mais l'épidémie a été peu meurtrière, au moins chez les adultes. Cette épidémie a sévi à la même époque que celle de la banlieue de Paris.

Au moment où l'on n'avait, à Paris et dans la banlieue, que des cas de cholérine et de choléra nostras, plus nombreux que les autres années, nous en constations, nous aussi, une fréquence inusitée dans notre canton. Le choléra asiatique est venu depuis à Paris et aux environs, par l'adjonction d'un élément nouveau importé du Nord. Ce sont donc deux épidémies de gravité différente qui se succèdent.

DISCUSSION

M. BROUARDEL dit que M. Mignot paraît admettre comme démontré que l'épidémie actuelle en France est du choléra asiatique; cela est trop affirmatif, et M. Brouardel saisit cette occasion pour répondre à ceux qui ont reproché, aux renseignements administratifs, de n'être pas sincères.

Il s'élève formellement contre cette assertion; nous avons toujours fait connaître la vérité, dit-il; plus exactement, nous avons dit tout ce que nous savions en ce qui concerne la mortalité notamment. Si nous avons eu quelque réserve, c'est au sujet de la nature de l'épidémie actuelle, nature sur laquelle il nous paraît absolument impossible d'avoir une opinion ferme.

Si on lit les descriptions de choléra nostras faites par Sydenham à la fin du XVIIe siècle, alors qu'il ne pouvait être question, pour l'Europe, de choléra indien, on voit que ces descriptions correspondent parfaitement avec celles que l'on pourrait faire de l'épidémie actuelle. Sans doute, les symptômes observés sont aussi ceux du choléra indien, les lésions anatomiques sont les mêmes; dans les deux cas, on observe le même microbe de Koch, mais cela ne paraît pas suffisant pour se prononcer, parce qu'il est un élément d'appréciation très important qui est en rapport avec l'hypothèse d'un choléra nostras, c'est la marche de l'épidémie.

C'est le 20 juin que l'épidémie a paru à Bakou, pour aller se propager jusqu'en Amérique, tandis que, dès le 2 avril, nous avions constaté les premiers foyers épidémiques dans les environs de Paris, c'est-à-dire bien avant Bakou. De même, le choléra du Havre, ses débuts tout au moins, pourrait bien être le résultat de la propagation du choléra de Paris.

C'est, en effet, le 11 août que l'on a constaté, pour la première fois, le choléra à Hambourg, c'est le 2 août qu'il avait paru au Havre. Il est vrai que la gravité de l'épidémie du Havre pourrait faire admettre du choléra asiatique importé, mais alors il n'y aurait rien d'impossible à admettre que cette importation s'est faite sur une ville dans laquelle sévissait déjà le choléra nostras. L'existence du choléra nostras, cela va sans dire, n'exclut nullement la possibilité d'un choléra asiatique concomitant.

Pour ce qui est de l'épidémie de Bonneval, l'enquête à laquelle nous nous sommes livré montre qu'elle n'est qu'une propagation de l'épidémie de la banlieue de Paris. La femme d'un gendarme, habitant à 2 kilomètres de l'asile, étant allée à Pantin, est revenue mourir du choléra dans son village; son fils, qui portait des journaux à une marchande de tabac de Bonneval, contaminé par sa mère, est mort à Bonneval, et tout porte à croire que l'épidémie s'est propagée dans l'asile, soit par les journaux apportés par cet enfant, soit par une infirmière de ce même asile qui est venue le soigner et le caresser au moment où il était mourant.

En ce qui concerne la présence, dans les déjections de nos cholériques, du bacille virgule que Koch a trouvé aux Indes, cet argument même ne paraît pas démontrer, sans réplique, l'origine asiatique du choléra. Un même microbe, en effet, peut fort bien avoir des virulences toutes différentes, suivant nombre de circonstances qui nous échappent.

En veut-on une preuve? On la trouve dans le fait suivant relatif au microbe de la fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde est inconnue à Châlons-sur-Marne; par contre, la fièvre muqueuse, variété légère de fièvre typhoïde, s'y rencontre fréquemment. L'examen des eaux bues par les habitants de Châlons montre qu'elles contiennent le bacille de la fièvre typhoïde, absolument comme les eaux d'autres villes, le Havre, par exemple, où la fièvre typhoïde sévit avec sa gravité ordinaire. Il faut bien admettre que la virulence de ce microbe n'est pas la même dans ces deux villes. Est-ce parce que le terrain sur lequel est bâti le Havre est un terrain d'alluvion, alors que Châlons est sur un terrain calcaire, et que les terrains alluvioniques, chargés de matières organiques, sont plus favorables au développement du bacille typhique? Est-ce pour toute autre cause? M. Brouardel l'ignore, mais ce qui est certain, c'est que, suivant les circonstances, le bacille typhique est plus ou moins virulent.

Il en est probablement de même du bacille virgule, et c'est pour cela qu'on le retrouve dans deux épidémies différentes, comme le sont les épidémies de choléra nostras et de choléra asiatique.

En tout état de cause, il faut reconnaître que, si l'épidémie actuelle est du choléra asiatique, son allure, comparée à celle des épidémies antérieures, est singulièrement différente, et nous devons nous féliciter hautement de l'efficacité des moyens pour combattre le fléau.

A Bonneval, grâce au zèle avec lequel M. Camuset a pratiqué la désinfection de l'asile, l'épidémie s'est éteinte sur place en trois semaines et demie. Au Havre, ce n'est que le 25 que le maire de cette ville a pu la désinfecter sérieusement et, aujourd'hui, l'épidémie touche à sa fin, alors qu'en 1873, une épidémie semblable, ayant débuté le 1er août, n'avait commencé à diminuer d'intensité qu'au mois de novembre suivant.

Si l'on tient compte, en outre, de l'expérience que l'on vient d'acquérir par cette dernière épidémie, nous pouvons affirmer que, dans l'avenir, nous serons encore mieux outillés qu'à l'heure actuelle, et M. Brouardel croit que l'on peut se rassurer. Ce n'est pas trop s'avancer de prédire que nous ne reverrons plus les grands désastres dus aux épidémies cholériques qui ont si vivement impressionné nos devanciers.

LECTURES

Traitement du choléra asiatique par le chloroforme composé. — **M. DESPREZ** (de Saint-Quentin) emploie, depuis 1884, un mode de traitement qui a pour but : 1° de détruire dans le tube digestif les bacilles virgules, et de neutraliser leurs produits de sécrétion; 2° de calmer les spasmes si douloureux de l'estomac, qui rendent cet organe réfractaire aux médicaments ou boissons ingérés; 3° de stimuler activement les fonctions de la peau, qui sont si étroitement liées à celles du tube digestif et

du rein; 4° d'introduire dans l'économie, dès que l'absorption est rendue possible, des principes capables de rétablir, autant qu'il se peut, la composition normale du sang, des médicaments destinés à le fluidifier, à le rendre accessible à la circulation capillaire et à l'hémostase. Les médicaments qu'il emploie dans ce but sont : le chloroforme, l'alcool, l'acétate d'ammoniaque et la morphine, qu'il donne aux doses suivantes :

Chloroforme	1	gramme.
Alcool	8	—
Acétate d'ammoniaque	10	—
Eau	40	—
Sirop de chlorhydrate de morphine	40	—

Une grande cuillerée à bouche toutes les demi-heures, jusqu'à cessation des accidents.

En outre, il fait entourer le malade de bouteilles remplies d'eau bouillante.

Le chloroforme se volatilise en arrivant dans l'estomac et ses vapeurs agissent sur les innombrables terminaisons nerveuses sous-épithéliales, si bien décrites par M. Ranvier, et par action réflexe sur les fibres striées ; leur absorption leur permet de combattre les produits toxiques sécrétés par les bacilles et introduits dans la circulation.

Ce traitement a donné en 1875, dans l'épidémie de Damas, entre les mains de M. le docteur Cossini, 8 guérisons sur 10 cas ; en 1876, 72 guérisons sur 100 cas, dans l'Inde française (docteur Follet). MM. Chastang, en 1882, dans la Cochinchine; Chapuis en 1884, à Toulon; Jette, en 1884, à Bône ; Corrado, en 1890, à Alep, ont aussi obtenu d'excellents résultats.

M. Desprez croit donc que ces résultats, si satisfaisants dans les pays à température extrême, seraient encore meilleurs en Europe et qu'on pourrait avoir 80 à 90 p. 100 de guérisons.

Comme traitement préventif, il conseille aux personnes qui visitent les cholériques, de prendre plusieurs fois par jour, avant ou après les repas, un demi-verre d'eau chloroformée au 500e ou 1000e, aromatisée suivant les goûts.

Des injections sous-cutanées de phosphate de soude dans les maladies du système nerveux. — M. LANCEREAUX lit, au nom de M. Crocq fils (de Bruxelles), une note dont voici les conclusions :

1° L'injection sous-cutanée d'une dissolution à 1/50 de phosphate de soude dans l'eau de laurier-cerise ne produit aucune réaction, ni locale, ni générale ;

2° En injectant tous les jours, au début, puis tous les deux jours, d'abord 1, puis 3 centimètres cubes de cette solution, à des malades atteints de maladies nerveuses, on obtient une action névrosthénique puissante ;

3° Ce moyen agissant purement comme tonique du système nerveux, les résultats obtenus seront ou curateurs ou palliatifs. Ils seront curateurs dans les affections qui ne dépendent que d'un trouble fonctionnel de l'axe cérébro-spinal, ils ne pourront être palliatifs que lorsque existent des lésions organiques des centres nerveux ;

4° La supériorité de ce moyen sur ceux de MM. Brown-Séquard et Constantin Paul dépend de sa simplicité même, il se trouve à la portée de tout le monde.

SUITE DE LA DISCUSSIÓN SUR LE TRAITEMENT DES ALBUMINURIQUES

M. BOUCHARD a été heureux d'entendre ses collègues soutenir quelques-unes des idées qu'il s'est efforcé de défendre. Pour lui, en effet, les accidents de néphrite sont souvent des accidents d'auto-intoxication. Il a, depuis longtemps, démontré que, chez les malades qui en sont atteints, les urines ne sont pas toxiques, ce qui prouve que le rein n'a pas éliminé les poisons, et que ceux-ci sont restés dans l'organisme. L'un de ces accidents de néphrite par auto-intoxication est constitué par la contraction pupillaire, sur laquelle M. Bouchard a appelé l'attention. Il en trouve une nouvelle démonstration dans l'épidémie cholérique actuelle; aussitôt que, chez les cholériques, apparaît l'anurie, la pupille devient punctiforme. Quand les urines reparaissent, la pupille se dilate. La non-toxicité des urines chez les albuminuriques est donc une des preuves les plus évidentes de l'auto-intoxication décrite par M. Bouchard.

Relativement à l'utilité du régime lacté chez les albuminuriques, M. Bouchard ne la conteste pas; mais voici comment il l'explique. Il ne faudrait pas croire, dit-il, que cinq litres de lait soient cinq fois plus utiles qu'un litre; ce serait une grave erreur ; en effet, le lait est utile, par cela même qu'il est insuffisant; c'est, en quelque sorte, une diète azotée et c'est en tant qu'aliment insuffisant que le lait est utile chez les albuminuriques.

Quant au traitement des albuminuries, il ne saurait être unique ; l'albuminurie, en elle-même, n'est pas chose grave : c'est un signe révélateur ou avant-coureur d'accidents variables; c'est un symptôme mal famé, mais ce n'est qu'un symptôme; ce qui est fâcheux, ce n'est pas d'avoir de l'albumine dans les urines; l'urémie et la chronicité, voilà ce qui est à redouter. L'albuminurie est donc un signe important au point de vue du diagnostic, et même du pronostic; mais c'est un signe à peu près indifférent en tant qu'albuminurie. L'albuminurie n'est grave qu'autant qu'elle éveille les idées d'urémie ou de chronocité et c'est l'albuminurie d'origine rénale qui, seule, expose à ces redoutables accidents. Quelles sont les autres albuminuries? Quelles sont celles qui ne sont pas sous la dépendance d'une maladie rénale? Il y a d'abord l'albuminurie d'origine cutanée. Les chirurgiens connaissent l'albuminurie déterminée par les grandes brûlures ; on connaît celle qui est produite chez les animaux par le vernissage ; on a vu de l'albumine survenir à la suite de l'application, sur la peau, de compresses de chloroforme, ou de frictions d'essence de térébenthine. A l'hôpital Saint-Louis, on connaît l'albuminurie provoquée chez les malades atteints de la gale et soumis à la frotte. Ce sont là des albuminuries dépendant de congestions rénales par action réflexe; on en observe également à la suite de la faradisation du sciatique, de l'ouverture du péritoine, etc. Ces sortes d'albuminuries sont surtout caractérisées par la soudaineté de leur apparition et par la brusquerie de leur disparition.

Il y a, en outre, un groupe de maladies dans lesquelles peut survenir l'albuminurie; tels sont le rhumatisme, la goutte, le diabète, l'obésité. Voyons ce que nous apprend, à ce sujet, la statistique : l'albuminurie, d'après les statistiques, s'observe 26 fois sur 100 cas d'obésité, 58 fois sur 100 cas de goutte. Dans le diabète, la fréquence de l'albuminurie serait de 10 p. 100 d'après Garrod, de 11 p. 100 d'après Senator, de 17 p. 100 d'après Smoler, de 28 p. 100 d'après von Dusch. Elle est de 33 p. 100 sur l'ensemble des faits que j'ai observés.

Il y a aussi l'albuminurie qui apparaît, une fois sur cinq, dans la dilatation de l'estomac. Elle n'est pas comparable à celle de la néphrite interstitielle ; elle disparaît avec la cessation des troubles gastriques. Il faut tenir compte aussi de la quantité et du plus ou moins de permanence de l'albumine; il y a des malades ayant 4 grammes d'albumine dans les urines, qui guérissent très bien et chez lesquels, après le repos de la nuit, le matin, on ne trouve plus d'albumine. Cette albuminurie intermittente est d'un pronostic favorable.

A côté de l'albuminurie dyspeptique, il faut placer l'albuminurie hépatique.

Murtchinson, déjà en 1876, signalait l'albuminurie hépatique. Les recherches de M. Bouchard n'ont fait que confirmer l'opinion émise à cette époque par Murtchinson. Prenant deux lapins, il injecte du lait dans les veines de l'oreille chez l'un, dans une branche de la veine porte chez l'autre; on trouvera de la caséine dans l'urine du premier, de l'albumine dans celle du second. Le foie est donc capable d'éliminer, d'une certaine façon, des matières albuminoïdes. Chez les dyspeptiques, l'albumine est trois fois plus fréquente quand il y a congestion du foie, que lorsque le foie est normal. L'influence du foie sur la production de l'albumine n'est donc pas douteuse.

L'état du foie joue également un grand rôle, au point de vue de l'albuminurie apparaissant dans la goutte, le rhumatisme ou dans l'obésité, ou même dans l'asthme. Ici encore la statistique fournit de précieux renseignements :

Sur 100 obèses avec foie normal, l'albuminurie s'observe 11 fois; sur 100 obèses avec gros foie, elle s'observe 68 fois; sur 100 diabétiques avec foie normal, il y a 16 albuminuriques; sur 100 diabétiques avec gros foie, il y a 64 albuminuriques; sur 100 goutteux avec foie normal, il y a 43 albuminuriques; sur 100 goutteux avec gros foie, il y a 100 albuminuriques.

Dans toutes ces maladies l'influence du foie, on le voit, est manifeste au point de vue de la production de l'albuminurie.

Tandis que toutes ces albuminuries sont intermittentes, l'albuminurie d'origine rénale seule ne l'est pas.

M. Bouchard signale également l'albuminurie apparaissant, durant la croissance, chez les adolescents; quand la croissance est trop rapide, les tissus se forment mal, l'organisme entier devient défectueux; alors apparaît cette albuminurie intermittente qui disparaît le matin pour reparaître le soir.

Arrivant au traitement, M. Bouchard déclare qu'il ne faut pas chercher à faire un traitement de l'albuminurie, mais un traitement de la maladie qui est la cause de l'albuminurie. La thérapeutique ne doit pas viser l'albumine seule, mais bien la maladie dont l'albuminurie n'est qu'un accident. Ce qui importe donc pour le choix du traitement, c'est la maladie productive de l'albuminurie.

M. MILLARD (de New-York) lit une note intitulée : « Sur le moyen de déceler de petites quantités d'albumine dans l'urine, et sur l'existence d'une soi-disant albuminurie physiologique. » Il résulte de cette note qu'avec le réactif de Tanret, on peut reconnaître la présence de 4 milligrammes d'albumine par litre dans l'urine et qu'avec son propre réactif (acide phénique, acide acétique et liqueur de potasse) on peut même déceler la présence de 3 milligrammes d'albumine par litre.

D'autre part, M. Millard a examiné, avec toutes les précautions possibles, un grand nombre de spécimens d'urine dans des conditions variées, sans y trouver la moindre trace d'albumine, il en conclut qu'il n'y a pas d'albuminurie physiologique.

M. SEMMOLA (de Naples) envoie une note dans laquelle il rappelle ses travaux antérieurs sur le traitement des albuminuries, travaux qui remontent à 1850. Il résume ainsi sa communication :

Il fut le premier à démontrer expérimentalement :

1° Que la quantité d'albumine éliminée pendant les vingt-quatre heures se modifie considérablement par le régime alimentaire;

2° Que, sous l'influence de la diète carnée exclusive, la quantité d'albumine éliminée dans les vingt-quatre heures augmente considérablement;

3° Que le régime végétal et féculent fait diminuer considérablement l'albumine et la réduit au tiers de la quantité moyenne éliminée avec le régime mixte antérieur. Ces résultats furent confirmés par tous les expérimentateurs qui suivirent, et entre autres, par Gubler, Parkes, Lépine, etc.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 6 septembre 1892, M. le docteur Dufour (de Grenoble) a été nommé chevalier de l'ordre de la Légion d'honneur.

— Par décrets, en date des 7 et 10 septembre 1892, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les docteurs Bourgogne, médecin de deuxième classe des colonies, démissionnaire, et Cornet, ancien médecin auxiliaire de la marine.

— Par décret, en date du 12 septembre 1892, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Planès, Fontamille, Coculet, Pissot, Bourdon, Stécewiez, Verlet, Toussaint, Prenant, Loriol, Frissard, Saint-Remy, Legrain, Paterne, Larauza et Durruty.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Klobb.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Pellerin (de Le Regrippière) et Peillon (de Lyon).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOLOGIE

(LIÈGE, 29, 30, 31 AOUT 1892)

Le **premier** Congrès international de physiologie a eu lieu à **Bâle** en 1889. Cent vingt-six membres avaient répondu à l'appel du Comité; les travaux de ce Congrès avaient rempli cinq séances et une après-midi consacrée à des démonstrations au laboratoire de physiologie. La plupart des quarante-neuf communications scientifiques avaient été accompagnées de démonstrations, et le nombre des expériences s'était, en outre, élevé au chiffre de trente-trois.

Le Comité directeur fut composé de MM. les professeurs Holmgren, président; Bowditch, Chauveau, Foster, Héger, Heidenhain, Hering, Holmgren, Miescher et de Tarchanoff, présidents de séances; Dastre, Gaskell (remplacé par M. Sherrington), et Kronecker, secrétaires généraux, assistés de MM. Léon Frédéricq et Héger pour l'organisation du second Congrès.

Dans les *dispositions générales* adoptées à Bâle, il fut principalement convenu que les séances seraient réservées aux communications et aux démonstrations physiologiques, et que l'on devrait (article 4) chercher, autant que possible, à donner aux communications un caractère démonstratif et expérimental. En outre, le premier Congrès à Bâle avait décidé que le deuxième Congrès international de physiologie serait tenu, en 1892, en Belgique ou en Suisse, dans une ville de langue française. Sur la proposition de M. Héger, le choix se porta sur la ville de **Liège**.

On ne pouvait mieux choisir. Tous les membres du Congrès ont été unanimes pour admirer la remarquable installation de l'Institut physiologique de Liège, et celle des divers autres Instituts qui composent l'Université de Liège. Nous reviendrons sur ce sujet; mais, au début de ce compte rendu, nous nous faisons un devoir de rendre hommage à l'infatigable dévouement, à la féconde, ingénieuse et inépuisable complaisance dont le sympathique (et polyglotte) organisateur du Congrès à Liège, M. le professeur Léon Frédéricq, a comblé tous les membres du Congrès, sans oublier ses dévoués collaborateurs et notamment son assistant, M. E. Delsaux.

Le nombre des membres inscrits pour le Congrès de Liège était d'abord de 101; on constate sur la dernière liste des membres présents que le Congrès compte 103 membres. Si nous comparons, pour les deux Congrès de Bâle et de Liège, les contingents des divers pays, nous obtenons les résultats suivants :

	A BALE 1889	A LIÈGE 1892	
	Présents.	Inscrits.	Présents.
Allemagne	24	12	10
Autriche-Hongrie .	7	4	4
Belgique	7	27	30
États-Unis	7	»	1
France.	19	20	20
Grande-Bretagne .	19	25	24
Italie.	9	1	2
Pays-Bas.	1	2	2
Portugal	1	»	»
Roumanie	1	2	2
Russie	4	4	4
Suède	3	1	1
Suisse	24	3	3
	126	101	103

c'est-à-dire une grande diminution pour l'Allemagne et la Suisse, et presque l'abstention de l'Italie.

Signalons parmi les noms les plus connus et les physionomies les plus remarquées : MM. les professeurs Chauveau, Gréhant, Dastre (de Paris); Arloing, Morat (de Lyon); Laulanié (de Toulouse); Hédon (de Montpellier); Wertheimer (de Lille); W. Kühne (de Heidelberg); Rosenthal (d'Erlangen); Hensen (de Kiel); Max Cremer et O. Loew (de Munich); N. Cybulski (de Cracovie); Firkett, Nuel, Vanlair (de Liège); P. Héger (de Bruxelles); Allen (de Birmingham); Foster (de Cambridge); Halliburton, Horsley, Schäfer, Sherrington, Starling, A. Waller (de Londres); Burdon-Sanderson, le doyen des physiologistes anglais (d'Oxford); Hamburger (d'Utrecht); Grigorescu et Vitzou (de Bucharest); Mendelssohn, Wedenski (de Saint-Pétersbourg); Holmgren (d'Upsal); H. Kronecker (de Berne); Miescher-Rusch (de Bâle); Delbœuf (de Liège).

Les séances du Congrès se tenaient le matin, de huit heures et demie à midi, dans le grand amphithéâtre (auditoire) de l'Institut de zoologie, pour les communications et projections; et après-midi, de deux heures et demie à sept

heures, simultanément, dans les divers et nombreux locaux de l'Institut de physiologie, pour les expériences, vivisections, expositions et présentations d'instruments, etc.

Pour certaines communications des séances du matin, on a pu se convaincre, une fois de plus, que, sans expériences, une dissertation, une sorte de leçon est bien longue, après vingt, trente et quarante minutes, pour ceux qui ne sont pas familiarisés avec la langue de l'orateur. Au contraire, les communications accompagnées d'expériences ont été accueillies parfois avec enthousiasme, et l'on n'a pas ménagé la prolongation, au delà du quart d'heure réglementaire, aux orateurs qui se trouvaient compris par tout le monde, lorsqu'ils faisaient ainsi une « leçon de choses physiologiques ».

Il semble résulter bien nettement, surtout des conversations particulières, qu'on devrait trouver le moyen d'exposer clairement, en quinze minutes, le fait intéressant d'une communication orale qui, dans un Congrès, ne comporte ni historique, ni digressions oiseuses (1); inversement, on sera enchanté d'assister à une expérience ou démonstration pratique, dût-elle se prolonger beaucoup plus longtemps. Enfin, beaucoup de membres émettaient l'avis que, dans le cours d'une communication officielle, ceux qui parlent plusieurs langues pourraient, en quelques mots, résumer pour ceux de pays d'autre langue, ce qu'ils exposent plus complètement dans leur langue maternelle — ce qui leur éviterait, d'ailleurs, la peine de répéter à chacun des curieux — maintes fois — au déjeuner, au dîner, au café, dans la rue — le résumé de cette communication. Beaucoup, en effet, lisent l'anglais ou l'allemand, facilement, dans les livres et ne les comprennent plus guère dans les communications orales.

PREMIÈRE SÉANCE

Présidences de MM. Chauveau et Burdon-Sanderson.

A l'ouverture de la première séance, **M. Léon Frédéricq**, le savant professeur de physiologie de l'Université de Liège, prend la parole. Il souhaite la bienvenue aux membres du Congrès, et annonce que l'Administration communale de Liège avait voulu faire une réception officielle, offrir un vin d'honneur aux membres du Congrès, etc.; c'est sur la demande expresse des membres du Comité directeur, désireux de voir conserver aux travaux du Congrès un caractère exclusivement scientifique, que la ville a renoncé à son projet. Elle a, néanmoins, tenu à participer aux dépenses du Congrès, et tous lui en témoignent leur reconnaissance. Le gouvernement et l'Université, d'autre part, ont mis à la disposition du Congrès les locaux des Instituts; M. le professeur Édouard Van Beneden, professeur de zoologie, n'a pu faire lui-même les honneurs de ses installations; un deuil récent l'en a malheureusement empêché. M. Frédéricq termine son discours d'une façon charmante; « au nom de la ville et au nom de l'Université », s'exprimant alternativement en français, anglais, allemand et néerlandais, il offre ses souhaits de bienvenue aux membres du Congrès. Et ce n'est pas la partie la moins applaudie de son éloquente allocution.

L'honorable organisateur du Congrès prie ensuite M. Holmgren (d'Upsal) de bien vouloir venir occuper le fauteuil présidentiel et ouvrir la séance.

M. Holmgren, président du Comité, remet ses pouvoirs à l'Assemblée du deuxième Congrès; sur la proposition de M. Kühne, le Comité est maintenu, et on acclame pour la première séance, les noms des deux présidents, MM. Chauveau et Burdon-Sanderson; secrétaires : MM. Carl Jacobj (de Strasbourg), Shore (de Cambridge) et Wertheimer (de Lille), en remplacement de M. Kaufmann (d'Alfort).

Études de phonophotographie. — M. Lud. Hermann (de Königsberg), absent, fait présenter par **M. Léon Frédéricq** une série de tracés photographiques obtenus par la méthode suivante : on prononce des voyelles ou l'on chante de la musique devant un phonographe d'Edison, qui fournit des tracés glyptiques. On fait alors repasser la pointe de l'appareil enregistreur sur ces tracés, très lentement pour éviter les oscillations secondaires (avec 1/25 seulement de la vitesse première); les vibrations sont réfléchies à travers un écran par un miroir qui envoie ainsi, par une fente, une ligne lumineuse qui est photographiée sur un cylindre enregistreur portant du papier sensible au bromure d'argent. On constate que les oscillations photographiées sont toujours les mêmes pour les mêmes voyelles ou pour les mêmes notes, ce qui confirme les résultats déjà annoncés par l'auteur.

Sort de la peptone dans le sang et dans la lymphe. — M. Starling (de Londres). Quand on injecte des peptones dans le sang, on n'en retrouve une certaine quantité dans le sang que pendant un court espace de temps, parce que les procédés étaient insuffisants. Mais, par le procédé spécial de l'auteur (précipités par une solution étendue d'acide trichloro-acétique) on peut en retrouver encore une heure après l'injection. C'est dans la lymphe qu'on retrouve le plus des peptones injectées dans la veine jugulaire; elles y apparaissent aussitôt après l'injection, et y augmentent progressivement, tandis qu'elles diminuent dans le sang, où elles sont toujours en quantité moindre que dans la lymphe, jusqu'à ce que la quantité injectée ait disparu. Un tracé graphique représente la rapidité avec laquelle se font les deux augmentations, parallèlement dans la lymphe et dans le sang, et leur diminution.

Calorimètre et résultats calorimétriques. — M. J. Rosenthal (d'Erlangen) présente le calorimètre à air qu'il a fait construire (type d'Arsonval modifié); il fait une longue communication sur les principes de son appareil. Ses recherches reposent sur l'absorption et les dosages de l'acide carbonique.

M. Léon Frédéricq préfère et indique parallèlement la méthode par le quotient respiratoire (dosage de l'oxygène absorbé).

Après maintes discussions au sujet des diverses communications sur cette question, il n'en reste pas moins accepté par l'opinion générale que la question est difficile et complexe. Ce ne sera pas trop des divers appareils, procédés et moyens de contrôle pour aider à préparer la solution du problème.

Nucléo-albumines. — M. Halliburton (de Londres) expose longuement les diverses manipulations qui lui ont permis d'extraire les « nucléo-albumines » des différents tissus, notamment des reins. Le foie et le cerveau en produisent moins; il importe de séparer les nucléo-albumines de la lécithine, et le procédé par le chloroforme est le meilleur. Il sera intéressant de lire ce mémoire, pour tous ceux qui étudient la coagulation du sang et les théories de la matière fibrinogène.

Expériences d'alimentation avec de nouveaux sucres. — M. Max Cremer (de Munich) a fait des expériences comparatives en nourrissant des chiens exclusivement avec des espèces chimiques différentes de produits sucrés, dextro-mannose, dextrose ou glucose, iso-maltose, lævulose ou fructose, arabinose, et en recherchant comment ces produits s'éliminaient et combien ils produisent de matière glycogène. Les uns y contribuent en grande quantité; les autres s'éliminent plutôt et presque totalement par les urines.

---

(1) C'est pour éviter les abus qu'a été voté l'article suivant :
« Art. 7. — *La presse ne sera pas admise officiellement au Congrès; chaque membre reste cependant libre d'envoyer des communications privées à des journaux scientifiques.* »

Fonctions des capsules surrénales. — M. P. LANGLOIS (de Paris) a pratiqué, avec M. Abelous, l'ablation des capsules surrénales chez la grenouille, au moyen du fer rouge (et non de la ligature qui, chez les grenouilles, serait une opération incomplète). Après la destruction, on constate une paralysie qui n'atteint que le nerf et non le tissu musculaire, resté excitable par le courant faradique.

Si l'on prend, sur une grenouille morte après extirpation, un centimètre cube de sang et que l'on en fasse l'injection à une deuxième grenouille, aussi acapsulée, on constate la même paralysie du nerf et non du tissu musculaire (expérience de la patte séparée de Cl. Bernard) : c'est donc une sorte de curarisation.

Si l'ablation n'est pas faite, l'injection ne produit pas d'effets toxiques. En répétant les expériences d'extirpations sur 185 cobayes (chez les cobayes, les capsules surrénales sont plus développées et moins disséminées en glandules accessoires), on arrive aux mêmes résultats. La conclusion de ces expériences montrerait donc bien que les capsules surrénales sont des glandes à sécrétion interne.

Il était alors intéressant de rechercher leur rôle dans la maladie bronzée dite d'Addison. Or, chez les animaux acapsulés, jamais on n'a rien observé au point de vue de la pigmentation.

Mais, inversement, il se présente des sujets atteints de maladie bronzée, avec pigmentation, et qui ne donnent pas la courbe de fatigue (étudiée avec l'ergographe de Mosso) bien caractéristique des véritables maladies d'Addison. Chez les vrais addisoniens, la courbe de fatigue apparaît très rapidement.

Toutefois il faut noter que, à l'autopsie, les capsules étaient intactes, et que, chez les cobayes acapsulés et chez les malades addisoniens, l'injection de liquide de la glande n'a produit aucune modification heureuse. (Voir *Arch. de physiol.*, avril et juillet 1892, et Soc. de biol., 1892.)

Ganglion nouveau sur le trajet du nerf du muscle du marteau. — M. MORAT (de Lyon) décrit, en dessinant très élégamment au tableau, un nouveau ganglion, petit amas de cellules nerveuses, situé sur le trajet du nerf du muscle du marteau. Pour le trouver, sur le chien, on fait la section de la voûte du rocher, au point connu pour trouver le muscle du marteau (beaucoup plus gros chez le chien que chez l'homme) et à la surface de ce muscle, on trouve le nerf et, sur ce nerf, au point de pénétration du nerf dans le muscle, on constate, gros comme un pois, ce renflement ganglionnaire nerveux. De ce ganglion, à cellules petites, à un noyau, se détachent des fibres pénétrant dans le muscle et s'y divisant dichotomiquement et régulièrement en une riche et abondante innervation.

Autres particularités : le tendon est très petit et la fibre musculaire est très volumineuse et renflée en forme de massue. On trouve aussi, ce qui est assez rare, des cellules adipeuses entre les fibres tendineuses et dans l'intérieur du muscle.

M. Morat fait ainsi une comparaison ingénieuse avec les autres ganglions annexés aux branches du trijumeau, ganglion ciliaire ophthalmique et ganglion optique.

Enfin, on connaît l'expérience de Politzer pour enregistrer les variations de la pression dans l'oreille moyenne par l'excitation des racines du trijumeau. M. Morat la répète en mettant à nu le muscle même du marteau, que l'on *voit* directement se contracter quand on excite la cinquième paire.

Isotonie et perméabilité des globules rouges. — M. H.-J. HAMBURGER (d'Utrecht) démontre que la matière colorante des globules rouges suit les lois de ce qu'on appelle isotonie, par rapport au sérum. Il présente une série de tubes à essai dans lesquels il a fait des dilutions plus ou moins étendues de sang défibriné. A 1 p. 100, ou 1,2, la solution reste incolore et l'hémoglobine ne se dissout pas. Elle commence à diffuser du fond du tube vers les couches supérieures dès que le titre de la dilution est de 0,96 p. 100, mieux encore à 0,94 et à 0,92 p. 100. Si l'on emploie du chlorure de sodium, au lieu de sels de potasse, avec une dilution à 0,62 p. 100, on a dissolution de l'hémoglobine. Les titres des diverses dilutions dissolvantes seraient en rapport avec les poids moléculaires des sels dissous. Les chiffres varient suivant les espèces animales.

Les changements de coloration, c'est-à-dire le degré de dissolution de l'hémoglobine, sont bien manifestes à l'œil nu. Resterait à examiner, comme on l'a proposé, la solution au spectroscope et d'y rechercher le spectre de l'hémoglobine.

La séance du matin est levée.

DEUXIÈME SÉANCE

C'est dans les magnifiques locaux de l'Institut de physiologie qu'ont eu lieu les séances de l'après-midi. Grâce à l'excellente disposition de ces aménagements et au talent tout particulier d'organisation de M. Léon Frédéricq, chacun des nombreux professeurs étrangers ayant à faire des communications expérimentales a pu jouir d'un emplacement distinct, d'une salle et d'instruments particuliers, ce qui a permis aux auteurs de préparer à loisir leurs expériences, sans être dérangés par les curieux et même de n'ouvrir leurs portes qu'au moment psychologique de la démonstration. Aussi c'était plaisir de voir, pendant tout l'après-midi, courir, suivant les indications du plan affiché et du programme, de la salle de chimie physiologique à la salle des balances, à celles des assistants, à la salle de vivisection, à la salle du professeur, au laboratoire des élèves, à la salle des pompes à mercure, à l'analyse des gaz, à l'électro-physiologie, à la bibliothèque, jusque dans le sous-sol où M. Wedensky s'est installé pour ses démonstrations téléphoniques, etc. ; partout on opère, on démontre ; chacun, dans son petit coin, explique sa communication, son expérience, son instrument spécial. Quand il a fini de faire l'explication détaillée aux auditeurs de sa langue, il la répète à ceux d'autres langues, soit directement, soit encore par l'intermédiaire d'un autre auditeur plus polyglotte et ainsi de suite, sans oublier encore l'exposition d'instruments des divers fabricants. Puis, tout à coup, on annonce une expérience importante ; on accourt au grand amphithéâtre, où la disposition des locaux permet de faire admirablement expositions, planches, projections, vivisections, etc. (1). Il n'est pas facile de tout voir et d'être partout à la fois ; nous pensons cependant n'avoir omis aucun numéro important des programmes.

Enregistrement mécanique des bruits du cœur. — M. R. HÜRTHLE (de Breslau) a pu enregistrer les bruits du cœur au moyen d'un dispositif spécial. Il applique sur le thorax de l'homme un microphone très simplement construit, qui transmet les bruits à un téléphone dont les vibrations suffisent pour produire un courant qui va exciter une patte galvanoscopique de grenouille (maintenue dans les conditions favorables de chaleur et d'humidité). A chaque pulsation, la patte recevant une secousse, l'inscrit au myographe. Cette expérience saisissante pourra servir à la physiologie cardiaque, car on aura, ainsi, le moment exact de la production du bruit et on pourra savoir exactement à quelle période de la révolution cardiaque et du cardiogramme chaque bruit correspond.

Innervation de l'anus et du gros orteil. — M. CH. S. SHERRINGTON (de Londres) démontre sur le singe l'existence d'un nouveau centre moteur. En excitant, à la région postérieure du cerveau, un point des circonvolutions cérébrales, on provoque des mouvements manifestes du sphincter de l'anus. En un autre point, on détermine des mouvements séparés du gros orteil.

---

(1) Signalons la façon rapide avec laquelle on fait chambre noire, pour projections, de tout le grand amphithéâtre. En moins d'une minute, cette pièce immense, largement éclairée par le haut et par des fenêtres de côté, est plongée dans l'obscurité la plus complète, au moyen de rideaux noirs. C'est absolument machiné comme un truc de théâtre.

Du cardiographe à aiguille et de son application au chien. — **M. LAULANIÉ** (de Toulouse) a installé une expérience de cardiographie, chez le chien, au moyen d'une aiguille coudée qu'il introduit sous la paroi thoracique et dont la branche coudée, reposant sur le péricarde, transmet les pulsations à un sphygmographe à transmission, du modèle de Marey. On obtient un tracé qui se continue régulièrement pendant très longtemps.

Démonstrations téléphoniques des courants d'action des nerfs et des changements électro-toniques de l'excitabilité des nerfs. — **M. N. WEDENSKY** (de Saint-Pétersbourg), en opérant sur des faisceaux de nerfs sciatiques de grenouille, fait entendre au téléphone que le courant propre du nerf se produit et est perçu quand le courant induit passe et tant qu'il n'est pas trop fort. Avec un courant constant, on constate aussi des modifications et on perçoit une augmentation par catélectrotonus et une diminution par anélectrotonus.

On prouve que ces bruits perçus sont bien dus aux courants du nerf en empoisonnant ce nerf; alors le téléphone ne transmet plus rien.

M. Wedensky a aussi pu démontrer ces courants chez l'homme.

TROISIÈME SÉANCE

Présidences de MM. Kühne et Héger. — Secrétaires : MM. Olivier, Gottlieb et Francis Gotch.

Photographies composées. — **M. BOWDITCH** (de Boston) fait présenter, par **M. HOLMGREN**, une série de photographies qui synthétisent diverses photographies individuelles. L'auteur photographie individuellement un certain nombre d'individus offrant certains traits de ressemblance, âge, etc. Il prend ensuite, par diverses transformations et superpositions, quelque chose de chaque cliché pour arriver à tirer une photographie unique qui les résume toutes, pour ainsi dire, et qui présente le type idéal (*composite photography*) de tous les individus pris d'abord isolément.

Observations sur la continuité du protoplasma. — **M. LOUIS OLIVIER** (de Paris) expose la méthode qu'il emploie pour montrer que les membranes de cellules végétales ne sont pas toujours closes et qu'il y a, entre elles, des prolongements, des filaments qui les relient et, les faisant communiquer entre elles, constituent une véritable continuité du protoplasma. On peut déceler ces tractus, invisibles à l'œil humain et à la photographie trop rapide et trop grossière de la rétine (on peut photographier plus petit qu'on ne voit), au moyen de photographie prolongée, avec un temps de pose beaucoup plus long que d'habitude. Alors apparaissent ces filaments qui ne seraient peut-être pas vus dans les préparations histologiques ordinaires.

***a.* Localisations cérébrales. — *b.* Structure du muscle.** — **M. E.-A. SCHÄFER** (de Londres) fait, sur la structure du muscle, une communication accompagnée de projections fort bien réussies de coupes de fibres musculaires et de fibres présentant très nettement des espaces clairs et des espaces sombres. Encore une question bien difficile que la théorie de la contraction musculaire! Saisi au passage la remarque suivante : Si le spectre reste le même, quand on empêche le muscle de s'allonger pendant sa contraction, cela indiquerait qu'il n'y a pas de modification des éléments morphologiques du muscle.

Contribution à l'étude des centres cérébro-visuels chez le chien et chez le singe. — **M. A.-N. VITZOU** (de Bucharest) a trépané des chiens (anesthésie avec atropine, morphine et chloroforme) et leur a fait l'extirpation de toute la partie postérieure de l'hémisphère cérébral gauche (première, deuxième et troisième circonvolutions parallèles); le lendemain, on constate une hémianopsie homonyme. Pour explorer la vision chez le chien opéré, on promène des morceaux de viande dans un plan vertical correspondant aux parties de champ visuel supposées intactes, en couvrant l'autre œil d'un bandeau. Les expériences démontrent que la vision est perdue dans les trois quarts internes du champ visuel du côté droit opposé, ainsi que dans le quart externe de l'œil du côté gauche; mais si le morceau de viande apparaît dans le quart externe droit ou dans l'angle interne du côté gauche opéré, aussitôt il est reconnu par le chien. Il y a donc entre-croisement, mais incomplet, dans le chiasma. (Voir *Comptes rendus de l'Acad. des sc.*, 1892.)

Sur les chiens ainsi partiellement décérébrés d'un côté, M. Vitzou a, en outre, tenté l'ablation de la partie correspondante, postérieure, de l'autre hémisphère. Sur 84 opérations analogues, 4 chiens ont pu être conservés par Munk, qui opérait en deux temps. M. Vitzou fait l'ablation des deux lobes occipitaux en un seul temps, et il a réussi à conserver 5 chiens sur 10 opérés. Il a constaté toujours que la cécité est complète et permanente quand on a enlevé complètement les parties postérieures. Quand on appelle le chien, un aide interposant un écran, toujours le chien s'y heurte; si on le place sur une table, qu'on l'appelle, il ne voit pas les bords de la table et tombe dans le vide, à moins que sa patte ne se soit posée exactement sur le rebord de la table; dans ce cas, le toucher a averti l'animal du danger et il ne s'aventure pas, d'autant plus que, chez ces animaux privés de la vision, les sensations auditives et tactiles sont beaucoup plus développées.

M. Vitzou a essayé de rendre des chiens aveugles par l'ablation d'autres parties du cerveau, des lobes frontaux par exemple, comme on l'a dit; jamais il n'a constaté la cécité, en attendant la guérison du traumatisme pour rechercher si la vision est conservée.

Chez le singe, dont les lobes occipitaux sont bien limités, M. Vitzou n'a pas obtenu la cécité en faisant l'ablation du gyrus angulaire d'après Ferrier, tandis qu'il a toujours obtenu la cécité par l'ablation des lobes occipitaux. Munk a eu le même résultat; ce n'est donc pas au pli courbe qu'il faut localiser le centre visuel, comme le prétend Ferrier. Il n'accepte pas non plus les résultats signalés par Goltz sur trois chiens décérébrés et qui auraient conservé la gustation et la vision; l'auteur pense que ce ne sont que des réflexes qui sont conservés.

Effets de l'ablation totale, en un temps, d'un hémisphère cérébral chez le chien. — **M. VITZOU** fait ensuite l'exposé de son procédé pour enlever tout l'hémisphère en une fois. Il y a moins d'hémorrhagie que par les autres ablations partielles, et grâce à l'antisepsie, la guérison est rapidement obtenue (en quinze jours). On constate l'hémianopsie homonyme, puis la flaccidité des membres du côté opposé, etc.

De la localisation des poisons dans les différents tissus. — **M. VERHOOGEN** (de Bruxelles) a recherché comment les substances diverses, introduites dans la circulation générale (et non dans la circulation hépatique), se localisent dans les divers tissus de l'économie, dans des proportions différentes. C'est ainsi qu'il a trouvé que le chlorhydrate de morphine (injecté chez quatre chiens) se localise dans les proportions suivantes : foie, 0,6; moelle, 0,4; rate, 0,3; muscles, 0,2; sang, 0,3.

L'iodure de sodium ne diffuse pas ou peu dans les tissus indifférents; il en reste une grande quantité dans le sang et il s'accumule dans le foie et dans le rein. Mais son élimination est rapide.

Le carbonate de lithine, injecté à forte dose à des souris blanches, se révèle partout au spectroscope, dix minutes après l'injection. Si on l'injecte à faible dose, on ne trouve la raie caractéristique que dans le foie et seulement une heure après. Puis, plus tard, elle disparaît dans le foie, mais elle existe dans le rein.

Il est à remarquer que, lorsqu'on injecte, à des chiens, de fortes doses de morphine, 8 à 10 grammes par exemple (avec respiration artificielle), on observe, au début, des convulsions. Celles-ci, demande **M. LANGLOIS**, sont-elles dues à l'asphyxie plutôt qu'à la morphine, que l'on a dit n'être pas convulsivante par elle-même?

M. MORAT fait aussi judicieusement observer qu'il serait intéressant de savoir si la quantité totale de morphine injectée se retrouve dans les tissus ou si une partie a été transformée dans l'organisme?

a. Démonstration du rejet par le foie de la bile introduite dans le sang. — b. Nouveau fait relatif à l'élimination des pigments par le foie. — M. WERTHEIMER (de Lille) a pu démontrer, dans une ingénieuse expérience, que, lorsqu'on injecte de la bile dans le sang (veine fémorale) d'un chien, cette bile est éliminée en nature par le foie. L'expérience repose sur la connaissance du fait suivant : la bile de mouton, contrairement à celle des autres animaux, présente au spectroscope quatre raies particulières qui seraient donc caractéristiques de cette bile (voir le mémoire de l'auteur in *Archives de physiologie*). Si donc on injecte de la bile de mouton dans la veine fémorale d'un chien auquel on a préalablement pratiqué une fistule biliaire, on verra bientôt apparaître la bile de mouton dans la bile du chien : d'abord la bile de la fistule ne donne pas de raies du spectre, puis elle change de coloration et on reconnait le spectre caractéristique de la bile de mouton.

Reste à savoir si la bile élimine d'autres matières colorantes. M. Wertheimer le prouve encore par le même procédé, pour la chlorophylle, qui se décèle facilement par sa raie caractéristique dans le rouge du spectre. Il injecte 8 centimètres cubes de chlorophylle (phyllocyanate de potasse soluble dans l'eau). Un quart d'heure après, la bile qui s'écoule par la fistule biliaire présente la raie caractéristique de la chlorophylle.

C'est à rapprocher des analogies trouvées par M. Gautier entre la chlorophylle et la bilirubine. (Voir *Arch. de physiol.*, juillet 1892.)

Démonstration de l'action vaso-dilatatrice de la strychnine sur la muqueuse bucco-linguale. — M. WERTHEIMER démontre en outre cette action dilatatrice de la strychnine, contrairement ou plutôt parallèlement aux effets constricteurs habituellement provoqués par cette substance. Et pour prouver qu'il s'agit bien d'une action directement vaso-dilatatrice, l'auteur fait, avant l'injection, la section du lingual d'un côté ; de la sorte, les effets sont séparés : dilatation dans la partie normale de la muqueuse buccale ; constriction dans la moitié de la langue, du côté dont le nerf est coupé.

Des fonctions des reins. — M. ROSE BRADFORD (de Londres) expose le résultat de ses recherches sur les fonctions des reins.

QUATRIÈME SÉANCE

Expériences cardiographiques sur le cheval. — M. A. CHAUVEAU. On attendait avec curiosité le moment où l'éminent maître reproduirait ses expériences, désormais historiques, de cardiographie chez le cheval. Aussi le « clou » de la séance d'après-midi, nous pourrions dire du Congrès, était véritablement cette magistrale et mémorable conférence dans laquelle la plupart des auditeurs ont *vu*, pour la première fois, sur le cheval, l'introduction des sondes cardiaques pour obtenir le tracé des contractions de l'oreillette et des contractions du ventricule. Dans le cas particulier, M. Chauveau a introduit, dans le cœur droit, la sonde à double ampoule, par la veine jugulaire et a obtenu un tracé de la révolution cardiaque du cœur droit, pendant plus de deux heures, et, grâce à l'heureuse disposition du grand amphithéâtre, on a pu amener le cheval dans un laboratoire voisin et, de là, projeter sur un immense écran les oscillations du stylet enregistreur, les amplifier et les rendre visibles à tout l'auditoire. Le tracé de l'oreillette et celui du ventricule, s'inscrivant ainsi l'un au-dessous de l'autre (ainsi que le tracé du temps et le cardiogramme pris sur la paroi thoracique à l'extérieur), M. Chauveau a pu les commenter et les interpréter. Il a montré comment la systole ventriculaire commence exactement au moment de la chute du tracé auriculaire. Il a signalé les oscillations produites par les vibrations des valvules, etc. C'est, en un mot, toute la physiologie cardiaque qui se déroulait devant nos yeux, interprétée avec une verve toute juvénile, chaque secousse, chaque incident provoquant une nouvelle digression et entraînant l'orateur dans une nouvelle et brillante improvisation. M. Chauveau a fait ensuite de nombreuses projections de photographies de tracés cardiographiques de 4 à 5 mètres de longueur, trouvant toujours, dans chacun et au hasard, des faits intéressants inscrits et, par conséquent, incontestables. Il a notamment insisté sur quelques particularités de dissociation des deux rythmes, tracés des claquements des valvules, indication de l'abaissement de la pression pendant l'inspiration, se manifestant dans le tracé de l'oreillette et surtout dans celui du ventricule droit, moment précis de la fin de la systole ventriculaire vers la fin du tiers supérieur de la ligne de descente, notation de la pression aortique, efforts successifs dans la systole et dont on retrouve l'indication dans le tracé aortique, claquement des sigmoïdes pendant la descente de la systole, enregistrement des bruits du cœur, le premier au commencement de l'ascension, le deuxième à la fin de la première partie de la descente, après le soulèvement sigmoïde, affaissement de la pression dans l'aorte, au moment même où cesse la systole ventriculaire, etc. Cette communication a occupé la plus grande partie de la séance; pendant deux heures, M. Chauveau a tenu tout l'auditoire sous le charme d'une parole éloquente, claire et précise autant qu'élégante.

a. Recherche et dosage du grisou à l'aide de l'eudiomètre et du grisoumètre de Coquillon. — b. Loi d'absorption de l'oxyde de carbone par l'organisme vivant. — M. GRÉHANT (de Paris) a pu doser des quantités très faibles de grisou au moyen de l'eudiomètre à eau qui donne des résultats encore meilleurs et plus précis que le grisoumètre de Coquillon. Il serait bon d'établir, dans chaque mine de charbon, un laboratoire d'essais qui analyserait ainsi l'air recueilli dans les diverses parties de la mine et qui pourrait, au moyen de signaux, faire évacuer à temps les points dangereux.

M. Gréhant fait et répète très complaisamment les démonstrations de son appareil et l'explication de ses travaux et de ses procédés d'analyse des gaz où il excelle.

Recherches physiologiques sur la fumée d'opium. — MM. GRÉHANT et MARTIN (de Paris) ont étudié l'action physiologique de la fumée d'opium sur le chien. Ils font, pour ainsi dire, fumer de l'opium à un chien et démontrent que, pour le chien, cette fumée intoxique beaucoup moins le système nerveux que chez l'homme.

Mécanisme de l'olfaction; olfactomètre. — M. ZWAARDEMAKER (d'Utrecht) expose que l'air aspiré par la narine antérieure ne pénètre pas directement jusqu'aux terminaisons du nerf olfactif : les gaz ne sont portés à ce niveau que par diffusion. Et il ne peut y arriver que les molécules de gaz ayant une grande vitesse de diffusion. Il y a une relation entre la vitesse de diffusion et la vitesse d'excitation des régions sensibles. L'auteur montre, en outre, que le courant d'air expiré suit deux trajets, l'un au-dessus, l'autre au-dessous du cornet inférieur ; on peut le constater en faisant arriver l'air expiré sur un miroir concave placé sous la narine et le dessin, formé par la vapeur d'eau, indique qu'il y a eu bifurcation du courant d'air.

M. Zwaardemaker a aussi étudié la vitesse de perception des sensations odorantes. Il a obtenu des résultats analogues à ceux des professeurs Beaunis (de Nancy), Buccola (de Turin), etc. Son procédé d'expérimentation consiste principalement à aspirer par le nez l'air chargé des diverses odeurs (le courant aspirateur enregistre le moment d'appel), et quand on a perçu la sensation olfactive, on fait un mouvement d'expiration nasale qui est enregistré par le même mécanisme. On fait passer les vapeurs

odorantes par un tube poreux qui est séparé du nez par un écran et dont l'orifice ne s'ouvre qu'au moment de l'inspiration nasale.

CINQUIÈME SÉANCE

Présidences de MM. WEDENSKY et GRIGORESCU.

Secrétaires : MM. WAYMOUTH REID, HAMBURGER et DELSAUX suppléant M. CORIN.

Excitation des muscles par le condensateur. — M. CYBULSKY (de Cracovie) recommande l'emploi du condensateur pour l'étude physiologique des muscles et des nerfs. Il propose d'adopter une fois pour toutes une unité de mesure d'excitation. A propos des bons résultats obtenus par M. Cybulsky au moyen du condensateur, M. Mendelssohn (de Saint-Pétersbourg) réclame la priorité pour les laboratoires français et fait remarquer qu'il s'est servi de ce procédé d'excitation depuis 1879, dans les laboratoires de MM. Marey et d'Arsonval, pour les recherches qu'il a publiées sur la physiologie des muscles et des nerfs. M. d'Arsonval a, de plus, modifié le procédé d'excitation en faisant passer le courant du condensateur par une bobine d'induction.

M. Cybulsky a, en outre, répété ses expériences d'excitation avec le condensateur dans la séance suivante.

Sur les fonctions du pancréas. — M. HÉDON (de Montpellier) expose son procédé de greffe sous-cutanée de la portion stomacale du pancréas chez le chien, de façon à conserver à ce fragment ainsi ectopié, pour ainsi dire, un pédicule vasculaire jusqu'à ce que des vaisseaux de nouvelle formation suffisent à la nutrition de ce fragment de pancréas. Il fait alors seulement la ligature du pédicule. Le fragment continue à sécréter un véritable suc pancréatique ayant ses propriétés physiologiques : c'est donc une véritable fistule pancréatique permanente, mais conservant toutes ses propriétés.

Si l'on extirpe la portion stomacale, le diabète ne se produit pas, la portion ectopiée suffisant à la fonction. Mais, dès que celle-ci est enlevée, le diabète apparaît comme dans les cas où il y a extirpation totale du pancréas (1).

Si, par hasard, le fragment greffé commence à s'atrophier, la glycosurie augmente, et lorsque le fragment est enlevé totalement, la glycosurie augmente encore. Dans une contre-expérience, dix jours après la greffe, le fragment greffé est enlevé : dix-neuf heures après il y avait 36 grammes de sucre, puis 60, puis 80 et enfin 400 grammes le sixième jour.

Ces faits tendraient donc à prouver que le diabète pancréatique n'est pas d'origine nerveuse, et que le pancréas agit comme une glande vasculaire sanguine, dont il suffit que la sécrétion soit résorbée pour empêcher le diabète d'apparaître.

M. Hédon présente, en outre, un fragment de pancréas greffé, et montre que le tissu est bien celui d'un pancréas normal, qui a conservé la structure histologique de la glande normale.

Influence de la température sur l'excitabilité des nerfs chez les mammifères. — M. FRANCIS GOTCH (de Liverpool) présente les graphiques représentant le résultat de ses recherches sur ce sujet. Il a, d'ailleurs, reproduit ses expériences sur le chat, Il fait passer dans un tube placé sous le nerf sciatique, alternativement et à volonté, deux courants, l'un d'eau chaude, l'autre d'eau froide. On constate que l'amplitude de la contraction musculaire varie avec les températures, ainsi que l'excitabilité elle-même des nerfs. Mais cette excitabilité n'est pas la même pour les courants voltaïques (contractions à 20 degrés centigrades et presque repos à 5 degrés), tandis que pour les excitations mécaniques le nerf n'est excité qu'à 5 degrés et ne réagit pas à 20 degrés. Enfin, pour des excitations chimiques, le graphique montre que le nerf réagit à 5 degrés et ne produit rien à 20 degrés, soit avant, soit après le refroidissement.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 992.

Expériences d'autotomie ou mutilation active chez le crabe. — M. LÉON FRÉDÉRICQ (de Liège) reproduit avec un grand succès les expériences d'autotomie qu'il a déjà publiées en 1883. (Voir *Archives de zoologie expérimentale* et, pour plus de détails, les *Travaux du laboratoire* de l'Institut de physiologie de Liège, tome II.)

Tous ceux qui ont manié des crabes vivants savent avec quelle facilité ces animaux perdent leurs pattes. Il suffit de saisir brusquement un crabe par une de ses extrémités, *en la pinçant* (il faut excitation du nerf), pour que celle-ci casse près de la base et reste entre les doigts de l'opérateur. L'animal, délivré par ce procédé original, profite de l'étonnement et s'enfuit aussi vite que le lui permettent les pattes qui lui restent. Rattrapez-le : vous pouvez répéter l'expérience sur une seconde, une troisième patte, et provoquer de cette façon, sur le même crabe, la rupture des dix pattes. Les formidables pinces des gros crabes tourteaux tomberont avec la même facilité que les membres grêles des araignées de mer. Au lieu du simple pincement, on peut se servir de l'excitation par une secousse électrique.

Et ce fait n'est pas dû à une fragilité exagérée de ces articles, car chez le même animal, mort ou paralysé, on peut faire supporter par une patte des poids considérables (4 kilogrammes pour un petit crabe).

Pour faire cette intéressante expérience, M. Léon Frédéricq a profité de l'occasion pour nous faire voir encore une des ressources de l'Institut. Il a fait passer les auditeurs dans un autre amphithéâtre, construit d'une façon particulière pour les démonstrations de M. Van Beneden. Cet amphithéâtre, éclairé par le haut et disposé dans une pièce très étroite, est composé de gradins concentriques et à rampe très rapide, dans lesquels les auditeurs restent debout et peuvent voir les démonstrations faites sur la table dans l'hémicycle du bas. Un dispositif spécial permet, en outre, de projeter sur cette table les faisceaux d'une lampe électrique. Cette forme d'amphithéâtre serait utile dans un local où l'on dispose de peu d'espace, et où surtout il importe de faire voir des pièces à de nombreux spectateurs, sans qu'ils soient trop éloignés de la table de démonstration.

Physiologie pathologique du tétanos. — M. M. DOYON (de Lyon) a recherché si le poison du tétanos est un poison du nerf ou un poison du muscle. Il conclut que l'intoxication n'attaque pas les muscles, et qu'elle agit seulement sur le système nerveux.

D'abord, il faut opérer sur la grenouille, de préférence au lapin et au cobaye, chez lesquels la curarisation n'est jamais complète et chez lesquels il reste souvent certains muscles contracturés, malgré la curarisation. Au contraire, chez la grenouille, l'expérience réussit complètement, et on peut énerver une patte complètement. Si l'on inocule le tétanos à une grenouille ainsi énervée, on constate que cette patte reste absolument flasque.

Il en est de même lorsqu'on a pratiqué la destruction de la moelle. C'est donc le système nerveux qui est atteint, et non le tissu musculaire. C'est probablement, pense l'auteur, sur le système nerveux sensitif qu'agit le poison tétanique.

Sur quelques particularités de la physiologie du cœur : tétanos du cœur; dissociation des systoles ventriculaires. — M. ARLOING (de Lyon) a pu obtenir le tétanos du cœur par l'excitation de ses filets nerveux extérieurs.

Il présente d'abord des tracés recueillis chez le cheval, dans lesquels on voit, au moment de l'introduction de la sonde cardiaque, deux ou trois systoles représentées par un tracé prémonitoire de tétanos. De même, après une ligature de pneumogastrique, le cœur est encore resté en systole tétanique pendant cinq à six secondes (et l'oreillette parallèlement fournissait un tracé horizontal). Dans un autre tracé du ventricule gauche, avec excitation du pneumogastrique, il semble qu'il y ait lutte entre l'action diastolante et une action systolante.

Un fait bien significatif s'est produit dans l'observation d'un

cheval atteint, il est vrai, de myocardite interstitielle. Le nerf pneumogastrique étant découvert et placé sous un fil, en tirant sur le fil pour soulever le nerf, on produisit une excitation du nerf qui se traduisit immédiatement dans le tracé par une ligne horizontale prolongeant le sommet de la systole tout à fait comme dans le tétanos ordinaire du muscle strié. Puis, dès que la section du nerf fut faite, le tétanos cessa aussitôt et la chute de la courbe fut immédiate; puis le tracé se continua régulièrement.

C'est sur ces faits que se fonde M. Arloing pour admettre l'hypothèse de filets systoliques mélangés dans le nerf pneumogastrique avec les autres nerfs diastoliques, dont la physiologie est mieux établie.

Quant à la dissociation fonctionnelle des deux ventricules, M. Arloing en trouve aussi la preuve dans ses tracés de cardiographie sur le cheval. Dans une expérience avec excitations prolongées du pneumogastrique, on recueillait simultanément les tracés des ventricules gauche et droit; on voit, à un moment, que la systole du ventricule gauche a manqué de se faire, tandis que le tracé correspondant se faisait régulièrement pour l'autre ventricule.

MM. HÉGER et BAYET (de Bruxelles) ont également observé des faits expérimentaux où il y avait dissociation du synchronisme habituel des deux ventricules.

De l'infatigabilité absolue des nerfs. — M. WEDENSKY (de Saint-Pétersbourg) démontre que, contrairement à ce qu'on observe pour les muscles, les nerfs sont infatigables. Comme on le sait, il a fait un grand nombre d'expériences sur les nerfs, avec des courants constants et avec des courants induits. Depuis longtemps, il avait signalé que les nerfs se fatiguent plus lentement que les muscles. M. Frédéricq avait aussi démontré que les nerfs séparés du corps conservent longtemps leurs propriétés.

Voici maintenant les nouvelles expériences de M. Wedensky. Il prend des nerfs d'animaux à sang chaud (chien, chat) et les lave dans une solution physiologique, puis les maintient dans une chambre humide à 30 degrés et les divise en deux lots: un nerf témoin et un nerf en expérience de fatigue. Il constate l'activité du nerf au moyen du procédé par le téléphone (courants d'action des nerfs). Or, le nerf qui est en expérience, excité par un courant pendant trois à dix et quatorze heures, n'est pas plus fatigué que le nerf au repos, nerf témoin, dont la survie physiologique n'est pas sensiblement plus longue. Au bout de ce délai, l'un et l'autre nerfs ont perdu leurs propriétés physiologiques et ne donnent plus rien aux expériences téléphoniques. Mais le nerf excité, qui a pu recevoir deux millions d'excitation en dix heures, a conservé sa vitalité pendant tout ce temps, tandis que son « témoin » n'a conservé sa vitalité physiologique (téléphonique) que pendant onze heures. Les excitations répétées ne produiraient donc guère plus, dans le nerf, que des modifications analogues à celles qu'on observe dans un fil métallique où l'on fait passer un courant pendant un très long espace de temps.

Le « repos » donné au nerf pendant l'expérience ne lui rend pas d'excitabilité; sa mort physiologique se continue aussi vite.

Tels sont les faits sur lesquels s'appuie l'auteur pour conclure à l' « infatigabilité absolue » des nerfs.

Globuline cristallisée tirée de l'urine. — M. PATON (d'Edimbourg) fait des démonstrations microscopiques de cette nouvelle espèce de globuline.

Substance vivante et courants galvaniques. — M. MAX VERWOORN (d'Iéna) a recherché si, chez différents organismes monocellulaires, les courants galvaniques produisent, à chacun des pôles et à la fermeture et à la rupture du circuit, des effets analogues à ceux que l'on obtient par l'excitation habituelle des nerfs et des muscles. Les effets ne sont pas identiques; dans certains cas, au lieu d'une attraction vers l'un des pôles, il y a une sorte d'équilibre intermédiaire entre les deux excitations, et même rotation sur place.

Corps thyroïde. — MM. MOUSSU (d'Alfort) et SLOSSE (de Bruxelles) n'ont pas pu, la séance s'étant fort prolongée, exposer leurs recherches d'extirpation — complète, comme l'a prouvé l'autopsie d'un chien opéré depuis un an — de cette glande. Il en résulte que les accidents nerveux après thyroïdectomie apparaissent surtout chez les jeunes sujets et sont moins fréquents ou bien disparaissent chez les adultes.

De la circulation intra-musculaire. — M. KAUFMANN (d'Alfort) a fait la distinction de ce qui revient, pendant la contraction musculaire, à l'action des vaso-moteurs (analogue à celle qui se produit dans une glande en activité), d'une part, et à l'action de compression mécanique des vaisseaux du muscle contracté. (Voir *Arch. de physiol.*, juillet 1892.)

Ablation partielle du cerveau. — M. DE BOECK (de Bruxelles) a fait des expériences d'ablation partielle du cerveau aussitôt après la naissance.

SIXIÈME SÉANCE

Observations myothermiques sur l'homme. — M. WALLER (de Londres) fait une très intéressante démonstration avec projection. Il analyse la part qui revient, dans la production de chaleur, à l'élément vasculaire et la part qui doit être attribuée à l'élément musculaire. Il faut les séparer et ne pas les mesurer ensemble, comme on le fait habituellement. D'ailleurs, il estime que 99 p. 100 de la chaleur produite sont de source vasculaire: c'est donc, à vrai dire, une recherche et une démonstration de la chaleur vasculaire qu'il reproduit. Il s'applique sur lui-même, sur le biceps, un thermoscope qui est mis en communication avec une branche d'un manomètre dont les oscillations traduiront les moindres augmentations de température de l'appareil thermométrique appliqué sur le bras. Les oscillations de la colonne de ce manomètre sont amplifiées et projetées sur un écran, ce qui rend l'expérience très saisissante et très démonstrative. Pendant une minute, l'auteur fait travailler le bras (pression sur un ressort de dynamomètre fournissant un travail statique de 20 et 40 kilogrammes); on constate un abaissement de la température pendant la première moitié de la minute, puis, à la fin, il y a élévation de 1/5 à 1/10e de degré, élévation qui durera au moins dix minutes. Une minute après l'expérience de l'effort, il y a élévation de température: donc la contraction musculaire *volontaire* a produit de la chaleur. La contraction musculaire *faradique* donne beaucoup moins de chaleur. Reste à prouver que cette chaleur est d'origine vasculaire: pour cela, M. Waller anémie le bras en se faisant appliquer une bande d'Esmarch, puis il pratique le même effort pendant une minute, comme dans l'expérience précédente. Pendant la première demi-minute, il y a aussi une petite chute, mais ensuite il n'y a pas d'élévation de la température. Donc, c'était bien par le sang qu'était produite l'élévation constatée. On peut faire aussi l'expérience avec le bras tantôt couvert, tantôt découvert: on arrive à peu près au même résultat; seulement le tracé pris avec le bras couvert est plus régulier et un peu plus élevé.

Enfin, l'effet est toujours plus grand avec le plus grand travail qu'avec le même travail fait en un temps plus long: ainsi un travail de 20 kilogrammes pendant une minute produit plus de chaleur qu'un travail de 10 kilogrammes pendant deux minutes. (Il faut naturellement avoir soin de contrôler le thermoscope avec un thermomètre.)

Ces expériences, décrites en excellent français par le savant anglais, ont été suivies avec beaucoup d'intérêt.

Étude comparée de l'action des poisons sur l'excitabilité des nerfs et des muscles; contre-poisons. — M. GRIGORESCU (de Bucharest) a étudié l'effet d'un grand nombre de substances toxiques et médicamenteuses sur l'excitabilité: 1° des nerfs moteurs, 2° des muscles, 3° des nerfs sensitifs. Avec les unes,

il y a augmentation de l'une ou l'autre des excitabilités avec diminution de l'autre ou des deux autres, et inversement, si bien que, parfois, il y a discordance complète. Dans d'autres cas, les trois excitabilités sont ou nulles, ou augmentées, ou diminuées, ou simplement normales. Alors, coordonnant ces résultats et groupant ensemble les substances dont le graphique des trois excitabilités s'est trouvé le même, l'auteur arrive à constituer cinq catégories ou types :

Premier type. — Excitabilité des nerfs : A. (moteurs), diminuée ; B. (sensitifs), augmentée ; C. (musculaire), très diminuée. C'est le cas de la papavérine, de la solanine, du butylchloral.

Deuxième type. — A. très diminuée ; B. nulle ; C. conservée (curare, strychnine, thébaïne).

Troisième type. — A. conservée ; B. nulle ; C. diminuée (opium, narcéine).

Quatrième type. — A. conservée et même plutôt augmentée ; B. conservée ; C. diminuée (codéine).

Cinquième type. — A. conservée ; B. conservée et plutôt augmentée ; C. diminuée (daturine).

Ces faits établis, on pouvait espérer que les antidotes de chacun des poisons devraient être physiologiquement les substances du type opposé. Ainsi, par exemple, le butylchloral et la strychnine devraient avoir des effets se neutralisant, le type 1 fournissant des graphiques A. B. C. opposés précisément à ceux du type 2.

L'expérience a confirmé cette hypothèse ; M. Grigorescu présente des grenouilles intoxiquées avec la strychnine (cinq à sept milligrammes) qui ont résisté à l'empoisonnement, grâce à l'injection hypodermique simultanée de butylchloral.

Variations de la radiation calorique dans la maladie pyocyanique. — MM. P. LANGLOIS et CHARRIN (de Paris) ont trouvé toujours une diminution dans la radiation calorique chez les animaux, alors même que leur température reste constante. M. Langlois place un lapin inoculé dans le calorimètre du laboratoire de M. Frédéricq ; l'abaissement est notable.

M. Rosenthal a observé le même abaissement dans des expériences analogues.

Même dans l'espèce humaine, M. Langlois a eu l'occasion d'étudier ces radiations chez des enfants atteints de pneumonies, etc.

Le fait curieux est l'abaissement, alors qu'on espérait, théoriquement, constater une augmentation de radiation calorimétrique. (Voir *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1892.)

Photohæmotachomètre. — M. CYBULSKY (de Cracovie) a présenté un appareil fort intéressant, au moyen duquel il enregistre les oscillations d'un manomètre différentiel, oscillations produites par les variations de la vitesse du sang dans les vaisseaux d'un animal ou d'un appareil physique. Il met à nu la carotide d'un chien et en fait passer le sang dans son appareil, par une disposition analogue à celle de l'expérience classique de l'hémodromomètre de Volkmann.

Le sang continue à circuler du bout central au bout périphérique de la carotide : 1° directement, 2° par l'intermédiaire du tube du manomètre différentiel. Quand la vitesse du sang varie, le changement se produit dans le niveau du liquide du manomètre latéral. Un appareil photographique peut recueillir, à travers une fente, sur un cylindre à papier sensibilisé, les oscillations du liquide et montrer les variations de la vitesse du liquide (voir *Arch. de Pflüger*, 1885, p. 382). On peut ainsi enregistrer des variations très faibles, par exemple celles qui se produisent pendant une révolution cardiaque, pendant le déplacement du chien de la position horizontale à la position verticale, à la suite de la section d'un sympathique et pendant l'excitation du nerf du côté opposé, après la section de la moelle, du pneumogastrique, etc.

Appareil pour l'étude des échanges respiratoires et manomètre inscripteur universel. — M. LAULANIÉ (de Toulouse) présente un appareil destiné à l'étude des gaz des échanges respiratoires, système analogue à celui des burettes de Hempel pour l'analyse de l'air, pipette à potasse pour l'absorption de CO^2, pipette à bâtons de phosphore pour l'absorption de l'oxygène, ballon à pierre ponce et SO^4H^2 pour l'absorption de la vapeur d'eau.

Le principe nouveau du procédé consiste dans la prise *continue* et *uniforme* de l'air expiré pour fournir un échantillon identique pendant toute la durée de l'expérience.

On peut, en effet, au moyen d'une manivelle et d'un système de pompe à mercure, faire passer, plusieurs fois de suite, l'air expiré dans les pipettes et burettes de l'eudiomètre.

Le manomètre inscripteur « à eau » présente, comme particularité, la disposition très simple du flotteur construit avec un léger morceau cylindrique de « bougie » qui paraît, à l'auteur, préférable à ce qui a été employé jusqu'à ce jour.

Nouvel enregistreur. — M. MORAT (de Lyon) présente son appareil enregistreur pour les expériences de physiologie, enregistreur multiple pour les tracés myographiques, manométriques, thermométriques, etc. (Voir cette description très complète in *Arch. de physiol.*, juillet 1892, pp. 534-540.)

— L'École de Lyon a, d'ailleurs, aussi envoyé les plans et dessins de l'installation actuelle du laboratoire de physiologie ; heureux héritiers de M. Chauveau, MM. Arloing et Morat ont à leur disposition une magnifique installation pour la « méthode graphique ».

Expériences sur l'excitabilité des nerfs par des courants d'induction magnétique. — M. F. MARES (de Prague) présente un appareil assez compliqué qui permet de placer une bobine induite à des hauteurs variables, sur une longue colonne verticale. Le principe de l'appareil est de chercher à éviter la polarisation.

Chronomètre enregistreur. — M. MIESCHER-JAQUET (de Saint-Imier, Suisse) a exposé un chronomètre pouvant inscrire à volonté le 1/5 de seconde et la seconde. (Voir *Zeits. f. Biol.*, 1891.)

Calorimètre et résultats calorimétriques. — M. ROSENTHAL (d'Erlangen) présente son calorimètre et expose les résultats de ses recherches calorimétriques.

Modèle de centres nerveux. — M. LAHOUSSE (de Gand) présente un schéma des centres nerveux, modèle en fils de fer coloriés simplifié et résumé élémentaire du trajet des fibres nerveuses (dans le genre du « Phantom » du professeur Chr. Aeby).

SÉANCE PLÉNIÈRE DU CONGRÈS

L'*assemblée générale* du Congrès décide que la prochaine réunion aura lieu, dans trois ans, en 1895, à **Berne**.

Sont élus par acclamation : M. KRONECKER (de Berne), président du Comité organisateur ; MM. ARLOING (de Lyon), SHERRINGTON (de Londres), EXNER (de Vienne), secrétaires généraux.

Malgré les instances pressantes de l'assemblée, M. Rosenthal a décliné toute candidature.

Le Congrès n'était pas encore tout à fait terminé. Le mercredi soir, un banquet réunissait tous les membres au foyer du théâtre. Le bourgmestre de Liège, l'honorable M. Léo Gérard, nous avait fait l'honneur d'y assister. Que dire du banquet ? A moins de répéter la phrase du *Journal de Liège* : « Si le choléra s'attaque à des tubes digestifs irrigués aussi abondamment par des vins aussi généreux, il faut qu'il ait la vie dure. » Or personne n'a eu le choléra, et c'est le choléra qui a été vaincu.

A l'heure des toasts, le président, M. Holmgren, se lève et boit à la santé du roi Léopold II, ce premier magistrat d'un peuple libre, comme il le dit si bien. Le toast de l'honorable président est salué par de vifs applaudissements et de cris : « Vive le Roi ! »

M. Dastre, dans un langage d'un charme tout français, lève son

verre à la santé de M. Léo Gérard, le chef de la libérale cité de Liège, de cette ville célèbre entre toutes par ses luttes pour la liberté. « Nous avons voulu un Congrès de travailleurs, un Congrès... monacal, nous l'avons eu. Mais nous devons une grande reconnaissance à la ville de Liège, personnifiée ici en son premier magistrat. » Puis, après la réponse de M. Léo Gérard, c'est le tour de M. Kühne, qui porte la santé de M. Léon Frédéricq. Enfin, c'est M. Foster, qui, avec une humour toute britannique, boit à la santé de Mme Frédéricq, que tous regrettent de ne pas voir au banquet, et qui associe les femmes des physiologistes à cette fête.

Le programme n'est pas épuisé. Le jeudi matin, les membres du Congrès avaient rendez-vous pour aller, par bateau à vapeur, visiter l'établissement Cockerill, à Seraing.

Pas un des physiologistes restant à Liège n'a voulu, malgré la fatigue, manquer cette occasion de visiter les célèbres usines. Un bateau-mouche nous emporte à huit heures et demie du matin, dans la belle vallée de la Meuse, dont on admire le riant panorama de Liège à Seraing, où nous débarquons pour entrer immédiatement dans l'immense établissement fondé jadis par John Cockerill (1817) et dont l'entrée principale est celle d'un ancien château des princes-évêques de Liège au XVIIIe siècle.

Nous sommes dans le « Creuzot » de la Belgique.

Nous sommes reçus à notre arrivée par M. le docteur Denis, chef du service médical de la Société, et par MM. les ingénieurs Savage et Gomez.

Ces Messieurs, avec la meilleure grâce et la plus parfaite amabilité, nous font parcourir les vastes halls des ateliers de construction; tout le monde suit avec une vive curiosité le parachèvement d'un canon Nordenfeldt et la manœuvre si rapide du chargement; le montage des locomotives et d'autres puissantes machines, la fabrication des boulons et des écrous nous retiennent tour à tour et c'est à grand'peine que nous nous retrouvons tous au martelage pour assister à l'écrasement d'un lingot de huit tonnes.

Cette opération, faite par la fameuse presse de 2000 tonnes, et qu'on a bien voulu préparer pour nous, excite au plus haut point l'attention. C'est un curieux phénomène psychologique que de voir ces hommes, habitués à épier les secrets de la vie humaine, admirer, saisis d'étonnement, les manifestations de la force brutale asservie à la main de l'homme. Nous n'avons pas le temps de tout suivre. Nos derniers regards sont pour les aciéries, pour ce spectacle inoubliable, féerique, de la fusion au convertisseur Bessemer et la grande halle des laminoirs où nous voyons le métal se tordre, s'étirer, se rapetisser sous les puissantes étreintes des cylindres à rails.

Un coup d'œil encore à la fonderie de moulage et nous sortons émerveillés de la prodigieuse lutte qui vient de se dérouler sous nos yeux entre le métal et l'homme.

M. Beer (de Berne) veut bien nous photographier à l'embarcadère et le bateau nous ramène à midi à notre point de départ.

Dernière réunion, à trois heures, à l'Institut électrotechnique Montefiore.

Cet établissement était précédemment une École normale d'humanités. Le Ministère en a supprimé un certain nombre (ainsi, à Namur, un immense et magnifique bâtiment, un vrai palais scolaire, autrefois deux Écoles normales réunies, est devenu une Ecole de pupilles de l'armée).

Le sénateur Montefiore a largement doté cette nouvelle fondation et on en a fait un Institut électrotechnique destiné à instruire et former des ingénieurs électriciens.

Le directeur, M. Éric Gérard, nous fait une causerie sur les courants alternatifs, accompagnée d'expériences fort intéressantes.

L'exemple du généreux sénateur Montefiore n'est pas unique. Nous avons vu, à Bruxelles, les laboratoires d'électricité et de physiologie, annexés à l'Université de Bruxelles, par un aussi généreux ami des sciences, M. Solvay, dont le nom est bien connu dans l'industrie de la soude. Et ce n'est pas tout, ces laboratoires, si bien dotés, se trouvent à l'étroit et ne peuvent plus loger leurs instruments; qu'à cela ne tienne ! M. Solvay leur donne de nouvelles centaines de mille francs et va les installer ailleurs, dans un Institut spécial, en abandonnant leurs locaux actuels à l'Université. Heureux M. Héger, le titulaire de cette Terre promise de la physiologie !

Nous visitons ensuite l'Institut d'anatomie, dont les installations sont aussi luxueuses et aussi confortables que celles des autres Instituts. Nous y trouvons un Musée d'anatomie fort bien organisé, avec des préparations très élégantes. Nous y remarquons, notamment, des coupes des membres et de tous les organes du corps débitées par tranches successives fort bien disposées et coloriées, des coupes d'os très élégantes, des tranches successives de tout le cerveau, etc. Le tout est parfaitement et artistement préparé et exposé.

Enfin on rentre à l'Institut de physiologie, où tout le monde tient à serrer une dernière fois la main de M. Frédéricq. Et chacun reprend la route du pays, soit directement, soit en achevant l'exploration de la Belgique, par Bruxelles, Anvers, Bruges, Ostende, les grottes de Han, etc. Tous ont été heureux des bonnes relations nouées, pendant le Congrès, avec les collègues de tous les pays et tous ont emporté le meilleur souvenir de la ville de Liège, de ses habitants, de ses éminents professeurs et surtout des admirables installations de ses divers Instituts (1); nous y penserons bien souvent, non sans envie, comme le constate aussi, avec amertume, la *Revue scientifique* du 10 septembre dernier.

Albert René,
Professeur agrégé à la Faculté
de médecine de Nancy.

MÉDECINE LÉGALE DES ACCIDENTS DE LA FOUDRE (2)

Par le docteur Vincent, de Guéret (Creuse),
Lauréat de l'Académie de médecine, de la Société de médecine du Nord
et de la Société des langues romanes de Montpellier.

VII

F. *Incendie.* — Nous avons vu plusieurs cas où la foudre laisse des traces de carbonisation sur les parties ligneuses qu'elle touche. Elle peut aller plus loin et allumer un incendie qui peut dévorer l'arbre si, comme il arrive le plus souvent, la pluie qui accompagne la foudre ne vient pas l'éteindre. Cet effet se produit principalement sur les vieux arbres creux et partiellement morts.

3. *Racines.* — Ce qui précède se rapporte principalement au tronc et aux branches de l'arbre. Mais la foudre peut aussi porter son action sur les racines qui peuvent être fendues superficiellement ou profondément, déchirées ou divisées longitudinalement en fragments plus ou moins réguliers ou volumineux, etc. Seulement ces lésions sont infiniment moins fréquentes que sur le tronc.

Nous avons vu plus haut, en effet, que la partie inférieure de l'arbre est le plus souvent respectée et, naturellement, la racine participe à cette immunité. Cette circonstance doit tenir à ce que ces parties, plus humectées de sève à cause de leur position déclive, leur contact et leur proximité du sol, sont meilleures conductrices que les parties supérieures. Il en est ici comme chez l'homme dont les pieds peuvent être œdématiés sans que le reste du corps plus élevé participe à l'hydropisie.

4. *Feuilles.* — Comme nous l'avons vu sur le lierre qui enlace le peuplier foudroyé de Chier-du-Prat, les feuilles étaient noir-

(1) On trouvera le plan et la description complète de l'Institut de physiologie dans les *Travaux du laboratoire* de M. Léon Frédéricq, t. II, 1888.

(2) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1000.

cies et flétries. M. Colladon a observé, au sommet des pins foudroyés, quelques aiguilles roussies, flétries ou desséchées en quelques heures. Le 8 juillet 1845, à Vaugirard, les feuilles d'un amandier frappé par la foudre, tombèrent subitement et par milliers.

Mais ces effets sont généralement rares et, le plus souvent, ainsi que le démontrent les observations si soigneusement recueillies par M. Colladon, non seulement les feuilles, mais encore les ramuscules qui les supportent, les rameaux que ceux-ci forment par leur réunion, les branches secondaires naissant des branches maîtresses et même celles-ci, dans la majeure partie des cas, ne portent pas trace des atteintes de la foudre, lors même que le tronc présenterait les lésions graves que nous avons signalées. Ces diverses circonstances ont porté le savant professeur à émettre la théorie suivante de la fulguration des arbres.

5. *Théorie de M. Colladon.* — D'après M. Colladon, l'éclair, à l'approche de l'arbre, s'étalerait en une immense aigrette conique sur la surface de celui-ci, représentée par l'ensemble de ses feuilles. L'électricité ainsi disséminée se réunirait de nouveau et successivement, par les ramuscules, rameaux et branches en courants de plus en plus intenses dont la réunion totale, représentant la somme de l'électricité de l'éclair, formerait dans le tronc un courant assez fort pour produire les lésions que nous avons décrites.

Je ferai observer que la théorie inverse, c'est-à-dire de la *foudre ascendante*, pourrait être tout aussi bien soutenue et, dans bon nombre de cas, s'accorderait même mieux avec les faits. Ici, l'électricité libre du sol, attirée par celle de nom contraire du nuage, se concentrerait dans le tronc en un fort courant qui se distribuerait ensuite, en se divisant successivement, entre les branches principales et secondaires, rameaux et ramuscules, pour s'échapper par les feuilles, comme dans un paratonnerre à pointes multiples. Cette théorie me paraît mieux que l'autre, notamment, expliquer les lésions produites sur l'acacia de Pisseratte dont il a été question plus haut. Ces lésions, moins considérables à la partie supérieure qu'à la partie inférieure de l'arbre, s'expliquent par l'énergie moindre du courant ascendant dont une partie de l'électricité se serait écoulée par les petites branches du verticille inférieur; et la lanière d'écorce, qui pend d'une des branches terminales, a été manifestement soulevée du centre à la périphérie. Je pourrais citer d'autres observations à l'appui, si la nature de ce travail ne m'imposait des limites.

6. *Conclusions à tirer des effets précédemment exposés.* — Quoi qu'il en soit de la direction que suive la foudre, qu'elle monte ou qu'elle descende, des faits que nous venons d'exposer nous pouvons tirer, comme conséquence, les propositions suivantes qui résument le mode de conduite des arbres pour l'électricité :

1° Ce n'est pas uniquement par sa surface, autrement dit par la face libre de son écorce, que l'arbre conduit l'électricité fulgurante, mais bien par toute l'épaisseur et toutes les profondeurs de ses tissus jusqu'à la moelle centrale inclusivement.

2° Les couches corticales épaisses, rugueuses et sèches de l'écorce du tronc des vieux arbres, me paraissent même devoir être très mauvaises conductrices, à moins que leur surface libre ne soit mouillée de pluie qui peut, en outre, s'accumuler dans les fissures plus ou moins profondes qui existent entre les écailles de l'épiderme.

3° Dans toute l'épaisseur de la masse humide du bois, la conduite de l'électricité me paraît devoir s'opérer principalement dans les vaisseaux ou canaux conducteurs de la sève. C'est au moins ce qu'il est permis de supposer, puisque c'est l'eau qu'ils contiennent qui rend les corps organisés bons conducteurs de l'électricité, et que le bois sec, en particulier, est mauvais conducteur.

4° Ici, comme partout, nous pourrions dire, en vertu même de ce dernier principe, que l'électricité suit de préférence les parties de l'arbre les plus humides et les plus chargées de sève; et ces parties sont l'aubier et le liber et, surtout, leurs surfaces contiguës. De là, parmi les effets de la foudre sur les arbres, la fréquence de la décortication d'abord, ensuite des lésions de l'aubier.

5° Plus le bois est tendre, plus il est chargé de sève et, par suite, mieux il conduit l'électricité. C'est ce qui semble démontré par les lésions produites par la foudre, plus considérables sur les vieux arbres que sur les jeunes, où elle ne laisse souvent aucune trace de son passage, sur le bois dur, comme le chêne, que sur le bois tendre comme le peuplier, sur les branches de plus en plus minces et tendres que sur le tronc.

6° Le fluide électrique, infiltré au sein des tissus ligneux, en vertu de cette propriété que les corps ou surfaces chargés d'électricité du même nom se repoussent, tend naturellement à séparer les différents éléments anatomiques de l'arbre et, par conséquent, les fibres ligneuses, à les dissocier, à les séparer avec violence et, par suite, agit à la manière des poudres fulminantes. La vapeur d'eau, qui se formerait sous l'influence de la chaleur électrique, pourrait donc agir dans le même sens, mais subsidiairement et non comme force principale, ainsi que l'ont supposé quelques physiciens.

En partant de ces propositions comme principe, l'expert pourra se rendre compte non seulement des effets de foudre connus et déjà signalés, mais encore de bien d'autres nouveaux encore inconnus et plus ou moins bizarres.

7. Y a-t-il des arbres que la foudre n'atteint jamais, qui protègent contre ses coups et sous lesquels, par conséquent, on ne peut trouver la mort par cette cause? Toutes les croyances, même extra-religieuses, ont eu leurs arbres sacrés que le feu du ciel ne devait jamais atteindre. Le laurier, consacré à Apollon, chez les Grecs et les Romains, l'aubépine qui a couronné le Christ sur la croix et le coudrier consacré à la Vierge chez les chrétiens, le figuier et le pêcher chez les Chinois, ont passé pour jouir de ce privilège. Dans nos temps modernes, toute une classe de personnes, qu'on est convenu de désigner sous le nom de *gens instruits*, qui peuvent ne pas croire en Dieu, mais qui croient à leurs livres, font souvent des applications singulières des notions superficielles qu'ils y ont puisées. Oubliant que le cordon de soie *mouillé* devient un bon conducteur de l'électricité, elles s'imaginent quelquefois, sur la foi des savants, que le pin et autres essences résineuses, l'acacia et le cerisier, dont la sève charrie de la résine et de la gomme, corps mauvais conducteurs, ne peuvent être frappés par la foudre. Le hêtre, sans doute à cause de son fruit huileux, et le bouleau, je ne sais pour quelle raison, ont été rangés dans la même catégorie. Plusieurs des faits ci-dessus rapportés prouveraient, au besoin, l'inanité de ces croyances, si l'expérience n'en avait fait justice depuis longtemps et à différentes reprises. Le médecin expert n'aura donc pas à en tenir compte.

III. Effets de la foudre sur le sol. — 1. A. Il arrive parfois que le sol, au pied de l'arbre, ou dans les environs de tout objet foudroyé, n'offre aucune trace du passage de la foudre. Mais, dans un grand nombre de cas, ces traces sont nombreuses et des plus manifestes.

B. A Chier-du-Prat, le sol, entre le peuplier foudroyé et le tilleul voisin, est profondément et largement excavé, avec projection sur les arbres et arbustes, jusqu'à 3 à 4 mètres de hauteur, de l'humus boueux qui le constitue. Au pied de l'arbre, des éclats, provenant de la séparation des couches concentriques, sont enlevés du tronc sec d'un saule mort et une pierre, assez volumineuse, est brisée en deux.

Ce dernier effet se présente souvent sur les pierres saillantes à la surface du sol, et sur les rochers on peut, à la rigueur, observer des effets analogues à quelques-uns de ceux signalés sur les murs des habitations.

C. *Égratignures, sillons.* — *a.* Au pied du châtaignier de Malleret, la foudre a tracé, d'un côté, trois égratignures linéaires, rectilignes, qu'on dirait faites avec un corps pointu labourant superficiellement le sol, divergeant entre elles de manière à simuler la patte d'oie et ainsi disposées : les deux plus exté-

rieures, l'une de 5 mètres de long et l'autre de 1 mètre, naissent par bifurcation d'un tronc commun très court; la troisième ou médiane, longue de 1 mètre, naît de la première, à 20 centimètres de la bifurcation. Les deux extérieures se terminent, la première, par un trou rond d'un pouce de profondeur; la deuxième, par un trou semblable, dans lequel le bâton s'enfonce de quelques pouces; quant à la troisième ou médiane, le trou final est simplement indiqué en superficie, sans profondeur. Cette divergence des rayons fulgurants vient confirmer l'opinion que j'ai émise ailleurs, d'après laquelle l'électricité des nuages, déversée sur le sol, irradierait autour du point frappé par la foudre.

De l'autre côté de l'arbre et toujours correspondant à un sillon de l'écorce, le sol présente un sillon semi-cylindrique de 25 centimètres de long sur 3 centimètres de diamètre environ, très régulier et perpendiculaire à la surface de l'arbre, par conséquent indiquant une irradiation de l'électricité en sens inverse de celle qui a formé la patte d'oie.

b. MM. Sestier et Méhu parlent de sillons creusés à la surface du sol, dont les dimensions varient de 4 à 10 pouces de largeur, de 3 pouces à 3 pieds de profondeur, de 4 à 131 pieds de longueur, tantôt rectilignes, tantôt plus ou moins sinueux, simples ou ramifiés.

Dans d'autres cas analogues, on voit les sillons ou canaux se diriger vers des masses d'eau, ou, même, des bâtiments dans lesquels se trouvaient des quantités notables de métaux. A Chier-du-Prat, c'est un tilleul touffu qui exerce cette attraction. Ces faits confirment la loi que j'ai émise (choc en retour et foudroiement latéral, *Gaz. des hôp.*, août-décembre 1885), dont l'expert devra toujours tenir compte, savoir que : « L'électricité du nuage, déversée sur le sol, irradie, autour du point foudroyé, en courants d'autant plus puissants que l'attraction exercée par les objets voisins, arbres, masses et cours d'eau, masses métalliques, groupes d'animaux, etc., est elle-même plus puissante. Quelquefois la foudre, après avoir tracé un sillon à ciel ouvert, perce les obstacles de terrain, mottes, monticules, etc., qu'elle rencontre et creuse, de la sorte, un canal souterrain.

D'autres fois, l'électricité, conduite par une racine d'arbre, un tuyau de conduite d'eau ménagère ou des toits, plongeant dans le sol, même le conducteur du paratonnerre, a tracé d'emblée un canal souterrain, comme celui signalé par M. Colladon, qui faisait communiquer le peuplier de la bergerie avec l'eau de l'étang près duquel il était planté. Quand le canal n'est pas trop profond, le sol est souvent soulevé sur son trajet.

Dans d'autres cas, ces canaux, au lieu d'être horizontaux, affectent la position verticale et forment, au pied des arbres ou des bâtiments foudroyés, des trous variables de diamètre et de profondeur et, le plus souvent, cylindriques, comme s'ils avaient été produits par des projectiles lancés par armes à feu. Ici, encore, il peut y avoir un seul ou plusieurs trous. Une particularité importante en médecine légale, c'est qu'on a vu des canaux perpendiculaires creusés sous les pieds de personnes ou d'animaux foudroyés.

On cite des cas de sources jaillissantes par ces trous. L'eau de ces sources, par suite de l'action chimique de la foudre sur les éléments du sol, peut présenter un goût et une odeur particuliers, sulfureux, par exemple.

— Par décret, en date du 14 septembre 1892, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Lagelouze, Chatelain, Biron, Bompard, Bornèque, Berne, Pelaprat, Faucher, Guyard, Selle, Sauvé, Frébillot, Lebrun, Pernet et Chapuis.

— Par décret, en date du 16 septembre 1892, M. le médecin inspecteur Arnould, directeur du service de santé, est placé dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs de l'armée.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Du Perrier (de Toulouse); Plantin (du Bouscat); L. Pouliot (de Confolens); Queyssac (de Queyssac).

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête Nationale, le journal ne paraîtra pas jeudi.

Paris, le 19 septembre 1892.

La première session du Congrès international de gynécologie et d'obstétrique s'est ouverte mercredi dernier, à Bruxelles, sous la présidence de M. Kufferath. Le roi a honoré de sa présence la séance de jeudi, dont la présidence a été donnée, par acclamation, à M. Péan. C'est dans cette séance que s'est discutée la première question à l'ordre du jour, le traitement des suppurations pelviennes. Nous en donnerons prochainement le compte rendu en insistant plus particulièrement sur le remarquable rapport de M. Segond, qui a servi de base à la discussion, et sur l'importante communication que M. Péan a faite sur le même sujet. Contentons-nous de signaler ici le succès incontestable qu'a obtenu, en Belgique et ailleurs, la méthode de traitement instituée par M. Péan, méthode essentiellement française.

Ce qui se dégage de la discussion qui vient d'avoir lieu à Bruxelles, c'est que tous les chirurgiens qui ont appliqué l'hystérectomie vaginale au traitement des suppurations pelviennes, tels que MM. Segond, Richelot (de Paris), M. Doyen (de Reims), Jacobs, Tournay (de Bruxelles), Manzagialli (d'Angleterre), s'en sont déclarés nettement partisans et en ont vanté les bienfaits, tandis que ceux qui ont combattu cette opération ne l'ont appliquée qu'exceptionnellement. C'est ce qui s'est passé la première fois que la question a été portée, par M. Segond, devant la Société de chirurgie.

Mais, depuis, la méthode a fait son chemin et tend à être de plus en plus adoptée. C'est ce qui ressort nettement de ce Congrès et nous enregistrons avec plaisir le succès tout personnel qu'y a remporté son auteur, dont la présence au fauteuil de la présidence a été saluée par d'unanimes applaudissements.

Après le discours de bienvenue de M. le président Kufferath, le bureau a été ainsi constitué :

Président : M. Kufferath, professeur à l'Université de Bruxelles ;

Vice-présidents : MM. Debaisieux, professeur à l'Université de Louvain ; Fraipont, professeur à l'Université de Liège ; Tournay, chirurgien chef de service à la Maternité, et L. Desguin, chirurgien des hôpitaux d'Anvers ;

Secrétaire général : M. C. Jacobs, agrégé de l'Université de Bruxelles ;

Secrétaire général adjoint : M. Rouffart, agrégé à l'Université de Bruxelles ;

Secrétaires : MM. Popelin, Cittadini, Cordemans, Boulengier et Keiffer ;

Trésorier : M. Gillion, chirurgien des hôpitaux de la ville de Bruxelles ;

Secrétaires spéciaux : MM. Auvard (de Paris) pour la France, Alban Doran (de Londres) et R. Benington (de Newcastle-on-Tyne) pour l'Angleterre, Heyder (de Cologne) pour l'Allemagne), Nyhof (d'Amsterdam) pour la Hollande, O. Christie (de Bergen) pour la Norwège, F. Westermark (de Stockholm) pour la Suède, L. Meyer (de Copenhague) pour le Danemark, Wâvra (de Prague) pour l'Autriche, A. Fischer (de Saint-Pétersbourg) pour la Russie, Bétrix (de Genève) pour la Suisse, La Torre (de Rome) pour l'Italie, Planellas (de Barcelone) pour l'Espagne, A. Torngrem (d'Helsingfors) pour la Finlande, Henrotin (de Chicago) pour l'Amérique, Chahbazian (de Constantinople) pour la Turquie, et G. da Sylva Jones (de Lisbonne) pour le Portugal.

Puis on a nommé les présidents d'honneur qui sont, pour la France, MM. Péan, Segond, Tarnier, Budin, Pinard, Demons, Fochier, Gupefille, Hergott, Laroyenne, Lefour. Tous les chirurgiens et gynécologistes belges se sont fait un devoir d'assister au Congrès. Les autres nations y étaient dignement représentées, en particulier par MM. Spencer Wels, Doran (de Londres), Sanger (de Leipzig), Porro (de Milan), Martin (de Berlin), Halberstema (d'Utrecht), Syneguireff (de Russie), Macken (de Dublin), Parwin (de New-York), Berry Hart (de Stockholm), Gardner (de Baltimore), Galactinoff (de Moscou), Ziembicki (de Lemberg), etc., etc.

L'organisation de ce Congrès a été parfaite de tous points et tout l'honneur en revient à son sympathique secrétaire général, M. le docteur Jacobs fils, dont on ne saurait assez louer le tact et la bonne grâce.

Un point intéressant à signaler et un bon exemple à suivre est l'intérêt, tout particulier, que porte à ces grandes assises scientifiques le gouvernement belge. Non seulement le roi y a assisté en personne, mais M. de Bruyn, ministre des travaux publics, a remercié, au nom du gouvernement, les membres étrangers et les a conviés à une fête qu'il a donnée, en leur honneur, dans son hôtel. Dans son discours,

très applaudi, il a rappelé que le premier Congrès international de médecine a siégé, il y a quarante ans, à Bruxelles et que tous les vœux émis par la section d'hygiène de ce Congrès avaient été réalisés. C'est là la meilleure preuve de la sollicitude du gouvernement pour les questions traitées dans ces assemblées.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Duplay.

Les abcès aigus de la marge de l'anus.

Les abcès de la marge de l'anus offrent, au point de vue de leur évolution, trois grandes variétés. Les uns ont une marche absolument chronique; ils sont d'ordinaire liés à des affections osseuses de l'ischion, de l'os iliaque. Parfois même, les abcès ossifluents de la colonne vertébrale peuvent gagner la fosse ischio-rectale. D'autres ont une marche lente encore, mais plutôt subaiguë que chronique; c'est le cas pour les abcès si fréquents liés à la tuberculose. D'autres, enfin, ont une marche nettement aiguë.

Ces abcès aigus peuvent siéger au-dessous ou au-dessus du releveur de l'anus, occuper l'espace pelvi-rectal inférieur ou l'espace pelvi-rectal supérieur. Les abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur sont rares; nous n'en avons en ce moment aucun exemple dans les salles. Je me contenterai de les étudier brièvement à l'occasion du diagnostic. Pour les abcès de l'espace pelvi-rectal inférieur, trois malades du service viennent, au contraire, de vous offrir des exemples bien nets des trois types principaux que peuvent affecter ces abcès : 1° abcès superficiel circonscrit; 2° abcès superficiel non circonscrit; 3° abcès profond envahissant toute la fosse ischio-rectale, soit que l'inflammation se soit propagée à cette fosse à la suite d'un abcès superficiel, soit qu'elle ait débuté d'emblée par la fosse ischio-rectale.

Le premier malade est un chauffeur âgé de quarante-cinq ans, fatigué pour son âge. Depuis plus de vingt ans, il est tourmenté par des hémorrhoïdes. Deux jours seulement avant son entrée, il commença à éprouver du prurit, de la gêne au côté gauche de l'anus. A l'entrée, l'examen montrait une petite tuméfaction bien limitée, allongée transversalement dans le sens des plis rayonnés de l'anus, ayant environ 3 centimètres dans le sens transversal, 2 centimètres dans le sens vertical. Un poil était implanté au sommet de la tuméfaction. Rouge, acuminée, douloureuse à la pression, cette tuméfaction était non seulement fluctuante, mais prête à s'ouvrir; le pus apparaissait sous la peau distendue et amincie. Le lendemain de l'entrée, l'abcès s'ouvrait spontanément; la guérison a été rapide.

Ces abcès circonscrits semblent avoir pour point de départ les glandes pilo-sébacées ou sudoripares. On peut les rapprocher des abcès tubéreux de l'aisselle. Bien que notre malade eût, depuis longtemps, des hémorrhoïdes, cause fréquente d'abcès de la marge de l'anus, je crois que, chez lui, il faut plutôt invoquer une infection locale, une érosion minime, dues à la malpropreté. L'abcès, dans ce cas, a guéri spontanément. Mieux vaut, quand on est appelé dès le début, pratiquer une petite incision. La guérison sans fistule est la règle. Parfois, pourtant, il persiste une fistulette très courte, très superficielle, perdue dans les plis rayonnés de l'anus et parfois assez difficile à trouver. Ces abcès ne laissent, en tout cas, jamais à leur suite, de fistule borgne interne.

Le cas d'abcès superficiel non circonscrit a été observé chez une femme de vingt-sept ans, couturière, ayant déjà eu, il y a un mois, un abcès du sein d'origine puerpérale. Depuis douze ans, cette femme souffre d'hémorrhoïdes. Il y a dix-huit mois, et il y a huit mois, elle a déjà eu deux autres abcès de la marge de l'anus. Tous deux ont guéri, le premier, après ouverture spontanée, le second, après incision.

Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, elle avait eu ses premières règles depuis l'accouchement, son retour de couches. Elle avait, en ce moment, commencé à éprouver une douleur vive et senti bientôt une tuméfaction dure, du volume d'une petite noisette, au côté gauche de la marge de l'anus. A l'entrée, la tuméfaction occupait non seulement tout le côté gauche de l'anus, mais débordait vers le périnée. Elle était très fluctuante, bien qu'on fût au cinquième jour seulement. Au toucher rectal, la tuméfaction ne se prolongeait pas dans le rectum, elle s'étendait à 1 centimètre à peine au-dessus de l'anus. Vous verrez l'importance de ce signe diagnostique à l'étude des abcès profonds.

L'incision fut faite le surlendemain sous le chloroforme. Elle fut transversale, dirigée parallèlement aux plis rayonnés. Le pus était abondant et, comme toujours au voisinage de l'anus, très fétide. Le doigt, introduit dans la plaie, trouva un léger prolongement décollant, sur une étendue très minime, la muqueuse rectale. Abandonné à lui-même, l'abcès aurait donc pu aboutir à la formation d'une fistule borgne interne. Le pansement consista dans un tamponnement à la gaze iodoformée. La cicatrisation fut rapide.

Ces abcès résultent ordinairement soit d'une infection lymphatique, et ici les écoulements puerpéraux ont pu jouer un rôle, soit d'une péri-phlébite hémorrhoïdaire. Si, pour l'abcès actuel, il faut, chez notre malade, songer à une infection d'origine vaginale, il faut plutôt penser aux hémorrhoïdes pour les deux autres abcès dont elle a déjà été atteinte. La constipation est aussi assez fréquemment invoquée.

La guérison de ces abcès, même après l'incision, n'est pas toujours complète. Il peut persister une fistule borgne externe ou complète. Les abcès non incisés donnent parfois naissance à une fistule borgne interne. Je me contente ordinairement, malgré la possibilité de la fistule ultérieure, d'une simple incision. Je ne fends tout le sphincter anal que si l'exploration du foyer avec le doigt me montre un décollement muqueux assez étendu. Je reviendrai, à l'étude du traitement des abcès profonds, sur l'utilité de cette exploration faite après l'incision.

Notre troisième malade est également une femme de vingt et un ans, domestique. Il y a quinze jours, elle eut, après plusieurs jours de constipation opiniâtre, une selle extrêmement pénible. La douleur momentanée fut très vive. Cette douleur reprenait une heure après plus vive encore. A l'entrée, on trouvait un gonflement énorme de toute la périphérie anale. La tension, la douleur étaient considérables, mais la rougeur était moins marquée que dans les cas précédents. Le toucher rectal était si pénible, qu'il ne put être fait qu'au cours de l'anesthésie chloroformique, immédiatement avant l'opération. Il montra que la tuméfaction remontait très haut au-dessus du sphincter. — Complication intéressante à laquelle il faut toujours songer dans les affections de l'anus et les opérations pratiquées sur cette région; il existait une rétention d'urine qui obligea au

cathétérisme. La fièvre était vive et la température atteignait 39°2.

L'incision fut faite sous le chloroforme, du côté droit, au point le plus saillant, et donna issue à une énorme quantité de pus fétide. L'exploration du foyer par le doigt montra trois prolongements, le premier s'étendant vers le périnée, le second remontant très haut dans la fosse ischio-rectale, le troisième contournant l'anus en arrière et allant, après avoir passé entre l'anus et le coccyx, envahir la fosse ischio-rectale gauche. Il s'agissait, vous le voyez, de cette forme particulière d'abcès profond, dit abcès en fer à cheval. Le décollement du grand fessier, assez fréquent dans les abcès profonds, n'existait point dans notre cas. Mais la bilatéralité des foyers nous obligea à faire une deuxième incision à gauche. Une mèche de gaze iodoformée fut passée dans le trajet situé entre l'anus et le coccyx. La malade guérit sans autre incident qu'une nouvelle rétention d'urine le soir de l'opération.

Ici la cause de l'abcès paraît avoir été la constipation et un véritable « traumatisme fécal » ; souvent aussi ces abcès sont dus à des périphlébites hémorrhoïdaires. Je dois ajouter que la tuberculose, dont le rôle est si fréquent et encore si mal connu dans les abcès de la marge de l'anus, n'existait chez aucun de nos trois malades. La marche aiguë de ces phlegmons était d'ailleurs différente de la marche ordinaire, plus sourde, plus subaiguë des abcès tuberculeux.

Ces abcès profonds peuvent être assez difficiles à distinguer des abcès superficiels non circonscrits. Toutefois, leur évolution est déjà moins rapide (quinze jours au lieu de cinq chez nos malades); la tension, le gonflement, la fièvre sont plus intenses; le toucher rectal, pratiqué au besoin sous l'anesthésie chloroformique, montre que les abcès profonds remontent très haut, tandis que les abcès superficiels s'élèvent à peine à 1 centimètre de l'anus.

Le diagnostic avec les abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur est si difficile qu'il ne peut guère être fait qu'après l'incision, en explorant la cavité de l'abcès, tant avec le doigt qu'avec une sonde cannelée.

Ces abcès, plus que tous les autres, exposent aux fistules et en particulier aux fistules borgnes internes. L'incision doit donc être précoce et large. De plus, s'il est trop absolu de sectionner la paroi rectale et le sphincter dans tous les cas, de faire, en un mot, d'emblée l'opération de la fistule, il faut toujours explorer très soigneusement la cavité de l'abcès. Si l'on sent la muqueuse décollée amincie sur une certaine étendue, ou à plus forte raison perforée déjà, il ne faut pas hésiter à pratiquer cette section. Mais, dans nombre de cas, elle restera inutile et l'incision simple suivie de tamponnements, faits soigneusement à la gaze iodoformée, suffira à assurer la guérison sans fistule.

DU RHINOSCLÉROME

Par le docteur Paul Tissier, ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté.

Sous le nom de rhinosclérome (1) on décrit des lésions autrefois considérées, le plus souvent, comme syphilitiques (Weinlechner, Pitha, etc.), et caractérisées par un épaississement des téguments en forme de plaques ou de tumeurs très lisses, occupant le tissu des ailes du nez, des fosses nasales, de la lèvre supérieure et pouvant atteindre aussi, assez souvent, le pharynx et le larynx.

C'est une maladie excessivement rare, non encore observée en France, chez des Français : aussi ne lui consacrerons-nous pas de trop longs développements.

Néanmoins, on a pu émettre l'opinion que la rareté extrême de la maladie tenait peut-être, pour une certaine part, à ce qu'elle est méconnue et confondue avec d'autres processus, la syphilis notamment : il importe donc d'en préciser les principaux traits.

Décrit d'abord par Hébra, en 1870, puis par Kaposi, le rhinosclérome a été surtout étudié par Gangofner, Chiari et Riehl, Pellizari et, en France, par MM. Cornil et Alvarez, MM. Besnier, Vidal et leur élève Quignard. Il faut citer encore le nom de Fritsch qui, en 1882, a décrit le microbe du rhinosclérome.

Le rhinosclérome n'a guère été observé qu'en Autriche, en Russie et en Italie, et dans l'Amérique centrale. Dans les autres pays, la maladie semble beaucoup plus rare : c'est ainsi qu'on n'en a vu, en France, que trois cas (Besnier, Vidal) concernant des étrangers (Amérique centrale, Pérou, Costa-Rica).

La maladie débute de vingt à vingt-cinq ans ; dans un cas d'Alvarez, le début remontait à l'âge de six ans ; elle paraît plus fréquente dans la race blanche et frappe un peu plus souvent les hommes que les femmes, 5/4, elle a été surtout observée dans la classe ouvrière.

I

Bacille de Fritsch. — La cause du rhinosclérome semble bien être le bacille décrit par Fritsch, en 1882, et étudié par MM. Cornil et Alvarez, en France, et par Pellizari, en Italie. Les auteurs les plus compétents sont unanimes à ce point de vue. Néanmoins certains font encore quelques réserves.

Les bacilles sont de petits bâtonnets, très courts, de 2,5 à 3 μ de longueur sur 0,4 à 0,5 μ d'épaisseur. Leur extrémité est arrondie et ils possèdent (Alvarez et Cornil) une capsule ovoïde, anhyste.

Sur gélatine, par piqûre profonde, ils forment une culture en clou, par piqûre superficielle des cultures en traînées.

Par ses caractères le bacille de Fritsch ressemble de très près au pneumo-bacille de Friedländer, que l'on a trouvé plusieurs fois dans le mucus nasal. Certains auteurs (Netter) concluent à l'identité. D'autres croient à l'individualité du bacille de Fritsch et ils s'appuient : sur le développement de gaz dans ses cultures sur milieu sucré, sur sa culture facile sur milieux acides, sur le peu d'opalescence et de transparence de ses cultures sur gélatine, sur la disparition du sucre dans ses cultures dans le bouillon sucré, sur son action non coagulante sur le lait (Paltauf), sur sa moindre vitalité, sur l'aspect de ses cultures examinées au microscope, etc. Enfin, le rhinosclérome a une localisation propre, tandis que le bacille de Friedländer est ubiquitaire.

Le bacille de Fritsch est assez sensible aux antiseptiques qu'il faut ranger ainsi, par ordre d'action : sublimé, acide phénique, acide salicylique (Mibelli).

L'inoculation aux animaux n'a produit entre les mains de Paltauf et d'Eischberg que des suppurations aux points ino-

(1) Ce terme étant accepté de tous, nous croyons superflu d'insister ici sur les différentes autres dénominations proposées par les auteurs, et ayant pour objectif de mieux caractériser le processus : rhino-pharyngo-sclérome (Kœbner), scleroma respiratorium (Wolkowitsch), sclérome des premières voies respiratoires (Massei), gléosclérome (Besnier).

culés. Pawlowsky, par injection péritonéale, détermina une péritonite purulente, dans l'exsudat de laquelle il trouva de nombreux bacilles et des corps hyalins, parfois même les globes typiques, que nous signalerons plus loin au chapitre de l'anatomie pathologique.

Il nous faut encore ajouter les faits positifs de Stepanow, qui aurait réussi à reproduire expérimentalement le rhinosclérome, par l'inoculation de cultures pures.

Les causes qui favorisent le développement du rhinosclérome sont assez mal connues : on a incriminé à tort la syphilis (Mikulicz), la scrofule, l'alcoolisme. Les traumatismes semblent jouer un rôle plus réel (Alvarez, Pellizari); l'inflammation chronique du nez et des bronches, ordinairement concomitante, peut être aussi bien secondaire que primitive. Ajoutons enfin qu'on a publié plusieurs observations (Chiari, E. Vidal, Secrétan) qui tendraient à démontrer le caractère contagieux du rhinosclérome.

II

Symptomatologie, début. — Les symptômes du début sont insidieux : ce sont ceux d'un coryza chronique : hypersécrétion, diminution de l'odorat, éternuements fréquents et sensation de sécheresse et d'ardeur dans le pharynx, surtout la nuit.

Puis la sécrétion nasale, parfois striée de sang, s'épaissit, se concrète en croûtes jaunâtres, dures, qui restent adhérentes à la muqueuse, et l'on perçoit une odeur fade, présentant plus d'un point d'analogie avec celle de l'ozène.

Les lésions extérieures, ou du moins apparentes, sont ordinairement très lentes à se montrer.

En outre de ce début, il en peut exister un autre, moins fréquent, par le pharynx et le larynx; mais en raison de l'importance physiologique de ces derniers organes, les troubles fonctionnels, vocaux et surtout respiratoires, apparaissent alors de bonne heure.

III

Période d'état. — Résumons rapidement l'aspect de l'évolution des lésions rhinoscléromateuses à la période d'état.

Le nez (1) est augmenté de volume, surtout à sa partie inférieure. Les ailes du nez sont immobilisées (nez en cire). Parfois le nez est affaissé par suite de la destruction de la sous-cloison. La peau est légèrement teintée. Elle est rarement lisse et présente ordinairement des plaques légèrement saillantes et des nodosités.

Les caractères principaux des lésions rhinoscléromateuses sont leur dureté ligneuse, éburnée même, leur indolence spontanée et à la pression, et enfin leur peu de tendance à la régression et à l'ulcération.

Les plaques sont luisantes, d'une coloration variant du rose au rouge cuivré. Les nodosités ont les mêmes caractères. A leur périphérie existent des vaisseaux plus ou moins nombreux, alors qu'ils font complètement défaut à leur centre.

Ces nodosités, recouvertes d'un épiderme lisse ou finement rugueux, restent des années sans s'ulcérer. Lorsqu'elles acquièrent un certain développement et deviennent confluentes, elles amènent le développement de fissures, de rhagades, laissant suinter une sérosité visqueuse, jaunâtre, se concrétant à l'air libre en croûtes noirâtres. Le ramollissement proprement dit et la suppuration sont très rares (Max Zeissl).

Lorsqu'elles occupent l'orifice des narines, ces nodosités leur donnent un aspect irrégulier, déchiqueté, et peuvent contribuer à oblitérer l'ouverture antérieure du nez, déjà rétréci du fait même de l'épaississement rhinoscléromateux de ses parois.

Pareilles lésions s'observent à la lèvre supérieure, plus rarement à la lèvre inférieure (Billroth), déterminant alors de la sténose buccale, à la face (Pick a observé un fait d'infiltration rhinoscléromateuse des deux conduits auditifs), dans les sacs lacrymaux, et jusque dans l'orbite (E. Joannon), etc.

Examinons maintenant ce qui se passe du côté des fosses nasales, de la bouche, du pharynx, du larynx, etc.

Dans le nez les nodosités prennent l'aspect de polypes à consistance ferme, à surface rosée, obstruant la lumière des fosses nasales. D'autres fois, au lieu de polypes, on rencontre des ulcérations rosées de petites dimensions.

Des lèvres, le rhinosclérome envahit les gencives; il atteint fréquemment aussi la voûte palatine. Il se localise alors de préférence au niveau de l'union du voile et du palais osseux et sur le voile lui-même et la luette.

Sur le palais osseux, il se traduit par des taches rouges, livides, arrondies, légèrement saillantes; par des ulcérations superficielles, sur le voile et la luette. Ces ulcérations rappellent celles de la syphilis. Elles sont, en général, de petites dimensions et ne déterminent à leur pourtour aucune réaction inflammatoire. Le bord libre du voile est parfois légèrement dentelé du fait des ulcérations qui s'y montrent alors plus nombreuses.

Les mêmes lésions se retrouvent sur la luette envahie de bonne heure et peuvent se propager aux piliers, aux amygdales et à l'orifice de la trompe d'Eustache.

Dans un cas de Wolkowitsch, la base de la langue était envahie.

Les lésions du *pharynx*, surtout du pharynx supérieur, sont pour ainsi dire habituelles : constituées, au début, par une tuméfaction de la muqueuse, qui devient rouge, granuleuse, et sécrète abondamment, elles ne tardent pas à aboutir à l'ulcération et à la sclérose, pour constituer alors un état tout particulier du pharynx que nous n'avons guère vu que dans la syphilis.

La muqueuse rétractée est sillonnée de tractus blanchâtres, la luette a disparu ou est méconnaissable, le bord postérieur du voile se soude à la paroi postérieure du pharynx (Kaposi, Pellizari, etc.), formant une sorte de diaphragme qui ferme le pharynx supérieur. Les lésions envahissent aussi l'orifice buccal du pharynx, qu'elles peuvent rétrécir au point de gêner considérablement l'alimentation (cas d'Alvarez, où l'isthme du gosier admettait à peine une sonde uréthrale de calibre moyen).

Nous arrivons maintenant aux lésions du *larynx et de la trachée*, qui, comme nous l'avons déjà dit, peuvent être atteints primitivement (Kaposi), le rhinosclérome prenant alors une marche ascendante ou se localisant, au contraire, en ces points. Il est inutile d'insister sur la difficulté du diagnostic dans cette dernière éventualité; considérons

(1) Voici, d'après Wolkowitsch, qui a réuni 85 observations, l'ordre de fréquence des lésions : fosses nasales, 95 p. 100; téguments du nez, 90 p. 100; pharynx, 67 p. 100; lèvre supérieure, 54 p. 100; palais, 20 p. 100; larynx, 22,5 p. 100; gencives supérieures, 19 p. 100; sac lacrymal, 6 p. 100; trachée, 7 p. 100; langue, 4,7 p. 100; lèvre inférieure, 2,4 p. 100; oreille, 1,2 p. 100.

d'abord le cas le plus fréquent, c'est-à-dire celui dans lequel les lésions laryngées sont secondaires.

L'épiglotte est assez souvent indemne; lorsqu'elle est envahie, après avoir présenté un certain degré de tuméfaction, elle se rétracte, ce qui entraîne des déformations plus ou moins considérables. Elle perd, en même temps, sa mobilité.

Mais c'est la région sous-glottique qui présente les lésions les plus importantes. Elles existent isolées, l'entrée du larynx restant normale ou peu lésée, dans les formes à début laryngé.

Ces lésions peuvent atteindre les bandes ventriculaires, les cordes vocales, la trachée. Leurs caractères sont identiques. Au début, tuméfaction gris rosé, à laquelle succède la période de rétraction scléreuse qui immobilise les cordes vocales transformées en bourrelets brillants, lisses, et rétrécit la lumière du tube aérien. A ce moment, sur la muqueuse à coloration pâle, se développent parfois des tumeurs, de consistance variable, analogues à celles du nez.

Rappelons que, pour certains auteurs (Gangofner), la chordite hypertrophique chronique doit être rattachée au rhinosclérome. Catti a publié une observation venant à l'appui de cette opinion.

Eppinger et Chiari ont établi l'analogie des lésions au point de vue de la structure. Récemment Bandler a rapporté l'histoire d'un malade chez lequel on constata une tuméfaction hypoglottique de la muqueuse laryngée, avec gêne respiratoire, dyspnée et accès de suffocation. Il succomba au bout de cinq ans à une pneumonie lobulaire. A l'autopsie, on trouva le bacille de Fritsch dans les lésions du nez, du pharynx, du larynx, de la trachée et des bronches.

La sténose laryngée et trachéale peut être telle qu'elle impose la trachéotomie qui n'est même possible, dans certains cas, que si l'on pratique, au préalable, le cathétérisme dilatateur du larynx et de la trachée, suivant les indications de Schrœtter.

Un mot encore sur le début du rhinosclérome. L'opinion des auteurs sur ce point n'est pas concordante : pour les uns, c'est la cloison nasale et les ailes du nez (Kaposi); pour d'autres, c'est le point où le revêtement cutané se continue avec la muqueuse nasale; pour quelques-uns, enfin, c'est le pharynx, la muqueuse des choanes (Chiari et Riehl), ou le voile à son union avec le palais osseux, qui sont le siège initial de la lésion.

L'état général des malades reste bon et il ne survient guère de troubles généraux que du fait de la sténose pharyngée (gêne de la déglutition) ou laryngo-trachéale (gêne de la respiration).

Un caractère négatif très important, c'est le non-envahissement des ganglions, qui n'ont été trouvés tuméfiés que très rarement (Pedicini) et à un très faible degré (Besnier).

La *douleur* spontanée ou à la pression est nulle jusqu'à une période tardive (envahissement des filets nerveux); les lésions pharyngées amènent de la dysphagie mécanique, assez souvent aussi de la dysphagie douloureuse (liquides acides ou alcooliques).

Le *goût* est émoussé, la sensibilité de la gorge plus ou moins diminuée.

Du côté du *nez*, notons la perte habituelle de l'odorat, l'abondance de l'écoulement, la fréquence des épistaxis.

Par suite de la lésion de l'orifice pharyngé de la trompe d'Eustache, l'*ouïe* peut être atteinte; d'autre part, nous avons déjà noté la possibilité de l'envahissement du conduit par le rhinosclérome.

La sténose laryngo-trachéale, augmentée par l'abondance et le caractère visqueux des sécrétions, a, pour conséquence, de la *dyspnée*, pouvant aller jusqu'à l'asphyxie.

Les altérations de la *voix* sont plus ou moins précoces. Elles n'ont, d'ailleurs, rien de bien caractéristique : enrouement, caractère rauque, étouffé du son, etc.

La *toux*, surtout au début, est assez commune et souvent alors quinteuse.

IV

Évolution. — Les lésions, ainsi constituées, n'ont aucune tendance à rétrocéder; elles suivent une marche progressive, mais fort lente.

Ce n'est qu'après des années [vingt-trois ans, cas de Kæhler] (dans une seule observation, l'évolution se termina en trois ans) que survient la mort, soit, ce qui est le cas le plus habituel, du fait de maladies aiguës ou chroniques (pneumonie interstitielle) intercurrentes, soit du fait de la maladie elle-même et alors c'est l'asphyxie qui est en cause.

Nous verrons plus loin ce que peut le traitement pour modifier ce pronostic relativement assez sombre.

V

Diagnostic. — Le diagnostic, si l'on se reporte aux grands traits de la description que nous venons de résumer le plus brièvement possible, ne manque pas d'être parfois embarrassant.

Les *nodules lupiques* sont petits et présentent une mollesse caractéristique; ils ne seront donc pas facilement confondus avec les nodules excessivement durs du rhinosclérome. A la phase ulcéreuse du lupus, la confusion est à peu près impossible.

Les *néoplasies malignes* ont une tendance franchement ulcéreuse, elles retentissent de bonne heure sur les ganglions et ne tardent pas à détériorer l'état général.

La *syphilis* est plus difficile à mettre hors de cause. L'absence de réaction inflammatoire, le caractère superficiel des ulcérations, l'absence de lésions destructives profondes (ostéite syphilitique des os propres du nez, perforation du voile du palais), l'impuissance du traitement spécifique, tels sont les principaux caractères qui serviront à différencier le rhinosclérome d'avec la syphilis.

Il nous reste un dernier point à envisager, le diagnostic de la forme à début laryngo-trachéal. Si l'on admet, avec Gangofner, que tous les processus chroniques, entraînant par sclérose le rétrécissement du conduit laryngo-trachéal, ressortissent au rhinosclérome, le problème se simplifie singulièrement, sauf cependant pour certaines formes de syphilis laryngo-trachéale.

Les caractères objectifs des lésions et leur évolution présentent plus d'une différence, mais à la période tardive de sclérose et de rétraction, les différences deviennent difficiles à saisir.

Ajoutons, d'ailleurs, que l'opinion de Gangofner n'est pas acceptée par tous les auteurs, qui font remarquer que les sténoses laryngo-trachéales rhinoscléromateuses présentent des caractères particuliers, notamment leur coloration gris rosé et leur peu de tendance à l'ulcération.

VI

Anatomie pathologique. — Malgré la dureté au doigt du tissu rhinoscléromateux sur le vivant, il se laisse couper facilement.

L'étude du liquide de raclage de ces coupes, à surface lisse, humide, blanc grisâtre, est intéressante : on y trouve fréquemment, en effet, les éléments caractéristiques du rhinosclérome : les corps hyalins.

Sur les coupes, l'épiderme apparaît augmenté d'épaisseur dans toutes ses couches; l'éléidine y existe comme dans l'épiderme normal (Cornil) ; au niveau des muqueuses, ce processus hyperplasique épithélial prend un moindre développement. Mais ce sont les lésions du derme qui donnent à l'affection ses caractères spéciaux. Elles consistent essentiellement dans une infiltration cellulaire, entourant d'une sorte de *manchon* les vaisseaux, qu'elle envahit de dehors en dedans (Pellizari), et les glandes, dont elle allonge et rétrécit les conduits, qui peuvent même disparaître totalement. Les papilles sont hypertrophiées par cette infiltration et riches en vaisseaux.

Cette infiltration d'éléments embryonnaires est surtout marquée dans les couches profondes.

Les muscles, les os, les nerfs surtout sont envahis assez tardivement.

Ces lésions, que nous ne faisons qu'énumérer, sont assez banales ; il n'en est pas de même de celles qu'il nous reste à décrire.

Sur les coupes, colorées par la méthode de Gram, on trouve de nombreux globes hyalins, d'une belle couleur violette, en général réunis par amas de cinq à dix; ils ont été étudiés tout d'abord par MM. Cornil et Alvarez.

Les uns sont libres, les autres intra-cellulaires, ils n'offrent pas les réactions de la graisse, ni celle des substances amyloïdes.

Les corps hyalins intra-cellulaires sont contenus dans de grandes cellules globuleuses, d'aspect homogène ou à protoplasma irrégulièrement segmenté. On trouve, d'ailleurs, tous les intermédiaires entre les petites cellules d'infiltration et ces grandes cellules.

C'est dans ces grosses cellules, de 20 μ environ, que l'on voit les bacilles de Fritsch, au nombre de 15 à 20 et plus dans chaque cellule. On en rencontre aussi dans les interstices cellulaires, surtout dans la couche sous-endothéliale de la paroi des vaisseaux lymphatiques (Alvarez).

Ces bacilles sont constants; ils existent le plus souvent seuls, néanmoins on a noté plusieurs fois la présence simultanée du streptocoque pyogène (Pellizari, Babès, Jacquet, Sécrétan, etc.).

Il semble y avoir une relation étroite, de cause à effet, entre les bacilles de Fritsch et les corps hyalins (Fritsch, Dittrich). Finch-Royes et Pawlowsky ont pu saisir les diverses étapes du processus.

Ils ont vu les cellules d'infiltration se tuméfier, devenir granuleuses, puis perdre leur affinité pour les matières colorantes. A ce moment, elles offrent un aspect homogène et se divisent en masses globuleuses.

Leur noyau persiste ou s'atrophie. Finalement, les cellules se rompent et ainsi se produisent les corps hyalins libres.

La substance hyaline serait le produit de l'action réciproque du bacille et du protoplasma cellulaire. Ce serait sous l'influence des produits de sécrétion des glaires du bacille, ayant pénétré dans la cellule, que le protoplasma subirait la dégénérescence hyaline (Finch-Royes, Cornil).

VII

Traitement. — Au début, le rhinosclérome fut considéré comme une lésion syphilitique, aussi lui appliqua-t-on, sans aucun succès d'ailleurs, le traitement spécifique (iodure de potassium, seul ou associé au mercure).

Le traitement local est le seul sur lequel on doive compter.

Les caustiques (nitrate d'argent, chlorure de zinc), la galvanocaustie, le curettage, suivi ou non de l'application de divers topiques modificateurs (acide lactique, teinture d'iode, acide pyrogallique) ne donnent que des améliorations passagères. La récidive se produit à bref délai.

Les injections interstitielles (arsenic, acide chromique) n'ont pas fourni de meilleurs résultats.

Lang, en 1882, a obtenu quelques succès, d'ailleurs partiels, par le traitement antiparasitaire. Il employa d'abord l'acide salicylique et le salicylate de soude en lavages, en pommades et en injections interstitielles, puis il s'adressa à l'acide phénique qui lui parut plus actif.

Doutrelepont s'est servi de la même façon du sublimé, qui a échoué entre les mains de Billroth.

Aussi ne saurait-on regarder comme curative la méthode antiseptique, bien qu'elle soit certainement la plus légitime et qu'elle semble capable de donner des améliorations durables.

Alvarez pense avoir obtenu deux guérisons et plusieurs améliorations, mais dans une affection à marche aussi lente, les observations, pour être probantes, doivent avoir été suivies pendant des années. Ces améliorations ont été dues à l'usage prolongé de l'iodure à hautes doses (Pellizari, Cornil et Alvarez).

Il nous reste à mentionner le traitement palliatif, qui prend dans certains cas une importance capitale : il a pour but de maintenir la liberté des fosses nasales [flèches de chlorure de zinc, après cocaïnisation, et badigeonnages au naphtol camphré (Besnier)], et surtout celle du larynx (cathétérisme dilatateur par le procédé de Schrœtter).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bouchard (de Dôle), Pilat (de Lille), Prieur (de Gray), Roussin (de Paris), Saint-Marcel (de Bourg-la-Reine), Simonnot (de Saint-Henri).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément coûte 30 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies des organes génito-urinaires, par M. le docteur Paul Furbringer, directeur de l'hôpital Friedrichshain de Berlin; traduction française annotée par M. le docteur G. Caussade, ancien interne des hôpitaux; préface de M. le professeur Guyon. 2 vol. grand in-8. — Prix : 25 francs. — Paris, G. Steinheil.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, publiée

sous la direction de M. le docteur Jules ROCHARD. T. IV. 21e fasc. In-8°. — Prix du fascicule : 3 fr. 50. — Paris, Ve Babé et Cie.

Exposé de l'enseignement clinique (clinique médicale de la Faculté à l'Université de Moscou), leçons d'ouverture, par G.-A. ZAKHARINE, professeur à la Faculté de Moscou. In-8° de 72 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 109. — JEUDI 22 ET SAMEDI 24 SEPTEMBRE 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 22 ET SAMEDI 24 SEPTEMBRE 1892. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le traitement de l'angine de poitrine (1).

Par Henri HUCHARD,
Médecin de l'hôpital Bichat.

Avant de traiter cette question si importante de thérapeutique, il faut savoir ce que j'entends, ce qu'on doit entendre par le mot : angine de poitrine.

La névrite cardiaque avec accidents pseudo-angineux, et l'angine de poitrine coronarienne sont *deux maladies absolument distinctes*. L'une est une affection *névralgique*; l'autre, une affection *artérielle*.

Alors, pourquoi ces discussions interminables et cette division des médecins en deux camps opposés, les uns « nervistes », les autres « coronariens » ? Réunir dans une même désignation deux états morbides absolument distincts, sous le prétexte que leurs symptômes révélateurs présentent quelques ressemblances, c'est commettre une erreur semblable à celle qui consisterait à ne pas séparer nettement la congestion et l'anémie cérébrales, l'hémorrhagie et le ramollissement du cerveau, pour l'unique raison que ces diverses maladies présentent, au point de vue symptomatique, beaucoup de points communs. Vous ne les avez pas rangées sous le même nom, et cependant, l'hémiplégie du ramollissement cérébral ressemble beaucoup plus à l'hémorrhagie du cerveau, que l'angine coronarienne à la pseudo-angine névralgique ou névritique.

Pour trancher cette question, qui semblait jusqu'à ce jour insoluble, quelques auteurs ont imaginé une sorte de compromis. Il y a, disent-ils, deux sortes de sténocardie : celle qui est liée aux altérations des vaisseaux du cœur, et celle qui relève des lésions ou des troubles fonctionnels du plexus cardiaque. Et ils ajoutent : « Cette dernière mérite seule le nom d'angine de poitrine ».

Raisonner ainsi, c'est commettre une triple erreur : une erreur historique, une erreur nosologique, une erreur clinique.

Je dis que c'est une erreur historique, parce que la tradition nous a légué « l'angine de poitrine » avec ses lésions coronariennes indiquées à la fin du siècle dernier par Jenner, Parry et Hunter. C'est une erreur nosologique, parce qu'on réunit ainsi dans le même cadre une affection nerveuse et une maladie du système vasculaire. J'ajoute que c'est une erreur clinique, parce que l'on confond encore, au point de vue symptomatique, deux maladies séparées complètement par des lésions différentes et même opposées.

La confusion des mots entraînant souvent la confusion des choses, continuons d'après la tradition, à désigner du nom d'*angine de poitrine* l'affection caractérisée anatomiquement par la lésion des coronaires, et appelons *névrite* ou *névralgie cardiaque* ou encore *cardiodynie* l'affection due à la souffrance ou à la lésion des nerfs du plexus cardiaque. Dans ces conditions, il n'est plus nécessaire de faire suivre la première de l'épithète de « vraie » et l'on arrive à dire : *Il n'y a pas plusieurs angines de poitrine ; il n'y en a qu'une seule, l'angine coronarienne.*

En ne considérant que la névralgie ou la douleur dans la sténocardie, on commet une erreur semblable à celle qui consisterait à voir seulement les douleurs névralgiques d'une tumeur cérébrale. Pour l'angor pectoris, lorsque vous cherchez seulement à calmer la douleur, vous faites de la thérapeutique *symptomatique* et vous ne vous élevez pas jusqu'à la thérapeutique *pathogénique*, la seule vraie, la seule efficace.

Il n'est plus possible d'élever quelques objections sur cette distinction NOSOLOGIQUE entre l'angine de poitrine et les névralgies cardiaques. On peut me répondre par la citation de quelques faits, où la mort est survenue dans ces dernières. Ces faits, on ne peut les nier, quoiqu'ils soient exceptionnels, mais ils ne prouvent rien contre la théorie artérielle.

Avant les travaux de Bretonneau, on confondait, non seulement au point de vue clinique, mais surtout au point de vue nosologique, ce qui est plus grave, le croup et le faux croup, comme on confond encore l'angine de poitrine et les cardiodynies. Or, si la mort peut survenir dans certains cas rares de faux croup, si la laryngite striduleuse peut ainsi reproduire, d'une façon complète, les symptômes du croup, au point même que parfois le diagnostic reste longtemps impossible (1), viendra-t-il à personne l'idée de confondre ces deux maladies ? Si les symptômes du croup et du pseudo-croup peuvent parfois si bien s'identifier, c'est parce que ces deux maladies sont reliées entre elles par un symptôme commun, le spasme laryngé, qui peut tuer le malade dans l'un comme dans l'autre cas. Mais, dans le croup, il s'ajoute un élément mécanique et infectieux qui n'existe pas dans la laryngite striduleuse.

Il en est de même pour la distinction clinique et surtout NOSOLOGIQUE qui existe entre l'angine de poitrine et les cardiodynies. Un élément commun les réunit, c'est la névralgie des nerfs cardiaques ; un élément important, capital, sépare la première des secondes, c'est l'ischémie du myocarde. Ce qui le prouve, c'est encore une fois la manière dont meurent les angineux : ils meurent par syncope, ils peuvent mourir en l'absence de tout élément douloureux ; les autres ne succombent que par excès de douleur ou par épuisement de l'innervation cardiaque.

Telle est, après un siècle de discussions, après les soixante théories diverses qui ont été tour à tour émises sur la nature du syndrome angineux, telle est la manière d'envisager la question et de conclure.

Pour ceux qui ne veulent considérer dans le syndrome angineux que le résultat d'une névralgie ou d'une névrite cardiaque et qui nient d'une façon absolue l'importance et

(1) Extrait des *Leçons de clinique et de thérapeutique médicales sur les maladies du cœur et des vaisseaux*, par H. HUCHARD. (1 vol. de 900 pages environ, sur le point de paraître en octobre 1892; Paris, O. Doin.)

(1) Trousseau a cité des cas où le diagnostic du croup et du faux croup a été impossible jusqu'à la trachéotomie. Pour ma part, j'ai rapporté trois faits semblables (Soc. médico-prat., 1886-1887).

la constance des lésions coronariennes, pour les « intransigeants » de la théorie nerveuse, les objections que je leur ai opposées restent debout, tant qu'elles ne seront pas sérieusement discutées et réfutées.

Il faut les croire irréfutables, parce qu'aux preuves anatomiques et cliniques s'ajoute la sanction thérapeutique. Les médicaments antinévralgiques sont absolument insuffisants, ils sont incapables d'aboutir à la guérison dans une maladie où la douleur est un phénomène secondaire, où l'ischémie cardiaque et la lésion artérielle constituent les seuls dangers. La thérapeutique de l'angine de poitrine, la seule rationnelle, comme je l'ai établi et prouvé à l'aide des médicaments dépresseurs de la tension vasculaire et des iodures, a transformé une maladie incurable en maladie curable, et les guérisons qui lui sont dues ne sont plus ni contestées ni contestables.

Ces résultats ont été obtenus parce que je me suis conformé à ce principe que je ne cesse de répéter :

A maladie artérielle il faut opposer une médication artérielle.

Le traitement de l'angine de poitrine, de cette maladie que l'on a regardée, jusqu'à mes recherches, comme absolument incurable, mérite d'assez longs développements. Il se divise en traitement *préventif* (dans l'intervalle des accès) et *curatif* (traitement des accès). J'étudierai ensuite le traitement des *complications* et je passerai en revue les *médications inutiles* ou *dangereuses*.

I. Traitement préventif.

Pour bien comprendre ce traitement, il suffit de poser nettement les indications thérapeutiques. A ce sujet, je n'ai qu'à répéter ce que j'ai déjà dit au sujet de la symptomatologie de l'angine de poitrine.

a. Presque tous les angineux ont de l'hypertension artérielle qui précède d'abord et accompagne ensuite le développement de l'artério-sclérose. Donc, première indication thérapeutique :

Il faut combattre par le traitement hygiénique et médicamenteux la tendance à l'hypertension artérielle.

b. L'angine de poitrine est toujours le résultat soit d'une aortite, soit d'une sclérose primitive ou secondaire des artères coronaires. D'où, cette deuxième indication thérapeutique :

Il faut diriger le traitement contre l'aortite et le développement de l'artério-sclérose (1).

c. En raison de l'aortite qui peut oblitérer ou rétrécir l'embouchure des coronaires, ou encore par le fait de l'altération de ces vaisseaux qui diminue leur lumière dans leur parcours, le muscle cardiaque possède une nutrition incomplète, consécutive à l'insuffisance de l'irrigation sanguine. Troisième indication thérapeutique :

Il faut favoriser et faciliter le travail du cœur, en s'adressant non au cœur lui-même, mais surtout aux vaisseaux.

Pour remplir cette dernière indication qui vise moins l'angine de poitrine que les phénomènes d'insuffisance myocardique consécutive au syndrome angineux, il ne suffit pas de s'adresser au myocarde et il est même parfois dangereux d'abuser des toniques du cœur. Celui-ci étant altéré déjà dans sa structure musculaire, comment pourraient-ils efficacement agir ? On n'arriverait qu'à le surmener, en lui imposant un travail qu'il ne peut plus accomplir, en cherchant à provoquer des contractions qu'il est incapable de produire.

Pour tonifier le cœur des angineux, il faut d'abord faciliter son travail en s'adressant avant tout au cœur périphérique représenté par les vaisseaux et les capillaires. L'angine de poitrine est une affection artérielle, elle ne devient cardiaque que par la suite, c'est en résumé un des meilleurs types cliniques des cardiopathies artérielles, et c'est moins du côté du cœur que des vaisseaux qu'il faut agir.

Supprimer tous les obstacles périphériques et combattre la tendance au spasme artériel; favoriser la circulation aux confins du système circulatoire, surveiller la circulation des extrémités par des frictions répétées et par le massage; diminuer l'hypertension artérielle par l'hygiène alimentaire et la prescription de médicaments vaso-dilatateurs; en un mot, ouvrir largement les voies circulatoires, n'est-ce pas là un moyen de diminuer d'abord, de faciliter et de fortifier ensuite le travail du cœur central ? Celui des angineux est toujours en imminence de surmenage et de fatigue, il est placé, par l'insuffisance de son irrigation sanguine, dans des conditions d'infériorité fonctionnelle dont il faut tenir le plus grand compte; sa puissance contractile s'abaisse de 10 à 5, on ne peut donc pas lui demander le même fonctionnement que l'on réclamerait d'un organe absolument sain. D'où le précepte de recommander aux angineux un exercice modéré, d'éviter tous les efforts, les fortes émotions gaies ou tristes qui peuvent imposer momentanément à l'organe un travail exagéré. Donc les « cures de terrain » en honneur à l'étranger et surtout en Allemagne sont absolument contre-indiquées dans le traitement de l'angine de poitrine.

On peut s'étonner de ne pas me voir présenter parmi les premières indications thérapeutiques l'obligation de combattre la douleur dont « l'intensité et la durée constituent le principal danger de l'angor pectoris », d'après Balfour; la douleur qui est, selon Peter, « le fait dominateur de l'angine, quel qu'en soit le point de départ, et qu'il faut conjurer par les moyens les plus rapides ».

Oui, sans doute, depuis l'époque déjà lointaine où cette maladie a été pour la première fois décrite, sa thérapeutique, en visant toujours la douleur et rien que la douleur, a fait fausse route; elle n'a pas été mieux inspirée, lorsqu'elle s'est adressée uniquement à la cause diathésique qui détermine la sténocardie.

Nous la voyons ainsi s'épuiser en vains efforts et préconiser les moyens les plus disparates : la chaleur, les liqueurs spiritueuses, le vin, les cordiaux et l'opium avec Heberden; les saignées et les purgatifs avec Parry, Burns et Wall; les vomitifs avec Percival; les cautères à la face interne des jambes avec Wichmann; les emplâtres de tartre stibié sur le sternum avec Kriegelstein; les moyens antiphlogistiques avec Odier (de Genève); le gayac et la gentiane avec Bergius et Butter; l'antimoine, l'arnica, les martiaux, le musc, le castoréum, la ciguë, les vésicatoires à demeure avec Elsner; la médication contre l'obésité, le régime végétal et le cinnabre avec Fothergill; l'eau de chaux avec Schmidt; l'eau de laurier-cerise avec Pitschaft; l'arsenic avec Alexander, Harless et Cahen; le sulfate de zinc associé à l'opium avec Perkins; la laitue vireuse, les ventouses sèches, les sinapismes, les pédiluves irritants, les frictions sur les membres inférieurs, et « tous les moyens capables d'empêcher et de combattre la congestion du sang vers le cœur », avec J. Frank; le nitrate d'argent avec Cape, Harder, Zipp et Bastide; l'association de la laitue vireuse et de la digitale avec Schlesinger; le sulfate de quinine, les drastiques et l'abstinence des boissons avec Piorry; l'association de l'opium au tartre émétique, le camphre avec Schœffer; la teinture antimoniale de Theden; l'asa fœtida, la ciguë avec Johnstone; le musc avec Récamier; le soufre avec Munck; l'opium et la jusquiame, l'emploi d'étincelles électriques à travers la poitrine avec Reeder; l'aimantation et l'électricité avec Laënnec et Duchenne (de Boulogne); la limonade phosphorique avec Baumes; la poudre de valériane, l'oxyde de zinc, le cuivre ammoniacal, l'extrait de douce-amère, les inhalations d'oxygène avec Jurine; les médicaments antinévralgiques avec Desportes; la belladone avec Batten; le cyanure de potassium et l'acide prussique avec Elliotson; l'aconit, le colchique, le gayac dans les angines goutteuses avec Lartigue; la lithine avec Hayden; le bicarbonate de soude et la belladone avec Bretonneau; les injections d'atropine, les frictions sur le sternum avec une mixture de datura avec Trousseau; les cataplasmes très chauds appliqués sur la colonne vertébrale avec Hannon; la digitale avec Balfour; le séton avec Eichhorst; les inspirations d'éther sulfurique avec Romberg; la teinture éthérée de valériane et de castoréum avec Niemeyer; les inhalations chloroformiques avec Carrière, Friedreich et Vergely; les bains chauds avec Leyden; les applications de terre glaise sur la paroi précordiale avec Sokoloff et Mulhberger; enfin, la révulsion locale, les émissions sanguines, les bromures, les divers toniques du cœur, le salicylate de soude, les anesthésiques comme l'antipyrine, la phénacétine, l'exalgine et même le chloroforme, la cocaïne, avec les auteurs contemporains.

La matière médicale menaçait d'y passer tout entière ! Chacun ayant sa doctrine voulait aussi avoir sa thérapeutique.

Si cette longue énumération de plus de cinquante médi-

(1) Le traitement complet de l'hypertension artérielle, de l'artério-sclérose et des aortites est exposé dans le livre sur les *Maladies du cœur et des vaisseaux*, devant paraître en octobre 1892.

cations diverses est un peu fastidieuse, la faute en revient aux médecins qui, depuis 1768, c'est-à-dire depuis l'année où l'angine de poitrine est entrée dans le cadre nosologique, ont émis tour à tour sur sa nature des théories différentes dont le nombre, comme je l'ai démontré dans une des leçons précédentes, atteint le chiffre, à peine croyable, de soixante. Et ces médications n'ont pas plus survécu que les théories aux noms de beaucoup d'auteurs tombés justement dans l'oubli.

Aucun auteur n'a fait mention des iodures et de leur emploi systématique dans l'angine de poitrine; on n'a même pas pensé à leur prescription lorsque Bouillaud a donné la première observation d'anévrysme aortique guéri par l'emploi de l'iodure de potassium.

Comment expliquer ce fait? La chose est bien simple : la thérapeutique était dévoyée. Elle ne voyait dans l'angine de poitrine que la cause (goutte, rhumatisme, obésité, etc.); elle ne tenait compte que de la douleur, même à une époque où s'affirmait déjà la théorie de la sténose coronaire; elle ne considérait qu'une affection névralgique ou névritique dans une maladie artérielle, et l'erreur nosologique entraînait toujours une erreur thérapeutique. Elle semblait ignorer que la douleur peut manquer dans les cas si nombreux terminés par la syncope; elle ne savait pas qu'elle est un élément secondaire de la maladie, loin d'en être le « fait dominateur »; elle voyait bien un cœur malade, mais elle oubliait qu'il l'était devenu par l'intermédiaire de ses vaisseaux nourriciers, et la notion des cardiopathies artérielles était inconnue, ou encore vague et confuse. Elle n'avait pas encore appris que l'iodure est le médicament artériel par excellence.

Au milieu du siècle dernier, Sénac laissait tomber ces paroles de découragement au sujet de la curabilité des affections du cœur : « Après avoir approfondi de telles maladies, on n'a, ce me semble, que l'inutile satisfaction de mieux connaître l'impossibilité de les guérir. »

En 1768, Heberden, après avoir exposé les principes de son traitement de l'angine de poitrine, ajoutait mélancoliquement ces paroles : « Le temps et l'attention découvriront vraisemblablement des moyens plus efficaces contre une affection si dangereuse et si pénible. »

Plus de cent ans après, G. Sée émettait les mêmes doutes en ces termes : « Que faire contre les altérations des artères coronaires, contre les dégénérescences du muscle cardiaque, contre la dilatation cardiaque, les lésions aortiques qui, en réalité, causent plus souvent encore des accès d'angine que ne le font les lésions mitrales? Il n'existe pas de moyen certain de guérir ces graves lésions. »

Non, certes, lorsque, par les progrès de la sclérose coronaire, les fibres du myocarde ont disparu, lorsque la lésion artérielle est extrême et qu'elle a converti les vaisseaux en tubes rigides et presque osseux, « il n'existe pas de moyen certain de guérir ces graves lésions »; mais, lorsqu'elles sont à leur début, je ne vois pas pourquoi elles pourraient moins bien guérir que de grands anévrysmes de l'aorte.

Plus tard, G. Sée, dont je me plais à citer les remarquables travaux sur la médication iodurée dans l'asthme et les dyspnées, prononçait à la tribune académique cette parole dont le sens n'excluait plus toute idée de curabilité de l'angine de poitrine : « Le plus souvent, il reste pour unique ressource les iodures de potassium et de sodium dont Huchard dit merveille pour fondre la sclérose artérielle en général et coronaire en particulier. C'est une question à l'étude (1). »

J'espère démontrer que l'étude est faite, que la question est close, et que la médication iodurée appliquée de bonne heure, avec persévérance, est capable d'assurer la guérison définitive de l'angine de poitrine coronarienne.

J'ai dit quel doit être le but de la médication anti-sténocardiaque, et il est désormais facile de comprendre que les indications thérapeutiques exposées au commencement de cette leçon sont complètement remplies par la médication suivante :

1° Le traitement *hygiénique*, ai-je dit en 1883, est des plus importants et doit être ainsi formulé :

Vie calme, retirée, exempte d'ennuis, de soucis, de fortes émotions qui peuvent multiplier et augmenter les accès angineux; autant que possible, habitation au rez-de-chaussée pour éviter la montée des escaliers, à l'abri de l'humidité et du froid, d'un air trop vif ou du vent, loin de la mer; éviter l'ascension des étages et tous les actes réclamant un grand effort, la marche précipitée contre le vent et sur un terrain incliné, immédiatement après les repas, et combattre la constipation qui expose aux efforts de défécation; se livrer à un exercice modéré, faire de courtes promenades à pied, éviter le refroidissement des extrémités, insister sur le massage, sur les frictions, sur les contractions passives des muscles pour prévenir la tendance à l'obésité et à la vaso-constriction périphérique. Observer la plus grande tempérance dans le manger et le boire, s'abstenir de liqueurs fortes, de boissons fermentées, de thé, d'aliments excitants et indigestes, de poissons, de salaisons, de fromages faits, de viandes peu cuites et faisandées, manger avec beaucoup de modération le soir (surtout lorsque les accès angineux se produisent régulièrement après dîner), et même au besoin remplacer le repas du soir par une alimentation légère et d'une facile digestion comme les œufs et le lait; boire aux repas, soit de l'eau pure, soit de l'eau dans la proportion de deux tiers pour un tiers de vin et surtout de vin blanc, un litre à un litre et demi de lait par jour pour assurer la diurèse et abaisser la tension artérielle. Fuir la fumée du tabac, éviter les excès vénériens, les fatigues de toutes sortes, le surmenage, qu'il soit d'origine morale, cérébrale ou physique; éviter les grands mouvements du bras gauche, ou ceux du bras droit, lorsque les douleurs irradiées atteignent ce côté.

Toutes ces prescriptions doivent être fidèlement observées. Je ne me borne pas à dire que les angineux doivent s'abstenir de fumer. Cette formule n'est pas suffisante, et il faut leur recommander de ne jamais fréquenter les cercles et les cafés, de ne jamais se trouver dans une chambre où une atmosphère enfumée par le tabac est plus pernicieuse qu'un ou deux cigares fumés par le malade. Cette recommandation est d'autant plus justifiée que les angineux présentent, comme je l'ai déjà dit, une intolérance plus prompte et facile pour le tabac.

Relativement à la proscription de tout exercice actif ou violent du bras gauche, je rappelle que, d'après J. Franck, ce précepte est applicable, non seulement à l'angine de poitrine, mais encore aux autres maladies chroniques du cœur et des gros vaisseaux.

J'ai dit qu'il faut observer la plus grande tempérance dans le manger et dans le boire. Or, dans quelques cas, les troubles dyspeptiques pouvant devenir le point de départ et la cause occasionnelle des accès angineux, il importe alors, pour diminuer l'intensité de ceux-ci, de surveiller l'état gastrique. C'est ainsi que j'ai cité plusieurs observations dans lesquelles les malades atteints d'angine de poitrine voyaient le plus souvent leurs accès revenir sous l'influence d'une indigestion, de troubles dyspeptiques ou d'erreurs dans le régime alimentaire; il suffisait alors de les soumettre à la diète lactée ou au régime sec pendant plusieurs semaines pour les délivrer de leurs accès angineux. C'est ainsi qu'en 1883 (1) j'ai rapporté plusieurs faits relatifs à de promptes améliorations obtenues par le régime alimentaire chez des malades atteints d'angine de poitrine compliquée de dyspepsie. Ce n'était certes pas la guérison; les accès provoqués par l'effort persistaient toujours, mais avec moins de fréquence et d'intensité.

2° Une des indications thérapeutiques les plus importantes consiste à combattre l'aortite et l'artério-sclérose, causes *anatomiques* les plus fréquentes de la sténocardie.

Quant aux causes *pathologiques*, c'est tout autre chose; on ne peut rien contre elles. Je m'explique :

Voici un goutteux ou un diabétique atteint d'angine de poitrine vraie. Vous aurez beau vous adresser à la cause pathologique, à la goutte ou au diabète, diriger votre thérapeutique contre l'une ou l'autre maladie, vous pourrez modérer la diathèse goutteuse et guérir le diabète, vous ne parviendrez pas à améliorer ou à guérir la manifestation angineuse.

Il faut combattre l'aortite : par des révulsifs sur la paroi précordiale dont on abuse trop souvent (cautères, vésicatoires, pointes de feu, teinture d'iode, etc.), par le régime alimentaire, le laitage, etc., par l'emploi de la médication

(1) G. Sée. *Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur*, 2e édit., 1883. — Acad. de méd., 1886.

(1) Huchard. *Rev. de méd.*, 1883.

iodurée et de la trinitrine. Ce traitement doit être suivi sans relâche; il doit être repris de temps en temps, parce que l'aortite est une affection essentiellement récidivante, et qu'elle procède par poussées successives.

Mais l'aortite aiguë peut disparaître et devenir chronique; elle est encore un des épisodes du développement de cette affection généralisée à tout le système artériel, de l'artério-sclérose. Celle-ci a des localisations diverses et nombreuses; le plus souvent elle atteint l'aorte, mais dans des cas rares, ce gros vaisseau peut être relativement peu altéré, et la lésion scléreuse prédominer sur les artères coronaires; elle peut même accomplir la plus grande partie de son évolution sur ces artères, comme j'en ai rapporté un cas sous le nom de « coronarite primitive ». Par conséquent, la thérapeutique doit viser non seulement la lésion de l'aorte, mais surtout l'artério-sclérose et l'hypertension artérielle qui est son premier agent provocateur.

Parry, à la fin du XVIII[e] siècle, ne nous indique pas des moyens bien énergiques, mais il pose assez nettement l'indication thérapeutique dans ces termes :

« Comme il semble que l'ossification des artères dépend d'une augmentation dans l'impétus du sang, surtout quand il est disposé à l'inflammation, il faut observer la tempérance dans le manger et le boire, la suppression des violents exercices du corps, et faire usage de tous les moyens bien connus pour s'opposer à la diathèse inflammatoire, dans le but de prévenir la lésion des coronaires qui constitue la syncope angineuse. »

Pour combattre la lésion des coronaires, pour en prévenir les effets, j'ai démontré que la thérapeutique met à notre disposition deux médicaments : les *iodures* et les *nitrites*.

3° *Médication iodurée.* — Voici ce que je disais, en 1883, au sujet de l'iodure de potassium que j'employais déjà d'une façon systématique depuis l'année 1879, et qui a été l'origine de ma méthode de traitement (1) :

« De tous les médicaments, celui auquel nous donnons la préférence et auquel nous ne manquons jamais d'avoir recours, quoique tous les auteurs soient muets à ce sujet pour le traitement préventif des accès d'angor pectoris, c'est l'iodure de potassium. Ce médicament, indiqué dans le traitement des anévrysmes et des dilatations de l'aorte par Bouillaud, peut bien, dans certains cas, devoir son efficacité à son action antisyphilitique; mais lorsque la lésion artérielle ou l'artérite ne relève pas de la syphilis, on est bien obligé de recourir à une autre explication. Faut-il invoquer alors les vertus résolutives des iodures, admises par tous les auteurs ? Mais cette vertu résolutive est un fait que l'on constate et que l'on explique difficilement. Il est probable, cependant, que les iodures doivent leur efficacité, dans le traitement de l'aortite, des anévrysmes et de l'angine de poitrine vraie, à leur action sur la circulation. Sous leur influence, le pouls gagne en force et en fréquence, les capillaires artériels se développent et se dilatent, la chaleur périphérique augmente, la tension vasculaire diminue, et cette fièvre artificielle s'accompagne de congestion faciale et encéphalique, rappelant ainsi de loin les effets du nitrite d'amyle. Les iodures provoquent aussi la résorption des exsudations pathologiques, accélèrent le mouvement de dénutrition en s'opposant à la stagnation globulaire et en rendant le sang plus fluide, comme l'a dit Gubler. La preuve, c'est que si l'on fait passer de l'eau pure dans un tube capillaire, elle coulera avec une lenteur relative, tandis que, si l'eau est chargée d'iodure, elle semblera plus fluide et passera plus rapidement et plus facilement dans le tube. »

La plupart des affections de l'aorte et des artères (anévrysmes, dilatation, rétrécissement et insuffisance, aortites; sclérose artérielle, angine de poitrine coronarienne) s'accompagnent d'une hypertension artérielle plus ou moins accusée. Or, je suis convaincu que les bons effets produits par les iodures sur les anévrysmes aortiques sont dus, non seulement à l'action spéciale de ces médicaments sur les parois artérielles, mais aussi et surtout à leur influence dépressive sur la tension vasculaire. L'élévation de celle-ci peut contribuer à augmenter encore ou à provoquer le travail scléreux des vaisseaux, mais elle est aussi un des principaux facteurs de l'agrandissement d'une poche anévrysmale. Il en est de même pour l'angine de poitrine : l'hypertension artérielle augmente le travail du cœur déjà en état d'insuffisance fonctionnelle, et c'est ainsi qu'elle place l'organe dans un état d'imminence morbide pour la production des accès sténocardiques. Puisque les iodures augmentent la vitesse de l'écoulement sanguin dans les vaisseaux et qu'ils les dilatent, la théorie nous indiquait déjà qu'ils devaient abaisser la pression artérielle. Mais j'ai voulu m'en assurer encore par des expériences décisives que j'ai entreprises avec Eloy, expériences dont j'ai exposé les résultats thérapeutiques par la conclusion suivante : *Les iodures abaissent la tension artérielle* (1).

Les iodures guérissent des anévrysmes aortiques *non syphilitiques*, ils ont une action favorable sur l'asthme dont la lésion artérielle caractérisée par la sclérose des vaisseaux pulmonaires est, selon moi, des plus probables; j'ai démontré leurs bons effets dans le traitement de l'artério-sclérose en général, et de l'artério-sclérose du cœur en particulier, et comme la sténocardie est assez rarement d'origine syphilitique, on ne peut pas invoquer leur action spéciale sur la syphilis.

Ceux qui font jouer un grand rôle à la douleur dans la symptomatologie de l'angor pectoris pourraient croire à une action antinévralgique des iodures, d'autant plus qu'on a mentionné leur efficacité dans les névralgies, même non syphilitiques, dans les simples névralgies congestives *a frigore* (2). Mais le médicament était alors associé au bromure de potassium; de plus, l'action analgésique des iodures n'est pas démontrée, et j'ai prouvé que la douleur ne constitue pas l'élément capital du syndrome angineux.

Donc, au point de vue thérapeutique, la preuve est encore faite : *L'iodure est un médicament artériel.*

C'est en m'appuyant sur la nature artérielle de l'angine de poitrine et sur les propriétés des iodures que je suis arrivé, depuis une douzaine d'années, à formuler un nouveau traitement. Mais une des conditions principales du succès, c'est la persévérance, c'est la constance dans la médication. Il faut soumettre, pendant deux à quatre ans, les malades à la médication iodurée, à la dose quotidienne de 1 à 3 grammes, quand bien même tout accident angineux aurait disparu depuis plusieurs mois, et j'estime que la guérison durable et définitive ne peut être obtenue qu'après plusieurs années de traitement. Mais, comme celui-ci doit être ainsi prolongé et qu'il s'agit d'une affection de l'appareil cardio-vasculaire, je recommande plutôt l'emploi de l'iodure de sodium pour les raisons que l'on connaît. Cependant, comme l'iodure de potassium est doué d'une action plus rapide et plus certaine chez quelques artério-scléreux ou angineux, j'ai pour coutume de prescrire ce dernier médicament pendant un mois sur trois (3).

Au moyen de cette médication, je suis parvenu à abaisser la mortalité de 9 à 3 ou 4 sur 10.

On peut, au sujet de cette médication iodurée, si longtemps prolongée, adresser quelques objections basées sur l'intolérance du médicament, sur ses inconvénients, sur son inefficacité dans certains cas.

L'intolérance est *primitive* ou *secondaire*. Au sujet de la première, je ne vous apprendrai rien en disant que certains malades, en vertu d'une idiosyncrasie particulière dont la cause réside peut-être dans un état méconnu ou latent d'insuffisance rénale, ne peuvent supporter les moindres comme les plus fortes doses du médicament, sans en éprouver des inconvénients : coryza plus ou moins intense, œdème de la face et de la luette, angine pharyngée, raucité de la voix, conjonctivite, dyspnée, douleurs de tête, etc., enfin tous les accidents qui constituent une sorte de grippe iodique. D'autres fois, il y a de l'intolérance gastro-intestinale, de l'anorexie, de la diarrhée; ou encore des hémorrhagies

(1) En 1880, au sujet d'une observation publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, M. Potain s'est exprimé en ces termes : « L'iodure de potassium, qui a une heureuse influence sur les artérites chroniques, pourra être conseillé; j'en ai recueilli de bons effets. » Il n'emploie l'iodure qu'à petites doses (50 centigr. au plus). — H. H.

(1) Bogolopoff (*Arbeit aus dem pharmak. Labor zu Moskau*, 1876) et Sokolowsky avaient déjà pressenti, dès 1876, l'action dépressive des iodures sur la tension artérielle.

(2) Jaccoud. *Leçons de clinique médicale de la Pitié*, 1874-1875.

(3) Dans la première édition de ces leçons, j'ai rapporté un assez grand nombre de guérisons par l'emploi de ce médicament dans l'angine de poitrine. Il m'a semblé inutile de reproduire ces observations, parce que la médication iodurée est maintenant acceptée et suivie par la plupart des praticiens. Dans son *Traité de l'angine de poitrine* (1887), Gélineau a reproduit encore quelques-unes de mes observations à ce sujet.

diverses, parmi lesquelles le purpura (1), des éruptions et des lésions cutanées qui, dans plusieurs cas cités par quelques auteurs, peuvent prendre une gravité exceptionnelle.

Cette intolérance est due à deux causes :

a. A l'impureté du médicament qui renferme des iodates, et c'est ainsi que j'ai pu expliquer le fait d'un œdème laryngé (2) considérable d'origine iodique pour lequel on fut obligé de pratiquer la trachéotomie ;

b. A l'intolérance du malade dont la cause est souvent due à un état d'insuffisance rénale.

Ce qui tend à prouver la réalité de cette insuffisance rénale, ce sont les faits d'intolérance *secondaire* survenant rapidement chez des malades qui, jusqu'alors, avaient parfaitement supporté les iodures. Je me rappelle à ce sujet un angineux que j'ai longtemps observé, et qui, après avoir pris pendant un an une dose quotidienne de 1 à 3 grammes d'iodure de sodium, devint tout à coup incapable d'en supporter les moindres doses. Il suffisait de 5 à 10 centigrammes de ce médicament pour déterminer promptement des accidents d'iodisme auxquels il ne pouvait résister, et parmi lesquels j'ai constaté l'existence d'une bouffissure pseudo-érysipélateuse du visage et un eczéma sec, extrêmement prurigineux, au point d'empêcher le sommeil.

On a dit que les grandes quantités d'iodure sont plus facilement supportées que les petites parce qu'alors elles sont plus diurétiques. Cela est vrai dans certains cas; mais, le plus souvent, les malades ont de l'intolérance pour les fortes comme pour les petites doses. Dans ces cas, l'embarras sera grand, la principale, et je dirais presque la seule ressource thérapeutique, nous faisant défaut. Alors, on doit avoir recours à la trinitrine, un succédané bien imparfait de l'iodure, car elle n'a qu'une influence très douteuse sur les parois artérielles elles-mêmes, et elle n'agit que par ses propriétés vaso-dilatatrices.

On peut encore remplacer l'iodure de sodium ou l'iodure de potassium par d'autres médicaments, par la teinture d'iode à la dose de v à x gouttes à prendre avant chaque repas dans un peu de vin de Malaga, par le sirop iodotannique à la dose de deux ou trois cuillerées par jour. Mais ces médicaments sont infidèles, leur intolérance peut également être observée. Quant à l'iodure de fer, il n'a pas la même action.

Pour assurer la tolérance des iodures, il est quelques règles pratiques dont on ne doit jamais se départir : il faut administrer le médicament au milieu du repas; on peut l'associer à une petite dose d'extrait thébaïque, ou encore d'atropine, quoique je fasse à cette dernière substance le grand reproche d'élever la tension artérielle et de déterminer facilement des accidents toxiques ; on peut encore l'associer à des préparations d'arsenic (3).

Il y a encore d'autres inconvénients à la médication iodurée. Chez quelques malades, elle peut produire de la perte d'appétit, quelques douleurs épigastriques, de la diarrhée. On les évite en suspendant de temps en temps le médicament, que l'on peut donner parfois en lavement; et, du reste, j'ai pour habitude de ne le faire prendre que pendant vingt à vingt-cinq jours chaque mois pour laisser au malade un peu de repos; mais, pour ne pas interrompre les effets de la médication, je prescris, pendant cette dernière période, la solution au 100e de trinitrine à la dose de x à XII gouttes par jour, en trois ou quatre fois.

On évite encore ces accidents en associant l'extrait thébaïque et quelques gouttes de teinture de noix vomique à l'iodure de sodium.

On a encore objecté que, parfois, il détermine un amaigrissement plus ou moins considérable et rapide. Or, je ne le crains pas, et chez un angineux obèse, dont les accès étaient entretenus par une surcharge graisseuse du cœur, l'iodure a été suivi d'excellents effets, non seulement en agissant sur la sclérose coronaire, mais aussi en activant la nutrition dont le ralentissement se manifestait par l'obésité et la production de tissu graisseux. Du reste, je vous ai dit que, par le fait de l'hypotrophie nutritive due à l'insuffisance de l'irrigation sanguine des organes chez les artério-scléreux, on voit survenir parfois un réel amaigrissement qu'il faut mettre sur le compte de la maladie, loin de l'attribuer au remède. J'ai même observé des cas absolument contradictoires à ce sujet, et l'un de mes malades, chez lequel l'iodure excitait démesurément l'appétit, engraissait rapidement au bout d'un mois lorsqu'il était soumis à son action.

En résumé, tous les inconvénients que je viens d'énumérer ne doivent jamais faire abandonner la médication iodurée dans le traitement de l'angine de poitrine. Car il s'agit, pour les malades, d'une question de vie ou de mort, et aucune autre médication que celle-là n'est capable d'assurer leur guérison.

Après s'être complu dans l'énumération des inconvénients de la médication iodurée, les détracteurs systématiques peuvent encore s'appuyer sur son inefficacité dans certains cas. Or celle-ci est parfois réelle, et je ne la nie pas. Je n'annonce pas que des succès; l'infaillibilité en thérapeutique n'existe pas, et elle doit être tenue pour suspecte. Depuis la date de mon premier travail sur cette question, en 1879, j'ai observé plus de 200 faits de fausses angines (des arthritiques, des névropathes et des gastriques) que je ne fais pas entrer dans la statistique des résultats obtenus, parce que ces manifestations angineuses guérissent presque toujours spontanément, ou par l'intervention d'une thérapeutique toute différente. Sur un nombre de 80 angines de poitrine organique, j'en relève 22 terminées par la guérison, 43 par une grande amélioration et 15 par la mort, malgré la médication employée (1). Sur ces 15 insuccès figurent 11 cas dans lesquels on notait concurremment l'existence de lésions graves du côté de l'orifice aortique (insuffisance ou rétrécissement, etc.).

Il existe donc des circonstances défavorables à l'action de la médication : elles résultent de son emploi tardif, à une époque où l'altération artérielle est arrivée à un degré où les iodures ne peuvent plus exercer aucune action utile; elles résultent encore des accidents d'insuffisance cardiaque que l'on observe souvent à une dernière période chez les angineux et qui commandent plutôt l'indication des toniques du cœur; elles doivent encore être attribuées à la résistance de certains organismes pour l'action bienfaisante des iodures. Cette résistance à l'action médicamenteuse est un phénomène distinct de l'intolérance : dans le premier cas, l'iodure n'agit pas; dans le second, il agit trop en déterminant des accidents d'iodisme.

Donc, le traitement ioduré doit être appliqué de bonne heure, dès que l'on constate déjà les signes de l'artério-sclérose, même en l'absence de tout accident angineux; il a plus de chances de succès, lorsque la maladie artérielle n'est pas arrivée à la période athéromateuse, lorsque la dystrophie du myocarde n'est pas irrémédiable, lorsque la lésion n'est pas compliquée de rétrécissement ou d'insuffisance aortique, ou encore d'anévrysme. Dans ces cas encore, la médication iodurée, longtemps poursuivie, peut toujours produire d'excellents résultats, puisque la science possède des faits de disparition de tumeurs anévrysmales et de lésions orificielles de l'aorte par le fait de la médication iodurée.

Mais il y a des cas où cette dernière est impuissante, surtout lorsqu'il s'agit de plaques ossiformes obstruant plus ou moins complètement la lumière des vaisseaux coronaires. L'iodure ne peut pas régénérer des fibres musculaires absentes, il est incapable de reproduire des tubes vasculaires à jamais altérés, et la curabilité de toutes les maladies, quelles qu'elles soient, trouve ses limites dans la profonde altération des organes. C'est à nous de la recon-

---

(1) Hallopeau a même accusé l'iodure de potassium de produire des hémorrhagies cérébrales, ce qui est à démontrer; car il ne faut pas prendre l'effet pour la cause, l'hémorrhagie cérébrale pouvant survenir par le fait de l'artério-sclérose contre laquelle on avait institué une médication iodurée.

(2) Huchard. Soc. méd. des hôpit., 1884. — Sur quelques formes anormales de l'iodisme, *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1888.

(3) Voici deux formules auxquelles j'ai souvent recours :

1°	Eau distillée.		300 grammes.
	Iodure de sodium. . .	10 à	20 —
	Extrait thébaïque.		10 centigr.

Deux à trois cuillerées à soupe par jour.

2°	Eau distillée.		150 grammes.
	Iodure de sodium. . .	5 à	10 —
	Arséniate de soude.		5 centigr.

Deux à trois cuillerées à café par jour.

(1) Dans ma communication à la Société médicale des hôpitaux sur la « nature et le traitement de l'angine de poitrine » (1887), une erreur d'impression m'a fait dire : « 43 guérisons et 22 améliorations »; il faut lire : « 43 améliorations et 22 guérisons ».

naître et de la prévenir par l'application *hâtive* de la médication iodurée.

II. Traitement curatif des accès

J'ai étudié le traitement *préventif* des accès ; il est temps de passer en revue les médicaments que l'on doit utiliser contre les accès eux-mêmes. Parmi ces médicaments, le nitrite d'amyle et la nitroglycérine tiennent la première place. Mais vous verrez aussi que, d'après moi, la nitroglycérine peut être prescrite à titre d'agent adjuvant à l'iodure dans la médication préventive des accès.

1° Nitrite d'amyle ; nitroglycérine ; nitrite de sodium. — L'action du nitrite d'amyle est si remarquable que je crois utile de résumer son action physiologique, comme je veux le faire, du reste, pour quelques autres agents médicamenteux employés contre les accès angineux.

a. Le *nitrite d'amyle*, découvert en 1844 par le chimiste français Balard, fut expérimenté pour la première fois, en 1859, par Guthrie (1), qui éprouva, sous l'influence de l'inhalation de ses vapeurs, une vive coloration du visage avec augmentation des battements cardiaques. L'action physiologique et thérapeutique du médicament fut ensuite étudiée à l'étranger et en France.

Les effets physiologiques produits par le nitrite d'amyle peuvent être ainsi résumés : dilatation des vaisseaux, diminution souvent considérable de la pression sanguine, augmentation de force et de fréquence des contractions cardiaques.

La dilatation vasculaire, qui est le phénomène principal, existe seulement pour les vaisseaux de la tête, du cou et de la poitrine, avec cette particularité qu'elle va en décroissant de la tête aux extrémités, où elle est presque nulle. Elle ne se borne pas seulement aux vaisseaux de la peau, mais elle atteint aussi ceux des viscères. Ainsi, dans plusieurs expériences relatives à l'influence que certains médicaments exercent sur la circulation de l'encéphale, Schüller a vu, à l'aide d'une ouverture pratiquée à travers la boîte cranienne, une dilatation considérable des vaisseaux de la pie-mère produite chez le lapin par les inhalations du nitrite d'amyle. L'opium détermine, au début, une dilatation suivie peu à peu d'une contraction vasculaire, et l'ergot de seigle donne lieu, au contraire, à une contraction intense et durable des mêmes vaisseaux. Schramm est arrivé aux mêmes conclusions en ce qui concerne le nitrite d'amyle : il a vu sous son influence les vaisseaux de la pie-mère prendre un volume double et même triple du diamètre normal (2).

Seuls, les vaisseaux du poumon et de la rétine résistent à cette dilatation vasculaire, comme Filehne l'a remarqué par une ouverture pratiquée au thorax d'un animal, fait qu'il explique par une action spéciale du médicament sur les centres nerveux. Ce n'est pas l'opinion de Lauder Brunton, puisque cette dilatation persisterait après une section transversale de la moelle cervicale au-dessous de l'atlas.

Elle n'est pas due à une action réflexe ; la preuve, c'est que, d'après Mayer et Friedrich (3), après la section des nerfs vagues et dépresseurs, qui sont les agents principaux de la dilatation vasculaire réflexe, le phénomène se produit encore à la suite de l'injection directe du nitrite d'amyle dans le torrent circulatoire et aussi de la compression complète et continue de toutes les artères encéphaliques, qui empêche le fonctionnement du cerveau.

Il résulte de ces faits négatifs que le nitrite d'amyle agit localement sur les vaisseaux, qu'il est un poison direct du muscle, comme le démontre l'expérience suivante de Pick : un muscle de grenouille curarisée se contracte parfaitement par les courants électriques, mais il ne se contracte plus si l'on place, pendant dix minutes, le même muscle sous une cloche remplie de vapeurs amyliques (4).

Cette action sur les vaisseaux, qui peut s'exercer par l'intermédiaire d'une excitation directe des filets nerveux dilatateurs (5) ou par une influence paralysante sur les filets constricteurs, ou plutôt encore sur les éléments vasculaires contractiles, dépend très probablement de l'altération du sang démontrée par un assez grand nombre d'auteurs. En effet, Richardson et Wood d'abord, Gamgee, Jolyet et Regnard ensuite, ont vu que le nitrite d'amyle entrave le travail d'oxydation. Ainsi le phosphore, sur lequel on a versé quelques gouttes de cette substance, ne développe plus à l'air de vapeurs blanches, le sang veineux perd la faculté de redevenir rouge au contact de l'oxygène de l'air, et à l'autopsie des animaux soumis aux inhalations amyliques, on trouve le cœur et les artères chargés d'un sang noir et foncé.

Telle est, en résumé, l'action physiologique du nitrite d'amyle sur les vaisseaux, action qui s'exerce encore sur le cœur pour augmenter la force de ses contractions. Il était intéressant de l'étudier, pour mieux fixer les effets thérapeutiques et comprendre l'efficacité remarquable de cet agent contre les accès angineux.

Lauder Brunton propose l'explication suivante : Pendant les attaques de sténocardie, si l'on prend quelques tracés sphygmographiques, ils indiquent presque toujours une augmentation plus ou moins considérable de la tension artérielle, laquelle diminuerait ou disparaîtrait avec l'atténuation ou la disparition de l'accès ; cette élévation de la tension artérielle serait elle-même, comme le paroxysme douloureux, le résultat d'un état spasmodique des artères périphériques. Donc le remède indiqué par ces vues théoriques devait être le nitrite d'amyle, qui a pour propriétés de dilater les vaisseaux et d'abaisser considérablement la pression vasculaire.

Mais cette théorie séduisante est passible d'objections sérieuses :

Si, comme je l'ai dit et comme j'en ai même cité un exemple (1), il existe des cas où les troubles vaso-moteurs ont précédé et paru produire le paroxysme angineux, il s'agit d'une forme particulière appartenant bien plutôt à la catégorie des pseudo-angines. C'est donc, non seulement une exagération, mais une erreur de croire que toutes les angines de poitrine reconnaissent pour cause un spasme des vaisseaux périphériques. Celui-ci est souvent consécutif à l'accès et résulte du retentissement des grandes douleurs sur le nerf grand sympathique.

Il n'est donc pas admissible que l'élévation de la tension artérielle existe dans *tous* les cas d'angine de poitrine. Le fait rapporté par l'auteur anglais est même loin d'être concluant à cet égard, et quand même d'autres exemples viendraient à être produits, quand il serait démontré que la contraction des artérioles périphériques et l'élévation de la tension vasculaire sont des phénomènes constants, il resterait encore à prouver, comme G. Johnson le fait remarquer (2), qu'ils sont toujours la cause des accidents angineux. Que de fois, en effet, n'observe-t-on pas cette augmentation de la pression sanguine en l'absence de toute douleur rappelant, même de loin, l'angor pectoris !

Une seconde explication, pour interpréter l'action thérapeutique du nitrite d'amyle, a été donnée par Johnson, qui cite à l'appui deux cas de sa pratique, où le médicament a été « remarquablement avantageux ». S'appuyant sur ce fait démontré physiologiquement, à savoir que l'irritation électrique du bout central d'un nerf mixte ou sensitif, du sciatique ou du trijumeau par exemple, détermine, par influence réflexe à travers le centre vaso-moteur, une contraction générale des artérioles, d'où résulte une haute tension vasculaire, l'auteur en conclut que ces deux phénomènes, loin d'être primitifs, sont secondaires et consécutifs à l'excitation douloureuse partie des nerfs cardiaques. D'après lui, le soulagement apporté souvent d'une façon si remarquable aux accès angineux par le nitrite d'amyle tient à son pouvoir antinévralgique et non pas directement à son influence vaso-dilatatrice.

C'est là une erreur démontrée par la plupart des observateurs ; et si le nitrite semble doué d'une action antinévralgique, c'est parce qu'il agit, d'une façon indirecte, sur l'élément douleur, par l'intermédiaire du système circulatoire,

(1) Guthrie. *The Quarterly of Journ. of the chim. Soc.*, London, 1859.
(2) Schuller. *Centralbl.*, 1874, p. 51. — *Arch. f. Psych. Krank.*, 1874.
(3) Mayer et Friedrich. *Arch. f. experim. Path. und Pharm.*, 1876.
(4) Pick. *Centralbl.*, 1873.
(5) On a remarqué que, chaque fois que les grenouilles soumises aux inhalations amyliques exécutent des mouvements un peu violents, les capillaires se rétrécissent : il en résulte que l'action du nitrite d'amyle ne peut s'expliquer que par une excitation des vaso-dilatateurs et non par une paralysie des vaso-constricteurs.

(1) Huchard. *Rev. de méd.*, 1883, Obs. LI.
(2) G. Johnson. *Brit. Med. Journ.*, 1877.

comme dans les accès de migraine caractérisés par un spasme artériel plus ou moins prononcé (hémicranie angiotonique).

D'après moi, le nitrite d'amyle agit de la façon suivante : il active la circulation intra-myocardique dans le cas où elle est sérieusement entravée par le spasme ou l'oblitération des artères coronaires ; de plus, il agit sur les artères périphériques, dont il détermine la dilatation ; en diminuant les résistances périphériques, il favorise, il augmente l'énergie et le travail de l'organe central de la circulation.

b. La *nitroglycérine*, appelée encore *trinitrine* par Berthelot et dont les homœopathes se servent depuis longtemps sous le nom de *glonoïne*, a été expérimentée, en 1848, par Héring, un an après la découverte de cette substance par Sobrero, puis par Dudgeon en 1853, par Field et Mayer.

Son action est comparable à celle du nitrite d'amyle et j'ai ainsi résumé, il y a près de dix ans (1), ses effets du côté de l'appareil circulatoire :

« La face se congestionne, rougit et devient vultueuse ; l'impulsion cardiaque devient plus forte, plus rapide ; les artères carotides et temporales battent avec violence ; le pouls radial s'accélère et présente un dicrotisme assez marqué ; la tension artérielle diminue d'une façon très notable. »

Comme pour le nitrite amylique, les propriétés antinévralgiques de la trinitrine, vantées par S. Brady, ont été sérieusement contestées par Fuller et Harley en Angleterre, par Vulpian et Bruel en France (2).

En résumé, la nitroglycérine agit comme le nitrite d'amyle ; elle produit, comme lui, des symptômes d'hyperhémie cérébrale, dilate les vaisseaux périphériques, abaisse la tension artérielle, avec cette différence que son efficacité est de plus longue durée (deux ou trois heures), qu'elle est moins rapide et beaucoup moins fidèle (au bout de quatre à cinq minutes, tandis que le nitrite d'amyle produit ses effets au bout de quelques secondes). Elle devait donc être expérimentée contre les accès d'angor pectoris ; elle l'a été, en effet, par Murrell (3) [de Londres], qui cite trois cas favorables, puis par quelques auteurs étrangers. Je l'ai introduite dans notre thérapeutique en 1883.

c. Le *nitrite de sodium* a été employé, pour la première fois, par Matthew Hay [d'Édimbourg] (4), qui le prescrit à la dose de 15 à 20 centigrammes par jour, en trois fois.

Les nitrites de sodium, de potassium ou d'ammonium ont, à peu de chose près, des propriétés physiologiques semblables au nitrite d'amyle et à la nitroglycérine. Mais les expériences que j'ai entreprises avec Eloy sur les animaux, à l'aide de ces agents, m'ont démontré qu'ils étaient loin d'être inoffensifs. Ce sont des poisons du sang qui changent rapidement l'hémoglobine en méthémoglobine et je ne suis pas partisan de leur emploi dans le traitement de l'angine de poitrine (5).

Les propriétés physiologiques des nitrites étant bien connues, il faut, maintenant, indiquer leur action thérapeutique, leur mode d'administration et leur posologie.

Contre l'accès angineux, les inhalations de *nitrite d'amyle*, à la dose de IV à VI gouttes, que l'on fait respirer au malade dès le début, produisent les effets suivants : en même temps que la face rougit et que les symptômes d'excitation cardio-vasculaire surviennent, la douleur et l'angoisse disparaissent, et le malade ressent presque toujours un bien-être extraordinaire. D'autres fois, cette jugulation des attaques est moins complète, et le médicament se borne à diminuer leur intensité et leur durée. Dans les formes syncopales, le médicament rend également de grands services et c'est ainsi qu'il peut conjurer un double péril : celui de l'ischémie cardiaque et celui de la syncope.

La première fois qu'on se sert de ce médicament, on doit toujours employer de petites doses ; il faut commencer par IV gouttes, que l'on pourra porter par la suite à VI ou VIII gouttes ; mais, comme l'accoutumance se fait assez rapidement, il sera nécessaire d'élever progressivement et prudemment les doses jusqu'à X, XII, XV et même XX gouttes. J'ai vu un malade qui était arrivé à absorber en inhalations jusqu'à LXXV et LXXX gouttes par jour. Comme, d'un autre côté, l'action de médicament est rapide et fugace, il est indiqué parfois, dans les accès de longue durée, de répéter deux ou trois fois ces inhalations.

Les angineux doivent toujours porter sur eux une certaine quantité de nitrite d'amyle dans un flacon hermétiquement bouché, renfermé lui-même dans un étui en bois, afin d'empêcher l'émanation de ses vapeurs. Il est préférable de faire usage de petites ampoules en verre contenant une quantité connue de gouttes, ampoules que le malade brise au moment de s'en servir. Leur emploi est excellent ; le nitrite d'amyle est très altérable, et il est même nécessaire qu'il soit récemment préparé, pour qu'il exerce toute son efficacité. On ne saurait trop insister sur cette précaution, et beaucoup d'insuccès par cet agent ne sont dus qu'à l'ancienneté ou à l'impureté de sa préparation. J'ai en ce moment, depuis huit mois, une certaine quantité de nitrite amylique qui, bien que contenu dans un flacon à l'émeri, a perdu toute son action et ne produit aucun effet à la dose de XL à L gouttes.

Dans les cas graves, lorsque les accès angineux se reproduisent souvent et avec une grande facilité, lorsqu'ils se compliquent de troubles vaso-constricteurs à la périphérie du système circulatoire, je prescris d'une façon systématique, en dehors ou en l'absence d'accès, deux ou trois fois par jour, l'inhalation de II à III gouttes de nitrite amylique. Employé de cette manière, ce médicament mérite ainsi de prendre place dans la médication préventive des accès, puisqu'il a pour but et pour effet d'entretenir l'état de dilatation des vaisseaux.

Le nitrite d'amyle, par la sûreté et surtout par la rapidité de son action, est le médicament par excellence de l'accès angineux. Il faut aux injections de morphine quelques minutes, à la nitro-glycérine six à huit minutes pour avoir le temps d'agir, tandis qu'en quelques secondes, le nitrite d'amyle produit tous ses effets d'autant plus remarquables qu'ils sont instantanés.

En raison même de cette rapidité d'action, il ne présente pas de grands inconvénients. Cependant, il est des malades qui en abusent, et l'un d'eux respirait à chaque instant plusieurs gouttes de nitrite d'amyle dans le but de prévenir des accès. Ses vêtements étaient tellement imprégnés de cette odeur, que ceux qui l'approchaient en étaient incommodés. Or, il survint à cinq ou six reprises des accidents singuliers que je serais tenté de rattacher à une véritable intoxication par le nitrite d'amyle, à une sorte d'*amylisme*, en un mot. Brusquement, le plus souvent le soir, la face devenait rouge et vultueuse, les idées se troublaient, et pendant une ou deux minutes, il était en proie à un délire complet avec hallucinations de la vue et de l'ouïe. J'ai vu d'autres malades qui, après avoir abusé des inhalations amyliques, conservaient toujours un état de rougeur ou d'hyperhémie faciales et restaient plongés dans une somnolence imputable à un état congestif de l'encéphale.

La *trinitrine* doit toujours être employée, au début, à faibles doses et en ingestion stomacale ; son action est moins fidèle, moins sûre, moins rapide, que celle du nitrite d'amyle. Aussi, ai-je l'habitude de faire toujours usage de ce dernier médicament en inhalations contre les accès, et de réserver l'emploi de la nitroglycérine dans leur intervalle, pendant huit ou quinze jours à la dose de III à IV gouttes de la solution alcoolique au 100e, trois ou quatre fois par jour (1). Celle-ci, continuant l'action bienfaisante du nitrite amylique, favorise la circulation des parois du cœur et prévient ainsi les attaques d'angor pectoris. Je connais plusieurs malades qui ne doivent la disparition de leurs accès qu'à l'action combinée de ces deux médicaments.

La durée de l'action des inhalations amyliques ne dépassant pas quinze ou vingt secondes au plus, il en résulte que dans les accès prolongés, on est obligé d'y revenir plusieurs

(1) H. Huchard. Propriétés physiologiques et thérapeutiques de la trinitrine. Note sur l'emploi du nitrite de sodium, *Bull. gén. de thérap.*, 1883.

(2) S. Brady. On the medical action of glonoïne, *Med. Times and Gaz.*, 1859. — Fuller et Harley, cités par Vulpian. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1859. Bruel (*Thèse inaug. de Paris*, 1876).

(3) Murrell. *The Lancet*, 1879.

(4) M. Hay. Nitrite of sodium in the treatment of angina pectoris, *The Practit.*, 1883. — Voici la formule employée par Matthew Hay :

Nitrite de sodium.	14	grammes.
Eau de rivière.	340	—

Une à deux cuillerées à café.

(5) Eloy et Huchard. Soc. de thérap., 1883.

(1) Voici la formule d'une solution titrée que je prescris d'ordinaire :

Eau distillée.	300	grammes.
Solution alcoolique de trinitrine au 100e.	LI	gouttes.

Deux à quatre cuillerées à soupe par jour (chaque cuillerée à soupe contient environ III gouttes de la solution de trinitrine au 100e).

fois; le mieux alors est de les faire au début même de l'accès et d'administrer par la voie gastrique III à VI gouttes de trinitrine d'une solution au 100°, ce dernier médicament continuant ainsi après cinq à dix minutes l'action du premier. Quand l'indication se présente d'agir plus vite et plus énergiquement dans les accès intenses et rebelles, il faut joindre aux inhalations amyliques l'injection sous-cutanée de la moitié d'une seringue de Pravaz, remplie d'une solution contenant XL gouttes de trinitrine au 100e pour 10 grammes d'eau.

Chez certains malades, la nitroglycérine au 100e, même à la faible dose de VI à VIII gouttes par jour, donne lieu à une céphalalgie sus-orbitaire parfois très pénible sous la forme de battements encéphaliques. Il est alors indiqué d'en diminuer la dose.

2° Opium, morphine. — L'opium, par ses propriétés analgésiques et hypnotiques, était indiqué pour soulager la douleur si vive de l'angine de poitrine. Aussi, Heberden, qui recommandait le repos, la chaleur, le vin et les cordiaux, reconnaissait déjà que « rien n'agissait plus efficacement que les préparations d'opium; X à XV gouttes de teinture thébaïque en entrant au lit font que les malades peuvent y rester jusqu'au matin, tandis qu'ils auraient été obligés de se lever et de se tenir debout pendant deux à trois heures chaque nuit, et cela durant des mois ».

Depuis cette époque déjà bien éloignée, ce sont les préparations opiacées auxquelles les médecins ont eu principalement recours.

Mais il y aurait erreur de croire que l'opium, dans les cas d'angine de poitrine, n'agit qu'à titre de sédatif ou d'antalgique. Il possède encore une action vaso-motrice et des propriétés stimulantes, sur lesquelles on n'a pas assez insisté et qui jouent certainement un grand rôle dans l'apaisement des accès angineux.

Ses propriétés stimulantes sur la circulation étaient bien connues des auteurs anciens, de Sydenham, de Bordeu, de Cullen et d'Hufeland (1); elles ont été mises en relief de nos jours par quelques autres observateurs, et je les ai indiquées dans un travail sur la « médication opiacée dans l'anémie cérébrale (2) ».

Les recherches expérimentales de Gscheidlen, de Laborde et de Picard [de Lyon] (3) ont démontré que l'administration de l'opium et de la morphine produit trois phénomènes importants : l'excitation des battements cardiaques, la dilatation passive des artères, et l'abaissement de la pression sanguine.

Sur un chien en bonne santé, le dernier expérimentateur met à nu la glande sous-maxillaire et ouvre une de ses veinules. Si l'on injecte alors 6 à 8 centigrammes de morphine dans les veines de l'animal, on voit l'écoulement de sang par la veinule augmenter. On pratique alors la section de la corde du tympan; cette opération ne modifie plus la quantité de sang qui sort par le vaisseau, et il faut conclure que la rapidité circulatoire qui s'était produite sous l'influence de la morphine résultait d'un état semi-paralytique du sympathique de cet organe.

Je ne discuterai pas ici la question de savoir si cette dilatation des capillaires cutanés et viscéraux qui survient à la suite de l'administration de l'opium et de la morphine, est due à une action paralysante des vaso-constricteurs ou encore à une action excitatrice des vaso-dilatateurs. Il suffit de savoir que l'opium et l'un de ses alcaloïdes le plus important, la morphine, sont doués non seulement de propriétés sédatives, mais aussi d'une action cardio-vasculaire réelle. Et c'est bien à ce double point de vue que l'opium et surtout les injections morphinées ont un si grand succès contre les attaques angineuses. Pour combattre celles-ci, la sédation de la douleur n'est pas suffisante, il faut encore relever l'énergie contractile du cœur, favoriser son travail en diminuant les résistances périphériques, c'est-à-dire en dilatant les vaisseaux sanguins, en abaissant la tension artérielle. Ces derniers effets sont moins prononcés sans doute qu'avec le nitrite d'amyle, mais ils n'en sont pas moins réels, et il m'a paru nécessaire de les décrire, d'autant plus qu'ils semblaient davantage oubliés. Ai-je besoin de dire que cette action cardio-vasculaire est encore un argument en faveur de la théorie de l'ischémie cardiaque?

Par conséquent, lorsque l'on n'aura pas de nitrite d'amyle sous la main, ou lorsque celui-ci n'aura pas eu toute son efficacité habituelle, on devra recourir aux injections de morphine, à la dose de 1 à 2 centigrammes, sans craindre même d'arriver à des doses plus élevées encore; car, dans les cas de douleur extrêmement violente et atroce, comme l'est celle de l'angine de poitrine, il est à remarquer que les malades supportent impunément des doses assez considérables de morphine, tant il est vrai que la *douleur est le meilleur contre-poison de l'opium.*

Enfin, pour calmer les attaques d'angine de poitrine extrêmement violentes, on peut avoir recours à l'*action combinée* des inhalations amyliques et des injections morphinées, comme je l'ai fait plusieurs fois avec un réel succès.

On a cité plusieurs cas de mort rapide ou subite survenant après une injection sous-cutanée de morphine. Or, il s'agit là d'une simple coïncidence, et nullement d'une relation de cause à effet. La mort subite est un fait tellement habituel dans l'histoire clinique de l'angine de poitrine que l'on comprend qu'elle puisse survenir *après* une injection de morphine ou après des inhalations amyliques, et non *à cause* d'elles. Les faits malheureux rapportés à ce sujet par quelques auteurs ne doivent pas recevoir d'autre interprétation.

III. Traitement des complications

Parmi les complications, les unes se montrent dans l'intervalle des accès dont elles sont indépendantes, les autres surviennent sous leur influence. Les premières sont caractérisées souvent par des accidents dus à la *cardio-sclérose* et à l'*insuffisance rénale* souvent concomitants; les secondes, par un *état syncopal* ou encore par les signes de *dilatation ou de parésie du cœur.*

1° La *cardio-sclérose* (ou *sclérose dystrophique* du myocarde) est consécutive à l'endartérite coronaire; elle présente, en outre des accidents angineux, des signes divers que j'ai étudiés dans les précédentes leçons. Elle ne devient une complication réelle qu'à l'apparition des symptômes hyposystoliques. A cette période seulement, les toniques du cœur et la digitale sont indiqués.

Au sujet de la symptomatologie de l'angine de poitrine, j'ai démontré que les vieux angineux présentent souvent, avec les symptômes de faiblesse du ventricule gauche, un œdème plus ou moins permanent des poumons. Les expériences récentes de Bettelheim viennent encore de confirmer mes observations cliniques. Il a démontré qu'à la suite de la compression expérimentale de l'artère coronaire antérieure, il survenait un affaiblissement notable du ventricule gauche avec tendance à œdème pulmonaire (1).

2° L'*insuffisance rénale* est due à l'envahissement du rein par la sclérose, elle est caractérisée par la lenteur d'élimination de toutes les substances toxiques introduites dans l'organisme ou formées par lui, elle se traduit le plus souvent par de la dyspnée d'effort ou par des accidents respiratoires analogues au type dyspnéique de Cheyne-Stokes, qu'il ne faut pas confondre avec les accidents angineux. Il en résulte deux indications thérapeutiques :

a. Favoriser, activer la dépuration urinaire par l'emploi des diurétiques et du régime lacté qui devra être absolu ou mixte, suivant les cas;

b. Supprimer tous les aliments qui renferment des ptomaïnes : viandes peu cuites, poisson, gibier, bouillons et potages gras, salaisons, charcuterie, fromages faits. Insister

---

(1) Ce serait être « peu instruit de la vertu de l'opium, disait Sydenham, que de l'employer seulement pour procurer le sommeil, calmer les douleurs et arrêter la diarrhée. L'opium peut servir dans plusieurs autres cas; *c'est un excellent cordial*, et presque l'unique qu'on ait découvert jusqu'ici. » — De son côté, Bordeu reconnaissait formellement que « l'opium *élève* le pouls, qu'il le *dilate*, le rend plus *souple* moins *convulsif*, quelquefois plus fréquent ». — Cullen avait bien décrit l'action cardiaque du médicament dans ce passage : « Les narcotiques, au lieu de se comporter toujours comme sédatifs ou de diminuer l'action du cœur, sont souvent des puissants stimulants pour cet organe, et quand ils commencent à agir, ils augmentent sa force et sa fréquence. » — Enfin, Hufeland reconnaissait dans l'opium non seulement un calmant du système nerveux, mais aussi un excitant de l'appareil circulatoire, double propriété qui proteste ainsi contre la trop célèbre et trop exclusive exclamation de Brown : « *Opium, me Hercle, non sedat.* »

(2) H. Huchard. *Journ. de thérap.*, 1877.

(3) Gscheidlen. *Unters. aus. den phys.*, Laborat. in Wurzburg, 1868. — Laborde. Soc. de biol., 1877. — P. Picard. Acad. des sc., Paris, 1878.

(1) K. Bettelheim. Ueber die störungen der Herzmechanik nach compression der arteria sinistra des Herzens, *Zeits. f. klin. Med.*, 1892, Band XX.

sur le régime végétarien, sur le laitage, sur les œufs et les viandes bien cuites.

Du reste, cette alimentation doit être prescrite, même aux angineux indemnes de tout accident d'insuffisance rénale, et je ne suis pas éloigné de croire que le régime carné excessif et que certains états dyspeptiques, dus souvent à des fermentations gastro-intestinales, sont capables de produire dans l'économie des substances toxiques douées d'une action convulsivante sur le système artériel. Il en résulterait deux conséquences : un état habituel de spasme artériel et d'hypertension vasculaire, deux causes prédisposantes de l'artério-sclérose, laquelle serait ainsi d'origine alimentaire (1).

3° Pendant les accès ou à leur suite, l'état *syncopal* doit être combattu par les injections de caféine, d'éther ou de camphre, par les applications du marteau de Mayor, les frictions excitantes sur les membres, les injections hypodermiques de trinitrine, et encore par les inhalations de nitrite d'amyle. On doit proscrire les injections de pilocarpine et de cocaïne, en raison de leur action syncopale.

4° Lorsque les accès se répètent au point de devenir subintrant et de constituer ce que j'appelle « l'état de mal angineux », l'indication capitale consiste à soumettre les malades au repos le plus absolu, sur un fauteuil ou au lit, avec la précaution de les faire placer sur leur séant, parce que la position couchée ou horizontale en augmentant la tension artérielle a une tendance naturelle à produire ou à aggraver les accès angineux. Dans la claudication intermittente des extrémités, on arrive souvent à éviter la gangrène par ce repos absolu ; dans l'angine de poitrine à accès répétés et subintrants, on prévient de la même manière la terminaison fatale qui surviendrait inévitablement sans cette précaution.

5° A la suite d'accès intenses et répétés, le cœur peut être frappé d'un état *parétique* très grave, se caractérisant par tous les signes d'une cardiectasie progressive, par l'affaiblissement des contractions cardiaques, par l'abaissement considérable et rapide de la tension artérielle dont l'embryocardie est l'un des signes, par la production d'un œdème pulmonaire aigu, enfin par tous les accidents qui traduisent le tableau symptomatique de l'insuffisance musculaire du cœur. Ici encore, deux indications :

a. Il faut faciliter le travail du myocarde en supprimant tous les obstacles périphériques par l'emploi de la trinitrine et du nitrite d'amyle, des frictions excitantes, etc., qui dilatent les vaisseaux ;

b. Il faut agir directement sur le myocarde par l'emploi de toniques cardiaques.

La digitale remplit incomplètement cette indication parce qu'elle agit trop lentement; cependant elle est encore, dans ces cas, le médicament de choix, à la condition d'employer une dose suffisante (XXX à XL gouttes en une fois et pendant un seul jour), de la solution de digitaline cristallisée au 1000e. La spartéine et les préparations de convallaria sont infidèles. Le strophantus peut être essayé en raison de son action tonique sur le cœur qui s'exercerait en l'absence de tout phénomène de vaso-constriction.

Tous ces médicaments cardiaques qui peuvent être indiqués dans les cas de cardiectasie ou de cardioplégie progressive, ont l'inconvénient d'agir trop lentement, lorsque ces accidents prennent des allures aiguës et rapides en menaçant la vie des malades, dans l'espace de quelques jours seulement. On doit leur préférer ou leur adjoindre les injections d'éther et de caféine, ou encore les injections camphrées (une seringue de Pravaz remplie du liquide suivant : 20 grammes de camphre pour 100 grammes d'huile d'olives stérilisée).

6° On peut être amené à pratiquer des *opérations* sur les sténocardiques, sans le secours, ou au contraire avec l'intervention du chloroforme.

Dans le premier cas, l'émotion provoquée par la crainte de la douleur, et la douleur elle-même peuvent faire naître des accès ou des syncopes rarement terminées par la mort. Cependant, je rappelle qu'un jour, la simple application d'un cautère à la région précordiale détermina, chez un de mes malades, un accès angineux avec menace syncopale d'une intensité telle que je crus la mort proche.

(1) H. Huchard. Causes de l'artério-sclérose; son origine alimentaire, etc. (Congrès de Marseille, 1891).

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque le malade doit être soumis à l'anesthésie chloroformique pour une opération douloureuse, on peut être appelé à donner son opinion formelle sur les dangers que peut courir le malade. Or, ces dangers paraissent d'autant plus réels, qu'en l'absence de toute lésion cardio-pulmonaire, le bulbe et le cœur sont exposés, d'après Duret, à plusieurs sortes de syncopes dans le cours de la chloroformisation :

a. Au début de la narcose, syncope *laryngo-réflexe*, due à l'irritation des premières voies par la narcose ;

b. Avant la narcose complète, syncope *bulbaire* par l'inhalation brusque et à dose massive des vapeurs;

c. Dans les dernières périodes de la narcose, syncope *toxique* par intoxication des centres respiratoires et cardiaques;

d. Enfin, la mort peut encore être produite pendant la narcose par un *choc traumatique* ébranlant des centres nerveux déprimés et incapables de résistance.

Il en résulte que, parmi les affections du cœur, celles qui exposent théoriquement le plus aux lipothymies et aux syncopes contre-indiquent généralement l'emploi du chloroforme. De ce nombre sont : l'angor pectoris, les affections aortiques et la cardio-sclérose. Je ne parle pas de la dégénérescence graisseuse, infiniment plus rare qu'on ne l'a cru jusqu'alors, et qui a dû être souvent confondue avec les scléroses dystrophiques du cœur.

Mais, au point de vue pratique, cette contre-indication des cardiopathies artérielles ou valvulaires à la chloroformisation n'est pas absolue, comme la plupart des auteurs semblent l'avoir érigée en principe.

J'ai observé, pendant près de trois ans, un malade atteint d'angine de poitrine qui, souffrant cruellement d'une fissure de l'anus, dut subir l'opération de dilatation de cet orifice. Cette opération, malheureusement devenue indispensable, devait se faire dans de mauvaises conditions pour plusieurs raisons : elle devait être pratiquée sur un angineux et (circonstance aggravante) dans cette région ano-périnéale qui expose à des syncopes assez fréquentes pendant le sommeil chloroformique.

Malgaigne, après avoir perdu un malade du chloroforme pendant cette opération, était arrivé à cette conclusion : « Je ne consentirai à anesthésier un malade devant être opéré de la fissure par dilatation brusque qu'après l'avoir prévenu, lui ou sa famille, des dangers du chloroforme dans ce cas spécial (1). » Nicaise (2) et Guyon ont été également témoins d'accidents inquiétants survenus sur des malades atteints de fissure anale et qui avaient été endormis pour subir l'opération. Duret arrive encore à cette même conclusion : « Si on parcourt notre tableau (relatant 135 cas de morts par le chloroforme avec autopsie), on ne trouvera pas moins de 5 à 6 cas de morts subites arrivées sous le chloroforme pour des opérations analogues et presque insignifiantes, telles que la dilatation pour fissures ou hémorrhoïdes, incisions de fistules, etc., faites sur la marge de l'anus. »

On voit que, dans ces conditions, l'opération avec le chloroforme était presque contre-indiquée chez mon malade, et cependant elle fut pratiquée en ma présence sans aucun inconvénient. Il n'y eut aucune menace de syncope, et tout se passa régulièrement.

Néanmoins, dans toutes les opérations faites sur des cardiaques et surtout sur les angineux, il faut administrer le chloroforme avec prudence, d'après la méthode des petites doses administrées d'une façon continue, sans intermittences (chloroformisation goutte à goutte). Cette méthode convient surtout aux malades atteints d'affection cardiaque ou aortique, elle constitue le meilleur moyen d'éviter deux sortes de syncopes : 1° la syncope *laryngo-réflexe* due au contact de vapeurs chloroformiques avec les cordes vocales; 2° la syncope *toxique* résultant de l'absorption de trop fortes doses de chloroforme.

Par conséquent, lorsqu'on est amené à pratiquer la chloroformisation d'un angineux, on doit prendre les précautions suivantes (3) :

(1) Malgaigne et Le Fort. *Traité de médecine opératoire*, 8e édit., Paris, 1887.
(2) Nicaise. Danger de la chloroformisation dans le traitement de la fissure à l'anus, *Gaz. méd.*, 1876. — De la chloroformisation goutte à goutte, *Rev. de méd.*, 1892.
(3) Boncour. *France méd.*, 1887. — Labbé. Acad. de méd., 1882. — Nicaise. Loc. cit. — Schwartz. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1889.

Quoique les chirurgiens ne fassent pas mention de cette précaution, je suis d'avis que, dans toutes les chloroformisations et surtout pour celles qui sont pratiquées sur des cardiaques, sur des aortiques ou des angineux, on doit préparer à l'avance le nitrite d'amyle dont l'action sur les syncopes est si favorable.

Le chloroforme doit être pur, dans un flacon fermé par un bouchon à rainure dans laquelle le chloroforme peut tomber goutte à goutte. Il faut laisser de côté tous les appareils ou cornets inventés, bien à tort, pour la chloroformisation, et se servir tout simplement d'un mouchoir plié, pas trop grand, afin qu'il permette la surveillance des différentes colorations du visage. Il faut préparer à l'avance la pince destinée à saisir la langue dans les cas où celle-ci, venant à obstruer l'isthme du gosier, peut contribuer à la production d'accidents asphyxiques; mais, pour empêcher ou prévenir cet accident, il vaut mieux que l'aide relève le menton avec les deux mains pendant toute la durée de l'anesthésie.

On verse, au début, seulement IV ou V gouttes de chloroforme sur le mouchoir, de façon à en amener progressivement la tolérance; puis, lorsqu'on arrive à la période d'excitation, on emploie des doses plus fortes, X à XV gouttes, dans le but de produire la période de résolution. Lorsque celle-ci est arrivée, il suffit de verser le chloroforme goutte par goutte pour entretenir l'anesthésie. Par ce procédé, celle-ci est obtenue en quinze ou vingt minutes, ce que l'on constate par la contraction de la pupille et l'absence de réflexe cornéen. Cependant, malgré l'abolition de ce dernier, il ne faut pas oublier que les réflexes anal, vésical et génital sont les derniers à disparaître, de sorte que, lorsqu'on pratique des opérations sur ces régions, il est nécessaire de pousser l'anesthésie chloroformique assez loin.

Quelques médecins timorés, encore imbus de la crainte exagérée de la chloroformisation dans les affections cardiaques ou aortiques, endorment incomplètement leurs malades. C'est là une faute très grave; car il est démontré qu'au début de l'anesthésie, le nerf d'arrêt du cœur, le pneumogastrique, acquiert une grande excitabilité, d'où l'indication de ne jamais opérer dans toutes les affections et surtout dans les affections cardiaques, tant que la période d'excitation n'est pas complètement terminée, d'où le précepte d'éviter encore, pendant cette période, toute stimulation des nerfs périphériques. Du reste, comme il a été démontré par Paul Bert que l'excitation dans la chloroformisation est due, plus à l'irritation des muqueuses qu'à un commencement d'intoxication chloroformique, la méthode de l'administration des faibles doses a pour résultat utile d'éviter ou d'atténuer cette excitation.

En résumé, la chloroformisation n'est pas contre-indiquée chez les cardiaques, les aortiques ou les angineux; il suffit seulement de prendre quelques précautions, d'avoir recours à la méthode des doses faibles et continues, de ne jamais oublier de surveiller très attentivement le pouls, la pupille et la respiration pendant le sommeil, et d'*opérer seulement lorsque l'anesthésie est complète et absolue*. Cette dernière prescription est sans doute applicable à toutes les opérations, mais elle l'est surtout à toutes celles qui se pratiquent sur les cardiaques, sur les aortiques et les angineux.

IV. Médications inutiles ou dangereuses

Je serai bref sur ce point, renvoyant, pour de plus longs développements à ce sujet, à mon livre de « Leçons de clinique et thérapeutique médicales sur les maladies du cœur et des vaisseaux ».

L'*électricité*, sous forme de faradisation cutanée, a été employée autrefois par Duchenne (de Boulogne). C'est là un moyen dangereux, puisqu'il peut contribuer à la provocation d'une syncope. Quant aux courants continus, s'ils ne sont pas dangereux, ils sont au moins inutiles et n'agissent que dans les pseudo-angines.

La *cocaïne*, proposée par quelques auteurs et notamment par Laschewitch (1) qui a annoncé, par cette thérapeutique irrationnelle, la guérison (en trois jours!) de sténocardies provoquées par la sclérose coronaire, est au contraire un des médicaments les plus dangereux, puisqu'elle provoque facilement un état syncopal; elle est inutile, puisqu'elle n'a aucune action sur la sclérose coronaire.

Les *émissions sanguines* peuvent être locales ou générales. Les premières sont irrationnelles dans une maladie caractérisée par l'ischémie du myocarde; les secondes sont dangereuses, parce qu'elles peuvent exposer à la syncope. Cette méthode de traitement a cependant été recommandée, dès les temps les plus anciens, par Parry, Percival et Wall, puis par J. Franck, qui considérait l'angine de poitrine comme « le résultat d'une congestion du sang vers le cœur, congestion finissant par intéresser les nerfs cardiaques et phréniques. Peter pose l'indication suivante : « Dans le cas où, indépendamment de la douleur, il y a une dyspnée suffocante, une saignée générale n'a rien de téméraire. » Je l'accorde. Mais, quand il y a « dyspnée suffocante », il ne s'agit plus d'angine de poitrine.

Les *bromures* dont on a tant abusé dans le traitement de cette maladie, sont le plus souvent inutiles et parfois nuisibles, parce qu'à haute dose ils peuvent provoquer un ralentissement des battements cardiaques, la contraction des petits vaisseaux et l'élévation de la pression sanguine.

Tous les anesthésiques ou hypnotiques (*chloral*, *paraldéhyde*, *sulfonal*, *uréthane*, *éther*, *chloroforme*, etc.) sont également inutiles et parfois nuisibles dans le traitement des accès angineux. Ils sont inutiles, parce qu'ils s'adressent à la douleur et non à l'ischémie cardiaque, qui constitue le principal danger de l'accès angineux, et parce qu'ils n'ont pas le temps d'agir; quelques-uns d'entre eux sont nuisibles en raison de leur action défavorable sur la musculature cardiaque.

Tous les autres anesthésiques (l'*antipyrine*, la *phénacétine*, l'*exalgine*) sont sans action sur l'angine coronarienne; tout au plus agissent-ils dans les pseudo-angines névralgiques ou névritiques.

Les *inhalations d'oxygène*, proposées par Jurine dès 1815, et ensuite par quelques auteurs contemporains, sont d'une inutilité absolue, puisqu'elles ont pour but « de faciliter la respiration » dans le cours d'un syndrome où celle-ci n'est nullement atteinte.

Il en est de même de la *belladone*, de l'*aconit*, du *bicarbonate de soude*, etc.

Quant à la *digitale*, au *strophantus* et à tous les toniques du cœur, j'ai démontré, surtout pour la digitale, que leur emploi peut être dangereux tant que la tension artérielle est surélevée. Ces médicaments ne sont d'aucune action sur l'élément angineux lui-même, et ils ne sont indiqués que dans certains cas d'insuffisance myocardique concomitante.

Enfin, tous les *sels de potasse* doivent être employés avec prudence et modération, pour les raisons que j'ai déjà indiquées.

J'ai terminé l'étude thérapeutique de l'angine de poitrine en particulier et des cardiopathies artérielles en général. Il me semble utile de la faire suivre des considérations suivantes :

Quand un obstacle siège dans une machine, l'ouvrier, s'il ne le trouve pas dans le jeu des soupapes, dans le piston ou dans le corps de pompe, s'empresse de le chercher dans les tubes de conduite ou de canalisation. Jusqu'ici, le médecin n'avait qu'une préoccupation presque constante dans les diverses maladies du cœur : la recherche des lésions orificielles et la constatation des souffles valvulaires. Or, dans l'angine de poitrine et dans les cardiopathies artérielles, l'obstacle n'est pas aux valvules, mais dans les vaisseaux du myocarde, ou à l'extrémité du courant circulatoire, et c'est à le vaincre que doivent concourir tous nos efforts. Notre outillage thérapeutique peut y parvenir par une hygiène bien entendue et par l'emploi de médicaments ayant pour but et pour effet de rendre aux vaisseaux la perméabilité qu'ils ont perdue.

A cette période, chercher à exciter directement le cœur par la digitale ou les toniques cardiaques, serait aussi illogique que si un ouvrier voulait exercer une forte pression sur le piston de sa machine pour triompher d'un obstacle situé à la périphérie. En cardio-thérapie, les mêmes principes doivent nous guider : il ne faut pas se contenter de constater un obstacle, il faut savoir en discerner la nature et le siège pour l'atteindre plus sûrement; il faut encore se rappeler, comme Marey l'a si bien dit, que « l'élasticité des artères économise le travail du cœur ». Elle n'augmente ni la production, ni la quantité de ce travail, mais elle l'utilise

(1) Laschewitch. *Rev. de méd.*, 1886.

et ne le laisse pas perdre. Comme cette élasticité est profondément atteinte dans toutes les lésions artérielles, dans l'endartérite en particulier, le rôle du thérapeute consiste, dans les diverses cardiopathies artérielles dont l'angine de poitrine n'est qu'une émanation, à soulager ou alléger le travail du cœur. Tel est le principe de l'*artério-thérapie* dans les maladies de cet organe.

Ainsi, se trouve justifiée la thérapeutique que j'ai proposée contre l'angine de poitrine. Il faut sans doute combattre la douleur; mais, avant tout, il faut diriger la médication contre l'artério-sclérose dont le développement prépare la dégénérescence du muscle cardiaque, contre la lésion des coronaires et surtout contre l'ischémie cardiaque qui constitue le principal et le seul danger de ce redoutable syndrome.

J'ai longuement insisté sur les bases de ce traitement, heureux si, après avoir montré l'importance de la distinction clinique et nosologique de l'angine de poitrine et des pseudo-angines, j'ai pu faire partager ma confiance dans la curabilité de la première de ces affections, qui jusqu'ici avait fait le désespoir des médecins et des malades, et dont l'étude n'était qu'une décourageante « méditation sur la mort ».

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

D'après la statistique publiée par le ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, le nombre des étudiants en médecine et pharmacie s'élève à 9629 pour les Facultés de l'État et à 167 pour les Facultés libres.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Robert (de Cruzy-le-Châtel), Roguin (de Valence), Ségur (de Lavaur).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

5

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude ...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.112	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide silicique libre	....	1.33
Arséniate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux	....	
Chlorure de sodium	....	
Matières organiques	....	

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

60

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

52

VIN DE BUGEAUD

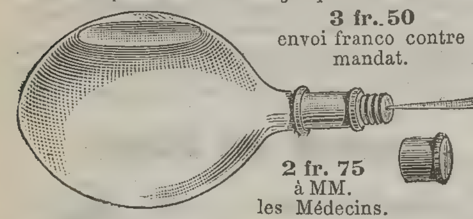
Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

42

CHLORÉTHYLE DU Dr BENGUÉ

anesthésique local et analgésique instantané.



3 fr. 50 envoi franco contre mandat.

2 fr. 75 à MM. les Médecins.

Dr Bengué, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

53

ANÉMIE, HERPÉTISME, DIABÈTE, FIÈVRE

GRANULES DE FOWLER

du Dr Legros

1 milligramm d'arsénite de potasse par granule.

Phie Française, 1 et 3, pl. de la République, Paris.

10

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

33

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux**, du **quina** et de la **viande crue**. Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, phien, ex-préparatr à l'Ecole de médecine et de pharmacie, rue Victor-Hugo, 14, LYON.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

73

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :

0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,

exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles**, etc.....

Doses. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,
avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

101

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

17

CHARBON NAPHTOLÉ

FRAUDIN

Phien, Boulogne-Paris.

Désinfectant antiseptique granulé

3 à 6 cuil. à café par jour.

92

OREZZA

EAU MINERALE FERRUGINEUSE GAZEUSE

CHLORO-ANÉMIE — GASTRALGIES

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

72

DESNOIX 17, RUE VIEILLE-DU-TEMPLE PARIS



PANSEMENTS ANTISEPTIQUES

TOILE VESICANTE

TOILE VÉSICANTE ROSE à la cantharidine

THAPSIA, SPARADRAP des **HOPITAUX**

et tous les sparadraps.

PLUMASSEAUX-EPONGES

remplaçant les éponges naturelles.

PINCEAUX MOLLETONNÉS

pr enlever les fausses membranes de l'angine couenneuse.

52



Débilité, Anémie, Maladies de l'enfance,

sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, à base d'algues marines, remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés, sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables.

Le Perdriel et Cie, Paris.

36

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** (*caféine, iodoforme et strophantus*). Dépt Phie Cie Fg Montmartre, Paris.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

19

DROGUERIE MÉDICINALE PATRE

Seule maison s'occupant exclusivement, depuis plus de cinquante ans, de la fourniture des médicaments aux **Médecins** et aux **Hospices**.

Maison de confiance, recommandée.

MÉRÉ et Cie, pharm. de 1re classe, ex-interne des hôpitaux de Paris, à Orléans (Loiret).

PRIX COURANT FRANCO, SUR DEMANDE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES

Nous extrayons de notre compte rendu du Congrès international de gynécologie, tenu à Bruxelles, les deux importantes communications ci-dessous :

I

M. PAUL SEGOND. Les suppurations pelviennes peuvent être secondaires et primitives.

Celles-ci correspondent aux collections péri-utérines proprement dites. Elles ont pour point de départ un processus inflammatoire siégeant soit dans les annexes, soit dans le péritoine pelvien, soit dans le tissu cellulaire péri-utérin ; les classifications basées sur la localisation intra ou extra-péritonéale du pus leur conviennent absolument, et c'est aux collections de cette nature qu'on devrait, me semble-t-il, réserver d'une manière exclusive la dénomination de suppurations pelviennes proprement dites. Je ne ferai d'exception qu'en faveur de l'hématocèle suppurée, dont le diagnostic différentiel est parfois tellement ardu qu'il devient, pour ainsi dire, impossible de savoir si la suppuration est primitive ou consécutive à un épanchement sanguin.

Tout autres sont les collections purulentes développées à l'intérieur ou bien autour d'une tumeur préexistante (kyste, fibrome, cancer de l'utérus, grossesse ectopique). Les suppurations intra ou péri-néoplasiques, observées dans ces conditions, veulent être envisagées séparément. En effet, si l'on excepte certains cas rares de kystes suppurés du ligament large, qu'il est peut-être avantageux de traiter par incision simple ; si l'on excepte encore certaines collections purulentes secondaires, qu'il est parfois prudent d'évacuer, avant de songer à l'ablation des tumeurs qui les accompagnent, on peut dire d'une manière générale qu'en présence d'une femme atteinte à la fois de suppuration et de tumeur abdominale, la laparotomie est bien, pour tous les chirurgiens, l'opération de choix.

Ceci dit, j'en arrive aux suppurations pelviennes proprement dites.

En premier lieu, il doit être bien entendu que, dans le traitement des suppurations pelviennes, les interventions graves, comme la laparotomie ou l'hystérectomie, seront toujours scrupuleusement réservées aux femmes chez lesquelles il est manifestement impossible de se contenter d'une chirurgie plus conservatrice, soit qu'on ait la conscience d'en avoir épuisé les ressources, soit que l'urgence u cas particulier défende toute temporisation.

En rappelant ces droits imprescriptibles de la thérapeutique prudente et conservatrice, je n'entends, certes, pas faire le moindre retour vers l'expectation systématique ou résignée, mais déplorable, de nos anciens maîtres. Je veux simplement témoigner de mes tendances personnelles et montrer, en particulier, que, d'accord avec les chirurgiens qui protestent contre les opérations excessives, j'estime qu'on doit tout mettre en œuvre pour en limiter sévèrement les indications.

C'est ainsi que je pense que l'antisepsie vaginale, le curettage, la dilatation large et le drainage de l'utérus sont, au point de vue préventif, des armes toutes-puissantes. Il n'est pas douteux qu'en sachant bien les manier, on pourrait diminuer de beaucoup le nombre des cas justiciables des grandes opérations.

Est-ce à dire qu'il faille, en présence d'une suppuration péri-utérine avérée, préconiser l'emploi systématique des méthodes indirectes qui permettent d'obtenir l'évacuation du pus par la voie utérine ? Je ne le crois pas. Non point que je mette en doute les faits démontrant l'efficacité de cette méthode : je les conteste si peu, qu'à mon avis, on a presque le devoir d'essayer toujours cette méthode à la période initiale des pyosalpingites, lorsque le volume de la tumeur n'est pas trop considérable, lorsque le péril n'est pas imminent et surtout lorsqu'il reste un doute sur la nature du contenu de la poche, ce qui n'est point rare. Mais c'est tout ce que l'on peut dire, et j'estime que, pour peu que les désordres péri-utérins aient quelque importance, il est souvent plus prudent de faire d'emblée de la chirurgie directe que de risquer un curettage préalable.

La part du traitement prophylactique et de la thérapeutique indirecte des abcès péri-utérins étant ainsi tracée, je pense que toutes les fois qu'il y a du pus autour de l'utérus, la nécessité d'intervenir chirurgicalement n'est plus à démontrer.

Deux méthodes fort distinctes se trouvent ici en présence. L'une se propose d'obtenir la guérison par simple évacuation du pus ; l'autre, plus radicale, réalise à la fois cette évacuation et la suppression plus ou moins complète du foyer générateur du mal. La première manière de faire trouve ses indications fort nettes dans certains cas particuliers; lorsqu'on se trouve, par exemple, en présence d'une collection purulente qui s'est, d'elle-même, rapprochée d'un point accessible, c'est-à-dire de la paroi abdominale ou des culs-de-sac vaginaux, il est clair qu'on n'a pas à discuter le choix de l'intervention. Il faut d'abord inciser et drainer, quitte à agir plus tard sur la lésion causale. Mais je crois que c'est là une méthode d'exception, applicable tout au plus aux collections phlegmoneuses récentes, à certaines hématocèles suppurées, à quelques rares variétés d'abcès pelviens d'origine ovaro-salpingienne (Bouilly).

Quant à la valeur des procédés conseillés pour atteindre le pus dans le pelvis, je crois que la ponction simple doit toujours être déconseillée ; quant au siège de l'incision, qu'elle soit hypogas-

trique, iliaque, inguinale, crurale ou fessière, elle n'est jamais que l'application particulière d'une loi fort élémentaire : on donne issue au pus dans la région où il est venu pointer de lui-même. Cependant, il faut bien savoir que toute évacuation opératoire d'un abcès pelvien par voie rectale est sûrement une mauvaise opération. Pour les interventions sacro-coccygienne ou périnéale, il est peut-être sage de surseoir à leur jugement définitif. Toutefois, les indications de ces incisions complexes semblent singulièrement exceptionnelles, et, pour ma part, quels que soient les enseignements de l'avenir, je ne crois pas qu'ils soient jamais de nature à nous faire préférer les larges débridements que nécessite la périnéotomie ou la résection sacro-coccygienne à la laparotomie ou à l'intervention par les voies naturelles.

Tout compte fait, les deux seuls procédés de la méthode évacuatrice pure qui soient susceptibles d'une certaine généralisation sont l'incision par voie inguino-sous-péritonéale et l'incision par voie vaginale.

L'évacuation par voie vaginale présente deux variétés principales, suivant qu'elle s'exécute avec ou sans ouverture du péritoine. Mais, dans le premier cas, je crois l'intervention passible des plus graves objections. La seule incision vaginale recommandable est celle qui permet l'évacuation du pus sans ouverture du péritoine, ainsi qu'il arrive pour les abcès pelviens proprement dits et pour les pyosalpingites adhérentes. Dans ces conditions, son manuel opératoire ne présente aucune difficulté. Le cul-de-sac vaginal étant mis à découvert, il suffit d'inciser droit devant soi.

Si la méthode d'évacuation par incision simple doit rester limitée dans ses applications possibles, il en est tout autrement de la laparotomie et de l'hystérectomie qui constituent, dans la majorité des cas, le traitement de choix des suppurations.

Pour la laparotomie, la démonstration n'est plus à faire. Il est, en effet, de notoriété courante qu'elle sait répondre à toutes les indications.

Pour l'hystérectomie, c'est-à-dire pour l'opération de Péan, l'accord est loin d'être aussi parfait, et peu de questions ont eu le secret de susciter polémique plus violente; on a même avancé qu'elle avait eu les honneurs du pamphlet, ce qui est peut-être beaucoup dire. En tous cas, si l'on en croyait les assertions de quelques-uns de ses adversaires, assertions qui, soit dit en passant, semblent d'autant plus formelles, que leurs signataires ont moins d'expérience personnelle, l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes devrait être à jamais condamnée, ou peu s'en faut. Pour les uns, c'est une intervention « aveugle et brutale », un « recul de la chirurgie française », ou bien encore « un produit plus ou moins inavoué d'erreurs de diagnostic parfois grossières ». D'autres, perdant toute mesure, s'en prennent aux hystérectomistes eux-mêmes, et, paraît-il, « devant une nouvelle hystérectomie à commettre », la délicatesse professionnelle de ces hystérotomistes à jamais éteinte n'éprouve plus l'ombre d'une « perplexité », etc., etc. J'en passe et des meilleurs.

L'avenir de l'hystérectomie serait-il donc à ce point compromis? Non certes. Et pour s'en convaincre il suffit de mesurer, sans parti pris, le chemin parcouru depuis le jour où j'ai pris la défense de l'opération de Péan devant la Société de chirurgie. Peu après nos adversaires (Pozzi, Le Dentu et Doléris) ont multiplié leurs objections. Mais je ne vois pas que la campagne menée contre nous ait réussi.

L'hystérectomie reste à l'ordre du jour; plusieurs de mes collègues de Paris lui doivent, chaque jour, de nouveaux succès; enfin, parmi ceux qui la condamnaient sans appel au début, il en est qui déjà se montrent singulièrement moins sévères.

En fait, on peut dire qu'à l'heure actuelle, tous les chirurgiens qui ont bien voulu consentir à mettre eux-mêmes l'hystérectomie à l'épreuve, acceptent résolument la netteté de ses indications : d'une part, dans les récidives de suppuration pelvienne après laparotomie, et d'autre part, dans les pelvi-péritonites suppurées avec enclavement de l'utérus, adhérences étendues et poches purulentes multiples.

Mais cela ne nous paraît pas suffisant. La supériorité de l'hystérectomie se retrouve avec autant de netteté dans le traitement des poches purulentes énucléables, et nous voudrions voir triompher la formule que j'ai proposée à la Société de chirurgie en disant que : l'hystérectomie est indiquée dans tous les cas de suppuration pelvienne qu'il est aujourd'hui classique de traiter par laparotomie avec ablation bilatérale des annexes.

Je possède maintenant plus de 92 observations personnelles : elles ne m'ont donné que 8 morts, et ces documents me permettent d'affirmer la gravité moindre, l'efficacité supérieure et l'absence de cicatrice dans l'hystérectomie.

Tout ce qu'on a dit sur l'impossibilité d'y voir, sur l'encombrement par les pinces, sur l'infidélité de l'hémostase, sur la fréquence des complications opératoires, ou bien encore sur le caractère incomplet de l'intervention dans l'hystérectomie, est loin d'être exact. Sans doute, l'hystérectomie a, tout comme la laparotomie, ses écueils, ses dangers, ses imperfections, ses difficultés ou même ses impossibilités; mais celles-ci comme ceux-là s'observent en des conditions qui sont à peu près les mêmes pour les deux opérations. Nous prétendons, en outre, que, dans le traitement des suppurations pelviennes, l'hystérectomie réalise mieux que toute autre intervention les conditions d'une guérison durable, aussi bien quand elle est complète que dans les conditions inverses.

Quand la nature des lésions permet l'ablation totale de l'utérus et des annexes, ce qui est infiniment plus fréquent qu'on ne semble le croire, le fait est trop clair. Lorsque l'étendue des lésions s'oppose à l'ablation complète des annexes, la supériorité thérapeutique du résultat opératoire est moins évidente, mais elle n'existe pas moins. Nous affirmons, en effet, en nous basant sur des preuves cliniques, qu'on peut, après l'hystérectomie, compter sur l'atrophie et la transformation cicatricielle des parties respectées sans qu'il reste nulle part, sauf exception très rare, une épine quelconque susceptible de réveiller les lésions. Nous pensons même que cette mort anatomique et physiologique des annexes, une fois l'utérus enlevé, est plus certaine que ne peut l'être celle de l'utérus après ablation des annexes, et c'est précisément pourquoi nous estimons qu'il est, d'une manière générale, plus sûr d'enlever l'utérus sans les annexes, que les annexes sans l'utérus. D'autant que, pour ma part, j'ai peu à peu acquis la conviction que là où l'ablation complète des annexes est impossible ou dangereuse par la voie vaginale, il y a bien des chances pour qu'il en soit à peu près de même par la voie sus-pubienne. On sait du reste que, dans l'hystérectomie pour suppurations pelviennes, on respecte de parti pris les adhérences qui sont d'habitude la cause de ces impossibilités opératoires, et, qu'on le veuille ou non, on est bien contraint de reconnaître que de ce chef l'hystérectomie se trouve exonérée de l'un des plus réels écueils de la laparotomie.

La conclusion s'impose donc, et, pour nous, il est démontré qu'au point de vue de la sécurité comme à celui des ressources opératoires, l'hystérectomie ne le cède en rien à la laparotomie. Tout opérateur expérimenté qui voudra bien s'exercer au vrai manuel de l'opération, en conviendra très vite; et, bien entendu, je parle uniquement ici de l'hystérectomie par morcellement, de M. Péan, laquelle est, on le sait, caractérisée par la combinaison variable de deux manœuvres fondamentales : le morcellement par résections transversales successives des deux valves utérines obtenues par section transversale de l'organe après solide hémostase préventive, et le morcellement par évidement central sans hémostase préalable de la zone utérine correspondante. Je suis, en effet, persuadé que ces deux manœuvres peuvent triompher pour le mieux de toutes les difficultés, sans qu'il soit avantageux de leur substituer la section médiane de Müller que MM. Quénu et Routier voudraient remettre en faveur, ou de les faciliter par des débridements vulvaires que M. Chaput vient de conseiller.

La section médiane de M. Quénu est à la vérité très commode

quand elle est possible, mais le morcellement par évidement central lui est toujours supérieur. Quant aux débridements vulvaires, ils donnent sans doute du jour, mais on peut très bien s'en passer quand on fait du vrai morcellement. Dans ces conditions, j'estime que, pour le simple agrément d'être un peu plus à l'aise, on ne possède aucune bonne raison d'infliger aux opérées un traumatisme supplémentaire et de les priver en même temps de cette intégrité parfaite des formes extérieures qui n'est point l'un des moindres privilèges de la méthode que nous préconisons.

Il est deux objections générales que je tiens à relever ici avant de terminer. La première est basée sur ce fait que l'hystérectomie serait, comme le disait autrefois M. Pozzi, « une opération de certitude qui suppose l'infaillibilité du diagnostic ». Ici, par conséquent, « point d'incision exploratrice; le premier coup de bistouri entraîne la perte fatale de la fécondité ». Partant de là, tout ce qu'on a pu dire sur les « opérations non justifiées » ou sur les « mutilations irréparables » se devine aisément. Le thème prête à coup sûr aux digressions les plus humanitaires, et, si jamais l'hystérectomie leur devait sa perte, elle conserverait au moins le mérite d'une coïncidence singulière mais positive avec ce réveil de notre sollicitude pour la pureté des diagnostics et la conservation des facultés génératrices.

Mais, tout dictés qu'ils soient par un sentiment des plus respectables, les cris d'alarme que nous avons provoqués ne me semblent pas moins excessifs. Et d'abord, il n'est pas juste d'avancer que, par les voies naturelles, le premier coup de bistouri entraîne fatalement la perte de la fécondité. L'incision du cul-de-sac postérieur peut être, elle aussi, dans certains cas, utilement exploratrice et même, après avoir commencé une hystérectomie, on peut encore s'arrêter à temps.

La deuxième objection générale qui nous est opposée est la difficulté du diagnostic.

« Admettons, disait Championnière, que l'hystérectomie soit l'intervention de choix dans le traitement des suppurations pelviennes; soit. Mais alors, comment affirmer le diagnostic de la présence du pus? » Rien de plus juste; seulement la suppuration n'est pas la seule indication de l'hystérectomie. A mes yeux, comme à ceux de Péan, les indications de l'hystérectomie sont les mêmes que celles de l'ablation des annexes par laparotomie. Ce qui nous importe, pour décider l'intervention, ce n'est donc pas le fait de la purulence, c'est la bilatéralité et l'incurabilité médicale des lésions péri-utérines, et dès lors l'objection tombe d'elle-même.

M. Segond a fait, à l'heure actuelle, 182 hystérectomies vaginales, 102 pour des lésions des annexes, dont 55 pour des suppurations et 47 pour des non-suppurées; il a eu 11 morts.

Sur les 91 survivantes, 4 ont présenté des troubles nerveux regrettables, 2 un trouble mental persistant.

Les complications opératoires sont les fistules vésico ou recto-vaginales et les hémorrhagies. Vingt fois l'opération a dû rester incomplète.

II

M. PÉAN. Si l'on prenait à la lettre la dénomination aujourd'hui adoptée, il faudrait passer en revue toutes les suppurations du bassin dans les deux sexes, quels que fussent leurs causes, leur origine et leur siège. La nature et le programme du Congrès indiquent nettement la délimitation qu'il convient d'adopter. Les suppurations pelviennes dont le traitement nous intéresse à l'heure présente, ce sont celles qui ont pour point de départ l'appareil génital interne de la femme, comme l'a fort bien indiqué notre honorable rapporteur M. Segond.

Dans mon enseignement, je leur applique d'habitude une classification commode pour l'exposition et qui correspond bien aux différents processus cliniques qu'on rencontre. Je les divise en suppurations *types*, dans lesquelles les organes intéressés sont indemnes de toute lésion en dehors de l'affection suppurative; suppurations *mixtes*, ayant pour point de départ un utérus atteint d'altérations préexistantes, sténoses, oblitérations, fibromes, sarcomes, cancers; et suppurations *compliquées*, c'est-à-dire ayant amené par propagation des désordres des organes voisins, particulièrement de la vessie, du rectum ou de l'intestin grêle.

Les suppurations peuvent être limitées à l'utérus ou étendues à ses annexes, et sous ce nom je comprends les trompes, les ovaires, le ligament large et le péritoine pelvien. Pour les traiter je m'oriente exclusivement d'après les indications tirées des deux sources que je viens de mentionner.

Sommes-nous en présence d'une suppuration type, mixte ou compliquée? Intéresse-t-elle l'utérus seul? Intéresse-t-elle cet organe en ses annexes? Voilà les seules questions que je me pose. Je me préoccupe peu de la nature microbienne de la maladie. L'agent pathogène est-il un streptocoque ou un gonocoque? Autrement dit, la suppuration est-elle septique ou blennorrhagique? Les problèmes, extrêmement intéressants au point de vue pathologique et scientifique, le sont moins pour le praticien, car jusqu'à présent on n'a guère obtenu de ce chef de renseignements utiles pour juger la valeur respective des traitements employés lorsque les collections existent. Je ne fais même pas exception pour les suppurations tuberculeuses dont le pronostic est plus grave que celui des autres, mais dont le traitement est analogue au leur.

Inutile d'espérer guérir ces maladies par une médication unique, par une sorte de panacée universelle.

Il n'y a peut-être pas en gynécologie d'affections dans lesquelles il soit plus nécessaire de préciser le diagnostic, de serrer de près les indications et d'y répondre.

I. Voyons d'abord les suppurations types. Je n'insiste pas sur celles qui sont limitées à l'utérus; tous les médecins connaissent parfaitement les moyens d'en avoir raison. Le traitement est un peu plus difficile lorsque le mal a gagné les trompes. Si elles sont encore perméables, si leur invasion est récente, on réussit à les guérir par des médications topiques très simples, telles que la dilatation de l'utérus, les injections antiseptiques et le curetage.

La propagation au ligament large exige l'incision du foyer suppuré. Les pelvi-péritonites purulentes ou séro-purulentes enkystées peuvent être guéries par le même procédé. On fait l'incision dans les culs-de-sac vaginaux antérieur et postérieur, le raclage, le drainage, les injections antiseptiques.

Lorsque les ovaires et les trompes ne sont pas trop altérés, ces moyens suffisent. Un certain temps s'est écoulé depuis les accidents initiaux, l'endométrite n'a pas été traitée, ou si elle l'a été, on n'a rien obtenu, il faut songer aux moyens radicaux. A ce moment, les tuniques muqueuse et musculeuse de la matrice s'hypertrophient et se ramollissent, une des trompes s'oblitère, devient kystique et donne lieu à la formation d'une tumeur qui augmente progressivement de volume, devient bosselée, contracte de solides et vasculaires adhérences avec les organes voisins. Ce kyste peut se rompre dans le ligament large ou le péritoine. Quand une seule trompe est prise, le chirurgien peut, s'il voit la malade assez tôt, faire l'ouverture méthodique du cul-de-sac latéral du vagin, disséquer le ligament large jusqu'à la trompe, sans ouvrir le péritoine, inciser la cavité kystique. Ces moyens suffisent parfois pour guérir, à condition qu'on laisse à demeure un tube à drainage pour les injections antiseptiques jusqu'à la rétraction des parois de la cavité. Dans ce cas, on obtient également de bons résultats en enlevant l'unique trompe intéressée par voie abdominale ou vaginale.

Pour un chirurgien exercé, il est généralement facile de savoir si les deux trompes sont prises en combinant le toucher vagino-rectal au palper hypogastrique. Lorsqu'il reste des doutes, on peut les lever en ouvrant le péritoine par l'abdomen ou par le vagin et en s'assurant de l'état des organes. Des lésions tubaires analogues à celles que nous venons de mentionner sont une cause de stérilité irrémédiable : il est inutile de songer à la conserva-

tion d'une fonction perdue, le chirurgien n'a plus qu'à enlever les trompes.

L'opération peut être faite facilement par la voie abdominale si la suppuration est tubo-utérine, s'il n'y a pas d'adhérences anciennes et solides.

Depuis longues années, nous avons posé en principe que dans ces cas il est préférable d'extirper en même temps l'utérus, les trompes et les ovaires par voie vaginale.

C'est sur ce point qu'ont porté les discussions les plus ardentes relatives à la thérapeutique des affections pelviennes.

Les lésions suppurées bilatérales exigent une intervention décisive, tout le monde l'admet. Quelle est la meilleure voie à suivre? Quelle est la meilleure des méthodes proposées? Tel est le problème à résoudre.

Bon nombre de nos confrères, s'en tenant à une tradition qui a longtemps régné en maîtresse en chirurgie, croient qu'il faut faire une laparotomie, enlever les trompes et les ovaires et laisser l'utérus en place.

J'ai déclaré et je me suis efforcé de démontrer qu'il est préférable de ne pas toucher à la paroi abdominale et d'enlever l'utérus et ses annexes par voie vaginale. J'ai été assez heureux pour rallier à mes idées d'éminents collègues. Deux d'entre eux, Segond et Reclus, les ont défendues avec une conviction et un talent qu'il est impossible de surpasser. Leurs plaidoyers ont soulevé des tempêtes; les plus modérés de nos adversaires ont formulé des réserves défiantes et d'amères critiques. Mon opinion n'a été modifiée en quoi que ce soit; je pense aujourd'hui, comme je le pensais il y a deux ans, au moment du Congrès de Berlin, que ma méthode est la plus sûre et la meilleure qu'on puisse appliquer dans le traitement des suppurations pelviennes avec lésions bilatérales des annexes de l'utérus.

Comme cette conviction n'a rien de sentimental, je vais essayer d'exposer aussi brièvement et aussi clairement que possible les raisons sur lesquelles elle repose.

Rappelons d'abord la solidarité pathologique de l'utérus et de ses annexes. J'ai dit et répété qu'il est presque toujours pris en même temps que les trompes.

Les lésions suppuratives limitées aux ovaires sont extrêmement rares, sauf à la suite de traumatismes. Ces organes sont envahis moins facilement que les conduits tubaires à la suite de phlegmasies intra-utérines. Cela n'empêche pas que chez toutes mes opérées, ou à peu près, ils présentaient des lésions sérieuses; le pus était collecté en abcès ou il infiltrait le parenchyme.

Dans les cas moins avancés, ils avaient diminué de consistance, étaient devenus friables; on sait avec quelle facilité ils se sclérosent et contractent des adhérences.

Ainsi transformés, ils ont perdu leur utilité et ne sont bons qu'à faire souffrir. Poussées de pelvi-péritonite, métrorrhagies profuses, accidents nerveux apparentés à l'hystérie, ces manifestations se succèdent, se compliquent, évoluent tumultueusement en même temps; elles sont assez pénibles pour qu'on n'hésite pas à enlever l'organe dégénéré qui les provoque.

L'invasion du péritoine pelvien et des ligaments larges n'est pas une éventualité rare; elle implique la nécessité de donner au pus une large issue vers l'extérieur suivant la direction la plus déclive : c'est le seul moyen d'éviter l'ouverture spontanée du côté de la vessie, du rectum et de l'intestin grêle. La voie qui répond réellement à cette indication, nous n'avons pas besoin de le dire, c'est la voie vaginale.

Ainsi, d'une part, la connexion des lésions de l'appareil génital interne motive et légitime l'ablation *in toto* de l'utérus, des trompes et des ovaires; de l'autre, la nécessité de frayer au pus une large voie dans le sens suivant lequel son écoulement sera le plus facile conduit nécessairement à l'idée qu'il faut opérer de préférence par le vagin.

Ces raisons ne sont pas les seules pour lesquelles j'ai proposé de substituer notre méthode à celle dont on avait si bien cru l'adoption définitive.

Je préfère l'extirpation de l'utérus ou de ses annexes par voie vaginale, dans le traitement des suppurations pelviennes, à l'ablation isolée des annexes par l'abdomen, parce que je considère la première opération comme plus facile dans les cas graves, parce que je la crois plus sûre, parce qu'elle met à l'abri des redoutables inconvénients des laparotomies.

C'est, dira-t-on, faire bon marché des objections. Je connais celles qu'on a soulevées; j'ai admiré les petits chefs-d'œuvre de dialectique à l'aide desquels on s'est efforcé de les rendre irréfutables; mais je suis forcé de reconnaître que nos contradicteurs ont durement peiné pour bâtir sur le sable : « L'opération que je propose, disent-ils, est difficile; elle est barbare, car elle comporte fatalement le sacrifice d'une fonction qui pourrait être conservée; elle est infidèle dans ses résultats, parce qu'elle oblige d'abandonner dans le bassin des fragments de tissu altérés qui donneront lieu à des fistules intarissables ou à des récidives; la statistique qu'elle fournit est moins favorable que celle de l'ablation isolée des annexes par l'hypogastre. » Voilà les arguments les plus sérieux ou plutôt les seuls sérieux qu'on a développés contre la méthode; nous allons tâcher d'y répondre.

A. *L'extirpation de l'utérus et de ses annexes par voie vaginale est difficile; elle expose à des hémorrhagies qu'il est très difficile d'arrêter.*

On ne se douterait guère, en lisant ce qui a été dit de différents côtés, particulièrement à la Société de chirurgie, qu'on est en présence d'une méthode dont l'application est extrêmement laborieuse. Je ne rappellerai pas ici le manuel opératoire; tout le monde le connait et cela m'entraînerait dans des développements superflus. De nombreux confrères ont fait, pour la première fois, l'opération dans des conditions exécrables, chez des malades pour lesquelles ils n'espéraient plus arriver à rien par les procédés habituels. Ces confrères ne connaissaient la méthode que par ouï-dire, ils ne l'avaient jamais ni appliquée ni vu appliquer et, cependant, ils ont débuté par des succès. Beaucoup d'opérations de ma statistique ont été faites sous mes yeux avec habileté par mes internes à l'hôpital Saint-Louis.

L'hémorrhagie n'est pas plus à craindre par une voie que par une autre pour qui sait placer à propos les pinces. Est-on bien autorisé, en présence de telles circonstances, à parler de difficultés opératoires? C'est là une simple hyperbole.

B. *On sacrifie de parti pris une fonction qu'on pourrait conserver si les lésions étaient unilatérales et il est impossible de savoir si elles le sont.*

Je n'ai jamais dit qu'il fallait enlever l'utérus et ses annexes pour des affections d'un seul côté; mais j'ai dit et je répète qu'il est aussi facile de se rendre compte de l'état des organes pelviens quand on opère par voie vaginale, que quand on opère par voie abdominale. Il suffit d'ouvrir le cul-de-sac du péritoine, d'introduire le doigt par l'ouverture et de reconnaître l'état des annexes; s'ils sont kystiques d'un seul côté, il est facile de les attirer et de les extirper. Il est même facile, grâce à ce procédé, de voir si la maladie a son point de départ dans un organe voisin, tel que la vessie ou l'intestin. Dans un cas où une collection purulente paraissait appartenir aux trompes, j'ai pu m'assurer, au moyen d'une incision faite dans le cul-de-sac postérieur, qu'elle siégeait dans la paroi antérieure du rectum. Dans un cas analogue, M. Segond a reconnu que la tumeur appartenait à la face postérieure de la vessie. Qu'on enlève les annexes ou qu'on les laisse en place, quelques points de suture suffisent à fermer l'incision exploratrice.

Pourquoi, d'ailleurs, reprocher si vertement aux partisans de la méthode vaginale une mutilation inutile? Quand on excise les annexes des deux côtés, à quoi peut servir l'utérus, sinon comme terrain de culture pour des micro-organismes ou des éléments cancéreux?

Avant qu'il fût question d'opérer par le vagin, des gynécologistes enlevaient, de parti pris, par l'hypogastre, les annexes des deux côtés lorsqu'elles n'étaient malades que d'un seul. Lawson Tait, Savage, Mundé préconisent aujourd'hui cette manière de

faire. Qu'on l'envisage comme on voudra, il est bien difficile de trouver un pareil argument péremptoire!

C. *Il est impossible d'enlever par voie vaginale tout le tissu morbide; il reste des débris qui donnent lieu à des fistules intarissables et à des récidives.*

Cette assertion est exacte; il est parfois difficile d'arracher complètement de vastes poches purulentes très adhérentes. Mais ce qu'on ne peut pas enlever par la voie vaginale, on ne l'aurait pas enlevé davantage par la voie abdominale. Il faut, dans les deux cas, faire le drainage : or le drainage suivant la déclivité par le vagin est toujours préférable au drainage par l'hypogastre. Une malade de mon service, à propos de laquelle M. Bazy avait reproché à la méthode de laisser à sa suite des trajets fistuleux, est aujourd'hui complètement guérie sans qu'on ait fait autre chose que du drainage et des injections antiseptiques. L'objection s'applique bien plus justement aux opérations faites par voie abdominale. Je possède un nombre respectable d'observations dans lesquelles l'utérus a dû être enlevé en dernier ressort par le vagin parce que la suppuration avait continué malgré l'ablation des annexes. Chez une malade que j'ai eu l'occasion de voir ces jours derniers et qui est guérie, on avait ouvert un premier abcès pelvien par le cul-de-sac postérieur du vagin, les accidents continuèrent; l'ablation par voie abdominale des annexes du côté droit ne les fit pas disparaître, celle des annexes du côté gauche faite par un troisième chirurgien ne les guérit pas davantage. Lorsque j'eus enlevé l'utérus par voie vaginale, je m'aperçus qu'une partie de la trompe de ce côté avait été laissée en place et qu'elle donnait, comme la matrice, du pus en abondance. Une malade chez laquelle M. Peyrot appliqua la méthode en question, avait eu les annexes enlevées peu auparavant par voie abdominale par M. Richelot.

D. *La statistique des opérations faites par voie vaginale contre les suppurations pelviennes est moins favorable que celle des opérations faites par voie abdominale.*

Différents confrères ayant déjà répondu, je me bornerai à donner ici quelques chiffres de ma statistique.

Au mois d'août 1890, j'avais 60 opérations sans un insuccès. Après les vacances, je repris mon service à Saint-Louis le 17 décembre 1890. Voici le résultat que j'ai eus depuis ce moment jusqu'au 1er janvier 1892 :

Du 17 septembre 1890 au 1er janvier 1891 : 18 opérations; pas de mortalité;

Du 1er janvier au 31 décembre 1891 : 72 opérations; une malade morte d'épuisement le sixième jour.

Sur ces 150 malades, dont les observations ont été régulièrement suivies, 145 sont encore vivantes et complètement guéries;

4 ont succombé au cours de l'année qui a suivi l'opération, dans les conditions suivantes :

2 mortes de tuberculose pulmonaire,
1 d'hémorrhagie cérébrale,
1 d'accidents dus à la syphilis viscérale.

Sur cette statistique de 150 cas, nous avons donc 1 seul décès qu'on peut mettre au passif de l'intervention. Peu d'opérations fournissent de meilleurs résultats.

Dans presque tous les cas, nous avions affaire à des suppurations de date ancienne intéressant à la fois l'utérus et ses annexes. La plupart étaient accompagnées d'accidents généraux et locaux qui rendaient la vie insupportable aux malades.

J'ai noté des manifestations hystériques, depuis la grande attaque jusqu'aux accès de somnambulisme. La dyspareunie et le vaginisme étaient fréquents. Plusieurs personnes avaient un sphacèle étendu du corps utérin; chez d'autres, des ulcérations de la trompe voisine de l'utérus avaient amené la formation d'hématocèles, puis de suppurations; les hématocèles, les cystocèles, les rectocèles ont été souvent observées; chez d'autres femmes, le rectum distendu à l'extrême était sur le point de se rompre et le détachement des adhérences fut extrêmement difficile; les fistules rectales ont été communes. Comme ces accidents dataient de longtemps, l'état général laissait à désirer; les douleurs ne pouvaient être calmées que par des doses de morphine, telles que beaucoup de malades étaient devenues morphinomanes; quelques-unes avaient de l'albumine dans les urines; presque toutes étaient pâles, amaigries, hémophiliques.

Or, chez toutes nos malades, les accidents qu'elles éprouvaient ont disparu : seules deux d'entre elles ont conservé quelques douleurs cystiques ou hépatiques antérieures à l'opération et qui ont fini à leur tour par céder. Nos résultats ne peuvent être comparés légitimement avec ceux d'opérations faites par voie abdominale pour des affections légères, sans suppuration pelvienne, salpingites catarrhales ou interstitielles, ovaires micro-kystiques. Rien de pareil ne rentre dans nos statistiques portant exclusivement sur des suppurations bilatérales graves.

Dégagées de toutes considérations collatérales, de toute amplification plus ou moins heureuse, les objections des adversaires de l'opération se réduisent presque à rien.

Un seul reproche à peu près motivé peut être fait à l'intervention par voie vaginale. L'état de virginité, l'étroitesse et la rigidité du vagin constituent de mauvaises conditions opératoires; elles rendent l'intervention plus difficile et enlèvent au chirurgien une partie de sa liberté d'action; il est parfois utile de débrider la vulve. Mais dans tous ces cas, avec l'anesthésie, un bon armamentarium, des aides exercés et au courant du procédé, nous avons atteint le but sans peine, et, si réelles que soient les difficultés signalées, elles ne sont, en aucun cas, insurmontables.

En montrant la valeur des arguments contradictoires, nous avons déblayé le terrain. Les considérations sur les avantages de notre méthode, que nous avons exposées au début, conservent leur pleine et entière importance. Il est facile de la rendre plus manifeste, en faisant un court parallèle entre les méthodes qu'on a opposées l'une à l'autre. J'ai dit que l'extirpation isolée des annexes par voie abdominale avait des inconvénients : le premier et le plus grave, c'est que, bien souvent, elle ne conduit pas au but visé. Je ne reviens pas sur des faits déjà cités qui le prouvent. Les difficultés opératoires dans les cas compliqués ne sont pas aussi insignifiantes qu'on veut bien le dire. Il faut laisser à peu près toujours des pinces hémostatiques à demeure. J'aime mieux qu'elles restent dans le vagin que dans l'abdomen.

La plaie cicatrisée, tout n'est pas fini; reste le danger d'éventration, perspective attristante pour les optimistes. Pour l'éviter, l'incision abdominale a été rapetissée à tel point que les avantages tant vantés d'un grand jour et d'une large voie pour l'examen des organes ont été perdus. En 1887, un chirurgien américain, Gyle Wylie (de New-York), présentait, à la Société obstétricale de cette ville, un mémoire portant sur 67 laparotomies faites par lui : 5 étaient destinées à remédier à des éventrations post-opératoires. Hegar, Kaltenbach, Güsserow croient ces accidents fréquents. Je n'ai pas eu besoin d'aller en Allemagne ou en Amérique pour en rencontrer. J'ai eu, dans mon service, une malade à laquelle M. Pozzi avait fait une toute petite incision sus-pubienne, afin de pratiquer l'hystéropixie à cause d'un prolapsus utérin; elle en avait une. J'ai dû extirper l'utérus, à cause d'une suppuration hypogastrique, à une personne à laquelle M. Bazy avait extirpé les annexes par l'abdomen, sans la guérir. Une moitié de la trompe droite, qui n'avait pas été enlevée, était, en partie, la cause des accidents. Quand je l'opérai, cette malade avait, en même temps que le reste, une éventration. On est bien obligé d'admettre qu'il n'y a rien de pareil à craindre avec ma méthode.

L'alternative est peu brillante : ou l'on ramène l'incision à sa proportion minimum et l'examen des organes sur lesquels on doit opérer est défectueux, ou bien on lui donne une étendue raisonnable et on brave ainsi les chances de hernie abdominale ultérieure. Les modifications opératoires plus ou moins ingénieuses qu'on a proposées ne remédient à rien. L'incision latérale, correspondant au pli de l'aine, ne permet pas toujours d'arriver sur le mal, et quand on y arrive, on en reconnaît difficilement l'étendue; la voie périnéale ne vaut pas mieux; la voie sacrée,

qui exige des désordres inutiles, ne conduit pas plus sûrement au but que les autres.

Nous avons limité notre discussion aux cas les plus simples, aux suppurations dans lesquelles les organes de voisinage sont intacts. Passons à des variétés aussi fréquentes et plus graves.

II. Nous avons appelé *mixtes* les suppurations dans lesquelles il existe en même temps une affection, d'une autre nature, d'un des organes pelviens. On rencontre souvent des rétractions cicatricielles du vagin et de l'utérus, des fibromes utérins, des cancers oblitérant les orifices tubaires ou cervicaux. Sur les 150 opérées que nous avons mentionnées plus haut, plusieurs étaient affectées de rétrécissements et d'oblitérations cicatricielles; chez d'autres, au nombre de plus de 400, auxquelles nous avons également fait l'hystérectomie vaginale totale pour des fibro-myomes et des cancers, nous avons trouvé du pus dans l'utérus et dans ses annexes, dans un tiers des cas. C'est même ce qui explique pourquoi ces malades éprouvaient des douleurs intolérables et nous obligèrent à intervenir. Nous n'avons pas eu, du reste, à le regretter, puisque nous avons pu, grâce à notre méthode, obtenir 97 succès environ sur 100 opérées.

Ces suppurations mixtes peuvent donner lieu à des indications opératoires spéciales. Est-on en présence d'un rétrécissement de la partie supérieure du vagin masquant le col? Avant d'enlever l'utérus et ses annexes, il faut débrider largement le vagin des deux côtés et rétracter ses parois. Si la portion vaginale du col a été complètement détruite, celle qui reste est recouverte par la muqueuse du vagin. Il faut débrider transversalement le fond de ce conduit et faire une dissection bilatérale jusqu'à une certaine hauteur de la portion sus-vaginale du col, puis enlever par morcellement l'utérus et ses annexes.

Dans le cas d'oblitérations cicatricielles étendues du corps, comme on en observe souvent à la suite de cautérisations intempestives énergiques et répétées, le morcellement de l'utérus devra être fait avec grand soin, de manière à éviter la blessure involontaire des annexes altérées par la suppuration.

Lorsqu'un cancer en provoque, ce qui n'est pas rare, l'ablation totale de l'utérus et des annexes est indispensable. Nous avons insisté, il y a longtemps, sur les précautions nécessaires en pareil cas. Si le col seul est envahi, on l'enlève, en totalité, avant d'ouvrir les culs-de-sac péritonéaux. On fera soigneusement l'antisepsie du vagin avant l'extirpation du corps et des annexes.

III. Un mot maintenant sur les suppurations pelviennes compliquées. J'appelle ainsi celles qui sont ouvertes spontanément du côté de l'intestin grêle, de la vessie et du rectum. Elles sont souvent accompagnées de tuberculose du péritoine pelvien, des ovaires, des trompes et même de la muqueuse utérine.

L'ablation complète de l'utérus et des annexes par voie vaginale est préférable à l'extirpation par voie hypogastrique. Elle expose moins à la souillure des organes pelviens par les matières provenant des viscères intéressés, car elle permet leur écoulement à l'extérieur par une voie courte et directe. Elle facilite les lavages antiseptiques; on est généralement surpris de la rapidité avec laquelle se ferment, après l'extirpation de l'utérus, les trajets fistuleux, lorsqu'ils ont été convenablement raclés, lavés et drainés. Chez nos opérées, toutes les fistules stercorales se sont fermées spontanément et nous n'en avons vu que deux chez lesquelles il nous a fallu ultérieurement fermer une fistule urinaire. La célérité de la guérison forme un contraste frappant avec ce qui se passe après l'extirpation isolée des annexes par voie abdominale. Celle-ci laisse à sa suite des fistules qui durent des années et souvent ne tarissent jamais. Des poussées de pelvi-péritonite remettent périodiquement tout en cause, jusqu'au jour où l'on se résigne à enlever la matrice par le vagin.

Notons encore l'existence fréquente, dans les cas de suppuration pelvienne, de kystes hématiques et purulents de l'ovaire et du ligament large. On peut les enlever en même temps que l'utérus, si leur volume ne dépasse pas celui d'une tête de fœtus à terme. Quand ils sont trop adhérents, on les suture aux parois du vagin et on les traite par le drainage.

Nous venons de parler de complications étendues et graves accompagnant les suppurations et dans lesquelles *notre méthode est seule applicable;* il ne faudrait pas croire que la présence du pus en abondance est nécessaire, pour qu'elle *soit seule applicable :* il y a des cas (ils ne sont pas rares) dans lesquels des inflammations à peine suppurées de l'utérus et de ses annexes ont amené des adhérences scléreuses, péritonéales, cloisonnant le bassin, circonscrivant de petites collections purulentes, enclavant la matrice et ses annexes au point de leur enlever toute mobilité et remplissant la cavité pelvienne d'une masse phlegmoneuse, diffuse, dont la consistance rappelle celle d'un véritable mortier. Je crois devoir insister à nouveau sur ce fait que de pareils cas, *qui ne sont nullement des raretés*, sont complètement en dehors de la sphère d'action de la laparotomie.

Conclusions. — I. Les suppurations pelviennes, étudiées dans cette communication, sont celles qui ont pour point de départ l'appareil génital interne de la femme.

II. On peut les diviser en suppurations *types* (il n'existe pas d'autres lésions pelviennes que la suppuration), suppurations *mixtes* (accompagnées d'une affection quelconque des organes voisins, sténose vaginale ou utérine, tumeur utérine), suppurations *compliquées* (avec ouverture du foyer dans une cavité splanchnique).

III. Les plus difficiles à traiter sont celles qui durent depuis longtemps et qui ont provoqué des désordres graves du côté de l'utérus et des annexes.

IV. La discussion principale relative au meilleur mode de traitement porte aujourd'hui sur la question suivante : Vaut-il mieux enlever les annexes seules par voie abdominale, en laissant l'utérus en place, ou enlever l'utérus et les annexes par voie vaginale?

V. L'extirpation de l'utérus et des annexes, par voie vaginale (méthode de Péan), est préférable à l'extirpation isolée des annexes par voie abdominale, pour les raisons suivantes :

1° Elle est d'une exécution aussi facile dans les cas simples, beaucoup plus facile dans les cas graves ou compliqués;

2° Elle est plus fidèle dans ses résultats, permet beaucoup mieux d'évacuer complètement les foyers purulents, de les laver et de les drainer; elle expose beaucoup moins à la continuation et aux récidives du processus;

3° Elle donne une voie beaucoup plus favorable à l'écoulement du pus et des liquides morbides;

4° Elle n'expose pas à la suppression d'une fonction qu'il serait possible de conserver, car, par des incisions exploratrices, convenablement faites dans les culs-de-sac vaginaux, on peut se rendre compte de l'unilatéralité ou de la bilatéralité des lésions et régler son intervention en conséquence;

5° La mortalité est presque nulle et les résultats éloignés sont plus favorables qu'avec l'extirpation par voie abdominale;

6° Elle supprime les dangers d'éventration avec lesquels il faut compter à la suite des laparotomies.

VI. Dans les suppurations pelviennes mixtes et compliquées, l'extirpation par voie vaginale est la seule méthode qui convienne; la technique opératoire comporte des modifications légères, d'après la nature des affections concomitantes et des complications.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date des 21 et 24 septembre 1892, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal. — M. le docteur Ardouin, médecin principal de la marine en retraite;

Au grade de médecin de première classe. — M. Le Landais, médecin de première classe de la marine en retraite.

— *École du service de santé de la marine à Bordeaux* (concours d'admission en 1892). — Voici, par ordre de mérite, les noms des candidats admis à cette École :

MM. Buissière, Bec, Morin, Marzin, Roche, Parazols, Vialet, Spire, Chemin, Donnart, Dor, Thomas, Escande de Messières, Brachet, Nielsen, Dubruel, Bessière, Ayuès, Vallet, Mathis, Rolland, Valmyre, De la Barrière, Douarre, Rencurel, Sambuc, Pannetier, Degroote, Bouffard, Lamy, Lucciardi, Gautier, Maurras, Bernard, Bouteillier, Lecomte, Bernal, Marchand, Guiol, Deschamps, Coulagner, Guitard, Roquemaure, Lanteaume, Contaut, De Nicolas du Plantier, Boyer, Delabaude, Hennequin et Augier.

Les candidats devront se présenter à l'École le 29 octobre prochain avant midi. Ils auront à contracter, à Bordeaux, les engagements spéciaux exigés par l'article 29 de la loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Léon Poincaré, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy, décédé, presque subitement, à l'âge de soixante-quatre ans. Directeur du service départemental d'hygiène, membre correspondant de l'Académie de médecine, membre de l'Académie de Stanislas, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique, M. Poincaré occupait à Nancy une grande situation médicale. Fils d'un ancien pharmacien de la ville, il avait parcouru toute sa carrière dans sa ville natale et y était devenu professeur à l'École de médecine. Après 1870, il fut nommé professeur adjoint de physiologie à la nouvelle Faculté de médecine, puis chargé d'un cours d'hygiène qui obtint un grand succès auprès des étudiants. Enfin on dédoubla la chaire de physique et hygiène et M. Poincaré fut nommé professeur titulaire d'hygiène.

La première partie de ses travaux avait été consacrée principalement à la physiologie (*Leçons sur la physiologie du système nerveux*, en trois volumes ; *Physiologie de la glande thyroïde*, *Paralysie générale*, etc.).

La seconde partie de ses publications fut consacrée à l'hygiène (*Traité d'hygiène industrielle*, *Prophylaxie et géographie médicale des principales maladies tributaires de l'hygiène*, etc.).

Sur sa tombe, M. Bernheim, assesseur en l'absence du doyen, rendit un hommage éloquent aux brillantes qualités du professeur Poincaré, à son activité d'esprit extraordinaire, à son talent remarquable d'assimilation et d'exposition, à son infatigable puissance de travail, sans oublier son inépuisable bonté et ses rares qualités du cœur, qui le rendaient aussi populaire dans son innombrable clientèle que parmi les étudiants de toutes les Facultés.

Son fils a déjà conquis une haute situation : M. Henri Poincaré, membre de l'Institut, ingénieur des mines, est professeur à la Faculté des sciences à Paris ; et son gendre est également professeur à la Sorbonne, M. Émile Boutroux, professeur à la Faculté des lettres de Paris.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, p. 1044, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

La diphthérie (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par H. Bourges. 1 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

De la prophylaxie des maladies exotiques, importables et transmissibles (des mesures propres à remplacer les quarantaines), par le docteur Trolard, professeur à l'École de médecine d'Alger. 1 br. in-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

C'est presque uniquement du choléra que l'Académie s'est occupée dans ces deux dernières séances. Signalons d'abord une importante communication de M. Peter, qui n'admet pas qu'il existe plusieurs choléras. Il n'y a, pour lui, qu'un seul choléra de gravité variable, comme il n'y a qu'une seule fièvre typhoïde, qu'une seule scarlatine, qu'une seule variole également de gravité différente. Au point de vue bactériologique, M. Peter insiste sur ce fait que ce n'est pas le microbe qui fait la gravité de la maladie, mais le terrain sur lequel il évolue. Il démontre, en effet, l'influence incontestable du milieu extérieur, logis malpropre, encombré, mal aéré, et du milieu intérieur, organisme affaibli par la sénilité, la misère, les excès, l'absorption d'eau de mauvaise qualité, etc.; et à ce dernier point de vue, la Seine n'a plus rien à envier au Gange.

M. Brouardel a répondu à M. Peter. Il n'est pas d'accord avec lui au point de vue bactériologique et persiste à défendre la spécificité microbienne, ainsi que la différence très nette qui, selon lui, sépare le choléra indien du choléra nostras. Mais, en revanche, les deux éminents professeurs sont entièrement d'accord sur l'influence étiologique de la misère, de l'affaiblissement, de l'alcoolisme, ainsi que sur l'efficacité des mesures prophylactiques.

Dans la séance d'hier, les questions de doctrine ont été délaissées pour faire place à une simple étude des faits, tant au point de vue de la prophylaxie qu'au point de vue de la thérapeutique.

M. Gibert (du Havre) a fait un émouvant récit de l'épidémie de cette ville, qui a débuté le 5 juillet, et dont, en sa qualité de médecin des épidémies, il n'a eu connaissance que le 11 août, de telle sorte que les mesures prophylactiques n'ont pu être prises dès le début. C'est là un argument de plus à invoquer en faveur de la déclaration obligatoire des maladies transmissibles. Cela est d'autant plus regrettable que l'efficacité de ces mesures n'est plus à démontrer et, au Havre en particulier, l'épidémie a commencé à décroître le jour même où elles ont été sévèrement exécutées. Toutefois, il n'y a pas eu moins de 1 321 cas jusqu'ici au Havre, et il y a eu 473 décès. La mortalité des cas de choléra proprement dit a été de 80 p. 100. Cette épidémie du Havre a donc été fort meurtrière, et si l'on ajoute qu'à l'heure actuelle elle a déjà fait perdre à la ville plus de 30 millions par la cessation de tout le commerce, on reconnaîtra qu'on ne saurait trop insister pour préconiser les mesures les plus énergiques dès l'apparition d'un premier cas de choléra, ainsi que le conseille M. Gibert et que cela se pratique en Angleterre.

Si pauvre que soit jusqu'ici la thérapeutique du choléra, il ne faut cependant pas négliger de mettre en œuvre tous les moyens qui semblent avoir donné quelques succès. A ce point de vue, la communication de M. Galliard sur le traitement des cas graves par la transfusion de sérum artificiel, suivant la méthode de M. Hayem, mérite d'être signalée à l'attention des praticiens. Elle confirme d'ailleurs de tous points ce qu'en disait récemment ici notre collaborateur M. A. Mathieu (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1892, p. 989).

Signalons, en terminant, deux communications d'ordre chirurgical : l'une de MM. Verneuil et Forestier, sur un cas de fracture de la colonne vertébrale par action musculaire; l'autre de M. Chauvel, relative à l'influence des traumatismes sur les affections de l'oreille.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Un cas de cardiopathie à lésions complexes.

Si vous vous contentez d'examiner superficiellement le malade couché au n° 3 de notre salle Jenner, vous ne trouverez chez lui qu'une affection cardiaque à première vue assez banale, une double lésion, rétrécissement et insuffisance de l'orifice aortique. Le diagnostic vous paraîtra facile et évident. Si vous faites, au contraire, un examen plus complet, vous verrez que ce malade offre un intérêt de premier ordre par la marche, par l'étiologie, par la complexité de l'affection dont il est atteint. Et seul cet examen complet vous permettra de formuler un diagnostic exact et des indications thérapeutiques précises.

Bien qu'atteint d'une lésion aortique très marquée, d'une insuffisance aortique telle qu'elle peut être d'un jour à l'autre une cause de mort subite, ce malade a jusqu'ici merveilleusement toléré sa lésion. L'évolution a été chez lui absolument insidieuse. Il n'a jamais eu ni oppression, ni dyspnée, ni douleurs intrathoraciques, ni palpitations. Il a pu continuer à faire son métier qui, vous le verrez dans

un instant, est particulièrement pénible. Un seul symptôme, un peu d'œdème des jambes, a attiré son attention et l'a décidé à venir à la consultation de cet hôpital. Encore n'a-t-il remarqué cet œdème que six jours seulement avant son entrée.

Dans ses antécédents on ne retrouve aucune des maladies qui sont ordinairement la cause des endocardites. Il n'a eu ni rhumatisme, ni fluxion de poitrine, ni fièvres éruptives. Il n'a eu non plus ni impaludisme, ni syphilis; il n'est pas alcoolique. A vingt-quatre ans il a été atteint de fièvre typhoïde. Mais, outre que la fièvre typhoïde n'est pas une cause fréquente d'endocardite, trente-deux ans se sont écoulés depuis cette affection, notre malade ayant actuellement cinquante-six ans. Cette cause est donc bien difficile à admettre.

La profession de ce malade constitue, je crois, la condition capitale qui a déterminé son affection. Elle l'oblige à des efforts violents et répétés de tout le système thoracique. Depuis des années, son travail consiste à enlever avec une fourche et à charger sur des chariots de lourdes bottes de paille. L'effort nécessaire, l'élévation des bras qui détermine une tension de tout le système aortique, a pu, en se répétant un nombre énorme de fois, amener une inflammation traumatique. — J'ai eu dernièrement l'occasion de vous montrer deux endocardites d'origine traumatique, l'une due à une contusion du thorax par un timon de voiture, l'autre à une chute du haut d'un arbre. — Les violences légères et répétées ont fait, chez notre malade actuel, ce qu'avait fait, chez les deux autres, un traumatisme intense et unique.

A l'examen du cœur, l'inspection vous montre, dès le premier coup d'œil, une hypertrophie marquée du cœur, et surtout du cœur gauche. La pointe bat beaucoup trop bas et trop en dehors. La percussion vous fait également constater cette augmentation de volume. De plus, au-dessus du cœur on trouve une submatité s'étendant en haut jusqu'à la fourchette sternale, débordant de deux travers de doigt le bord droit du sternum. Il y a donc, en même temps que l'hypertrophie du cœur, une dilatation de l'aorte ascendante.

La palpation vous montre, d'une façon plus évidente encore, cette dilatation de l'aorte. Il suffit, en effet, de mettre le doigt au-dessus de la fourchette sternale, sans l'abaisser, sans le recourber en arrière du sternum, pour sentir les battements de la crosse de l'aorte dilatée. Les carotides et les sous-clavières sont élevées; leurs battements ont lieu plus haut qu'à l'état normal. Notons, enfin, pendant cette inspection du cou, un symptôme dont vous verrez tout à l'heure le grand intérêt, une turgescence notable des veines jugulaires. Cette turgescence est telle qu'elle fait tout d'abord songer au pouls veineux. Mais il n'y a que gonflement des veines sans reflux sanguin vrai. A elle seule, cette turgescence des jugulaires suffit pour que vous ne puissiez vous contenter du diagnostic de lésion de l'orifice aortique. Elle vous force à admettre soit une lésion mitrale, soit une compression de la veine cave supérieure par la crosse de l'aorte dilatée. L'auscultation doit donc être particulièrement délicate pour décider entre ces deux hypothèses.

A l'auscultation, au niveau du foyer aortique, à la partie la plus interne du deuxième espace intercostal droit, vous trouvez un double souffle systolique et diastolique. Le souffle systolique est fort, râpeux; le souffle diastolique est lui-même plus rude qu'à l'ordinaire, presque piaulant. Ce double souffle se propage sur toute la longueur du sternum. Il se propage aussi dans les carotides, les sous-clavières, les artères axillaires. Mais, par un contraste assez anormal, nous l'avons vainement cherché dans les artères fémorales.

Reportons-nous à la pointe du cœur, au niveau du foyer mitral. Là encore se trouve un double souffle. Le souffle systolique est fort, dur, râpeux. Le souffle diastolique, moins fort et moins dur, n'est pas râpeux. Si le souffle systolique est bien, comme je vais vous le démontrer, un souffle d'insuffisance mitrale, le souffle diastolique n'est dû qu'à une propagation du souffle diastolique de la base, du souffle de l'insuffisance aortique.

Si, vous servant d'un stéthoscope à embouchure un peu étroite, vous auscultez successivement les divers points de la ligne qui unit le foyer mitral au foyer aortique, vous constatez, en effet, tout d'abord, que le souffle diastolique va en augmentant graduellement d'intensité de la pointe à la base, c'est donc un souffle de propagation. Le souffle systolique, au contraire, passe par une véritable notation musicale de *crescendo* et de *decrescendo*. Il a deux points de maximum à chacun des deux foyers aortique et mitral. Il a son point minimum au milieu de la ligne qui unit ces deux foyers. Il y a donc bien à la fois rétrécissement et insuffisance aortique, insuffisance mitrale. C'est celle-ci qui a produit et la turgescence des jugulaires et l'œdème des malléoles.

La lésion de l'aorte, l'athérome de la crosse aortique, nous permet *a priori* d'affirmer une autre complication. L'aortite centrale ne va jamais sans athérome périphérique et, de fait, nous trouvons une artério-sclérose généralisée. Nous trouvons, de plus, tous les signes d'une néphrite interstitielle. L'urine est claire, limpide, abondante, malgré l'œdème des jambes. Sa quantité atteint 2 litres par jour. La quantité d'albumine est de 1gr50 par vingt-quatre heures. Cette quantité, relativement forte, doit s'expliquer autant par l'influence de la lésion mitrale que par celle de la néphrite interstitielle.

Comme traitement, l'indication thérapeutique primordiale a été le régime lacté absolu. L'albumine a rapidement diminué et est tombée à 1 gramme. Nous attendrons, toutefois, une diminution encore plus marquée avant de donner le grand médicament de l'artério-sclérose, l'iodure de potassium. La dose prise devra être de 2 grammes par jour pour obtenir le maximum d'effet, mais, pour assurer la tolérance, nous ne donnerons le médicament qu'une semaine sur deux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 septembre 1892. — Présidence de M. Larrey.

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. PETER a reçu dans son service, à Necker, 118 cas de choléra. Sur ces 118 cas, il élimine 10 cas de diarrhée simple et d'entérite. Ce qui réduit les chiffres des cholériques à 108; il y a eu 44 morts, soit 40,8 p. 100 de mortalité. Celle-ci a été de 40,8 p. 100 pour les cas pris en bloc, c'est-à-dire pour l'ensemble des cas de cholérine, de choléra bilieux et de choléra séreux riziforme; mais elle a été de 66 p. 100 pour les malades [ayant présenté des selles blanchâtres riziformes, de 30 p. 100 pour ceux ayant des selles bilieuses, de 0 p. 100 pour ceux ayant des selles diarrhéiques vulgaires.

Au point [de vue bactériologique, le bacille virgule de Koch a

été trouvé (soit seul, soit associé au bacterium coli) dans toutes les matières présentant l'aspect blanc riziforme.

Donc, pour les cas de choléra riziforme, il faut reconnaître notre impuissance et l'avouer avec franchise.

La mortalité a paru suivre dans une large mesure les fluctuations atmosphériques, augmentant avec la chaleur, diminuant avec le froid. Ainsi, du 22 au 30 août, avec une température froide, la mortalité a été de 16 sur 27 malades. La température s'étant relevée le 1er septembre, 6 malades sur 7 sont morts. C'est là un premier argument en faveur de la doctrine que soutient M. Peter, à savoir que la cause de la maladie dépend du milieu dans lequel on vit.

M. Peter signale également l'influence incontestable du logis; c'est surtout sur les gens habitant des locaux malpropres, mal aérés, encombrés, que la maladie a sévi.

A côté de ce milieu extérieur, on peut invoquer aussi la défectuosité du milieu intérieur, de l'organisme, sous l'influence de causes variées comme la sénilité, la débilité par excès, par misère, par alimentation insuffisante, par absorption d'eaux de mauvaise qualité. L'eau de la Seine, actuellement, diffère peu de celle du Gange à Bénarès où le choléra sévit en permanence.

Ces dernières causes sont incontestables, et si l'épidémie actuelle n'a pas la gravité des anciennes épidémies, c'est parce que, grâce aux progrès de l'hygiène, toutes ces défectuosités sont bien moindres aujourd'hui qu'autrefois.

M. Peter a vu Paris en 1832, 1849, 1865, 1884; or, le Paris de 1892 ne leur ressemble pas. La création de grandes voies de communication, la plus large aération des habitations, ont transformé le milieu extérieur dans lequel vivent ses habitants, et c'est à cette circonstance qu'il faut attribuer la bénignité des épidémies actuelles.

Quant à la nature du choléra, M. Peter ne croit pas qu'il y ait plusieurs espèces de choléra, pas plus qu'il n'y a plusieurs espèces de scarlatine, de rougeole, de fièvre typhoïde, etc.

Il y a un choléra léger ou cholérine, un choléra plus grave ou choléra nostras, un choléra plus grave encore, à grains riziformes, que l'on appelle à tort asiatique, et qui, en dehors de sa gravité spéciale, ne diffère du premier que par un processus inflammatoire plus intense, avec sécrétion exagérée et desquamation épithéliale prononcée, donnant aux selles cet aspect riziforme; mais il n'y a pas là des maladies spéciales, pas plus qu'il n'y a des maladies spéciales dans les scarlatines frustres, les scarlatines plus accentuées, les scarlatines malignes. Le même fait peut être admis en ce qui concerne les diverses formes de la fièvre typhoïde.

Les examens bactériologiques pratiqués par M. Nanu et contrôlés par M. Marfan ont donné les résultats suivants :

Le nombre des cas examinés par M. Nanu a été de 35. Ces cas peuvent être répartis de la manière suivante :

a. Au point de vue de la nature et de l'aspect des déjections : 4 cas avec déjections diarrhéiques vulgaires; 6 cas avec matières bilieuses sans dépôt riziforme; 14 cas avec matières bilieuses et matières riziformes; 6 cas avec matières blanchâtres franchement riziformes; 2 cas avec dysenteries; 3 fois les selles n'ont pas été examinées.

b. Au point de vue bactériologique : 3 cas avec le bacille virgule pur; 9 cas avec le bacterium coli pur; 1 cas avec un bacille virgule se rapprochant beaucoup, par ses caractères, du bacille virgule décrit par Finkler et Prior, comme l'agent pathogène du choléra nostras, mais qui reste encore à déterminer; 4 cas avec le bacille virgule et le bacterium coli réunis ensemble; 6 cas avec le bacterium coli associé au bacille virgule se rapprochant de celui de Finkler et Prior; 1 cas avec un diplocoque; 11 cas où l'examen bactériologique n'a pas été fait complètement.

Au point de vue expérimental, le bacille virgule n'a pas été expérimenté. Le bacterium coli s'est montré toujours très virulent, il tuait le lapin au bout de quinze à cinquante-deux heures, avec des symptômes de choléra expérimental.

Selles diarrhéiques, une à deux heures après l'inoculation, continuant jusqu'à la mort. Rétention d'urine, hypothermie. Paralysie dans deux cas.

A l'autopsie, on trouvait : congestion intense des intestins, tuméfaction marquée des follicules clos et des plaques de Payer. Desquamation épithéliale de la muqueuse intestinale.

La contagiosité est, en général, relative : c'est ainsi que la variole, la scarlatine, sont plus contagieuses que la diphthérie, la diphthérie plus contagieuse que la fièvre typhoïde et cette dernière plus contagieuse que le choléra. C'est dire que le choléra est, en somme, fort peu contagieux. On a cité des exemples d'infirmiers morts en soignant des cholériques, mais leur nombre, heureusement, est très minime et, par contre, deux infirmières du service de M. Peter, qui soignent avec zèle les cholériques, restent très bien portantes.

C'est là un fait important à signaler à une époque où la crainte du microbe a été le commencement d'une sorte de folie, de terreur, de sauvagerie, et cela aux Indes, en Perse, à Bakou, aux États-Unis.

M. Brouardel fait observer que ce n'est pas la crainte du microbe qui a affolé la Perse.

M. Peter répond que c'est elle qui affole New-York.

En France, c'est la même crainte d'une contagiosité peu dangereuse qui a provoqué les mesures prophylactiques que l'on a prises à la frontière.

Comme traitement, il faut, tout d'abord, traiter la diarrhée qui précède le choléra, à l'aide des opiacés, et la traiter ultérieurement par le même procédé (élixir parégorique, extrait thébaïque). Pour empêcher les réflexes médullaires (crampes et même refroidissement), un sac de glace le long de la colonne vertébrale; bains contenant 1kgr500 de farine de moutarde. Ces bains relèvent presque toujours la température; cette élévation peut aller à près de 2 degrés.

Il faut ajouter à cela les excitants, les boissons chaudes, alcooliques, et les frictions énergiques.

M. Brouardel espère pouvoir s'entendre avec M. Peter sur certains points, mais il en est un, de doctrine pure, où il se trouve en complet désaccord avec lui. M. Peter soutient l'identité de tous les accidents cholériformes; or il est le premier à nous montrer la multiplicité des germes. Comment des semences diverses pourraient-elles donner le même produit? En botanique, c'est un fait inconnu. Au point de vue clinique, il y a des empoisonnements, l'empoisonnement stibié par exemple, qui sont impossibles à diagnostiquer d'avec le choléra. Il est fort possible que le choléra nostras soit foudroyant même, sans être, pour cela, identique au choléra asiatique.

Doit-on admettre cette similitude, sur laquelle insiste M. Peter? C'est possible, mais non démontré. Tous les ans, le choléra dit nostras existe à Paris pendant les chaleurs : pourquoi ne peut-il pas prendre, dans des conditions déterminées, une virulence spéciale, comme nous l'avons vu si nettement pour la grippe? Et ainsi devenu virulent, il peut être, pour chaque cas individuel, aussi grave que le choléra dit asiatique.

Mais c'est dans les allures de l'épidémie que se trouvent les différences. Voici le choléra qui part de Perse, qui est à Bakou le 25 juin et aujourd'hui à New-York : quelle parité avec ce choléra qui, pendant cinq mois, tourne autour de Paris, finit par y entrer et infecte peu à peu toute la vallée de la Seine et s'y cantonne? Il n'y a pas plus loin du Havre en Angleterre que de Hambourg en Angleterre, et cependant, sur les côtes anglaises, il y a eu 22 importations de choléra venant de Hambourg, pas une seule venant du Havre. J'ai déjà insisté suffisamment dans la dernière séance sur les allures spéciales de cette épidémie, grave comme cas individuels, remarquablement lente et peu diffusible comme épidémie. C'est tout différent de ce que nous savons sur toutes les épidémies de choléra indien; c'est identique aux descriptions de choléra nostras de Sydenham.

La différence serait-elle dans la microbiologie? Pour le moment nous l'ignorons, mais en tout cas il est exagéré de tout mettre dans le même bloc.

M. Brouardel est d'accord avec M. Peter sur le rôle de la misère, de l'affaiblissement, de l'alcoolisme; mais il n'admet pas que ces conditions puissent à elles seules réaliser le choléra.

Les mesures prophylactiques sont les mêmes; et si l'on démontre l'identité des deux choléras, M. Brouardel en sera heureux et fier, car cela prouvera notre puissance contre le choléra vrai. C'est, en effet, le 25 août seulement que la désinfection a commencé au Havre, où, cependant, l'épidémie a été grave, et aujourd'hui tout est à peu près fini. D'ailleurs, en Angleterre, où l'on emploie les mêmes moyens que nous, aucun des vingt-deux cas cités plus haut n'a formé de foyer.

M. Peter, ajoute M. Brouardel, nous fait dire que nous voulons arrêter le choléra à la frontière : nous n'en avons pas la pensée. Nous arrêtons les malades et nous désinfectons le linge sale. Cela ne suffira pas, mais ce sera toujours quelque chose et nous permettra d'éteindre promptement les foyers qui viendraient à se produire.

Quant à l'affolement dont a parlé M. Peter, il n'a pas existé au Havre, où, au contraire, les habitants ont fait rentrer leur famille, et où la municipalité s'est fort bien conduite. Quant à Paris, les hôtels sont pleins d'étrangers.

M. PETER dit que, si c'est le choléra sporadique ou nostras qui a sévi aux environs de Paris, ce choléra a été transporté de Pantin à l'asile de Bonneval et ailleurs, et partout où il a pénétré, les cas en ont été très graves et la mortalité grande. Ce choléra dit sporadique ou nostras n'aurait donc rien à envier comme transmissibilité, ni comme gravité au choléra dit asiatique. En quoi alors diffèrent-ils?

M. BROUARDEL répond qu'ils diffèrent comme la patache diffère du train express. Ce sont cependant deux moyens de transport.

M. PETER dit que comparaison n'est pas raison; et revenant à la microbie, il ajoute qu'il existe dans l'intestin, à l'état normal, un commensal inoffensif, le bacille coli, qui, dans certaines conditions, peut envahir le sang, le foie, la rate où il produit alors les plus graves désordres. D'autres fois, et ainsi que MM. Rodet et Roux l'ont nettement démontré, il peut devenir éberthiforme et produire la fièvre typhoïde; les observations que M. Peter a recueillies dans son service montrent qu'on peut aussi le rencontrer, et lui seul, dans les cas de choléra les plus graves.

C'est donc que le milieu fait la virulence du microbe, par des conditions extérieures et intérieures à l'individu. Et pourquoi ces phénomènes de transformation microbienne, ou plutôt de transformisme chez des végétaux inférieurs, ne se produiraient-ils pas, comme nous en constatons aux époques géologiques, parmi les végétaux supérieurs?

M. Brouardel prétend qu'il n'y a pas de maladie sans germe; peut-être, sans doute même, mais en tout cas c'est le malade qui donne au microbe sa virulence.

Quant aux mesures d'hygiène, puisqu'elles consistent, quelle que soit la doctrine, à modifier le milieu dans lequel se trouve le malade, M. Peter ne put qu'applaudir à toutes celles qui ont été prises.

M. BROUARDEL dit que, puisque M. Peter et lui sont d'accord sur les mesures prophylactiques, c'est le point essentiel.

M. VERNEUIL pense que le transformisme des germes microbiens est en complet désaccord avec ce que l'on connaît sur leurs caractères morphologiques et pathogéniques. Il faut bien plutôt reconnaître que les associations microbiennes sont fréquentes et donnent aux maladies qui en sont la conséquence une gravité exceptionnelle.

La séance est levée.

Séance du 27 septembre 1892. — Présidence de M. Larrey.

COMMUNICATION

Le choléra. — **M. GIBERT** (du Havre) fait connaître à l'Académie la marche de l'épidémie cholérique au Havre. Il déclare, tout d'abord, qu'il n'est plus douteux en ce qui concerne la nature de cette épidémie, qu'il s'agit bien du choléra asiatique.

Le premier cas fut observé le 5 juillet, par M. le docteur Courbet, sur une femme arrivant de Courbevoie; elle fut prise subitement, eut des symptômes cholériques très nets, cependant elle finit par guérir au bout de six semaines.

Le second cas est du 13 juillet; il se termina par la guérison. Le même jour, on observa un troisième cas qui guérit également.

Le premier décès eut lieu le 14 juillet. Il s'agissait d'un marin, rentré depuis deux mois de Buenos-Ayres, où il n'y avait pas de choléra, et jusque-là bien portant. Le second décès est du 28 juillet; il s'agissait d'un cas rapide. Le troisième est du 2 août.

A partir de ce moment, l'augmentation fut rapide; les décès se succédèrent plus nombreux chaque jour. Or, quoique médecin des épidémies, M. Gibert ne fut averti de l'existence du choléra que le 11 août!! Car, il faut bien qu'on le sache, le médecin des épidémies n'est pas nécessairement informé, parce que la loi n'oblige pas encore les médecins à faire la déclaration des maladies épidémiques.

Il y avait donc près d'un mois que le choléra avait fait son apparition au Havre et M. Gibert ne le savait pas encore.

Dans ces conditions, il fut impossible au maire d'informer le public à temps et, en particulier, il a été impossible d'empêcher l'arrivée, au Havre, des 30 000 étrangers qui y entrèrent pour la fête du 15 août. Il n'est pas besoin d'insister sur l'influence néfaste qu'a pu avoir une pareille agglomération sur la marche de l'épidémie du Havre.

Ce qui a caractérisé cette épidémie, c'est son excessive mortalité : à partir du 14 août, les 50 premiers malades donnèrent 48 décès! sur 57 malades, soignés à l'hôpital Ouest, il y eut 36 décès. L'hôpital Ouest était très mal aménagé et, pour cette cause, bientôt il cessa de recevoir des cholériques; il y eut, en effet, à cet hôpital 14 cas intérieurs, tandis qu'il n'y en avait pas un seul à l'hôpital Est, qui était placé dans de meilleures conditions hygiéniques.

Dans ce dernier hôpital, il y eut 604 entrées cholériques, 265 décès, mais il faut remarquer qu'il y eut beaucoup d'erreurs de diagnostic, et que si on ne considère que les cas de choléra certains, la mortalité fut au moins de 80 p. 100.

A domicile, on a soigné 560 cas qui ont donné 193 décès; ici encore il faut faire entrer en ligne de compte les cas de cholérine simple, diagnostiqués à tort choléra.

Les cas foudroyants furent nombreux, ils le sont encore aujourd'hui, au déclin de l'épidémie. Beaucoup de cholériques ont été enlevés en quelques heures et le cas le plus frappant est celui d'une jeune fille prise subitement de syncope et qui, au bout d'une demi-heure, était en imminence de mort, sans diarrhée, sans vomissements.

Au Havre, la maladie s'est montrée très grave; mais ce qui a été observé prouve que des mesures de désinfection énergiques peuvent arrêter l'épidémie; toutefois il est de la dernière nécessité, pour que ces mesures soient efficaces, qu'il y ait accord parfait entre le corps médical, l'administration et la police. Au Havre, cet accord a été complet.

Il est, en effet, nécessaire, pour agir utilement, d'agir vite; au point de vue social, au point de vue de l'hygiène, cela paraît indispensable pour arrêter l'épidémie.

Au début, la désinfection faite à l'étuve à vapeur sous pression et au sublimé a donné quelques désillusions, mais cela tenait surtout à ce que les équipes étaient peu nombreuses, les désinfections trop répétées, et peut-être aussi à quelques excès commis par les agents.

C'est alors, dit M. Gibert, que nous avons pris une mesure radicale : nous sommes parvenu, par persuasion, à obtenir que tous les habitants, sans exception, d'une maison contaminée, quittent cette maison et aillent camper sous la tente. Puis, nous avons procédé à la désinfection de ces maisons au moyen des procédés suivants.

Sitôt après l'évacuation des logements les opérations sont les suivantes :

1° Désinfection du linge à l'étuve;

2° Désinfection des locaux au moyen du pulvérisateur avec

Eau.	12 litres
Sublimé.	15 grammes.
Acide tartrique	30 —

3° Désinfection des tinettes avec :

Eau.	1 litre
Sulfate de cuivre.	50 grammes.

4° Lessivage des murs du logement, des escaliers, dégagements, vestibule d'entrée et annexe, à la solution :

Cresyl	à 5 p. 100

ensuite badigeon à la chaux.

5° Grattage et arrachage du papier sur les murs, dans les armoires et badigeon à la chaux. Lavages du sol des chambres, marches d'escalier, sol des cours, w.-c. à la solution de sulfate de cuivre à 20 p. 1000.

6° Lavage à la lance, de concert avec le service des pompiers, des tuyaux de descente, toiture, gouttières, des cours ainsi que du sol;

7° Désinfection des plombs existant, la plupart du temps, à chaque étage;

8° Lavage des ruisseaux au devant de chaque propriété.

Cette manière d'agir a admirablement réussi; car, lorsque les habitants, presque tous Bretons, assez sales par conséquent, ont regagné leur habitation, on n'a observé, parmi eux, aucun cas de choléra.

A partir du moment où le service de désinfection a régulièrement fonctionné, la décroissance de l'épidémie a été rapide. C'est à ce point qu'aujourd'hui, au bout d'un mois, on peut presque la considérer comme terminée, alors cependant qu'il s'est agi, dans l'espèce, d'une maladie aussi mortelle qu'à Hambourg et tellement désastreuse que jamais, au Havre, on n'en avait vu de pareille.

En ce qui concerne l'état actuel, une dépêche du maire du Havre annonce, pour la journée se terminant aujourd'hui à midi, 5 cas et 5 décès.

Cette égalité entre le nombre des cas et celui des décès surprendra peut-être ; elle provient d'une cause assez étrange, bien digne d'attirer l'attention, qui est la suivante : presque toujours, on n'apprend les cas qu'après la mort des malades, ceux-ci se refusant à appeler le médecin, dans la crainte d'être conduits à l'hôpital, où la mortalité a été si forte, et peut-être aussi parce qu'ils redoutent les mesures de désinfection.

Cette négligence des malades n'a pas été sans influence sur ce fait qu'aujourd'hui, si l'épidémie est devenue bénigne, par contre elle s'est disséminée dans toute la ville.

Voilà quelle a été la marche de l'épidémie et les résultats obtenus.

M. Gibert a été fort surpris d'entendre mettre en doute la question de la contagion. Il croyait que c'était une question tellement bien admise, que l'on pouvait la considérer comme enterrée.

Assurément, le choléra n'est transmissible ni par l'air, ni par le simple contact, mais il l'est, au plus haut point, par les linges souillés. Vous pouvez introduire, à coup sûr, le choléra dans une maison, en y introduisant un petit morceau de linge imbibé de déjections cholériques. M. Gibert en cite quelques exemples :

C'est d'abord un cas foudroyant survenu chez une femme qui avait lavé du linge suspect. Elle seule avait lavé ce linge, elle seule fut prise.

En 1866, M. Gibert a vu quatre cas de choléra dans un petit pays, tous les quatre chez des personnes qui avaient touché ou lavé le linge d'une cholérique morte dans un autre pays. Voici le fait :

Une jeune fille rentre chez elle avec tous les symptômes du choléra et meurt en trois heures. Ses parents, ne songeant qu'à la pleurer, ne prennent aucune précaution de désinfection. Ce n'est que trois ou quatre jours après que, s'apercevant que les linges qui avaient servi à sa fille répandent une mauvaise odeur, la mère va chercher deux voisines pour l'aider à les laver. Or ces deux voisines, la mère et le père furent aussitôt atteints de choléra et le père seul a survécu. C'est là, on le voit, une véritable expérience de laboratoire qui prouve qu'il faut, non pas seulement soumettre à l'étuve, mais bien détruire par le feu tout ce qui a appartenu à un cholérique. C'est là le seul moyen d'empêcher l'invasion et la propagation de la maladie. Nous devons en cela imiter l'Angleterre qui a laissé ses portes largement ouvertes au choléra, parce qu'elle possède et sait employer les seuls moyens de s'en défendre chez elle. Elle sait tuer sur place les premiers germes cholériques qu'elle laisse librement pénétrer chez elle, et elle est ainsi parvenue à concilier des énergiques moyens de défense contre le choléra avec ses intérêts commerciaux.

On ne saurait hésiter à conseiller d'imiter cette conduite. Quand on songe que l'épidémie actuelle du Havre coûte déjà à la ville plus de trente millions, quand on voit la misère qui en sera longtemps encore la conséquence, on est terrifié à l'idée des malheurs de toutes sortes qui en peuvent résulter de la part d'une population affamée.

M. Gibert termine en disant qu'il n'a pas cherché à faire de la pathologie, qu'il a fait de la médecine publique et qu'il faut crier bien haut à toutes les villes, à tous les moindres bourgs de France, les moyens de destruction radicale, que tous les maires doivent exiger de tous les habitants à l'apparition du premier cas de choléra.

LECTURE

De la transfusion intra-veineuse de sérum artificiel chez les cholériques. — M. L. GALLIARD. Depuis le 11 juillet j'ai traité, au bastion 36, 360 cholériques dont 23 étaient encore à l'hôpital ce matin (et parmi eux plusieurs dont la guérison est presque assurée). Sur les 337 cholériques dont le sort m'est connu d'une façon certaine, je compte 173 guérisons et 164 décès, ce qui donne une proportion de guérisons supérieure à 50 p. 100, exactement 51,32 p. 100 et cette proportion sera plus élevée, je l'espère, dans quelques jours.

Sur les 173 sujets guéris, je compte 93 cas moyens et légers, guéris en général par l'acide lactique, à la dose maxima de 15 grammes le premier jour; 52 cas graves, guéris par le même remède auquel j'ai ajouté le champagne, le café, les toniques; 3 cas graves, guéris par l'acide lactique et la transfusion intraveineuse de sérum artificiel de M. Hayem, pratiquée sans urgence absolue; enfin 25 cas dans lesquels cette opération a été faite *in extremis*.

Au contraire, 125 malades traités par la transfusion *in extremis* ont succombé.

Si donc j'envisage d'une façon absolue les résultats de la transfusion intra-veineuse pratiquée *in extremis*, je trouve 125 morts en regard de 25 guérisons; de sorte que j'ai un malade transfusé guéri sur 6. Ce chiffre peut paraître faible, mais quand je songe à ces cholériques apportés à l'état de cadavres, à ces cholériques qu'on hésitait à placer dans un lit, à deux sujets notamment, qui, foudroyés par la maladie, ont subi la transfusion à la quatorzième et à la dix-septième heure et qui ont guéri, j'estime que mes résultats ne sont pas à dédaigner. N'eussé-je sauvé que 1 malade au lieu des 25 qui doivent, sans hésitation possible, leur salut à la transfusion, je n'aurais pas à me plaindre.

Le plus jeune de mes transfusés a huit ans; les plus âgés (au nombre de trois), cinquante-six ans. Or, M. Hayem, en 1884, n'avait pas dépassé cinquante-cinq ans.

Les indications de la transfusion intra-veineuse sont, chez les sujets atteints de diarrhée profuse, le collapsus algide et la suppression durable du pouls radial. Je ne parle pas de la température, car souvent on n'a pas le temps de placer le thermomètre dans le rectum. La plus basse des températures rectales, chez les

opérés qui ont guéri, était de 35 degrés; la plus élevée était de 38°9.

Les contre-indications sont le choléra sec, l'évolution lente (s'il n'y a pas recrudescence de la diarrhée), la grossesse, l'âge avancé des malades, le cancer, l'alcoolisme, la tuberculose. Cependant j'ai guéri deux tuberculeux à la seconde période et plusieurs alcooliques. Il faut, en effet, oser, même dans les conditions les plus défectueuses.

La transfusion n'entraîne pas d'accidents. On peut regretter de l'avoir omise; on ne se repentira jamais de l'avoir pratiquée.

Elle n'a pas le pouvoir de détruire les éléments toxiques. Elle ne tue pas les microbes. Par conséquent, elle ne suffit pas à la cure du choléra : elle doit être associée aux autres procédés thérapeutiques.

Parmi les transfusés qui ont guéri, je signalerai un infirmier du bastion 36. C'est le seul sujet qui ait contracté la maladie en soignant les cholériques : or le personnel du bastion 36 s'est composé, pendant un certain temps, de 62 individus, sur lesquels 55 étaient nourris dans la maison.

Pour la transfusion, j'ai toujours choisi la saphène interne audessus de la malléole. J'ai remplacé la poire en caoutchouc de M. Hayem par le transfuseur de Colin.

COMMUNICATIONS

Fracture de la colonne vertébrale par cause musculaire. — **M. VERNEUIL** communique en son nom et au nom de M. Forestier (d'Aix-les-Bains) l'observation suivante :

Un homme de quarante-neuf ans, fort, robuste, bien portant, sans aucune tare héréditaire, en février 1891, glisse sur la glace et fait un violent effort pour ne pas tomber. En effet, il ne tombe pas, mais il ressent aussitôt une douleur extrêmement violente dans la région lombaire. Après quelques jours de repos, cette douleur disparaît. Peu de temps après, cet homme, en voulant casser de la glace avec un maillet, sent de nouveau la même douleur qui disparaît également en peu de temps. Trois mois après, nouvelle atteinte. Cinq mois après, un médecin constate l'existence d'une pleurésie sèche, diaphragmatique à droite. Cette pleurésie guérit assez rapidement, mais le malade éprouve bientôt des douleurs en ceinture. Un médecin de Turin, consulté, diagnostique un rhumatisme musculaire des parois abdominales et prescrit une saison à Aix-les Bains. M. Forestier, en examinant ce malade, constate qu'il marche voûté et reconnaît l'existence d'une gibbosité au niveau de la neuvième dorsale. La pression sur cette gibbosité n'est pas douloureuse. Il n'y a rien du côté de la moelle. M. Forestier ne trouve, chez ce malade, aucune des allures du rhumatisme. Il prie M. Verneuil, alors en traitement à Aix-les-Bains, de vouloir bien l'examiner avec lui.

Le diagnostic porté alors fut celui de gibbosité pathologique avec foyer inflammatoire profond, ayant provoqué une névrite intercostale subaiguë.

L'hypothèse du mal de Pott fut rejetée en raison de l'âge du malade, de ses antécédents (une pleurésie qui guérit en quinze jours sans laisser de traces n'est pas tuberculeuse), de son excellent état de santé, de l'intégrité anatomique et fonctionnelle de la moelle. L'hypothèse de fracture fut admise pour les raisons suivantes : origine traumatique du mal, douleur intense arrivant au moment même du traumatisme, sans qu'auparavant le malade ait jamais souffert dans la région malade.

On sait que les fractures du rachis sont presque toujours indirectes, c'est-à-dire provoquées par une flexion ou une extension exagérées. Or, il est facile de comprendre que ce même mécanisme a pu se produire dans le cas particulier, dans les efforts violents faits pour ne pas tomber, la colonne vertébrale a été soumise à des mouvements actifs de flexion et d'extension.

De là une sorte de pénétration avec déplacements primitifs minimes, quitte plus tard à s'accentuer à la suite de transformations dans le foyer de la fracture, surtout si, cette fracture étant considérée comme une simple entorse, on ne la traite pas avec assez de soin. Le tissu spongieux écrasé a en effet de la tendance à disparaître, comme par une sorte d'absorption. De là une gibbosité d'une part, et d'autre part, au niveau des trous de conjugaison, une irritation des nerfs intercostaux qui se traduit par une névralgie en ceinture, c'est-à-dire sur le trajet de ces nerfs.

Il est donc prudent de traiter les traumas rachidiens, légers en apparence, plus longtemps et plus rigoureusement qu'on ne le fait en général, en partant de cette idée qu'il s'agit d'une entorse sans gravité. Ce traitement doit consister dans une immobilisation absolue et prolongée, sinon de la totalité, du moins d'un segment étendu du rachis avec la gouttière de Bonnet ou un corset plâtré.

A la période où en était ce malade, M. Verneuil a conseillé l'immobilisation de tout le tronc au moyen d'un appareil amovo-inamovible, en plâtre ou en cuir moulé, et une révulsion énergique de chaque côté de la gibbosité, le tout continué trois à quatre mois.

Ces prescriptions ont été imparfaitement suivies ; M. Verneuil a perdu de vue le malade, mais il a pu constater, pendant le temps trop court où il l'a suivi, que les symptômes s'étaient améliorés sensiblement, grâce à l'application de cette large ceinture plâtrée.

DISCUSSION

M. POLAILLON communique un fait qui, rapproché de celui de M. Verneuil, prouve également l'existence de fractures de la colonne vertébrale par action musculaire. Il s'agit d'un charretier qui, de son siège, voulant relever son cheval sur le point de tomber, fit un violent effort en tirant sur les rênes. Il sent aussitôt une vive douleur dans la région cervicale postérieure. Il peut cependant continuer de conduire son cheval, rentre chez lui et consulte un médecin qui le traite pour une névralgie. N'arrivant pas à faire disparaître cette douleur, ce médecin envoie le malade à la Pitié. M. Polaillon, en l'examinant, reconnaît l'existence d'une fracture de la 6e vertèbre cervicale. Celle-ci formait une proéminence dans la région pharyngienne. M. Polaillon applique un collier de plâtre pour immobiliser le cou ; le malade se sent aussitôt soulagé, et peu de jours après voulait quitter l'hôpital, se trouvant tout à fait guéri, quand, une nuit, il fut pris de malaise et mourut brusquement. L'autopsie montra qu'il n'y avait pas de tuberculisation de la colonne vertébrale. Il s'agissait bien d'une fracture d'origine traumatique et par action musculaire seule. Le malade avait succombé à une hémorrhagie rachidienne qui avait produit une compression de la moelle.

M. WEBER fait observer que ces fractures par action musculaire s'observent fréquemment chez les animaux et en particulier chez le cheval. Cette fracture est toujours mortelle. Elle se produit plus facilement chez les chevaux âgés que chez les jeunes. On comprend aisément que, par suite de la position horizontale de la colonne vertébrale et du poids des viscères, ces fractures, ne pouvant être immobilisées, entraînent forcément des lésions mortelles de la moelle.

LECTURE

Influence du traumatisme sur les affections de l'appareil auditif. — **M. CHAUVEL**, sur un total de 1 470 affections de l'oreille, a relevé 108 fois le traumatisme comme la cause productrice des maladies.

Ces causes sont indirectes (tir au canon, tir au fusil, explosion, sifflet, jets de lances) ou directes (coups sur la tête, chutes sur la tête, chutes diverses).

Chez les premières, l'otite purulente est de beaucoup l'affection la plus commune. On le comprend aisément. Les vibrations de l'atmosphère n'impressionnent d'une façon puissante que la membrane tympanique. Elles y produisent des solutions de continuité qui, si faibles qu'elles soient, suffisent pour donner entrée aux microbes pathogènes.

Chez les secondes, l'otite scléreuse et la surdité nerveuse se montrent avec une fréquence presque égale à celle de l'oreille purulente.

Cela provient de ce que, agissant principalement sur la membrane du tympan, les violences indirectes la déchirent ou l'ébranlent et y déterminent des altérations qui souvent se limitent à l'oreille moyenne. Portant plus loin l'ébranlement, les traumatismes qui atteignent les os du crâne vont jusque dans la profondeur intéresser les centres percepteurs ou les conducteurs des impressions auditives, les nerfs de la huitième paire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

En présence des inconvénients croissants que présente trop souvent l'insuffisance de l'instruction première des aspirantes au diplôme de sage-femme de première classe, le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts a décidé de rapporter les dispositions de la circulaire du 13 juin 1888. La possession du certificat d'études primaires ne dispensera plus, en aucune façon, les aspirantes au titre de sage-femme de première classe de l'examen préparatoire institué par l'arrêté du 1er août 1879.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Sellier (de Perthes), Sibert (de Lyon), Silly (de Villiers).

— *Hôpital de la Charité* (service d'accouchement). — Enseignement clinique : M. le docteur P. Budin, chef de service, tous les jours, à neuf heures. Les mardis, jeudis et samedis, lecture des observations et interrogatoire des élèves. Le jeudi, à dix heures et demie, leçon clinique à l'amphithéâtre. Les élèves seront dirigés, dans la pratique des accouchements, par des moniteurs.

Enseignement théorique des manœuvres opératoires : M. le docteur Bonnaire, accoucheur des hôpitaux, fera des leçons les mardis, jeudis et samedis, à cinq heures du soir. Ouverture du cours le mardi 18 octobre, à cinq heures du soir.

Conférences par M. Legry, chef de laboratoire du service.

Chaque période d'enseignement complet durera deux mois et demi environ.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Une mission en Espagne. L'hygiène scolaire et les exercices physiques, par le docteur C. Delvaille. 1 broch. in-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Ch. Delagrave.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 112. — SAMEDI 1er OCTOBRE 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 1er OCTOBRE 1892. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

DU PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Bruxelles du 14 au 17 septembre 1892

Par le docteur Paul Petit.

Le premier Congrès international de gynécologie et d'obstétrique, tenu à Bruxelles du 14 au 17 septembre dernier, a eu un plein succès et nous tenons à nous associer aux remercîments de nos confrères de la presse médicale, pour le cordial accueil qui nous a été fait.

La première question mise à l'ordre du jour avait pour objet les *suppurations pelviennes*.

M. Segond en était le rapporteur : il a su répondre à ce qu'on attendait de sa grande autorité chirurgicale et du charme entraînant de sa parole.

Mais, du fait même qu'il devait diriger la discussion, nous regrettons qu'il ait élagué à ce point tout ce qui n'était pas du traitement. De plus, cette formule actuellement adoptée par lui pour résumer les indications de l'hystérectomie : *Bilatéralité et incurabilité des lésions*, était pour ainsi dire une invitation à élargir les limites du sujet en cause tout en lui enlevant sa précision. C'est du moins ce que semblent avoir compris un bon nombre des orateurs inscrits, si bien que l'ensemble des opinions émises peut être attribué, en somme, non pas seulement aux suppurations pelviennes, mais à l'inflammation circumutérine en général. C'est donc sous ce titre que nous chercherons à dégager la note de la discussion en y fusionnant quelques mémoires produits dans la suite et qu'il est naturel d'y rattacher.

I

INFLAMMATION CIRCUMUTÉRINE

Suivant en cela le rapporteur, les congressistes n'ont apporté qu'une bien faible contribution à la nosographie du sujet. Signalons cependant :

Classifications. — Quelques essais de classification de MM. Segond, Péan, Jacobs, ayant surtout en vue les indications chirurgicales.

M. Segond divise les suppurations pelviennes en *secondaires et primitives*. Celles-ci correspondent aux collections péri-utérines proprement dites, qu'elles siègent dans les annexes, le tissu cellulaire ou le péritoine pelvien. Les autres ont trait aux collections purulentes développées à l'intérieur ou autour d'une tumeur préexistante.

M. Péan distingue des suppurations *types*, dans lesquelles les organes génitaux sont indemnes de toute lésion en dehors de l'affection suppurative; des suppurations *mixtes*, dans lesquelles coexiste un néoplasme; des suppurations *compliquées* par des lésions des organes voisins.

M. Jacobs base son traitement sur la division des suppurations pelviennes ou *intra-péritonéales* et *extra-péritonéales* : aux premières, les grandes interventions, laparotomies ou hystérectomies; aux secondes, les incisions, à moins de désordres trop considérables.

Anatomie. — D'après MM. Sneguireff et Goubaroff « les notions sur l'anatomie du tissu cellulaire du bassin manquent de précision. Ce tissu présente une disposition particulière : il forme des cloisons qu'ils appellent mésentères cellulaires.

Le mésentère cellulaire du ligament rond a une grande importance pour l'anatomiste, le pathologiste et le chirurgien, car il divise toutes les inflammations du tissu cellulaire du bassin en deux groupes : les antéro-latérales et les postéro-latérales.

La présence de cette cloison est démontrée par les recherches anatomiques de l'un d'eux, M. Goubaroff, et par les observations cliniques du professeur Sneguireff.

Pathogénie. — M. Mangiagalli (de Milan) a cru pouvoir conclure, de 31 expériences sur des animaux, que la transmission des inflammations pelviennes de la matrice à la trompe se faisait ordinairement, non point de proche en proche par la muqueuse, mais par la voie sanguine et lymphatique. Il en fait un argument en faveur de l'hystérectomie.

Diagnostic. — Nous savons tous qu'il est trop souvent difficile ou impossible de reconnaître la présence du pus dans le pelvis.

Cependant, la suppuration *aiguë* s'annonce par les modifications de la température, s'il s'agit du phlegmon; la prolongation de l'état fébrile au delà des limites de la résolution franche, soit environ une quinzaine de jours (Le Dentu), s'il s'agit d'ovaro-salpingite; par le syndrome septicémique et l'accentuation des douleurs, jointe aux modifications rapides dans le volume et la consistance de la tumeur. La fluctuation n'est le plus souvent perçue qu'au point même où l'ouverture spontanée va se faire, mais en cas de doute, si la tumeur est au contact du cul-de-sac vaginal ou adhérente à la paroi abdominale, on est autorisé à faire une ponction exploratrice.

Le diagnostic devient beaucoup plus difficile s'il s'agit de suppurations *chroniques*, qui peuvent être aussi bien

apyrétiques qu'indolores. La fluctuation y est nulle ou toujours obscure et la rénitence même, difficile à percevoir, quand la poche est épaisse ou trop élevée. Il faut pourtant s'attacher à fouiller dans le passé pelvien, à saisir au passage les périodes fébriles qui, en l'absence de douleurs péritonitiques, prennent une importance quasi pathognomonique; il faut aussi rechercher les autres symptômes de septicémie : amaigrissement, état saburral, diarrhée et surtout sueurs nocturnes; au besoin, recourir à la ponction exploratrice, si elle est permise, en n'oubliant pas qu'elle pourra ne donner de résultats qu'après trois ou quatre tentatives.

Nous eussions voulu entendre M. Segond discuter ces différents signes diagnostiques avec la clarté qui lui est propre, au moins pour nous en démontrer l'inanité.

La silencieuse exécution qu'il en a faite ne le laisse pas en peine du reste, pour trouver un guide à l'hystérectomie. Ce qui importe à ses yeux comme à ceux de M. Péan, « pour décider l'intervention, ce n'est pas le fait de la purulence, mais *la bilatéralité et l'incurabilité médicale des lésions périutérines* ». Il ne conteste pas « que les indications de l'hystérectomie, ainsi précisées, ne puissent encore laisser place à l'erreur, et accepte très bien qu'il faille donner la préférence à la laparotomie chaque fois qu'un diagnostic paraît douteux ». Mais peut-être l'occasion en est-elle plus fréquente qu'il ne le croit; c'est du moins en ce sens qu'ont opté MM. Duret (de Lille) et Pichevin (de Paris).

Il est arrivé à M. Duret de faire la laparotomie, convaincu qu'il s'adressait à une salpingite double, et il a trouvé les annexes saines, cachées par des adhérences ou un kyste du ligament large.

Dans quatre cas, M. Pichevin avait diagnostiqué « l'existence de lésions bilatérales. La tumeur ovaro-salpingitique était volumineuse d'un côté; du côté opposé on sentait des lésions peu marquées à la vérité, mais bien réelles. La laparotomie fut faite dans ces cas et M. Pichevin put constater que, d'un côté, l'ovaire était simplement entouré de fausses membranes. Les annexes de ce côté furent conservées. Une cinquième observation a trait à une femme qui présentait une masse kystique à droite et à gauche une masse dure. On pouvait penser à une salpingite kystique et à une salpingo-ovarite à forme scléreuse du côté opposé. Le diagnostic porté fut celui de kyste du ligament large droit et de tumeur ovarienne gauche. On trouva, après laparotomie, d'un côté une vieille salpingo-ovarite qui fut enlevée, de l'autre un kyste du ligament large qui put être énucléé sans que l'on touchât à la trompe et à l'ovaire de ce côté. »

M. Tournay (de Bruxelles), bien que se disant un « nouvel adepte de l'hystérectomie », ne croit pas non plus que la bilatéralité des lésions suffise à justifier cette opération.

L'électricité, en la personne de M. Apostoli, est venue apporter sa contribution au diagnostic des inflammations pelviennes en général et des « lésions non justciables de la gynécologie conservatrice » en particulier, sous forme de quatre articles de foi que voici :

1° Tout utérus interrogé *galvaniquement* à la dose de 100 à 150 milliampères, qui n'éprouve aucune réaction opératoire, et principalement post-opératoire, qui non seulement tolère cette dose, mais même voit s'atténuer les symptômes dominants (tels que douleur ou hémorrhagie), tout utérus, dis-je, ainsi tolérant *a toujours sa périphérie saine*, ou du moins n'a pas d'inflammation *actuelle* des annexes justiciable de la chirurgie, et réclame un traitement électrique dont le dosage galvanique ne devra être limité que par les indications cliniques à remplir. Il peut même y avoir coexistence dans ce cas d'un *kyste simple de l'ovaire;* s'il n'y a pas inflammation des trompes, la même tolérance électrique sera conservée.

2° Tout utérus qui ne supporte pas 50 milliampères, ou qui les supporte mal, chez lequel les suites opératoires sont ou très douloureuses, ou fébriles, est un utérus dont la *périphérie est suspecte*, qu'il ne faut interroger qu'avec modération et prudence.

3° Tout utérus dont l'intolérance initiale s'atténue avec le nombre des applications, et dont l'amélioration symptomatique s'accentue et grandit avec le temps, appartient à une hystérique, ou possède des annexes dont le processus inflammatoire est en voie de régression ou d'arrêt.

4° Tout utérus dont l'intolérance, au début, d'abord excessive (ne supportant pas 20 à 30 milliampères), se développe et grandit avec le nombre des séances, et s'accompagne d'une élévation de température, est un utérus dont la périphérie est atteinte d'une lésion non justiciable de la gynécologie conservatrice. Ici une suspension du traitement galvanique s'impose, une fois le diagnostic ainsi élucidé, et il faut songer à une intervention opératoire qui, le plus souvent, sera une *castration* légitimée par une ovaro-salpingite d'ordinaire suppurée.

Ces nouvelles prétentions de l'électricité sont-elles justifiées ? M. Pichevin ne le croit pas : plusieurs fois il a constaté des lésions annexielles chez des femmes qu'il avait au préalable électrisées pour fibrome et qui n'avaient point réagi galvaniquement. Dans un cas notamment, où il put extraire, par laparotomie, un fibrome de plus d'un kilo, accompagné d'un abcès renfermant un litre et demi de pus environ, la femme avait remarquablement toléré des séances électrolytiques à la dose de 100 milliampères.

Traitement. — Pour mieux suivre les débats assez nourris qu'a suscités la question du traitement, on nous permettra de nous baser sur la classification suivante qui nous paraît conforme aux idées émises :

Traitement indirect. — *Traitement médical :* repos et médication interne; antiphlogistiques et résolutifs locaux; traitement thermal; électricité; massage.

Curage et dilatation de l'utérus.

Traitement direct. — Voies diverses conseillées par le Congrès : voie pariétale; voie inguino-sous-péritonéale; voie vaginale; voie périnéale. — Voies diverses condamnées : voie rectale ; voie sacrée.

Méthodes ayant pour but *la simple évacuation des foyers inflammatoires :* ouverture directe par ponction simple ou par incision avec ou sans ponction préalable, suivant la voie vaginale pariétale. — Ouverture après dissection de tissus par voie inguino-sous-péritonéale, par voie vaginale, par voie périnéale.

Méthodes ayant pour but *la suppression du foyer inflammatoire :* laparotomie périnéale ; laparotomie antérieure; hystérectomie vaginale par morcellement.

I. *Traitement indirect.* — A. *Traitement médical.* — MM. Félix (de Bruxelles), Deghilage (de Mons), Chéron (de Paris), sont venus plaider, en termes émus, la cause du traitement médical, mais n'ont apporté à l'appui de leur thèse que des arguments purement sentimentaux ou d'une portée trop générale. L'un d'eux a exprimé l'espoir que, dans le prochain Congrès, une place fût réservée à la médecine gynécologique : cette place existait déjà pour qui eût voulu la prendre et nous eussions été des premiers à applaudir au développement méthodique et précis d'une thérapeutique à la fois traditionnelle et progressive.

En dehors des spécialistes en électricité, M. Le Bec (de Paris) a préconisé l'électrolyse de 40 à 80 milliampères contre les exsudats pelviens.

Au bout de trente-quatre séances de massage, pratiquées dans le cours de trois mois, ce même chirurgien est arrivé à guérir complètement une malade atteinte de pelvi-péritonite depuis dix-sept ans.

M. Lostalot-Bachoué (de Salies-de-Béarn) a précisé les indications et contre-indications du traitement chloruré sodique dans le traitement des inflammations pelviennes : d'après lui, le traitement chloruré sodique est absolument contre-indiqué pour les salpingites récentes. Loin de les guérir, il ne peut que hâter l'intervention chirurgicale, déterminer des accidents de pelvi-péritonite ou de péritonite généralisée ; l'auteur en a observé deux cas suivis de mort.

« Sont seules justiciables des bains chlorurés sodiques les salpingites anciennes où il ne persiste que des lésions de voisinage. Si, dans ces cas, le traitement thermal ne suffit pas par lui-même, il prépare admirablement les malades à une intervention radicale, en amenant la résorption des exsudats pelviens. Toutefois, une intervention chirurgicale du côté de l'utérus ou des annexes ne doit pas être exécutée avant un repos d'au moins un mois après le traitement thermal ; de même, elle ne doit jamais être tentée pendant le traitement : il existe, en effet, en ce moment, ainsi que dans les trente ou quarante jours qui suivent la balnéation, une telle congestion des organes du bassin, que les malades doivent être considérées comme en imminence de règles. »

B. *Curage et dilatation de l'utérus.* — M. Walton (de Bruxelles) est venu défendre à la tribune cette thérapeutique dont il est le père et dans laquelle il a toujours foi. Il a insisté sur son procédé de dilatation extemporanée, sans abaissement de l'utérus.

MM. Labadie-Lagrave et Basset (de Paris) ont apporté un certain nombre de faits à l'actif de la méthode.

M. Segond a insisté sur « l'influence salutaire d'une thérapeutique utérine bien dirigée ». Il pense « avec M. Doléris que l'antisepsie vaginale, le curetage, la dilatation large et le drainage de l'utérus sont, au point de vue préventif, des armes toutes-puissantes ». Il accepte la dilatation « à la période initiale des pyo-salpingites, lorsque le volume de la tumeur n'est pas trop considérable, lorsque le péril n'est pas imminent et surtout lorsqu'il reste un doute sur la nature du contenu de la poche ». Il dit pourtant un peu plus loin, ce qui peut passer pour contradictoire : « que la nécessité d'intervenir chirurgicalement, toutes les fois qu'il y a du pus autour de l'utérus, n'est plus à démontrer. »

M. Vulliet, si bien disposé qu'il soit pour la dilatation, dont il a été un des premiers parrains, n'a pas eu à s'en louer pour le traitement des suppurations tubaires. Il ne croit pas avoir obtenu de ce chef l'évacuation du pus et n'a réussi qu'à rallumer des foyers éteints. A son avis, « cette thérapeutique n'est ni prudente ni efficace, et il pense qu'il ne faut pas taquiner un utérus dans les annexes duquel il se trouve du pus ».

M. Jacobs admet que la dilatation suivie du curetage puisse trouver ses indications dans le pyosalpinx, sans poches multiples, mais il estime que cette méthode est dangereuse à employer dans tous les cas. Dans trois cas, il a eu des accidents ; dans deux autres cas, il a obtenu une évacuation de pus.

M. Fournel (de Paris) présente une observation dans laquelle l'échec de la dilatation a pu être expliqué anatomiquement par l'oblitération de la moitié interne de la trompe.

Des hauteurs sereines de la médecine expectante et des cimes augustes de la grande chirurgie, la curette et les cureteurs ont été foudroyés par les soins de MM. Deghilage (de Mons) et Doyen (de Reims).

D'après M. Doyen, les services d'hôpitaux où l'on pratique le curage ne font que préparer le terrain à l'hystérectomie. Avis à bon nombre de chirurgiens de notre connaissance qui, inconsciemment sans doute, se préparent un terrain d'expérience et ne craignent pas d'employer les petits moyens au perfectionnement des grandes interventions. M. Doyen admet bien que les malades, au-dessous de trente-cinq ans, perdent leur temps à se faire soigner, sans la mise en œuvre du couteau ; mais, passé cet âge fatidique, elles doivent avoir des enfants, les soins du foyer les réclament et c'est aux interventions maîtresses qu'elles doivent recourir, pour en avoir plus tôt fini.

II. *Traitement direct.* — *Voies à suivre.* — Parmi les voies opératoires qui peuvent être utilisées dans le traitement direct, la *voie rectale* a été jugée, par M. Segond, comme étant « à coup sûr mauvaise » et la muette approbation du Congrès l'a soutenu dans cette condamnation définitive. La *voie sacrée* lui paraît être d'une utilisation exceptionnelle. Pour Sänger, il n'y faut voir que le résultat d'une audace expérimentale. M. Doyen la rejette également à cause du délabrement qu'elle entraîne.

Ont été seules mises en cause les voies *pariétale proprement dite*, *vaginale*, *périnéale* et *inguino-sous-péritonéale*.

A. *Méthodes ne visant qu'à l'évacuation des foyers inflammatoires.* — D'après M. Segond, ces méthodes ne peuvent être que des méthodes d'exception, applicables « aux collections purulentes qui se sont, d'elles-mêmes, rapprochées d'un point accessible, c'est-à-dire aux collections phlegmoneuses récentes, à certaines hématocèles suppurées et à quelques rares variétés d'abcès pelviens, d'origine ovaro-salpingienne, dont M. Bouilly a dernièrement pris le soin de spécifier les caractères. Il faut d'abord inciser et drainer, quitte à agir plus tard sur la lésion causale s'il y a lieu. »

Pour M. Péan, l'incision simple peut suffire à la guérison du phlegmon du ligament large et des pelvi-péritonites purulentes et enkystées. Elle peut, de même, être appliquée à la salpingite, quand une seule trompe est prise et qu'il faille ou non, pour l'atteindre, disséquer des tissus interposés.

M. Jacobs admet, pour les suppurations extra-péritonéales seulement, les incisions les plus diverses suivies de drainage, à la condition que la voie à suivre ne soit ni difficile ni dangereuse.

MM. Sneguireff et Goubaroff, se basant sur les travaux dont nous avons parlé plus haut, ont élaboré et pratiqué dans 46 cas « des procédés opératoires spéciaux permettant de découvrir le pus dans toute l'étendue du tissu cellulaire du bassin et de l'attaquer par incisions simples extra-péritonéales ».

M. Morre Madden (de Dublin) considère les incisions comme suffisantes dans tous les cas d'abcès *localisés* du petit bassin, quelle que soit leur origine.

« Que le pus pelvien existe dans des poches naturelles ou de nouvelle formation, nous a dit M. Vulliet, il est susceptible d'être évacué, comme ailleurs, par les moyens ordinaires, c'est-à-dire par ponction, incision, lavage et drainage des poches. » Cette méthode très simple, depuis deux ans que M. Vulliet ne pratique plus ni l'hystérectomie, ni la laparotomie pour les suppurations pelviennes, ne lui a donné, pour un ensemble de 18 cas « ni un accident, ni un échec ».

a. *Ouverture directe.* — 1° *Ponction simple.* — M. Segond déconseille formellement, et dans tous les cas, la ponction simple.

M. Vulliet en fait, au contraire, la base fondamentale de son traitement et, dans 15 cas sur 18, il n'a pas eu besoin de recourir à d'autres moyens que la ponction vaginale pour obtenir la guérison.

Notons que, dans ces 15 cas, il s'agissait de liquides nettement purulents, tandis que Landau, auquel M. Vulliet croit devoir faire hommage de ses succès, ne se contente, croyons-nous, de la ponction simple, que pour l'hydro-salpinx. Il s'agit donc là d'un ensemble de faits nouveaux, inattendus et qui, par leur nombre, imposent l'attention.

En cas de reproduction du liquide de l'hydro-salpinx, Landau revient à la ponction, la fait suivre d'un lavage avec

la solution phéniquée à 3/100 et si la tumeur se reproduit encore, il l'incise.

M. Vulliet fait à peu près de même pour les poches suppurées : « Si, au bout de dix à quinze jours, le liquide s'est reproduit, il ponctionne à nouveau, mais cette fois, l'évacuation étant achevée, il injecte, à plusieurs reprises, 5 à 10 centimètres cubes de solution de sublimé à 1/1000 dans la poche, en la malaxant de façon à en bien mettre les parois au contact du liquide antiseptique. Si le liquide se reproduit une troisième ou une quatrième fois, il a recours à l'incision et au tamponnement de la poche avec la gaze iodoformée. »

2° *Incision avec ou sans ponction préalable.* — « Les indications particulières des incisions pariétales, qu'elles portent à la région hypogastrique, iliaque, inguinale, crurale ou fessière, ne sont jamais que l'application d'une loi fort élémentaire : on donne issue au pus dans la région où il est venu pointer de lui-même » (Segond).

Pour ce qui est de l'incision vaginale, le rapporteur ne croit pas nécessaire de recourir à l'instrumentation de Laroyenne. « Avec une pince pour fixer l'utérus, des écarteurs pour y voir ou décoller les tissus, un bistouri et ses doigts, on a largement assez pour bien faire et même pour très bien faire. »

M. Goullioud est pourtant venu affirmer, une fois de plus, la nécessité qu'il y avait à appliquer, dans toute sa rigueur, le *procédé* lyonnais pour bénéficier de tous les avantages de la *méthode.* D'après lui, ce procédé permet de débrider des collections haut situées et multiples, est applicable à des femmes très affaiblies, donne généralement des guérisons complètes et durables, avec quelque espoir de maternité (4 grossesses consécutives sur 48 cas) et n'offre que très peu de risques.

MM. Doyen et Jacobs considèrent le procédé que défend M. Goullioud comme aveugle et suranné.

M. Vulliet nous a paru s'y conformer de bien près, alors qu'il se décide à inciser, après échecs successifs de la ponction ; et son instrumentation, d'un calibre plus faible il est vrai, partant plus maniable en certaines circonstances, se rapproche beaucoup de celle de Laroyenne : le gros trocart à courbure pelvienne et à rainure conductrice est remplacé par une sorte de trocart explorateur, muni d'un robinet, et le lithotome par un couteau « semblable à l'uréthrotome, terminé sur le côté opposé à la lame par un petit anneau ouvert qui s'adapte sur le trocart ». M. Vulliet conseille d'explorer avec soin, pour faire d'emblée toutes les ponctions nécessaires. Il a appris « à ne plus attribuer à la reproduction du pus l'omission de poches déjà existantes lors d'une première ponction ». Pour lui, le procédé qu'il préconise n'est pas plus aveugle que l'hystérectomie et la laparotomie qui, souvent « marchent à tâtons ».

b. *Ouverture après dissection de tissus.* — Pour M. Segond, l'*évacuation par voie vaginale, avec ouverure préalable du péritoine*, est une opération « passible des plus graves objections », alors même qu'on prend le soin de suturer à la plaie vaginale les bords de l'incision faite à la poche non adhérente.

M. Boisleux (de Paris), au lieu d'ouvrir transversalement le cul-de-sac postérieur, fait une *élythrotomie inter-ligamentaire*, antéro-postérieure. Il a pratiqué 14 fois cette brèche pour rompre des adhérences pelviennes et 3 fois, sur ces 14 cas, il a évacué, en même temps, des foyers suppurés.

M. Péan, dans le cas de salpingite unilatérale, conseille, si l'on voit la malade assez tôt, « de faire l'ouverture du cul-de-sac latéral du vagin, de disséquer le ligament large jusqu'à la trompe sans ouvrir le péritoine, d'inciser la cavité kystique et de la drainer ».

M. Doyen a pratiqué 8 *laparotomies sous-péritonéales :* dans 2 cas de fistules recto-tubaires, les malades sont restés dans un état stationnaire, et il paraît évident à l'opérateur que l'hystérectomie les eût guéries; 6 autres malades (salpingites purulentes, kyste dermoïde, infiltrations inflammatoires étendues) ont rapidement guéri.

M. Willems (de Gand), en s'appuyant sur des données purement expérimentales et les résultats obtenus pour d'autres affections, est venu plaider la cause de la *périnéotomie*, jugée, d'après lui, trop sommairement par M. Segond. Il conseille la *périnéotomie à lambeaux de Zuckerkandl*, qui doit permettre d'effondrer largement le Douglas et d'éviter la suppression de l'utérus, si les collections prédominent en arrière. C'est une opération assurément difficile, mais pour qui voudra l'essayer les difficultés s'aplaniront rapidement, ainsi qu'il en a été dans l'hystérectomie. Quant à l'hémostase, elle n'a offert aucune difficulté dans plusieurs cas d'utérus carcinomateux et dans un cas de tumeur de la vessie chez l'homme.

M. Sänger regarde le procédé préconisé par M. Willems comme tout à fait exceptionnel et lui préférerait la *périnéotomie latérale de Hegar*.

B. *Méthodes tendant à supprimer les foyers inflammatoires.* — a. *Laparotomie périnéale.* — M. Willems a également émis cette idée que, dans le cas où la suppression de l'utérus serait jugée nécessaire, après la périnéotomie, comme par exemple dans le cas d'abcès anté-utérins, il suffirait, pour ce faire, de fendre verticalement le vagin, qui se trouve être déjà séparé de la paroi rectale.

b *et* c. *Laparotomie antérieure et hystérectomie vaginale.* — Restent en présence la laparotomie antérieure et l'hystérectomie (méthode Péan-Segond).

Avantages et inconvénients. — 1° *Considérations physiologiques.* — De la notice préparatoire de M. Segond, de la discussion qu'il a soulevée, de l'habile péroraison dans laquelle il a résumé les faits acquis, en rendant grâce à ses contradicteurs, il ressort cette conséquence inattendue que la laparotomie prend définitivement rang au nombre des opérations conservatrices. Sans doute, cette constatation n'a-t-elle pas été faite sans une pointe d'ironie, d'ailleurs méritée; sans doute, l'honorable rapporteur a-t-il eu raison de faire observer que naguère avant la naissance, et surtout la vulgarisation de sa rivale, la laparotomie avait beaucoup moins cure des facultés procréatrices de la femme. Nous prenons cependant bonne note de ses paroles à l'actif de cette dernière opération, tout en consentant à y voir avant tout une « gloire immense » pour l'opération nouvelle, dont « le coup de cloche venu des cieux a su réveiller les besoins de conservation ».

De ce que l'hystérectomie se plaît à reconnaître l'assagissement de sa sœur aînée, de cette sœur dénaturée qui n'a eu « pour elle que des outrages au jour de sa naissance », il ne suit pas qu'elle soit prête à endosser les iniquités dont elle l'a aidé à se dévêtir. L'hystérectomie, pas plus que la laparotomie, ne consent à être une opération forcément radicale; elle doit toujours débuter par l'ouverture du cul-de-sac postérieur, et rien ne l'empêche de se borner à ce premier temps de l'opération, au point de vue explorateur ou même curatif (Péan et Segond).

M. Pichevin ne peut consentir à lui faire cette concession : « Dans un bon nombre de cas, l'exploration digitale par la brèche faite dans le cul-de-sac est illusoire ou insuffisante. On sent vaguement des lésions dont on ne peut préciser ni la nature, ni le siège, ni les rapports. Dès que l'opérateur a senti quelque chose de gros, d'anormal des deux côtés, il se croit autorisé à enlever l'utérus. »

2° *Considérations vitales.* — a. *Efficacité et facilité de l'opération.* — Pour MM. Péan, Segond, Jacobs, l'hystérectomie est une opération facile et absolument efficace, qui permet d'enlever tous les tissus morbides. Il est pourtant des lé-

sions haut situées qu'elle ne saurait atteindre : ainsi M. Pichevin a-t-il insisté à ce point de vue sur les adhérences et les abcès de l'épiploon.

b. *Accidents opératoires.* — Les hémorrhagies, au cours de manœuvres opératoires, sont absolument négligeables, d'après M. Péan, pour qui sait manier les pinces, et M. Segond n'a relevé dans sa statistique personnelle que des faits d'hémorrhagies secondaires. M. Pichevin ne peut être aussi optimiste : deux fois il a assisté à des hémorrhagies primitives graves et, dans l'un de ces cas, la malade en est morte, bien qu'elle eût été opérée « par un jeune et distingué chirurgien des hôpitaux ». Il s'agissait d'une grossesse tubaire. « L'autopsie démontra que les pinces posées sur le bord interne des ligaments larges tenaient bien : l'hémostase était parfaite à ce niveau. L'hémorrhagie s'était faite dans une poche salpingienne rompue au cours de l'opération. »

En fait de ruptures viscérales, M. Segond a bien eu quelques fistules vésico-vaginales, mais ces fistules ont guéri d'elles-mêmes ou par un traitement approprié. M. Rouffaert a blessé une fois l'uretère.

c. *Mortalité.* — *Mortalité dans l'hystérectomie.* — Péan (1890-1891) : suppurations graves et anciennes, 150; guérisons, 149; mort, 1 (épuisement au sixième jour).

Segond : lésions suppurées 55, lésions non suppurées 47, total 102; guérisons, 91; morts 11 (1 embolie, 1 angine phlegmoneuse, 9 péritonites, dont 4 seulement septiques).

Jacobs : lésions inflammatoires bilatérales, 61; guérisons, 59; morts, 2 (1 apoplexie et 1 complication intestinale).

Doyen : inflammations pelviennes, 77; guérisons, 73; morts, 4 (1 choc opératoire et 3 causes diverses).

Rouffaert : lésions inflammatoires très graves, 21 ; guérisons, 20; mort, 1 (opérée *in extremis*).

Lauwers : pyosalpinx, 6 ; guérisons, 6.

Richelot : métrites chroniques, 7 (1 antéversion); guérisons, 7; rétroversions compliquées, 15; guérisons, 15; — ovarites polykystiques, 4; guérisons, 4; — salpingo-ovarites parenchymateuses, hydro-salpinx, ovaires dégénérés et processus fibreux, 21; guérisons, 19; morts, 2; — suppurations pelviennes, 35; guérisons, 31 ; morts, 4.

Mortalité dans la laparotomie. — Jacobs : inflammations unilatérales, 150; guérisons, 144; morts, 6.

Doyen : inflammation des annexes, 56; guérisons, 50; morts, 6 (2 attribuables à du mauvais catgut).

Delagenière : inflammation des annexes, 18 ; guérisons, 17; mort, 1.

Il est regrettable que la laparotomie n'ait point présenté un plus grand nombre de statistiques. M. Sänger s'est contenté d'affirmer la supériorité des résultats qu'on obtient dans son pays.

d. *Suites opératoires.* — Toutes les opérées de M. Péan ont guéri, sauf une, « qui a conservé quelques douleurs cystiques ou hépatiques ».

Outre les quelques fistules vésico-vaginales dont nous avons parlé, M. Segond a observé dans 5 cas, après le troisième jour, des hémorrhagies secondaires importantes, mais qui, pourtant, se sont arrêtées seules; dans 4 cas, la persistance d'accidents nerveux; dans 2 cas, un état mental regrettable.

D'après deux nouveaux adeptes, MM. Rouffaert, Lauwers, l'hystérectomie débarrasse à coup sûr les malades de leurs douleurs. Au contraire, ont fait observer MM. Jacobs, Lauwers, il persiste souvent, après la laparotomie, une infiltration douloureuse des moignons annexiels; cette opération n'arrête pas toujours les hémorrhagies et les écoulements concomitants (Lauwers).

Dans quelle mesure les opérations se sont-elles déjà complétées l'une par l'autre? M. Péan a extirpé l'utérus, pour suppuration hypogastrique, à une femme que M. Bazy avait inutilement castrée par l'abdomen. M. Doyen a fait « subir l'hystérectomie vaginale à dix malades antérieurement laparotomisées », tandis qu'une seule malade, opérée par voie vaginale, a subi ultérieurement de sa main la laparotomie. M. Tournay (de Bruxelles), dans un cas très complexe de fibrome compliqué de pelvi-péritonite, se rendant compte, après l'ouverture du ventre, que l'opération se présentait mal de ce côté, s'est immédiatement adressé à la voie vaginale.

3° *Considérations esthétiques.* — M. Segond estime que « ses opérées ont plus de sécurité et de satisfaction sans cicatrice qu'avec le plus séduisant des surjets ». M. Péan rappelle que, d'après Hegar, Kaltenbach, Gusserow, l'éventration est fréquente après la laparotomie; il a eu, dans son service, une malade qui en avait une et avait pourtant subi la suture à étages entre les mains de M. Pozzi.

M. Delagenière insiste par contre sur ce point que le grand danger d'ouvrir la vessie dans l'hystérectomie compense amplement les inconvénients de la cicatrice abdominale.

Indications. — MM. Péan, Doyen, Jacobs n'admettent la laparotomie que pour les inflammations annexielles unilatérales. M. Segond y ajoute toutes les collections purulentes secondaires (voir plus haut). Pour ces opérateurs, les indications de l'hystérectomie se résument, ainsi que l'a énoncé le rapporteur, dans la « bilatéralité et l'incurabilité des lésions ».

MM. Rouffaert, Lauwers peuvent passer pour deux adeptes fervents de la nouvelle méthode, trop fervents encore pour la discuter.

M. Tournay l'a pratiquée et s'en déclare satisfait, mais n'accepte pas la formule de M. Segond, pas plus que MM. Pichevin, Duret, Le Bec.

Pour MM. Sänger, Pichevin, Le Bec, l'hystérectomie vaginale n'est qu'une opération d'exception, applicable aux larges abcès limités ou disséminés (Sänger), aux suppurations diffuses perdues dans une gangue épaisse d'adhérences (Pichevin, Le Bec), aux fistules chroniques, aux cas où la laparotomie n'aura pas réussi. M. Delagenière n'admet que cette dernière indication.

M. Richelot, malgré sa statistique et ses légitimes faiblesses pour l'hystérectomie, n'est pas loin d'être dans les mêmes idées.

M. Vulliet, très satisfait de ses petites ponctions et incisions, ne veut plus entendre parler d'autre chose. Enfin, l'Angleterre, dans la personne de MM. William Travers, Mac Madden, Heywood Smith, a déclaré n'être point encore disposée à faire de l'opération nouvelle un objet d'importation.

Manuel opératoire. — M. Doyen (de Reims) a fait une réclamation de priorité au sujet de la méthode dite de Péan qu'il applique, dès 1887, et d'une façon qui lui est propre : son procédé consiste essentiellement en une incision longitudinale portant uniquement sur la paroi antérieure de l'utérus, incision unique ou incision dessinant un lambeau en V, qui est subdivisé secondairement en cinq ou six tranches.

M. Segond a témoigné le regret que M. Doyen « ait attendu jusqu'en 1892, pour revendiquer la priorité dans l'hystérectomie vaginale pour lésion des annexes. Il estime que le nom de Péan, qui l'a érigée en méthode et en a décrit le manuel, doit lui être conservé. Le procédé de morcellement de fibromes utérins, décrit par M. Doyen comme un procédé nouveau, n'est, sauf la régularité géométrique des fragments réséqués, que l'*évidement central conoïde sans hémostase préalable*, pratiqué par M. Péan, depuis de longues années. La durée du morcellement vaginal, que l'hystérectomie soit *concomitante*, *préalable* ou *complémentaire*, est une

opération à laquelle on doit certainement assigner plus de vingt minutes comme durée moyenne. M. Segond présente un écarteur à angle mobile destiné à protéger la vessie pendant le morcellement; le manche de cet instrument, grâce à une vis de rappel, est toujours vertical, quelle que soit l'obliquité de la branche insinuée entre la tumeur et la vessie. Il présente, en outre, une pince dont un seul mors est muni de dents : l'autre en forme de spatule s'insinue entre l'écarteur et la coque utérine. Cette pince ne doit pas être une pince de traction; son but est de permettre, grâce à un léger abaissement de la portion sur laquelle elle est placée, la pose d'une forte pince ordinaire. »

Conclusions. — En résumé et pour conclure, il est bien évident que, depuis le Congrès de Berlin, l'hystérectomie vaginale pour inflammation pelvienne a gagné du terrain.

Si les Anglais n'en veulent pas encore, bon nombre de chirurgiens belges l'ont pratiquée et s'en déclarent satisfaits, les uns avec enthousiasme et d'autres avec restrictions. Sänger l'a discutée et Landau, nous a-t-il dit, s'en occupe également.

Si, en France, la plupart des défenseurs autorisés de la laparotomie ont cru devoir s'abstenir, M. Segond nous a fait connaître, entre temps, dans le feu de son discours, l'opinion actuelle de quelques-uns d'entre eux. « M. Lucas-Championnière est de moins en moins mécontent de la méthode. » « M. Terrillon, qui lui était peu favorable au mois de décembre, en est devenu partisan au mois de janvier. » M. Pozzi lui concède que « dans les cas graves elle peut trouver son emploi ». M. Bouilly lui a dit textuellement ces mots que nous avons soigneusement relevés : « L'hystérectomie vaginale par morcellement est l'unique opération à faire quand l'ablation des masses inflammatoires bilatérales est très nettement indiquée. Dans les cas graves, elle s'impose pour tout le monde. Dans les cas faciles, elle n'est ni plus difficile ni plus grave que la laparotomie, et je pense que l'ablation de l'utérus est plus utile que sa conservation. »

Nous avons exposé au lecteur les données nouvelles, d'après lesquelles ils décideront, en connaissance de cause, de ce qui est préférable pour la conservation de la malade et de son sexe.

Peut-être jugeront-ils, comme nous et avec le rapporteur, que, devant les incertitudes de l'examen clinique, la laparotomie permet de se rendre mieux compte de l'aptitude physiologique des organes; mais aussi bien pourra-t-on éviter dans l'hystérectomie les mutilations inutiles, en appliquant uniquement cette opération aux grosses lésions qui lui reviennent, en repoussant la formule de M. Segond trop dangereuse dans sa concision, en n'accordant qu'une valeur très restreinte à l'élythrotomie exploratrice (premier temps de l'hystérectomie), qu'elle soit faite en long ou en travers.

Dans les cas où le diagnostic est douteux, l'hystérectomie, nous l'avons vu, n'hésite pas à se sacrifier sur l'autel de la conservation. Pour répondre à ce généreux effort, qu'à l'avenir la laparotomie, dans les cas où la réussite lui paraît incertaine et même si son œuvre est commencée (cas de Tournay), cède le pas à sa « sœur cadette ».

Il ne sert à rien de dire en bloc que l'hystérectomie vaginale est plus à craindre que la laparotomie ou *vice versâ*. L'hystérectomie, ne devant s'adresser en principe qu'à des lésions plus graves, doit entraîner une mortalité plus considérable malgré ses perfections intrinsèques, et nous sommes frappé, pour notre part, de la grande bénignité de ses suites dans les cas de guérison opératoire.

Mais, dans le domaine des indications, il est certaines limites qu'on ne lui permettra pas de dépasser. A ce point de vue, à part l'adhésion de MM. Jacobs et Doyen à la formule de M. Segond, elle n'a pas fait un pas et l'on peut dire que les deux parties adverses, hystérectomistes d'un côté et laparotomistes de l'autre, ont couché sur leurs positions.

Entre eux se sont élevés des concurrents, plus modestes, il est vrai, devant la médecine opératoire, mais auxquels nous sommes tenté d'attribuer les honneurs de la journée. Revivifiés et comme exhumés d'un long oubli, les procédés rationnels de l'évacuation simple ont repris leurs droits.

II

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Étiologie. — D'après M. A. Martin (de Berlin), rapporteur, l'étiologie de la grossesse extra-utérine est encore très obscure et ne s'éclaircira que lorsque la physiologie de l'imprégnation sera mieux connue.

M. Cameron (de Glasgow) estime qu'il faut faire jouer un rôle prépondérant aux maladies de l'utérus et des trompes.

Anatomie pathologique. — Pour M. Martin, « l'insertion tubaire de l'ovule est la plus fréquente; l'insertion ovarienne n'est pas aussi rare qu'on l'a avancé dans ces derniers temps ».

M. Alban Doran met en doute tout autre siège primitif que la trompe. Le siège le plus fréquent est sa partie moyenne. Les grossesses dites ovarienne et tubo-abdominale sont primitivement tubo-ovarienne et tubo-abdominale. Situé vers le pavillon, le sac tubaire contracte des adhérences et résiste plus longtemps qu'au voisinage de l'utérus.

MM. Rein (de Kiew) et Cameron citent, le premier, 2 cas et le second 1 cas de grossesse abdominale. M. Rein a vérifié l'intégrité des trompes.

M. Paul Petit (de Paris), dans tous les faits d'hématosalpinx de petit volume (6 à 8 environ), qu'il a eu l'occasion d'examiner, n'a jamais manqué de constater la présence de villosités révélatrices et d'un lit de cellules déciduales caractéristique d'une grossesse extra-utérine. De plus, de faits tirés de sa pratique, il serait tenté de conclure que la grossesse ectopique a une part importante dans la genèse d'affections annexielles, qu'on serait porté à attribuer à toute autre cause.

Diagnostic. — Pour M. Martin, le diagnostic de la grossesse extra-utérine reste un diagnostic de probabilité pour tous les cas, sauf cependant ceux dans lesquels on peut observer la croissance de la poche fœtale hors de l'utérus, la formation intra-utérine d'une caduque sans chorion manifeste ou le produit lui-même.

M. Dmitri de Ott (de Saint-Pétersbourg) étudie particulièrement les symptômes consécutifs à l'arrêt de la grossesse extra-utérine, après sa toute première période :

« A. Phénomènes provenant des modifications qui ont lieu dans la poche fœtale même et dans son contenu :

1° Reprises d'hémorrhagies internes, qui exposent la vie de la malade à un danger sérieux;

2° Symptômes qui sont dus à la présence d'un corps étranger dans la cavité abdominale et se manifestent par des troubles dane les fonctions des organes voisins, par des douleurs et par des troubles généraux dans la nutrition. Parfois la rétention de l'œuf a pour suite l'impossibilité de couches normales, ainsi que l'a décrit Schauta, et ainsi que j'ai pu l'observer moi-même;

3° Lésions inflammatoires de toute espèce, dans le péritoine et dans le tissu cellulaire, provoquées par la présence d'un corps étranger. Dans ces cas, on observe assez fréquemment une péritonite mortelle;

4° Passage de la tumeur à la suppuration ou à la gangrène, avec toutes ses conséquences.

B. Phénomènes dus à des modifications consécutives

dans les autres parties de l'appareil sexuel et particulièrement dans l'utérus :

Transformation de la muqueuse en caduque; hypertrophie et hyperplasie des éléments musculaires; le sang y afflue plus énergiquement.

Phénomènes analogues à ceux de l'avortement intra-utérin incomplet; subinvolution, élimination de la caduque, ou, ce qui est probablement plus fréquent, atrophie graduelle sans détachement.

Ainsi donc, le point important réside dans les symptômes dus à la rétention dans l'appareil sexuel, de l'œuf avorté; dans ces cas, l'hémorrhagie, qui dure souvent des mois entiers, constitue certainement le symptôme le plus caractéristique.

L'hémorrhagie, dans l'avortement tubaire, est surtout dangereuse lorsqu'elle est due non seulement à des modifications dépendant de l'état de grossesse même, mais lorsqu'elle est en outre compliquée par un trouble de la circulation, trouble causé généralement par un déplacement de l'utérus qui est refoulé par le sac ovulaire.

Aux époques de l'hyperhémie menstruelle, le tableau de la maladie s'accuse de plus en plus, et la femme épuisée est sujette à une reprise d'hémorrhagie. »

M. Pichevin pense que le plus souvent le diagnostic de la grossesse extra-utérine est facile, et six fois sur huit il l'a diagnostiquée, parce qu'il l'a recherchée presque systématiquement. Il cite pourtant un cas où il s'est trompé et tout autre en eût fait probablement autant, étant données les causes multiples d'erreur.

M. Pavlaki Fenerley bey (de Constantinople) relate 5 cas de grossesse extra-utérine : dans les deux premiers, elle se révéla subjectivement par des accidents graves de pelvi-péritonite aux neuvième et septième mois, et les mouvements fœtaux purent être perçus; dans les trois autres, on diagnostiqua abcès pelvien ou hématocèle péri-utérine, sans spécifier davantage. A son avis, et personne ne l'a contredit, la plupart des hématocèles péri-utérines sont dues à des grossesses ectopiques.

M. Le Bec a demandé à M. Martin s'il pouvait lui donner un bon signe diagnostique de la situation du placenta. M. Martin a répondu que ce diagnostic n'était possible qu'après ouverture de l'abdomen.

Évolution. — D'après M. Martin : « L'issue ne se fait que rarement par métamorphose régressive (formation de lithopédion, momification). Dans la plupart des cas, la mort de l'ovule se produit par hémorrhagie dans le sac fœtal ou dans l'ovule lui-même. On voit se produire alors ou l'évacuation du sang dans la cavité abdominale, par l'orifice abdominal de la trompe (avortement tubaire), ou rupture dans la continuité de la trompe (dans la cavité abdominale ou dans le ligament large). Cette hémorrhagie s'arrête rarement. Dans la majorité des cas, la mort survient par anémie ou par péritonite, dont l'étiologie est encore inconnue. »

Traitement. — MM. Martin, Dmitri de Ott, Cameron, Alban Doran sont partisans d'opérer aussi hâtivement que possible.

M. Rein a pu obtenir un enfant vivant à la trente-septième semaine, et pense que si la grossesse a dépassé la moitié de son terme, si l'enfant est vivant, on peut attendre, l'arme au bras, jusqu'à la trentième ou trente-cinquième semaine.

Pour la grossesse ectopique dans une corne utérine rudimentaire, M. Alban Doran conseille l'hystérectomie, étant donné l'impossibilité de constituer un pédicule tubaire.

M. Dmitri de Ott a recours à la voie vaginale quand la tumeur suppure ou se nécrose.

Les injections de morphine ne donnent, d'après M. Martin, que des guérisons tardives, et il n'existe pas d'observation probante de malade guérie par l'électricité.

III

PLACENTA PRÆVIA

Le docteur Berry Hart (d'Édimbourg), rapporteur, expose l'ensemble des connaissances les plus récentes, avec pièces macro et microscopiques à l'appui :

Définition du placenta prævia. — Rendue possible par nos connaissances croissantes de la nature du segment inférieur et la façon dont il se comporte pendant le travail.

Le placenta est dit prævia quand il s'insère en partie sur le segment inférieur de la matrice.

Nos connaissances sur l'anatomie exacte du segment inférieur sont encore incomplètes, ainsi que nous le démontre le fait de ne pouvoir définir anatomiquement le segment inférieur aussi clairement qu'il est indiqué pendant le travail sous l'influence de l'action utérine.

Fonctionnellement nous pouvons en outre définir le placenta prævia comme l'insertion du placenta sur cette partie même de l'utérus qui subit une expansion pendant le travail, conduisant ainsi à la séparation de la portion *præviale* (prævial portion).

Aperçu des idées d'Hofmeier concernant la fonction de la caduque réfléchie dans le placenta prævia : modification apportée par Kaltenbach dans la définition.

Discussion sur la nature de la caduque réfléchie et action des villosités sur celle-ci.

Mécanisme de cette séparation et ses conséquences. — A. Examen de l'aire du segment inférieur à la fin de la grossesse.

B. Changements apportés par le travail dans l'aire du segment inférieur.

C. Anatomie de la couche spongieuse au point de séparation, spécialement considérée au point de vue de l'hémorrhagie.

D. Mécanisme exact de la séparation de la portion præviale; cause de l'hémorrhagie et mécanisme de son arrêt.

Traitement. — Quoique le traitement doive forcément varier dans ses détails en pareille circonstance, il devrait être soumis aux conditions suivantes :

I. Observer les règles de l'antisepsie et éviter toutes les chances d'infection. Ces précautions excluront un traitement prolongé.

II. Pleine reconnaissance de la plus grande valeur de la vie de la mère.

III. Connaissance du mécanisme naturel de l'accouchement en pareil cas. Ce mécanisme peut être établi brièvement comme suit :

« Dans un accouchement normal, les membranes le séparent du segment inférieur de l'utérus pendant le premier temps du travail. En cas de placenta prævia, la différence consiste en la séparation d'une partie du placenta du segment inférieur forcément très vasculaire. » Il en résulte une hémorrhagie à laquelle nous devons obvier.

Nous y arrivons le mieux par la version bi-polaire. L'accouchement s'effectue alors comme dans une présentation des pieds.

Discussion d'autres méthodes et leurs statistiques.

M. Robert Barnes, au point de vue de la théorie du placenta prævia, divise l'utérus en trois zones :

« 1° La supérieure ou zone du fond;

2° L'équatoriale ou celle du milieu;

3° L'inférieure.

La zone supérieure est séparée de l'équatoriale par une ligne imaginaire qu'on peut appeler le cercle polaire supé-

rieur. Cette ligne, il est vrai, n'a pas été démontrée anatomiquement. Mais elle sert à marquer une distinction, que je crois réelle, entre les qualités des zones supérieure et équatoriale dans leurs relations à l'attache placentaire et à l'hémorrhagie.

La zone équatoriale est séparée de la zone inférieure ou autrement dit segment utérin inférieur par la ligne de démarcation de Barnes.

La zone supérieure est le siège du placenta fondal; c'est la région d'attachement la plus sûre. La zone équatoriale est le siège du placenta latéral ou équatorial. Le placenta latéral peut donner lieu à cette forme d'hémorrhagie qu'on appelle accidentelle; mais on peut cependant regarder la zone équatoriale comme un siège d'attachement assez sûr et normal. Cette sécurité est encore plus grande lorsque le placenta est attaché en partie dans la zone supérieure, et en partie dans la zone équatoriale. Le danger commence lorsque le placenta s'attache en partie dans la zone inférieure, ce qui constitue le *placenta prævia partiel*. La partie de placenta qui empiète sur la zone inférieure est sujette à la séparation prématurée. Le placenta prævia complet, autrement dit, *placenta prævia centralis*, se trouve lorsque le placenta entier, ou la plus grande partie, est attaché dans la zone inférieure et couvre l'orifice interne.

Il y a deux propositions fondamentales qui ne sont plus discutées. »

PATHOGÉNIE. — 1. L'hémorrhagie vient des vaisseaux utérins.

2. Ces vaisseaux sont déchirés par la séparation du placenta de son attache à l'utérus.

Ce qui est difficile, c'est de démontrer la cause de ce détachement prématuré. Est-ce la contraction de l'utérus qui amène une telle diminution de sa surface que le placenta n'est pas en mesure de la suivre? Si cette diminution de surface de la paroi utérine en est la cause, il faut nécessairement admettre qu'il y a contraction utérine active. Mais quand il y a contraction suffisante à détacher le placenta, il est probable qu'il y aura peu d'hémorrhagie et c'est un fait acquis par l'observation clinique, que dans beaucoup de cas l'hémorrhagie précède toute contraction utérine réalisable. L'hémorrhagie commence souvent lorsque la femme est endormie. Elle est éveillée, non pas par la douleur, mais par l'écoulement de sang.

L'époque la plus commune est une période menstruelle. A cette période une condition active se présente; c'est la haute tension vasculaire. Cette tension agit sur les vaisseaux de l'utérus et du placenta avec une force spéciale. Elle dispose à la rupture de ces vaisseaux. Et cette rupture se fait dans le lieu de moindre résistance, c'est-à-dire dans les vaisseaux qui unissent l'utérus et le placenta.

Un autre facteur ne doit pas être négligé. La construction cellulaire du placenta favorise l'accumulation de sang. Ainsi le placenta, rapidement distendu, acquiert une surface plus étendue que celle de la paroi utérine correspondante. Assez souvent il arrive que la distension du placenta est telle que son tissu caverneux se déchire, et il y a épanchement dans le corps de l'organe. Ainsi la masse du placenta, subitement grossie outre mesure, se détache de l'utérus; si la rétraction du muscle utérin a lieu, marche bien, l'hémorrhagie est arrêtée. Un obstacle qui empêche la rétraction efficace, est l'adhérence partielle du placenta. Détachez cette partie, et très souvent, pourvu que les forces du système ne soient pas trop réduites, une rétraction efficace s'établira.

Il y a encore un état du placenta qui favorise le détachement spontané. C'est toute altération de son tissu, provenant ou de l'induration, de dégénération graisseuse ou d'autres conditions qui détruisent son homogénéité normale. Et il faut se rappeler que le lambeau de placenta qui envahit la zone inférieure est spécialement sujet à ces altérations.

J'ai promulgué encore une théorie de la cause du détachement prématuré et d'hémorrhagie. Le placenta, s'élargissant plus rapidement que la surface correspondante de l'utérus, pousse au delà de cette surface : d'où suit le détachement.

Les faits peuvent se résumer ainsi :

1° L'hémorrhagie coule principalement de la surface dénudée de l'utérus, et elle est artérielle (Simpson croyait qu'elle provenait du placenta).

2° Dans le cours de beaucoup d'accouchements, il y a une époque où l'hémorrhagie cesse spontanément. Le dogme ancien voulait que l'hémorrhagie fût inévitable, et devait nécessairement continuer jusqu'à la délivrance. Ce dogme gouverne, même aujourd'hui, la pratique de beaucoup de médecins, les poussant à un traitement téméraire.

3° Cet arrêt spontané ne dépend pas du détachement total du placenta, ni de la mort du fœtus, ni de syncope de la mère, ni de pression sur le segment inférieur de la matrice dénudé de placenta, quoiqu'une ou plusieurs de ces conditions puissent favoriser cet arrêt.

Les conditions constantes de cet arrêt physiologique sont : la contraction de l'utérus, soit active ou tonique, la thrombose, ou coagulation du sang dans les orifices des vaisseaux.

L'arrêt physiologique de l'hémorrhagie n'est ni permanent, ni sûr avant que la partie du placenta, qui était attachée dans la zone inférieure, soit entièrement séparée, vu que c'est cette partie qui est sujette à être détachée pendant la dilatation du segment inférieur de l'utérus au point qui est nécessaire pour le passage du fœtus.

Lorsque ce degré de détachement a été atteint, soit par la nature, soit par l'art, il n'y a pas de raison physiologique pour qu'un détachement plus étendu se fasse, ou que l'hémorrhagie persiste. Au moment de l'expulsion de l'enfant, alors et pas plus tôt, le reste du placenta qui est attaché aux zones équatoriale et supérieure, est détaché et rejeté, comme dans le travail normal.

Cette persistance de l'adhérence entre cette partie du placenta et l'utérus suffit, ordinairement, pour la préservation de l'enfant. C'est principalement dans les cas extrêmes de placenta prævia central, dans lesquels le placenta adhère en grande partie ou entièrement dans la zone inférieure, ou lorsque, ce qui arrive assez souvent, le travail se déclare prématurément, que la vie de l'enfant est menacée.

TRAITEMENT. — 1. Rupture du sac de l'amnios, qui dispose l'utérus à se contracter.

2. L'ajustement d'un fort bandage sur le ventre.

3. Un tampon peut être introduit pour gagner un peu de temps; mais il ne faut pas s'y fier. Surveillez, observez avec vigilance.

4. Détachez tout placenta qui adhère dans la zone inférieure, et surveillez toujours. S'il n'y a pas d'hémorrhagie, attendez un peu. L'utérus fera peut-être sa besogne. Ceci manquant, dilatez le col par le dilatateur hydrostatique. Attendez et surveillez. Si les forces naturelles font défaut on a recours au forceps qui donne la meilleure chance à l'enfant, ou en dernier ressort passez à la version.

5. Éviter, autant que possible, tout ce qui dispose à la septicémie. Il y a quatre facteurs qui y disposent : *a*. le contusionnement et autres lésions de l'utérus; *b*. la rétention dans l'utérus de restes de placenta, de membranes ou de caillots; *c*. défaut de contraction de l'utérus; *d*. activité d'absorption, renforcée par la perte de sang. Toutes ces causes sont réduites au minimum en suivant les principes

thérapeutiques qui précèdent. Mais il y a encore des précautions spéciales. Après la délivrance, examinez le placenta avec soin pour voir s'il est entier. Si l'utérus ne se contracte pas bien et si du sang coule surtout, injectez de l'eau chaude à 45 degrés centigrades en y ajoutant un peu d'iode ou d'acide phénique, ou bien, si l'hémorrhagie persiste, du perchlorure de fer. Il est de plus utile de répéter les injections utérines tous les jours pendant une semaine. L'activité d'absorption indique l'usage d'un régime généreux. »

M. Gellé (de Provins) a heureusement utilisé, dans deux cas et de concert avec M. Varnier, le ballon de M. Champetier de Ribes pour arrêter l'hémorrhagie et provoquer la dilatation du col. Dans l'un de ces cas, M. Varnier a réussi à glisser le ballon entre l'utérus et les membranes sans les rompre, ce qui est préférable.

M. Verrier donne le tableau bibliographique des 15 observations de placenta prævia bilobé jusqu'ici relatées.

Le diagnostic est faisable avant la dilatation : contrairement à ce qui existe dans le cas de placenta prævia complet, le ballottement peut être perçu, et par le palper bimanuel on pourra décider si le gros lobe est à droite ou à gauche.

Dès que la dilatation est commencée, s'il s'agit de placenta à deux lobes inégaux et si c'est le plus petit qui est prævia, on arrive facilement à le reconnaître. Lorsque les deux lobes sont égaux, le diagnostic est plus difficile : il est pourtant très heureux qu'on le fasse, attendu qu'il est indiqué dans ce cas, comme dans le précédent, d'arracher le lobe ectopique.

IV

COMMUNICATIONS DIVERSES.

Métrite. — M. Vulliet (de Genève) a montré un utérus traité par le chlorure de zinc et présentant une oblitération complète du col.

M. Treube (de Leiden) a contesté la nature inflammatoire de la soi-disant métrite hypertrophique. Le seul nom qui convienne est celui d'hypertrophie de la muqueuse utérine.

Cancer utérin. — M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer) a exposé sa pratique dans le traitement chirurgical des cancers utérins inopérables. A l'aide des instruments tranchants, il enlève le plus possible de tissus dégénérés et quand il peut remonter jusqu'à une zone simplement infiltrée, il pratique la suture qui donne des réunions par première intention et des améliorations plus longues. Pour refréner, dans la suite, les bourgeons cancéreux, il use de l'acide lactique. Sa statistique, prise en bloc, prouverait que les opérations palliatives allongent la vie des malades de plus d'une année.

Fibro-myome. — M. Mendès de Léon (d'Amsterdam) a fait une très intéressante communication sur une opération un peu négligée, la castration pour fibro-myomes. Il l'a pratiquée 22 fois sans une seule mort, tandis que sur 21 hystérectomies il a perdu 3 malades. Il insiste sur les symptômes pédiculaires fort pénibles qu'on observe dans les hystérectomies les mieux réussies. Pour lui, la castration est indiquée quand l'hémorrhagie est le symptôme dominant, quand la tumeur ne dépasse pas l'ombilic, quand les symptômes de compression dépendent, non du volume de la tumeur, mais de son mode de croissance intra-pelvienne.

M. Doyen (de Reims) a décrit, avec figures à l'appui, un nouveau et très remarquable procédé d'hystérectomie abdominale permettant d'enlever, par laparotomie, l'utérus en totalité : incision en long et d'un seul coup du cul-de-sac péritonéal postérieur et de la surface péritonéale du fibrome; puis incision circulaire, partie de la première et la rejoignant en circonscrivant le segment supérieur de la tumeur et passant au-dessus des pédicules ovariens. Décortication sous-péritonéale, sans forcipressure, ligature des pédicules annexiels, extirpation complète de l'utérus : 11 opérations avec 1 mort.

M. Engström (d'Helsingfors), sur 23 énucléations de fibromes utérins (procédé de Martin), n'a eu que 1 décès par péritonite.

M. Deletrez (de Bruxelles) a pratiqué 24 hystérectomies abdominales pour fibromes utérins : 18 fois, il a employé la méthode intra-péritonéale avec ligature élastique perdue et n'a eu que des succès. Il a réuni une statistique de 165 hystérectomies abdominales avec pédicule intra-péritonéal muni de ligature élastique (Treub, Terrillon, Richelot, Debaisieux) donnant une mortalité de 11 p. 100. Il se sert d'un lien élastique plein soumis à 120 degrés, puis plongé dans la solution phéniquée forte pendant deux jours. Trois fois, il a observé l'élimination de la ligature par le vagin.

M. Leprévost (du Havre) emploie le ballon de Petersen dans les opérations pelviennes, quand il se trouve en présence de difficultés tenant à la profondeur des organes à atteindre. Il l'applique dans le vagin, lorsqu'il veut agir dans le cul-de-sac vésico-utérin et sur la portion supra-vaginale du col; dans le rectum, lorsqu'il veut surélever le cul-de-sac de Douglas. Il est bon de songer à la possibilité d'une déchirure et de surveiller avec soin le gonflement, surtout quand le plancher pelvien a perdu de sa souplesse.

M. Laurent a insisté sur l'importance qu'il y a à détruire la muqueuse du moignon utérin pour éviter la persistance de la menstruation après l'hystérectomie.

Obstétrique. — M. Porak a fait deux communications importantes sur l'achondroplasie et la symphyséotomie.

L'*achondroplasie* possède bien une individualité spéciale. On peut la confondre avec cet état des individus ayant des membres courts, avec le nanisme, avec le rachitisme.

L'inégalité des membres, chez certaines personnes, présente toutes les transitions qui les rattache à la conformation esthétique. Cette famille est séparée, sans transition, des achondroplasiques.

Le nanisme se caractérise par un arrêt du développement aussi bien dans le développement de leur corps que de leurs facultés. La reproduction est aussi faible ou frappée de stérilité.

Le bassin des nains infundibuliforme rappelle le type infantile.

Le rachitisme, s'il peut évoluer avant la naissance, se manifeste par un retard considérable de la marche, par des symptômes qui en font, non pas une maladie fœtale, mais une maladie de nouveau-né, par un ramollissement non pas du cartilage, mais du tissu osseux se caractérisant par des incurvations des os, persistant chez l'adulte.

De deux opérations de *symphysiotomie* qu'il a faites avec succès pour la mère et pour l'enfant, M. Porak déduit les conclusions suivantes :

La symphyséotomie constitue, avec l'opération césarienne, une opération conservatrice de l'enfant, sans faire courir à la mère les risques de cette dernière intervention.

L'étendue de ces indications constitue un problème dont les éléments sont complexes, aussi bien quant au degré et à la variété du vice de conformation pelvienne que quant à l'appréciation du volume de l'enfant.

Le champ de l'embryotomie se trouve circonscrit d'une façon presque générale au cas où l'enfant est mort.

L'experimentation sur le cadavre fournit les notions nécessaires à fixer la pratique du manuel opératoire.

Lorsqu'on porte en abduction les cuisses, surtout d'une façon brusque après la section du ligament triangulaire, il se peut que le diastasis d'une des articulations sacro-iliaques se produise avec lésion du ligament antérieur après un très faible écart des pubis. La lésion ne se produit sur la seconde articulation sacro-iliaque qu'après un écart plus considérable des pubis, mesurant de 7 à 8 centimètres. Il se forme alors, dans le tissu cellulaire post-pubien, des tiraillements tels qu'on peut craindre des lésions des voies urinaires, surtout de l'urèthre.

On a proposé de nombreux procédés opératoires, mais, en réalité, les plus simples, accomplis avec le bistouri, sont les meilleurs.

Il est plus commode, dans le décubitus dorsal, d'attaquer la symphyse en arrière, mais par en haut, tandis que, dans la position en travers du lit, il est plus facile de l'attaquer en arrière, mais par en bas. On devra toujours pratiquer les sutures dans le décubitus dorsal, parce qu'on rapproche, d'une façon plus certaine, l'un des pubis de l'autre.

Pas de complications graves : hémorrhagie ordinairement modérée ; pas de lésions des voies urinaires du fait de l'opérateur, très rarement du fait de l'écartement des pubis ; incontinence d'urine rare ou ordinairement de courte durée.

Dans les deux cas propres à l'auteur, quoique la mobilité des articulations ait été, par la suite, plus prononcée qu'à l'état normal, la marche s'est accomplie facilement.

M. Chambrelent (de Paris) a communiqué le résultat de ses expériences sur les propriétés toxiques du sérum des éclamptiques. Dans 6 cas, résultats positifs.

M. Auvard se félicite de plus en plus du tamponnement intra-utérin comme moyen d'hémostase en obstétrique et en gynécologie. Il l'a appliqué 38 fois avec succès dans des cas divers d'hémorrhagie après accouchement, avortement, du post-partum, après curage, après myomotomie vaginale.

M. Verrier a recommandé, en obstétrique et gynécologie, l'anesthésie mixte par l'injection de morphine et de chloroforme.

MM. Labadie-Lagrave et Basset (de Paris) ont fait l'examen du sang et des lochies dans les formes actuelles de la septicémie puerpérale (formes légères, retardées, prolongées avec localisations successives et variées) : le streptocoque en longues chaînettes apparaît pendant toute la durée de l'état aigu et disparaît avec lui dans les lochies et dans le sang. Pendant l'apyrexie, on trouve le microcoque et le diplocoque mobile et la réapparition des chaînettes indique l'imminence d'une nouvelle poussée.

M. Heinricius (d'Helsingfors) décrit un mode spécial d'accouchement par le front. Il recommande beaucoup le basiotribe Tarnier pour la craniectomie : M. Bar appuie ses conclusions.

M. Faucon (de Lille) relate un cas de dystocie par excès de volume du fœtus (5 kilogs).

M. Cameron (de Glasgow) conseille l'emploi d'un pessaire comme compresseur au début de l'incision de l'opération césarienne.

M. Paul Petit (de Paris) a lu un travail sur le varicocèle pelvien. Il pense être le premier à avoir donné la description nette et précise des lésions qu'il détermine dans les ovaires. A la phase initiale, dont il a pu étudier un cas type, on ne constate que de l'œdème et des pseudo-kystes par dissociation du tissu conjonctif. Plus tard, en même temps que l'œdème persiste, en partie, la sclérose survient et, par suite, les follicules s'enkystent. La dégénérescence scléro-kystique, lésion si importante et si fréquente en gynécologie, n'a donc point, comme facteur indispensable, la péri-oophorite. Sans compter les congestions actives hétérochrones et répétées, il faut tenir grand compte, dans sa genèse, de la stase veineuse prolongée. Cette opinion est celle d'un bon nombre de gynécologues, mais elle manquait de démonstration anatomique.

M. Bossi (de Gênes) a rappelé ses travaux sur la régénération de la muqueuse utérine et décrit les avantages de son dilatateur du col utérin gravide.

M. Verchère a présenté un drain en caoutchouc pour l'utérus, à maintien automatique.

M. Chéron a rappelé son mode de drainage de l'utérus à l'aide d'un faisceau de crins de Florence.

M. Apostoli a lu un mémoire sur le courant alternatif sinusoïdal qui doit prendre place à côté du courant faradique ou galvanique.

M. Gautier a inauguré, depuis deux ans, une nouvelle application du courant de pile, appelée électrolyse interstitielle.

M. Delineau, par l'électrolyse cuprique intra-utérine, réussit à guérir toutes les métrorrhagies dues au fibrome et à l'endométrite.

M. Cittadini (de Bruxelles) a pratiqué 15 fois, avec succès, le raccourcissement des ligaments ronds.

D'après M. Ziembicki (de Lemberg) les hémorrhagies vésicales consécutives à l'opération de la fistule vésico-vaginale et qui peuvent provoquer la mort, sont d'origine veineuse et dues à la section par les fils. Le seul traitement efficace est la taille hypogastrique.

M. Keiffer (de Bruxelles) cite deux observations prouvant le rôle des ovaires dans la menstruation.

M. Vallin (de Lille) cite un cas et M. Handrix (de Bruxelles) présente deux petits malades, à l'appui de la guérison, par laparotomie simple, de la péritonite tuberculeuse.

M. Duret (de Lille) a fait une communication sur le diagnostic des tumeurs végétantes des ovaires qui, au point de vue anatomique, se distinguent en épithéliomes, adénomes et papillomes vrais.

MM. Consolas (d'Athènes), Boursier (de Bordeaux) ont relaté des faits de malformation génitale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Henri Guéneau de Mussy, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

— Par décisions ministérielles des 14 et 19 septembre 1892 :

M. Auger, médecin aide-major de première classe à l'École supérieure militaire de Saint-Cyr, a été désigné pour faire partie de la mission de M. le commandant Quinquandon au Soudan.

M. Huguet, médecin aide-major de première classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou à Paris, a été désigné pour l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr.

— L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le jeudi 27 octobre 1892.

Les candidats s'inscriront au siège de l'Académie dans laquelle ils résident. — Les registres d'inscription seront clos le jeudi 20 octobre, à quatre heures.

Seront admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la chimie, la physique et l'histoire naturelle médicale.

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de deuxième année. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie, la myologie, l'angiologie et l'histologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » la première partie au deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur la névrologie, la splan-

chnologie, l'anatomie des régions, l'histologie et la physiologie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » la deuxième partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves sont : une composition de médecine et de chirurgie. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

5° Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont été admis à chacun de ces grades avec la note « bien », pourront obtenir sans concours une bourse de première année.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

10

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.112	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre........................ 1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » — sesqui-oxyde de fer; — de chaux; Chlorure de sodium; Matières organiques 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

52

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

14

MALADIES DE POITRINE

Bronchites chroniques, catarrhes pulmonaires, laryngites, exctinctions de voix, etc., etc.

TRAITEMENT RATIONNEL PAR LE

Sirop balsamo-sulfureux Le Brun

monosulfure de sodium chimiquement pur. Goudron, Tolu et Alcoolatᵉˢ de racine d'aconit. &c. Dépôt : Phⁱᵉ Cⁱᵉ, 50, fᵍ Montmartre, Paris et Phⁱᵉˢ.

33

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux,** du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, phⁱᵉⁿ, ex-préparatʳ à l'Ecole de médecine et de pharmacie, RUE VICTOR-HUGO, 14, LYON.

92

OREZZA EAU MINERALE FERRUGINEUSE GAZEUSE

CHLORO-ANÉMIE — GASTRALGIES

5

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

23

SIROP DE LABÉLONYE

DE **DIGITALE** — excellent sédatif, **puissant diurétique.**

SUCCÈS CONSTANT DEPUIS PLUS DE 40 ANS contre MALADIES DU CŒUR

Hydropisies, Bronchites nerveuses, etc.

Dans toutes les pharmacies.

99

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.
La boite de 20 cachets à 0,25 cᵍʳ. . . . 2 *fr.*
Phⁱᵉⁿ ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envois par poste.

42

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dʳ COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phⁱᵉˢ.

52



Débilité, Anémie, Maladies de l'enfance,

sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, à base d'algues marines, remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés, sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables.

LE PERDRIEL et Cⁱᵉ, Paris.

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPOT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

73

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :

0ᵍʳ,05 d'Iode
et 0ᵍʳ,10 de Tanin,

exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles,** etc.....

DOSES. — Enfants : 1 cuillerée à café;
: Adultes : 1 cuillerée à soupe,

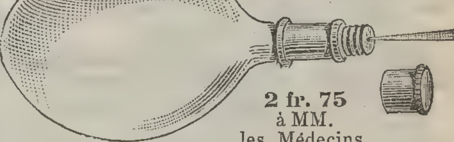
avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

42

CHLORÉTHYLE DU Dʳ BENGUÉ

anesthésique local et analgésique instantané.



3 fr. 50 envoi franco contre mandat.

2 fr. 75 à MM. les Médecins.

Dʳ BENGUÉ, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

72

DESNOIX 17, RUE VIEILLE-DU-TEMPLE PARIS



PANSEMENTS ANTISEPTIQUES
TOILE VÉSICANTE
TOILE VÉSICANTE ROSE à la cantharidine
THAPSIA, SPARADRAP des **HOPITAUX**
et tous les sparadraps.
PLUMASSEAUX-EPONGES
remplaçant les éponges naturelles.
PINCEAUX MOLLETONNÉS
pʳ enlever les fausses membranes dˢ l'angine couenneuse.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et Cⁱᵉ, 49, r. de Maubeuge, et phⁱᵉˢ.

N° 113. — MARDI 4 OCTOBRE 1892. 65e ANNÉE. MARDI 4 OCTOBRE 1892. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DUPLAY.

Les perforations syphilitiques du palais.

Nous allons opérer tout à l'heure un jeune homme de trente-quatre ans, atteint d'une perforation syphilitique du palais. Au dire de ce malade, c'est il y a neuf mois qu'il a vu apparaître sur la voûte palatine, un peu à gauche de la ligne médiane, une tuméfaction mollasse, entièrement indolente, ayant à peu près le volume d'un haricot. Cette tuméfaction s'ouvrait au bout d'une dizaine de jours, ne laissant suinter que très peu de liquide, et aussitôt le malade était tout surpris de voir les aliments refluer de la bouche dans le nez au moment de la déglutition; la perforation se trouvait donc constituée.

Tel est le récit de ce malade. En le questionnant davantage, on apprend que plusieurs semaines, plusieurs mois même avant la perforation, il avait eu des accidents du côté des fosses nasales : non seulement il mouchait beaucoup, mais il mouchait un liquide séro-purulent, d'odeur horriblement fétide. De plus, un peu avant le moment où la perforation s'est faite, quelques fragments osseux sont sortis avec le liquide séro-purulent. J'insiste sur ces commémoratifs, fort importants pour bien comprendre la pathogénie des perforations syphilitiques du palais, et pour instituer à temps le traitement prophylactique.

Actuellement, la perforation siégeant, comme je vous l'ai dit, un peu à gauche de la ligne médiane, mesure 2 centimètres et demi dans le sens transversal. Sa forme est elliptique. Elle est située à peu près à égale distance de l'arcade dentaire et du bord du voile du palais. Le stylet pénètre facilement dans les fosses nasales. Sur les bords de la perforation un tissu cicatriciel unit la muqueuse pituitaire et la muqueuse palatine.

Les troubles fonctionnels sont surtout pénibles au point de vue de la déglutition. La phonation est, elle aussi, troublée, mais le malade arrive assez bien à rendre sa voix intelligible, en obturant lui-même la perforation au moyen d'un simple petit bouchon de mie de pain.

La syphilis chez ce malade n'est pas douteuse. Il raconte qu'il a eu, il y a quelques années, un chancre suivi d'accidents : plaque de la gorge, chute des cheveux, qui ne laissent aucune incertitude sur la nature infectante de ce chancre. Du côté de l'œil seraient même survenus plus récemment des accidents qui paraissent avoir été des accidents d'iritis.

Alors même que ces commémoratifs nous manqueraient, que le malade, comme le fait est si fréquent, nierait ou ignorerait sa vérole, nous pourrions, par ces caractères objectifs seuls, conclure à la nature syphilitique de la perforation. Il n'y a pas, en effet, dans ce cas, à discuter ni les perforations congénitales, ni les perforations traumatiques. On ne peut donc songer qu'à la scrofulo-tuberculose ou à la syphilis. Or, les perforations de la scrofulo-tuberculose sont très rares sur la voûte. Elles occupent presque toujours le voile. Elles sont ou très petites, admettant à peine la pointe d'un stylet très fin, ou très larges. Elles n'ont jamais, comme dans notre cas, de dimension moyenne. Il est bien rare qu'elles ne soient pas accompagnées d'autres accidents scrofulo-tuberculeux.

La pathogénie des perforations dues à la syphilis est, d'après les auteurs classiques, la suivante : Une gomme se forme entre l'os et la fibro-muqueuse qu'elle décolle. Elle se ramollit, elle s'ulcère; l'os dénudé se nécrose. On comprend difficilement, avec cette explication, que la nécrose soit totale. Pourquoi la face pituitaire ne resterait-elle pas intacte, de même qu'au crâne, dans les gommes sous-périostiques, la face non atteinte résiste, tandis que la face attaquée se nécrose? Et de même pour tous les os plats.

C'est ici qu'apparaît l'importance des accidents que je vous ai signalés du côté de la pituitaire. Toutes les fois que vous suivrez longuement un malade, que vous l'interrogerez minutieusement, vous constaterez que toujours des accidents d'ozène, de coryza syphilitique, ont précédé la perforation. On doit donc admettre que, presque toujours, une première gomme s'est développée dans les fosses nasales, décollant la fibro-muqueuse pituitaire. Une seconde gomme se développe sur le voile du palais, au point diamétralement opposé. Ce développement symétrique de deux gommes, de deux foyers d'ostéo-périostite, aux deux faces d'un os plat, est, vous le savez, loin d'être rare dans l'histoire clinique de la vérole. Au sternum, au crâne, on en observe d'assez fréquents exemples. C'est par le décollement simultané des fibro-muqueuses pituitaire et palatine que s'explique la nécrose totale de l'os interposé et la perforation.

Ce qui est important d'ailleurs à retenir pour vous, c'est

moins cette interprétation pathogénétique, que ce fait clinique important des accidents de coryza précédant et devant faire craindre la perforation.

Le traitement sera, en effet, avant tout préventif. Il faut traiter le coryza de bonne heure et énergiquement pour prévenir les perforations. Comme dans toutes les lésions tertiaires, c'est l'iodure de potassium qu'il faut prescrire. Toutefois, dans les syphilis non traitées jusque-là, ou incomplètement traitées, il me paraît utile de prescrire avec l'iodure un peu de mercure.

La perforation produite, le traitement spécifique perd, bien entendu, ses droits. N'oubliez pas, toutefois, qu'il n'est pas rare de voir des poussées nouvelles d'ozène et de périostite palatine, amener de nouvelles pertes de substance et l'agrandissement d'une perforation déjà existante. Ces poussées paraissent justiciables de la médication spécifique.

Il est enfin utile de compléter le traitement général par un traitement local et de s'attacher surtout par des lavages, des irrigations, à obtenir une asepsie aussi parfaite que possible de l'ulcère qui précède la perforation.

Je n'insisterai pas sur le traitement palliatif. Les appareils prothétiques, qu'ils aient leur point d'appui vers les fosses nasales ou du côté des dents, sont mal supportés en général. Ils se déplacent facilement pendant la mastication. Pour la phonation, les obturateurs improvisés par les malades eux-mêmes suffisent souvent. Notre malade se sert habilement, vous l'avez vu, d'une boulette de mie de pain. Un malade que j'ai soigné à Saint-Antoine était, lui aussi, arrivé à oblitérer, avec une véritable virtuosité, sa perforation au moyen de sa chique.

L'uranoplastie est préférable aux appareils prothétiques. Après avoir avivé les deux bords de la perforation, on limite par deux incisions courbes, à convexité dirigée vers les arcades dentaires, aussi voisines que possible des arcades dentaires et faites jusqu'à l'os, deux lambeaux muqueux. Ces lambeaux sont décollés à la rugine. Le décollement est prolongé au delà des limites antérieure et postérieure de la perforation, en ayant bien soin de ne pas rompre les extrémités des lambeaux. Les faces internes de ces lambeaux sont enfin attirées et suturées sur la ligne médiane. Cette opération peut souvent être faite sans chloroforme. Si on emploie le chloroforme, il faut avoir soin d'éviter la chute du sang dans les voies aériennes. Trélat plaçait ses malades la tête déclive, tombant aussi bas que possible, pour éviter cet accident.

Une condition importante du succès est de n'opérer que lorsque le coryza est complètement guéri. Il est également utile de faire continuer quelque temps le traitement spécifique et de surveiller les retours du coryza. Faute de cette précaution, les récidives détruisant, non les lambeaux, mais une nouvelle portion de la voûte en avant ou en arrière, s'observent assez fréquemment.

LE DIABÈTE PANCRÉATIQUE

Par MM. Lancereaux et A. Thiroloix.

(Communication à l'Académie des sciences.)

Dès l'année 1887, M. Lancereaux avait établi cliniquement l'existence d'un diabète sucré, à évolution rapide, lié à la destruction du pancréas. En 1888, le même auteur avait adopté la classification suivante des diabètes : 1° diabète nerveux traumatique ou spontané; 2° diabète gras ou constitutionnel; 3° diabète maigre ou pancréatique.

Les expériences pratiquées depuis lors sur les animaux ont confirmé l'existence de ce dernier diabète. L'extirpation totale du pancréas, chez le chien, amène constamment un diabète sucré à évolution plus ou moins rapide (vingt-huit à cent vingt jours), ainsi que l'ont établi Von Mering et Minkowski, MM. Lépine, Hédon, Gley et Thiroloix. Toutefois, comme la destruction de la glande pancréatique, sur place, par des injections de matière inerte, n'est suivie ni de glycosurie, ni de trouble de dénutrition important, M. Thiroloix était arrivé à croire que le traumatisme nerveux qui accompagne l'ablation de cette glande est la condition génésique du diabète, et cette manière de voir s'appuyait encore sur la constatation d'une hypertrophie des ganglions solaires, chez quelques individus ayant succombé au diabète pancréatique.

MM. Lancereaux et Thiroloix présentent maintenant le résultat d'expériences plus récentes, qui les amènent à une conclusion différente. Ces expériences consistent à opérer, dans un premier temps, chez le chien, sous la peau de l'abdomen, l'ectopie d'une portion plus ou moins étendue du parenchyme pancréatique (portion duodénale) avec son pédicule vasculo-nerveux. Deux ou trois semaines plus tard, l'extirpation de tout le reste du pancréas abdominal est pratiquée en même temps que la section du pédicule vasculo-nerveux allant à la portion pancréatique ectopiée, de telle sorte qu'il ne reste, chez l'animal, que cette dernière portion, qui s'y est greffée et qui déverse au dehors son produit de sécrétion, par l'intermédiaire d'un trajet fistuleux. L'animal n'est toujours pas diabétique ; mais si, dans un troisième temps, l'on vient à enlever cette greffe, la glycosurie et l'azoturie apparaissent au bout de quelques heures.

Cette expérience, maintes fois répétée, ayant toujours donné un résultat identique, il faut bien admettre que ce n'est pas la sécrétion glandulaire externe, mais une sorte de sécrétion interne, qui devient la cause de cette glycosurie. Ce serait là une nouvelle fonction de la glande pancréatique qui donnerait un appui aux recherches de M. Brown-Séquard sur l'action des sucs glandulaires. Quelle est la nature de cette sécrétion? Est-ce un ferment, comme le prétend M. Lépine? C'est ce qu'il reste à démontrer exactement.

En tout cas, MM. Lancereaux et Thiroloix tirent de leurs observations et de leurs expériences les conclusions suivantes : il existe un diabète, réellement lié à la destruction du pancréas; ce diabète ne provient pas de l'absence de la sécrétion glandulaire externe, mais simplement de l'absence du suc sécrété intérieurement par la glande et résorbé par les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

MÉDECINE LÉGALE DES ACCIDENTS DE LA FOUDRE (1)

Par le docteur Vincent, de Guéret (Creuse),

Lauréat de l'Académie de médecine, de la Société de médecine du Nord et de la Société des langues romanes de Montpellier.

VIII

2. *Vitrifications. Fulgurites.* — A. Lorsque la foudre creuse des canaux dans un sable facilement fusible, elle fond et vitrifie leurs parois et forme de véritables tubes de verre, à parois intérieure lisse et extérieure, lorsqu'elle est isolée, plus ou moins chagrinée par le sable qui y adhère. On les appelle *tubes fulminaires*.

Il peut arriver que la paroi du canal, fondue dans une épaisseur plus considérable, ne se solidifie pas assez vite et laisse couler la matière en fusion, de manière à oblitérer le calibre du tube qui devient alors un cylindre plein.

La matière vitrifiée, au lieu de former un tube ou un cylindre, peut se présenter sous forme de masses irrégulièrement sphéroïdales ou ovoïdes ressemblant à de l'opale, de l'émail ou à de la pierre ponce.

Enfin, nous devons signaler une dernière espèce de fulgurite;

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1013.

c'est la variété en feuilles trouvée à Rome (État de New-York). Sur le côté d'un tube fulminaire on rencontre, à 18 pouces de profondeur, plusieurs couches minces de sable vitrifié, onduleuses, inclinées vers l'horizontale et séparées par des intervalles de 1 à 4 pouces.

Ces produits de la foudre, qu'on a désignés sous le nom général de fulgurites, auraient une grande importance en médecine légale, par cela même que cet agent peut seul les produire dans les circonstances où ils se rencontrent. Malheureusement, enfouis le plus souvent profondément dans le sol, ils échappent à la vue et ne sont constatables que lorsque le hasard les fait découvrir plus ou moins longtemps après leur formation.

B. Il n'en est plus de même des vitrifications formées à la surface du sol ou sur les roches, qui attirent facilement l'attention. Ici, il est présumable que la surface du sol sablonneux, où se forment ces fulgurites, doit présenter souvent des traces d'une fusion opérée par la foudre. Près de Paderborn (Russie), M. Echterlin trouva sur le sable, au pied d'un sapin foudroyé, de petits corps vitrifiés réunis entre eux par des filaments coralliformes également vitreux.

On a vu de la terre glaise, revêtant une poutre, réduite en verre blanc. On a vu, également, vitrifiées, des tuiles et des briques fabriquées avec la même terre. Il ne serait donc point étonnant de rencontrer des effets semblables au pied et aux environs d'arbres foudroyés plantés dans un sol argileux.

Ces vitrifications se rencontrent fréquemment dans certains pays, comme la Suisse, sur de hautes montagnes comme les Alpes, les Pyrénées et quelques sommets des Cordillères, à la surface des rochers. D'après Ramond, sur le schiste micacé du Pic du Midi « la foudre n'agit qu'à sa superficie qu'elle recouvre d'un glacis d'émail jaunâtre, surmonté de boursouflures ou bulles tantôt sphériques, tantôt crevées et concaves, ordinairement opaques, quelquefois transparentes. Il y a des rochers dont la surface entière est vernissée de cet émail et couverte de bulles dont la grosseur atteint souvent celle d'un pois. Mais l'intérieur de la roche demeure parfaitement sain; la partie fondue n'a pas plus d'un millimètre d'épaisseur. » Sur un échantillon de roche fulgurée de cette provenance, la coloration en jaune ocre du vernis vitreux me semble dépendre de la présence de sels de fer qui s'y trouvent en abondance. La présence d'autres sels métalliques peut certainement donner à la vitrification des couleurs différentes.

D'après le savant qui me l'a adressé, le regrettable Vaussenat, « ces fulgurites ne se trouvent qu'au point culminant, dans la partie constituée par le micaschiste » et jamais sur la partie *ouest* qui est *granitique* et sur la partie *est* constituée par du calcaire dévonien. Toutes les roches ne sont donc pas susceptibles de fusion. J'en suis d'autant plus convaincu que, dans mon pays essentiellement granitique, je n'ai jamais vu de vitrifications à la surface des roches et n'ai jamais entendu parler de tubes fulminaires trouvés dans les couches souvent épaisses de granit désagrégé appelé tuf dans le pays.

3. *Plantes herbacées.* — A. Comme les feuilles de lierre du peuplier de Chier-du-Prat, les herbes peuvent être flétries, noircies, brûlées. Dans un champ de betteraves foudroyées, les feuilles furent desséchées, rougies, frisées ou brûlées. Telesius crut reconnaître, au microscope, que la coloration provenait de l'extravasation de la sève hors des vaisseaux, effet analogue au sang extravasé de l'ecchymose.

Sur le plateau découvert où Conchon fut mortellement foudroyé, l'éclair, en suivant les interstices d'ajoncs et de bruyères rendus, par l'écoulement de l'eau d'orage, meilleurs conducteurs que les arbustes, s'était en quelque sorte photographié dans le sol en y traçant une ligne sinueuse, noire comme celle tracée par une traînée de poudre enflammée affectant la même disposition et due à la brûlure du gazon.

B. Un des effets les plus curieux est celui qui a été désigné sous le nom de *cercle des fées*. Il consiste en cercles parfaitement réguliers où l'herbe est tantôt décolorée, friable et même brûlée jusqu'au sol, tantôt, au contraire, beaucoup plus verte et plus fraîche que celle qui l'entoure. Ils peuvent affecter la forme de zones ou sentiers circulaires, ayant quelquefois plus d'un pied de large, où l'herbe brûlée, ou tout au moins avariée d'une manière quelconque, entoure un cercle d'herbe saine et n'ayant point souffert. On a vu de ces cercles qui avaient 7 à 8 mètres de diamètre.

M. Colladon a observé des effets à peu près analogues sur les vignes foudroyées. Celles-ci, sensiblement égales en hauteur, en volume, et plantées à des distances égales les unes des autres, sont grillées et flétries, autour du cep frappé, dans une *étendue circulaire* de terrain variable, et ces lésions vont en s'atténuant du centre à la circonférence du cercle.

C. Enfin un cas intéressant de transport de matière et d'images électrographiques m'a été rapporté par M. Méry, ancien maire de Lépinas : Dans un cercle de 10 mètres de rayon autour d'un arbre foudroyé, les empreintes des fougères, dont le champ était semé, étaient parfaitement dessinées sur le gazon. C'est un fait curieux qui vient encore à l'appui de l'opinion que j'ai émise : « que l'électricité fulgurante, déversée sur le sol, irradie autour du point foudroyé. »

4. *Télégraphes électriques et chemins de fer.* — Leur établissement, à notre époque, a créé des risques de fulguration, autrefois inconnus, auxquels peuvent être exposées, à de grandes distances, les personnes employées à leur exploitation. Nous ne devons donc pas omettre les effets de la foudre sur ces grands appareils de la science et de l'industrie modernes.

A. Nous avons déjà fait mention des effets de la foudre sur les télégraphes électriques, en parlant de l'accident de Montaigut, où nous avons vu des pièces de l'appareil fondues et soudées, les fils métalliques volatilisés, des poteaux lacérés et réduits en éclats. Dans un autre accident, arrivé à Vieilleville, station du chemin de fer voisine de Montaigut, nous avons aussi observé des traces de fusion sur l'appareil en cuivre et la lacération du poteau télégraphique foudroyé, situé à 2 kilomètres du poste. A ces deux faits je puis en ajouter un autre dont j'ai été témoin aussi : c'est celui d'une chute de tonnerre sur un poteau télégraphique qui fut fendu, arraché du sol et resta suspendu au fil conducteur qui n'eut aucun mal. Quatre autres poteaux, les deux premiers de chaque côté, furent aussi fendus et assez avariés pour qu'on fût dans l'obligation de les remplacer, quoique, à la différence du premier, ils n'eussent point été arrachés du sol. Au dire des inspecteurs de télégraphes, que j'ai interrogés à ce sujet, ces accidents sont loin d'être rares.

Indépendamment des effets sur les poteaux, que ces trois observations résument, je n'en trouve, dans les auteurs, qu'un autre digne de trouver place ici : c'est le *sillon en hélice* nettement creusé comme on aurait pu le faire avec un instrument, et qui serait fréquent, dit-on.

B. Les rails des chemins de fer, en servant de conducteurs à la foudre, peuvent exposer, à de graves dangers, les gardes qui marchent sur eux, les ouvriers qui travaillent à l'entretien de la voie, les équipes des gares et, en particulier, les aiguilleurs dont le corps, avec le levier volumineux qu'ils font mouvoir, forme une masse considérable, bonne attractrice de l'électricité qui peut se porter sur eux au milieu d'une manœuvre qui interrompt la continuité de la ligne de fer. Bien que la conductibilité de celle-ci, meilleure que celle du corps humain, corrige en grande partie ces dangers, des accidents mortels ne sont cependant point impossibles. Il peut se faire, notamment, qu'un garde, qui marche sur les rails, soit projeté à distance contre des rochers où il peut se briser le crâne et trouver la mort, sinon dans l'action directe de la foudre, au moins dans la chute qu'elle provoque. Dans ce dernier cas, indépendamment des lésions de la voie, il serait bon d'examiner la semelle de la chaussure qui pourrait être brûlée et les clous arrachés.

Les traces de la foudre sur la voie ferrée doivent donc, dans ce cas, être soigneusement recherchées. Le volume des rails ne permet guère leur fusion. Néanmoins il ne faut point négliger d'examiner leurs extrémités, où il reste toujours un vide dans la join-

ture, et même les lamelles détachées par le poids des trains. Il faut examiner aussi les plaques métalliques qui réunissent les extrémités des rails et leurs boulons, les coussinets ou les crampons qui les fixent aux traverses, les aiguilles mobiles qui se mettent en contact avec eux par une de leurs surfaces. Ces diverses pièces, contiguës par quelques-unes de leurs surfaces chargées d'électricité de même nom, ont de la tendance à se repousser et, par suite, peuvent être séparées, arrachées ou brisées avec fragments projetés. Les rails détachés des traverses pourraient, de plus, être dérangés de leur position. Mais, je le répète, la bonne conductibilité de la voie ferrée doit rendre ces effets rares.

5. *Navires.* — Je ne crois pas qu'il soit nécessaire ici d'insister sur les effets de la foudre sur les navires qui ne peuvent être, d'ailleurs, que ceux observés sur les pièces de charpente et les métaux qui entrent en grande quantité dans la construction et l'ameublement de ces édifices flottants. Les effets produits sur les voiles et les cordages ne doivent guère différer, d'un autre côté, de ceux que nous trouverons plus loin sur les habits des victimes. Du reste, les cas qui réclament l'intervention du médecin légiste doivent bien rarement se présenter dans un milieu où l'accident se produit *coram populo.*

Telles sont les données extérieures ou extrinsèques au corps de la victime qui peuvent être invoquées pour la détermination du genre de mort. Si je leur ai consacré tout ce développement, c'est que, pour bien apprécier, le médecin doit être au courant de tous ces effets, dont quelques-uns, notamment ceux qui paraissent être faits de main d'homme, pourraient l'induire en erreur. Par elles-mêmes, ces données établissent déjà une forte présomption en faveur de la mort par fulguration, mais ne sont pas suffisantes pour permettre une affirmation absolue. La mort peut, en effet, être due à d'autres causes. L'examen et l'autopsie du cadavre ne doivent donc pas être négligés. Cela nous amène à faire connaître les lésions produites par la foudre sur le corps de l'homme et celui des animaux ; c'est ce qui va faire l'objet de la deuxième partie de ce travail.

DONNÉES INTRINSÈQUES (EFFETS DE LA FOUDRE SUR L'HOMME ET LES ANIMAUX).

Des expériences faites sur des animaux (chiens, lapins, etc.), soumis à la décharge d'une batterie électrique plus ou moins puissante, par Troostwyket et Kragenhoff, confirmées par celles d'Hébert, Tourdes et Bertin, et, en dernier lieu, de Dechambre, il résulte : 1° que la mort survient souvent soit instantanément, soit après quelques secousses convulsives, soit surtout après un tétanos général, quand la décharge va du front à la première vertèbre cervicale, du front ou de la bouche au sacrum, d'un côté à l'autre de la poitrine ; 2° qu'une décharge, allant de la partie moyenne de la colonne vertébrale au sacrum, ne tue jamais, mais donne lieu à des phénomènes convulsifs ou tétaniques du train postérieur de l'animal ; 3° qu'indépendamment de ces phénomènes nerveux, les fonctions respiratoires, circulatoires, sécrétoires et excrétoires peuvent présenter des perturbations plus ou moins grandes ; 4° enfin que, chez les animaux morts ou sacrifiés après l'expérience, l'autopsie a permis de constater des injections des méninges, avec intégrité apparente du tissu nerveux central, à l'exception du bulbe qui a paru quelquefois congestionné ; de là de la congestion, de l'œdème ou des ecchymoses sous-pleurales.

Ici l'électricité a atteint les parties les plus profondes et, notamment, le système nerveux central à travers les os du crâne et de la colonne vertébrale, le tissu le plus dur, le moins humide, et, par conséquent, le moins bon conducteur de l'économie.

Les effets pathologiques produits par la foudre chez les personnes atteintes sans succomber, tels que douleurs névralgiques et autres, affections convulsives, tremblements nerveux, névrose dyspnéique du grand sympathique, paralysies diverses momentanées ou persistantes, hémoptysies, nausées, vomissements, voire même la dilatation des veines, au point de produire des varices, etc., viennent confirmer de tous points les effets bien connus de l'électricité de nos machines et démontrer avec eux que l'agent électrique, quelle que soit son origine, ne se borne pas à suivre la surface du bon conducteur que lui offre le corps de l'homme ou des animaux, mais encore pénètre et se diffuse dans la profondeur de tous les organes et de tous les tissus de l'économie.

Nous avons vu la même chose se produire dans l'arbre où l'électricité, diffusée au sein du tissu ligneux, fait l'effet d'une mine en lacérant et divisant le bois avec projection des fragments. Dans le corps de l'homme et des animaux, cette diffusion doit produire des effets analogues et donner lieu à des lésions de toute nature, physiologiques, physiques, chimiques, caloriques, mécaniques, dans tous les tissus et tous les organes, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. C'est, en effet, ce qu'a confirmé l'observation des victimes de la foudre.

Avant d'aller plus loin, disons que la foudre peut ne pas laisser de traces de son passage sur le corps de ses victimes : sur 119 cas de morts par la foudre, réunis par MM. Sestier et Méhu, 19 fois, c'est-à-dire dans 1/6 des cas, il y a eu absence complète de lésions extérieures. Ici, les lésions internes, s'il en existe, aidées des circonstances de voisinage exposées dans la première partie de ce travail, pourront éclairer le diagnostic.

S'il n'existe de lésions ni à l'extérieur, ni à l'intérieur, cas dans lesquels l'électricité diffusée a sidéré l'individu, en anéantissant instantanément la vie dans tous les tissus, ces mêmes circonstances extérieures pourront encore mettre sur la voie de la cause de la mort et établir des présomptions sérieuses, surtout en l'absence de lésions dues à des causes morbides, mais sans cependant donner une certitude absolue, comme on le comprend.

MÉDECINE PRATIQUE

Limonade lactique. — M. le docteur Patin (de Boulogne-sur-Mer) a apporté, à la formule connue de la limonade lactique anticholérique, une petite modification qu'il formule ainsi :

Acide lactique.	10 à 15 grammes.
Lactose.	50 —
Eau (bouillante), ad. . . .	1 litre.

L'action diurétique de la lactose s'ajoutant à l'effet parasiticide de l'acide lui semble répondre à l'un des termes du problème de la thérapeutique du choléra.

VARIÉTÉS

A propos d'hygiène.

Par M. le docteur BADOUR,
Médecin principal de première classe.

I

A fréquenter les Arabes, on remarque bien vite que, des préceptes de l'hygiène, ils ne pratiquent (inconsciemment) que ceux que le Prophète a revêtus d'un caractère religieux. La foi sauve où l'esprit manque. Telles sont les ablutions qu'à défaut d'eau ils remplacent par des frictions au sable, telle est l'interdiction des alcools et de la chair de porc, tel encore le badigeonnage périodique des maisons à la chaux délayée.

Ils se rasent la tête et s'épilent partout par le même principe : ce qui n'empêche pas que la vermine, chez eux, ne trouve un abri sûr. Que serait-ce autrement? et que je conterais des choses renversantes que de mes yeux j'ai vues, si tout pouvait s'écrire!

Quant à l'hygiène publique, ils n'en connaissent pas les

moindres éléments. Cela tient, socialement parlant, à l'isolement dans lequel ils vivent les uns vis-à-vis des autres. Enfermés dans leur égoïsme et férocement jaloux, quoique polygames, ils n'admettent pas qu'un voisin mette les yeux chez eux. Chacun pour soi, c'est la devise commune : conséquemment, l'intérieur seul les tient et d'un tacite accord ils jettent au dehors ce qui gêne dedans.

Il est vrai que, vivant habituellement au grand air par le fait d'un climat presque toujours sec et doux, quand il n'est pas brûlant, ils peuvent d'instinct se soucier fort peu des détritus du ménage et même des déjections, qui, d'ordinaire, n'ont pas le temps de fermenter en raison d'une facile et prompte dessiccation.

S'inquiéter de la poussière qui en résulte et qui ne contribue pas peu à les rendre chassieux, n'est pas dans leurs moyens. Ils ne s'inquiètent pas davantage des rapides décompositions par la saison humide. Ignorants et fatalistes, ils prennent la pluie comme toute autre chose et la laissent passer, succombant ou survivant sans y comprendre rien et s'en préoccuper.

Donc, pourvu que la source soit vive ou la citerne pleine, pourvu que la maison soit relativement nette ainsi que le gourbi, ou que la tente fauve soit en bon point placée, tout va bien et les résidus de la vie matérielle restent sous les pieds et le nez, c'est-à-dire à côté des cases ou des tentes, si ce n'est sur les terrasses mêmes.

A la campagne, dans les douars, les poules et les chiens opèrent en partie une utile vidange. Pour ce motif d'aucuns prétendent, et je suis de ceux-là, que la chair de volaille a un fumet spécial. D'ailleurs, l'encombrement s'y évite par le déplacement; car ils ne déménagent point parce que la place est sale, mais parce qu'elle manque.

A la ville où l'élément européen n'a pas encore introduit sa police, c'est différent : la fixité de la demeure impose la fixité des fumiers. Ils balaient leurs déchets au-devant de leurs portes et les y abandonnent; ces déchets s'y entretiennent, malgré une usure naturelle, par un perpétuel renouvellement et ils y constituent des tas uniformes sur lesquels, par la sécheresse, il semble que l'on marche comme sur du caoutchouc. Par la pluie, cela devient mou, glissant, putrilagineux et les pieds nus du vulgaire, le seul qui sorte alors, s'en accommodent avec indifférence.

Et dites que ce n'est pas vrai, les admirateurs entêtés des beautés orientales, dont cela fait partie comme tant d'autres choses qui ne valent pas plus; et je vous répondrai que vous n'avez rien vu qu'avec des yeux prévenus qui ont tout juste le loisir de s'ébahir devant les perspectives nouvelles.

Elles sont étranges, en effet, ces perspectives et elles sont saisissantes par leurs formes bizarres aux contours imprévus, par les échappées à travers les massifs, par les plaines aux vagues horizons et surtout par l'éclat que les heures du jour varient comme à plaisir.

Mais regardez à terre et regardez-y bien, là où l'homme subsiste, là où il dort et mange; car c'est là l'intérêt au point de vue humain. Et ensuite demandez-vous comment se maintient la tradition qui consiste à sacrer merveilleux les pays orientaux, ces pays qui élaborent les grandes pestilences et dont notre Afrique est une dépendance ethnographique.

Pour le répéter, l'égout dans ces pays, c'est le plein air ou c'est la voie publique. Hors du domicile, nul ne s'occupe du sort de la matière usée et l'on s'empoisonne réciproquement.

Au surplus, le présent y est la répétition du passé. Les Arabes sont retournés à la vie matérielle et primitive, si tant est qu'ils en soient jamais sortis. Et ce n'est point parce qu'ils considèrent le progrès comme démoralisateur : leur intelligence ne s'élève pas à cette conception. Non, ils sont figés ou mieux, pour employer une expression moderne, ils sont cristallisés dans leurs usages.

II

Et je médis si peu, au sens littéral du mot, ne pouvant parler bien de ce qui est mauvais, que nous autres, les gens civilisés, nous faisons pis quand nos instincts n'ont pas de correctifs.

Êtes-vous allés en Bretagne, dans le Midi, en Auvergne ou dans le Limousin et y avez-vous observé les coutumes populaires en ce qui concerne les débris organiques?

Ce qui se passe aux fermes, aux hameaux, aux villages où l'on n'est guère encore partisan des nouveautés, est inimaginable.

Tout y est emmêlé, on vit avec les bêtes et les fumiers s'entassent à deux pas des maisons, quand ce n'est pas tout contre, laissant à l'abandon s'écouler le purin. Les étables sont proches, on y couche au besoin et même l'on prétend que leurs odeurs sont saines. L'envers du sens commun n'a jamais été aussi bien appliqué.

Dans les chemins de servitude qui sont toujours plus ou moins défoncés, on décharge les feuilles et on les y laisse jusqu'à complète pourriture : c'est un appoint pour la fumure et une autre cause d'empestement.

Quant aux déchets humains, leur départ dépend la plupart du temps de la commodité de chacun. Et c'est comme ci-dessus, à moins que ce ne soit dans des fosses fixes, rarement vidées, d'où dégoulinent des filets de liquides empuantés, ou plus heureusement dans des coins réservés, d'où cela disparaît par une opération qui fait le pendant de la manière arabe, et que j'ose déclarer d'ordre providentiel. J'en atteste mon patron, saint Antoine!

Néanmoins, avec le vent, la pluie et les froides journées, l'état sanitaire est généralement bon aux campagnes, dont les habitudes invétérées commencent seulement à subir l'influence rénovatrice de l'instruction publique.

La cause de cette incurie (ne vous effarouchez pas, lecteurs dévotieux, à l'énoncé d'une vérité qui crève les yeux à force d'être claire, et tenez pour certain que je ne vise ici que la question pratique), je dis donc que la cause de cette incurie est pour beaucoup dans notre religion, laquelle s'est tellement ingéniée à tout idéaliser, qu'elle a complètement négligé les besoins corporels. En créant l'ange, elle a créé la bête; en un mot, elle s'est enguenillée.

Abstinence, privations, macérations sur la terre (cette vallée de larmes et de misères), exclusion du luxe et de l'ambition (ces débauches du corps et de l'esprit), n'est-ce pas le fond des prescriptions canoniques au point de vue matériel, et y trouvez-vous quoi que ce soit qui ressemble à de l'hygiène individuelle? Les faveurs spirituelles (ô magie consolatrice!) ne vont-elles pas tout droit aux pauvres d'esprit et aux autres? Et alors n'est-ce pas la guenille et dehors et dedans?

Or, ignorance, guenilles, malpropreté, ne sont-ce pas des termes corrélatifs? Et n'y a-t-il pas quelque pudeur à ne pas insister? Voilà pourquoi notre foule inculte est toujours dans l'ornière et pourquoi, sous ce rapport, elle est inférieure aux Arabes.

Dans les villes où l'autorité comprenant maintenant qu'à ménager la vie humaine c'est œuvre non seulement bienfaisante, mais même économique (outre que c'est un moyen sûr d'amoindrir la dépopulation), la grande hygiène de plus en plus s'acclimate.

Le captage des sources y multiplie les fontaines et y favorise les lavages; on y fait des égouts, on y nettoie les rues et les immondices n'y séjournent que le temps nécessaire à leur enlèvement, etc. Cependant, que de desiderata dans les habitations dont l'emplacement et l'aération sont souvent peu conformes aux données de la science, dans l'écoulement des eaux ménagères qui s'en vont aux hasards de la déclivité, et dans les latrines à propos de quoi je pourrais vous citer des dispositions qui vous feraient frémir, par exemple l'ignoble entre-deux des maisons dont le curage n'a ordinairement lieu que par la pluie.

Et, comme à la campagne, l'homme livré à lui-même conserve une tendance à rester encrassé. L'école ne l'a pas encore suffisamment remué.

III

Cet état de persistante contravention aux principes d'hygiène les plus élémentaires n'existe pour ainsi dire plus dans la Ville-

Lumière, où l'instruction est commune et l'action administrative toute-puissante.

A part de rares exceptions, il est permis d'affirmer que l'assainissement de la ville et la salubrité de l'habitation y sont l'objet de la constante préoccupation de tous et de chacun. La prompte évacuation des matières usées y est si bien organisée que les dangers résultant de leur stagnation sont complètement supprimés. En somme, les mesures de propreté y sont admirablement ordonnées et conséquemment la valeur de la médication préventive n'y est plus à démontrer.

Seulement la grande Ville est essentiellement égoïste dans ses agissements. Comme la gent arabe, elle ne pense pas aux voisins ou plutôt elle n'y pense que trop, puisqu'elle leur octroie tous ses déchets.

Vous êtes sortis des murs, n'est-ce pas? Et à pied, en vous promenant ou en allant aux divers cimetières déjà si encombrés, vous avez parcouru les grandes et les petites voies. Quelle différence avec Paris et quel déplorable état que celui de la banlieue où la voirie locale laisse tant à désirer, et où le sol est jonché des rebuts parisiens qu'y apportent journellement des centaines de boueux!

Voyez la poussière excrémentitielle des routes et chemins, voyez les noirâtres et poisseuses rigoles ; voyez surtout aux angles des champs les amoncellements de fumiers d'où s'exhalent sous le vent des relents de sentine.

Et les huttes, surtout celles où vit le chiffonnier, pour quoi les comptez-vous, si ce n'est pour des foyers très actifs d'infection permanente? Car Paris se débarrasse aussi au profit des voisins de cette grouillante partie de sa population, du reste braves gens, qui ramassent les balayures, les triturent à leur guise et se contentent du rapport, indépendants et sales. En voilà sur qui devraient rejaillir les préceptes du Coran!

Mais où l'individualité de la capitale ressort entièrement, c'est dans le système qu'elle a imaginé d'envoyer aux communes suburbaines ses liquides impurs : système du tout à l'égout, qui consiste à déverser directement dans la Seine tout ce qu'il y a de pire en substances putrescibles et germes pathogènes.

Reconnu le meilleur et le plus expéditif, c'est-à-dire le plus commode, il ne tend à rien moins, s'il arrive à ses fins, qu'à polluer les eaux et les rives du fleuve par les putridités de cent vingt mille fosses.

En outre, et c'est ce qu'il y a de particulièrement original dans le système, mille kilomètres d'égouts ne sont pas sans avoir des milliers de soupiraux constituant autant de cheminées, par où se répandront dans l'atmosphère des rues les nauséabondes émanations remontant du sous-sol.

Assurez-vous-en dès à présent en vous plantant le soir sur un soupirail quelconque, quand les matières charriées circulent sans mélange : et il n'y a encore que sept mille fosses s'exonérant ainsi!

N'est-ce pas stupéfiant, le ventre de Paris vidant annuellement aux égouts plus d'un milliard de kilos d'aliments transformés en ce que vous savez par l'usine animale (sans compter les boissons), la Seine devenant un répugnant dépotoir et du même coup les Parisiens s'empoisonnant eux-mêmes?

Il n'y a pas à s'y tromper; le tout à l'égout est le triomphe d'une erreur singulière sur laquelle il n'y a plus qu'à revenir.

Dans les affaires litigieuses, il se comprend que les déclarations les plus contradictoires soient formulées avec une égale assurance. Ici ce n'est pas le cas : l'erreur est manifeste et le système condamné.

Oui, mille fois oui (et c'était à prévoir), la banlieue d'aval est indubitablement intoxiquée par l'eau corrompue que lui expédient les égouts parisiens et toute la banlieue en général par le méphitisme des ordures qui continuellement s'y transportent. Bien plus, Paris va s'asphyxier!

Si donc, comme toutes les erreurs, celle-là a représenté un effort vers le vrai, il n'est que temps qu'elle fasse place au contraire, la science ne pouvant plus admettre une pareille contradiction.

Il faut porter ailleurs les rebuts de la capitale, et la Seine doit cesser de servir de décharge à toutes ses latrines.

IV

Quand on se rencontre entre parents, amis ou connaissances, on se demande réciproquement des nouvelles de la santé. Si ça va bien, tant mieux, et l'on passe outre. Si ça va mal, tant pis, et l'on insiste : d'où suit une consultation au bout de laquelle sont des remèdes, si profane soit-on.

Cela est fatal de la part de la femme, surtout si elle est d'âge. Et quoi de plus naturel? Nous, les hommes, nous leur donnons si souvent l'occasion de nous soigner, aux femmes, qu'il n'y a rien d'étonnant à ce qu'elles s'y entendent et que « remède de bonne vieille » ne soit pas une vaine expression.

Eh bien! je suppose que ma plainte soit la vôtre et que, pour un instant, vous me considériez comme étant obligé de vous donner conseil.

J'ai de quoi dire, ainsi que la commère.

Par exemple :

1° Continuez à engraisser les terres incultes : cela se fait et marche bien. Mais convenez que c'est et que ce sera toujours absolument insuffisant, quel que soit le nombre d'hectares mis à votre disposition. Vous n'avez, pour en juger pleinement, qu'à vous rendre au confluent du collecteur, dont le flot empesté est à peine amoindri par la prise de Gennevilliers.

2° N'abandonnez pas l'épuration chimique qui, pour être une vieillerie, n'en est pas moins excellente. C'est même ce qu'il y a de mieux jusqu'à présent et on devrait peut-être s'y tenir. Avec l'enlèvement à la vapeur, c'est rapide, c'est presque inodore et cela part pour des usines appropriées qui vous le retournent en produits très utilisables, sans autre inconvénient que celui résultant de la fabrication.

3° On parle d'un canal à la mer avec dérivations latérales pour les riverains besogneux. Avec beaucoup d'argent et autant de précautions, on pourrait essayer. Il serait à savoir si le littoral choisi s'accommoderait des restes.

4° Pour les ordures ménagères, l'incinération s'impose. Dans mains endroits d'Algérie, où la richesse en humus en contre-indique l'emploi, n'est-ce pas ainsi qu'on s'en délivre? Les cendres seraient un bénéfice et les gaz carboniques et autres tomberaient quelque part au grand profit des plantes. D'ailleurs, les engrais chimiques pourvoieraient sur ce point aux besoins agricoles.

Aujourd'hui que les morts nous envahissent de plus en plus, nous sentons que nous sommes dans une triste voie et nous avons retrouvé la crémation. Que n'a-t-on commencé par la vile matière?

5° Et puis, suivant la formule d'un étudiant rassis, qui n'en savait pas long, faites toutes sortes de choses.

6° Finalement, envoyez vos enfants aux écoles où s'enseigne l'hygiène.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 1er octobre 1892, M. Strauss, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, à Paris, a été affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Limoges (médecin-chef).

— M. le ministre de la Guerre a décidé que des exercices spéciaux du service de santé en campagne auraient lieu dans le gouvernement militaire de Paris du 3 au 7 octobre.

Voici le sommaire des conférences et le programme des manœuvres :

Première journée (3 octobre). — Le matin à huit heures et demie, aux docks du service de santé, boulevard de Latour-Maubourg, 53 : Démonstration du matériel technique et des approvisionnements

qui entrent dans la composition d'une ambulance active n° 1, d'un hôpital de campagne, d'un hôpital d'évacuation et d'un train sanitaire. — Indication sur la nomenclature du matériel roulant et du harnachement attribué aux formations sanitaires.

Le soir à deux heures, à la Bibliothèque de la caserne Panthémont : Conférence sur le fonctionnement des formations sanitaires, les principes généraux de leur mobilisation, les mesures qu'auront à prendre les médecins-chefs depuis leur arrivée au lieu de mobilisation, jusqu'au départ pour les points de concentration.

Deuxième journée (4 octobre). — Le matin à huit heures et demie, à la Bibliothèque de la caserne Panthémont : Notions sur les ordres de mouvement, l'exécution des marches, l'installation des cantonnements et bivouacs, ainsi que sur les règles tactiques du combat avec application de ces données au service de santé.

A midi, à l'École militaire : Organisation des groupes du service de santé prenant part à la manœuvre ; ambulance divisionnaire ; hôpital de campagne. — Réunion du personnel et du matériel. — Arrimage sur les voitures du matériel qui n'est pas chargé en temps de paix.

Troisième et quatrième journées (5 et 6 octobre). — Manœuvre d'une division d'infanterie entre Saint-Cloud et Puyaucourt. — Fonctionnement des postes de secours et de l'ambulance. — Évacuation directe de quelques blessés sur un hôpital du territoire. — Fonctionnement de l'hôpital de campagne. — Évacuation des blessés sur l'hôpital d'évacuation. — Fonctionnement du service dans cet hôpital. — Installation d'un train sanitaire improvisé.

Cinquième journée (7 octobre). — Le matin, à huit heures et demie : Exercice d'embarquement, en chemin de fer, de l'ambulance divisionnaire à la gare des Matelots (Versailles). — Résumé et critique des opérations.

— Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dhérat, le doyen des médecins de l'Allier. Notre confrère a succombé à l'âge de quatre-vingt-deux ans, n'ayant jamais cessé d'exercer activement la médecine de la façon la plus justement appréciée de ses malades et de ses confrères.

— Les écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié et de la Salpêtrière ouvrent leurs cours professionnels les lundi 3 (Salpêtrière) et mardi 4 octobre (Pitié), à huit heures du soir. L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'administration, éléments d'anatomie, de physiologie, pansements, soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, hygiène et petite pharmacie.

Les personnes qui désirent suivre ces cours doivent s'adresser : pour l'École de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, de neuf heures du matin à midi ; pour l'École de la Pitié, rue Lacépède, 1, de huit heures du matin à cinq heures du soir.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 114. — JEUDI 6 OCTOBRE 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 6 OCTOBRE 1892. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Peter, qu'on entend toujours avec plaisir, est venu compléter sa première communication sur le choléra. Son argumentation porte sur plusieurs points : le choléra est un empoisonnement; il n'y a pas plusieurs choléras, il n'y a qu'un choléra de gravités différentes; les bacilles n'y jouent qu'un rôle secondaire et ce n'est pas d'eux, mais bien du terrain où ils se trouvent, que dépendra le plus ou moins de gravité de la maladie; ses causes sont banales; sa contagiosité est relative. Tels sont les principaux arguments que l'éminent professeur de Necker a développés, en les appuyant sur des faits cliniques et des faits expérimentaux qui sont de nature à contenter les plus exigeants. Pour ne parler, par exemple, que de la question bactériologique, M. Peter a cité des recherches et des expériences qui sont bien faites pour ébranler la doctrine de la spécificité microbienne, et personne, jusqu'ici, n'a pu contester ces faits qui sont empruntés aux bactériologistes les plus compétents. Voici, par exemple, le bacterium coli commune, qu'on trouve à la fois dans le choléra, dans la dysenterie, dans la fièvre typhoïde; et voilà, d'autre part, une même maladie, le choléra, dans laquelle on peut rencontrer trois ou quatre microbes différents. C'est donc nous, dit M. Peter, qui dotons nos microbes de leurs propriétés malfaisantes, et ils ne deviennent pathogènes que par délégation.

L'identité du choléra indien avec le choléra nostras, défendue par M. Peter, est loin d'être acceptée par M. Proust, qui attend la fin de l'épidémie actuelle pour défendre l'opinion contraire et faire connaître à l'Académie tous les enseignements que comporte l'épidémie que nous traversons et qui paraît toucher à sa fin.

L'Académie a poursuivi la discussion sur l'albuminurie. M. Lancereaux soutient que le régime alimentaire préconisé par M. G. Sée est purement empirique. L'albuminurie n'étant qu'un symptôme, c'est la maladie qui la provoque qu'il faut s'appliquer à combattre, et ce sont les complications, et surtout l'urémie, qu'il faut éviter. A ce point de vue, M. Lancereaux a tiré les meilleurs effets de l'emploi des diurétiques et des drastiques à hautes doses, voire même de la cantharide. Ces assertions ont soulevé les plus vives protestations de M. Germain Sée, que M. Lancereaux espère convaincre en lui montrant des malades de son service, à l'Hôtel-Dieu.

La séance s'est terminée par une lecture intéressante de M. Corlieu sur la médecine militaire dans l'antiquité gréco-romaine.

HOPITAL SAINT-SAUVEUR DE LILLE. — M. G. PHOCAS.

De l'orteil en marteau.

Une jeune fille âgée de onze ans, demeurant à Fives, est venue me consulter au mois de janvier dernier, pour une difformité du pied qui est du reste bien connue. Voici ce qu'on constate du côté du pied droit ; la première phalange du deuxième orteil est étendue sur le métacarpien; la deuxième est fléchie sur la première et la troisième est étendue sur la seconde. L'orteil présente donc une conformation en marteau. Dans le sens latéral, les deux dernières phalanges font avec la première un angle saillant en dedans. L'orteil est porté en valgus. Au niveau de la première et de la deuxième phalange il existe un épaississement de la peau, un petit durillon. On ne voit pas de tendons saillants, aucune cicatrice sur la peau. La troisième phalange présente aussi une conformation spéciale; elle est aplatie transversalement et présente assez bien la forme d'une massue. En passant le doigt sur la pulpe de l'orteil, on trouve un épaississement de la peau qui correspond à l'endroit qui porte sur le sol pendant la marche. L'ongle de l'orteil déformé est plus large transversalement que l'ongle du côté sain, il est plus court et plus plat.

Le pied n'est pas plat.

A la main on arrive à réduire jusqu'à un certain point l'orteil en marteau, mais on n'arrive pas à lui donner une direction absolument rectiligne, comme du côté opposé.

Du côté du pied sain, la conformation du deuxième orteil est normale; il est plus haut et dépasse le premier de 2 ou 3 millimètres. A l'état de repos, il est légèrement fléchi, de façon à se mettre au même niveau que les autres doigts, tandis que le troisième est plus petit.

Les signes fonctionnels consistent dans une gêne dans la marche qui est apparue il y a bientôt un an. La jeune fille allait alors à l'école, marchait, courait comme tous les enfants de son âge. Depuis cette époque, elle se plaint d'une

douleur localisée à la pulpe du deuxième orteil droit qui porte sur le sol et le soir les douleurs sont toujours très vives.

La cause de l'affection est difficile à préciser. La jeune fille n'a jamais porté de bottines trop étroites ni trop courtes; ses souliers sont, au contraire, larges, à bouts non pointus, à talons plats. On ne trouve rien dans les antécédents héréditaires et personnels. Aucun signe de rachitisme ni de rhumatisme; aucune malformation analogue dans la famille.

Pendant quatre semaines, j'ai placé un petit appareil formé d'une attelle plantaire et maintenant l'orteil étendu à l'aide de quelques tours de diachylon. Malheureusement, l'appareil devenait gênant, se dérangeait souvent, et la jeune malade a préféré se débarrasser de sa difformité par une opération.

L'opération fut exécutée le 9 mars 1892. Après avoir nettoyé le pied, j'ai excisé un petit lambeau cutané dorsal, correspondant à la première et à la deuxième phalange. J'ai enlevé aussi la bourse séreuse nullement enflammée, située sous le durillon, ainsi qu'une petite portion du tendon extenseur de l'orteil. Ce tendon contenait un épaississement dur et aplati, cartilagineux. J'ai réséqué ensuite une petite portion des deux phalanges avec la pince coupante, de manière à enlever plus de tissu du côté dorsal. La peau fut réunie avec quelques points de suture sans drainage. La bande de caoutchouc fut enlevée après avoir fait le pansement qui a consisté dans le maintien de l'orteil avec une attelle plantaire fixée à l'aide d'une bande de gaze iodoformée, dont les deux chefs entrecroisés au niveau de la face dorsale de l'orteil revenaient se fixer au niveau du cou de pied; de l'ouate stérilisée et une bande ont consolidé le pansement.

Ce premier pansement est resté en place jusqu'au 19 mars, c'est-à-dire dix jours. En enlevant ce jour le pansement, je constate que la plaie est guérie, j'enlève les points de suture et je trouve encore de la mobilité entre les deux surfaces réséquées.

Je réapplique un pansement. La malade sort de l'hôpital le 23 mars.

Le 4 avril elle revient me voir. Le pansement est refait de nouveau. L'ankylose est à peu près complète. Il y a un point de suture qui s'est désuni. La jeune fille a commencé à marcher hier. Elle n'a ressenti aucune douleur.

Le 2 mai, la guérison est complète. La marche se fait facilement. L'ankylose de l'articulation phalango-phalangetienne est solide. Le deuxième orteil est aussi long que le premier, un peu plus court que le troisième. La déviation en valgus est presque totalement corrigée; elle ne gêne nullement la marche.

Nous avons eu affaire à une difformité bien connue, l'orteil dit en marteau, qui devient souvent gênant et nécessite un traitement spécial vers l'âge de seize ans, c'est-à-dire au moment de l'adolescence.

Comme la plupart des difformités du ressort de l'orthopédie, l'orteil en marteau peut reconnaître une pathogénie variée. Tantôt congénitale, tantôt acquise, la difformité peut être essentielle ou pathologique, et dans ce dernier cas, l'altération des différents tissus articulaires et périarticulaires peuvent lui donner naissance. C'est ainsi que les pathogénies musculaire, tendineuse, articulaire ou osseuse, ne sont pas une vaine conception de l'esprit et sont réalisées parfois dans la pratique.

La part doit être faite à ces différents modes pathogéniques, mais au-dessus de ces variétés pathologiques, il existe, pour l'orteil en marteau, une variété spéciale, habituelle, classique, s'observant toujours vers la même époque de la vie et dont la pathogénie doit être identique. Ces notions, classiques à l'heure actuelle pour la scoliose ou le genu valgum, doivent être appliquées aussi à l'explication de l'orteil en marteau.

L'observation que je viens de rapporter appartient justement à cette variété habituelle, dans laquelle il serait difficile d'incriminer les tendons et les muscles, la peau ou le durillon. L'appareil ligamenteux actif et passif était en effet intact, et le durillon auquel M. Blum, dans une théorie récente, a voulu attacher une certaine importance, était si petit, qu'il fallait avoir en vue sa prétendue signification pour le retrouver et le signaler dans l'observation.

Pendant l'opération, nous avons trouvé un petit épaississement du tendon extenseur, comme un noyau fibreux minuscule, qui ne saurait, en tous cas, donner la clef du problème, car, siégeant sur l'extenseur, il ne devrait influencer que fort peu le jeu des deux dernières phalanges tributaires des interosseux.

En revanche, un point nous a paru mériter une mention spéciale; c'est la longueur démesurée du second orteil qui dépassait tous les autres et dont la longueur était si considérable, qu'après résection des deux surfaces articulaires, le second orteil se trouvait rentré tout simplement dans le rang, sans avoir subi le moindre raccourcissement apparent.

L'importance de la longueur des orteils dans la production du martellement nous fut démontrée dans un autre cas que nous venons d'observer. Chez un jeune garçon âgé de treize ans, atteint de la même difformité, les orteils étaient si longs que la mère du malade nous en faisait elle-même la remarque et attribuait cette longueur à une conformation héréditaire que l'enfant tenait de son père.

Ainsi la longueur absolue des orteils s'observe avec l'orteil en marteau.

Quant à la longueur relative, elle est variable et, à ce point de vue, on peut distinguer deux types de pieds. Dans certaines races, le gros orteil est le plus long et les autres orteils diminuent de longueur à partir du premier.

Dans un autre type, le second orteil est celui qui dépasse tous les autres. Il me semble que cette dernière forme du pied est, en France, la plus rare, bien qu'elle soit reproduite souvent par les sculpteurs. Mais quand cette conformation existe, elle prédispose au martellement.

La conformation du pied est un autre facteur dont on n'a peut-être pas assez tenu compte. Selon certains orthopédistes, l'orteil en marteau coïncide souvent avec le pied creux. Chez le jeune homme dont je viens de parler, il existait un pied plat congénital et héréditaire. La jeune fille qui fait l'objet de l'observation avait, au contraire, un pied très bien conformé. Il semblerait, d'après cela, que la conformation du pied n'a rien à faire avec la difformité. En y réfléchissant, on ne trouvera peut-être pas étonnant que des pieds, mal conformés par l'aplatissement ou l'exagération de la voûte plantaire, soient plus exposés que d'autres à être mal chaussés. Et le pied trop bien conformé, comme celui de notre petite fille, cambré avec des orteils longs et le second orteil dépassant le premier, ne trouvera, dans certains milieux, que rarement l'occasion de se bien chausser, car il sort de la moyenne.

La trop grande perfection, ainsi que la malformation du pied, sont donc des causes de martellement pour le second orteil. C'est la démonstration la plus évidente de l'influence des chaussures sur la production de la difformité.

La théorie mécanique paraît donc devoir rendre un compte assez exact du développement de l'orteil en marteau.

Mais pour parachever le martellement et rendre la subluxation définitive, il faut bien admettre l'intervention des causes dynamiques, parmi lesquelles la croissance joue le principal rôle. C'est, en effet, au moment de la croissance, quand travaille le cartilage épiphysaire, que la difformité s'accuse et s'établit. L'épiphyse de la première phalange, n'étant plus en rapport avec la cavité glénoïde, se développe et grandit outre mesure; il se passe là un phénomène de suractivité analogue à ce qu'on observe dans les flexions du genou, d'origine paralytique, survenant chez des jeunes sujets. Sans cela, pourquoi l'orteil en marteau surviendrait-il si souvent chez l'adolescent? pourquoi y aurait-il des déformations osseuses?

La théorie osseuse est donc celle qui rend compte de l'établissement définitif de la difformité et qui entraîne les conséquences thérapeutiques les plus fécondes.

L'étude attentive de la déviation des phalanges est une nouvelle démonstration de la part des déformations osseuses. En effet, dans les deux cas que je viens d'observer, j'ai noté l'inclinaison simultanée des deux dernières phalanges en *valgus* par rapport à la première. Ni les tendons, ni les muscles ne seraient capables d'expliquer cette déviation qui est tributaire de la perturbation ostéogénique.

Je ne dirai rien du traitement orthopédique, sinon qu'il est long et peu supportable.

La réductibilité peut être plus ou moins accusée. Quand même, le port d'un appareil deviendra rapidement gênant. Aussi, à moins de contre-indication spéciale, le traitement opératoire me paraît préférable.

L'opération de Terrier est alors indiquée dans la grande majorité des cas. Je l'ai décrite dans l'observation que j'ai rapportée.

Je ferai seulement remarquer que cette opération est complexe. Dans son exécution, elle emprunte les procédés de l'ostéotomie cunéiforme et, par son but, elle se rapproche singulièrement des arthrodèses. Je serai assez disposé à insister sur ce dernier caractère. Mais qu'on veuille englober l'opération dans le groupe des arthrodèses ou qu'on leur réserve un cadre à part, il n'est pas moins essentiel, à mon avis, de viser à l'ankylose de l'articulation qui est la garantie la plus sûre contre la récidive.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 octobre 1892. — Présidence de M. LARREY.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ALBUMINURIE

M. LANCEREAUX fait observer que, dans cette discussion, on s'est occupé surtout du traitement et de la pathogénie de l'albuminurie. Au point de vue du traitement il a peu de chose à dire, si ce n'est que les régimes qu'on a proposés reposent sur des théories plutôt que sur des faits cliniques.

L'albuminurie n'est jamais qu'un symptôme et présente peu d'importance au point de vue des indications thérapeutiques. Elle est par elle-même sans gravité et ce sont les complications, c'est l'urémie qu'il faut redouter. Le meilleur moyen de combattre le syndrome urémie n'est pas de lui opposer des antidotes, mais de chercher à rétablir la fonction rénale par l'emploi des diurétiques, et, lorsque cette fonction ne répond plus à l'action médicamenteuse, de stimuler les voies d'élimination qu'emploie la nature (fonctions gastro-intestinales et cutanées).

C'est pourquoi, en pareil cas, M. Lancereaux s'est toujours bien trouvé de l'usage des purgatifs drastiques et des frictions sur la peau. Puis, quand l'urémie a cessé, il reste à modifier les tissus altérés. Alors la médication varie suivant que ce sont les tissus conjonctivo-vasculaires ou les tissus épithéliaux qui sont en jeu. Dans le premier cas, c'est l'iodure de potassium qui doit être préféré, dans le second, c'est la cantharide qui donne les meilleurs résultats. Elle exerce une action certaine sur les épithéliums rénaux. M. Lancereaux a vu à plusieurs reprises une diurèse abondante suivre l'administration de la cantharide et des anasarques, qui avaient résisté à tous les diurétiques, disparaître rapidement sous l'influence de ce médicament.

Il cite l'exemple de deux jeunes femmes, atteintes de néphrite épithéliale avec anasarque, qui ont guéri rapidement et entièrement sous l'influence de VI à XII gouttes de teinture de cantharides.

Le lait est indiqué: 1° quand les épithéliums rénaux sont lésés; 2° toutes les fois qu'il existe des phénomènes d'intoxication urémique. Le lait est surtout utile parce qu'il est un diurétique puissant. A cela M. Lancereaux ajoute un régime mixte légèrement azoté, d'où les œufs ne sont pas proscrits; comme boisson il préfère la bière au vin.

M. Lancereaux n'est pas complètement d'accord avec M. Bouchard en ce qui concerne la pathogénie des albuminuries.

L'albuminurie, sans lésions des reins, dont a parlé M. Bouchard, ne paraît pas aussi indépendante du rein que celui-ci le soutient. Ces albuminuries résultent tantôt d'une stase veineuse dans les reins (affections cardiaques), tantôt elles sont d'origine nerveuse, réflexe presque toujours (albuminuries des dyspepsies). Dans ces albuminuries nerveuses il y a encore modification de la circulation rénale. Assurément, ces albuminuries nerveuses sont moins dangereuses que les albuminuries rénales; cependant, dans quelques cas, elles peuvent aboutir à l'urémie.

M. Bouchard a parlé longuement des albuminuries de la goutte, du diabète et de l'obésité. Or, il faudrait préciser dans quels cas de goutte, de diabète ou d'obésité, l'albuminurie survient. Dans le diabète, c'est dans la forme d'origine nerveuse qu'on voit survenir l'albuminurie, jamais elle ne s'observe dans le diabète pancréatique, elle est sans rapport avec la glycosurie.

Il importe encore d'ajouter que, dans certains cas de diabète, si l'albuminurie devient permanente, c'est qu'il existe une lésion rénale secondaire. Dans la plupart des cas de diabète, où il y a de l'albuminurie, il y a en même temps un gros foie.

On pourrait en dire autant de la glycosurie; là encore l'existence de l'albuminurie coïncide avec certaines formes de l'obésité et avec sa cause.

M. G. SÉE est loin d'être d'accord avec M. Lancereaux. Le régime, pour lui, est le seul traitement rationnel.

En ce qui concerne le traitement médicamenteux, M. Sée s'éloigne encore plus de M. Lancereaux. Prescrire les diurétiques, les drastiques et surtout la cantharide dans le traitement de l'albuminurie, voilà, pour M. G. Sée, autant d'hérésies physiologiques.

M. LANCEREAUX invite M. Sée à voir ses malades et il ne doute pas qu'il ne soit convaincu de l'utilité de la cantharide.

M. SÉE regarde tous ces traitements comme absolument hypothétiques.

Il ajoute que l'albuminurie de l'obésité, de la goutte, du diabète, dont a parlé M. Bouchard, sont incontestables. M. Bouchard parle de 32 p. 100 de diabétiques qui sont albuminuriques. M. Sée va plus loin, il a fait une statistique et il trouve, pour sa part, que 64 p. 100 des diabétiques sont albuminuriques. Une statistique analogue, faite par un médecin de Carlsbad, qui soigne d'une façon spéciale les diabétiques, donne, pour

1280 diabétiques, 840 albuminuriques. L'albuminurie persiste même quelquefois après la disparition de la glycosurie.

Les obèses sont également souvent albuminuriques, mais peut-être cela provient-il de ce que la plupart d'entre eux sont des cardiaques. Non pas, comme on l'a dit, parce que le cœur des obèses est chargé de graisse, mais parce que, chez eux, les fibres musculaires du cœur ont subi la dégénérescence graisseuse.

M. LANCEREAUX regrette que M. Sée ne croie pas à l'action des diurétiques et des drastiques contre l'albuminurie. C'est surtout pour combattre les accidents toxiques de l'urémie que M. Lancereaux y a recours. Mais il faut administrer ces diurétiques et ces drastiques à doses suffisantes, et c'est parce qu'on n'emploie pas ces doses suffisantes qu'on n'a pas les résultats que M. Lancereaux a pu constater chez un grand nombre de ses malades et qui ont fait dire à ses internes que, dans son service, on ne meurt pas d'urémie.

Quant à la cantharide, c'est un excellent moyen chaque fois que la lésion rénale siège sur l'épithélium. Des expériences de M. Cornil ont montré que la cantharide avait la propriété de modifier l'épithélium du rein et M. Lancereaux a pu constater la confirmation clinique de ces expériences. Il cite, en particulier, l'exemple de deux femmes très gravement atteintes, menaçant d'étouffer sous l'influence d'une anasarque considérable, et qui ont très bien guéri par ce traitement.

COMMUNICATION

Traitement de la mort apparente par submersion. — M. LABORDE rappelle les procédés qu'il a décrits dans le but de rappeler à la vie des sujets en état de mort apparente à la suite d'une submersion prolongée. Ces procédés viennent d'être employés avec succès par M. le docteur Fourès (du Gers). Il a sauvé ainsi une femme de trente ans et un enfant de huit ans en état de mort apparente. Les mâchoires étaient serrées, il put cependant les écarter et attirer la langue; après la première traction, il y eut des vomissements. La traction ayant été répétée cinq ou six fois, des mouvements respiratoires se produisirent et M. Fourès les entretint par les procédés habituels.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. PETER, dans cette seconde communication, veut appeler l'attention sur l'évolution de la bactériologie et sur le rôle que joue, dans cette évolution, la spontanéité morbide.

M. Brouardel n'admet pas que trois germes différents puissent produire la même maladie. A ce point de vue, M. Peter s'est borné à constater des faits et il a démontré comment le même germe pouvait se trouver dans trois maladies différentes et comment aussi, dans la même maladie, on pouvait trouver trois germes différents. Voilà, par exemple, le bacterium coli commune que les bactériologistes les plus compétents ont rencontré dans le choléra, dans la dysenterie et dans la fièvre typhoïde. Et réciproquement, n'a-t-on pas trouvé dans les selles de cholériques tantôt le bacterium coli, tantôt le bacille de Finkler Prior, tantôt enfin le bacille de Koch?

Voilà des faits, ajoute M. Peter, qui battent singulièrement en brèche la doctrine de la morbidité spécifique des germes et des bacilles. Il faut donc bien admettre que l'organisme vivant, l'organisme humain joue son rôle en tout cela et que c'est nous qui dotons nos bacilles de leurs propriétés malfaisantes et que ceux-ci ne deviennent pathogènes que par délégation.

Déjà en 1890, MM. Gilbert et Girode, à l'hôpital Beaujon, démontrèrent la transformation du bacterium coli en bacille cholérique, après son séjour dans l'intestin d'un cholérique. Ils l'inoculèrent à des cobayes qui succombèrent avec tous les symptômes du choléra. Ce germe, ce bacterium coli était donc devenu cholérigène. En 1891, à l'hôpital Necker, entrèrent deux dysenteriques venant de l'asile de Nanterre. Ces deux malades, arrivés à la période cachectique, succombèrent et l'on trouva, chez eux, le bacterium coli. Donc ce bacterium coli peut donner déjà le choléra et la dysenterie. Enfin MM. Roux et Rodet (de Lyon), en 1891, ont étudié ce bacterium coli et démontré qu'il était capable de devenir éberthiforme ou plutôt que le bacille d'Éberth, c'est-à-dire le bacille de la fièvre typhoïde, n'était qu'une modification du bacterium coli. Ils admettent que c'est par un mécanisme encore inconnu que l'organisme typhique donne au bacterium coli les caractères du bacille d'Eberth. C'est là, ajoute M. Peter, ce que nous appelons de la spontanéité morbide.

Le choléra est spontané et autochtone, aussi bien sous le ciel de Paris que sous celui de l'Inde. M. Peter invoque à l'appui de cette opinion l'apparition simultanée du choléra sur divers points éloignés du globe.

Cuningham, observant à Calcutta, d'après les indications bactériologiques de Koch lui-même, estime que ce sont les modifications causées par le choléra dans le milieu intestinal et dans la température qui font, de certains bacilles normaux, des bacilles-virgules tels qu'on les rencontre dans le choléra ou qui favorisent, aux dépens des autres bacilles préexistants, le développement extraordinaire de bacilles en forme de virgule. M. Peter n'a jamais dit autre chose.

Comment naît le choléra? *Natura non facit saltus:* dans la nature les choses vont par progression. Or, du choléra infantile au choléra indien, il y a une série continue de cas intermédiaires. Le choléra infantile naît spontanément; personne ne le niera. Trousseau disait déjà qu'il existait une relation évidente entre le choléra infantile et le choléra indien. Le choléra n'est qu'un empoisonnement par des alcaloïdes fabriqués dans notre tube digestif; le cholérique est un empoisonné. Il en est du choléra comme du choléra stibié.

Nous fabriquons des toxines, nous faisons des empoisonnements autochtones et ces poisons empoisonnent aussi nos microbes qui, d'empoisonnés, deviennent bientôt, à leur tour, des empoisonneurs qui vont porter ailleurs leurs méfaits.

M. Peter ne nie pas la contagiosité, mais c'est pour lui une contagiosité relative qui demande, pour s'effectuer, une certaine prédisposition et un contact durable et prolongé.

La preuve, c'est qu'à Paris n'ont été frappés que ceux qui pouvaient l'être (malheureux, alcooliques, vieillards), les riches du centre de la ville ont été épargnés. La même chose s'est produite au Havre, où la maladie a cependant sévi avec la plus grande intensité. A Rouen, ce sont des prisonniers qui sont surtout atteints; à Bonneval, des aliénés. Ainsi pour toutes les localités envahies.

Ces conditions individuelles sont moins nécessaires lorsqu'il s'agit d'épidémie de variole, de scarlatine, ces dernières maladies étant plus contagieuses que le choléra.

Il va sans dire que les agents de transmission les plus actifs, sinon les seuls actifs, sont les déjections des cholériques, et c'est pour cela que les blanchisseuses peuvent être contaminées plus facilement que leurs clients.

C'est donc nous qui faisons le choléra en nous; nous le faisons dans nos entrailles, et c'est là que se forme le poison de cette maladie, poison déjà décrit dans les selles et les urines des cholériques, en 1884, par M. Bouchard. Ce poison peut se propager d'un individu à un autre par contagion, mais cette propagation ne se fait pas facilement, et elle exige une prédisposition toute spéciale de l'individu contagionné.

Deux mots seulement sur la question d'épidémicité et pour dire qu'il y a la même différence entre le choléra sporadique et le choléra épidémique qu'entre la dysenterie sporadique et l'épidémique.

L'épidémicité, due vraisemblablement aux modifications du milieu ambiant, et surtout à celles de l'atmosphère, donne à toute maladie, naguère endémique, une intensité et une gravité, qui nous frappent d'étonnement et confondent notre raison. Ainsi, tout récemment, l'influenza épidémique, par opposition à la grippe sporadique.

C'est alors que la maladie non contagieuse le devient, et celle qui l'était à peine le devient davantage.

En résumé :

1° Le cholérique est un empoisonné;

2° Il est empoisonné par des ptomaïnes ou autres toxines;

3° Ces ptomaïnes sont formées dans le tube digestif et empoisonnent à la fois l'individu et son bacterium coli;

4° Le bacterium coli, soit resté tel, soit transformé, mais empoisonné, peut être le vecteur du poison cholérique et devenir ainsi cholérigène.

C'est la spontanéité individuelle ou idiosyncrasie qui individualise la maladie cholérique et qui fait qu'il y a identité de cause : tel fait la cholérine, tel autre le choléra dit « nostras », tel autre enfin le choléra dit « indien ».

Quant aux formes bactériologiques, les faits me semblent démontrer que, dans le choléra, le bacille virgule peut être l'évolution du bacterium coli, comme dans la diphthérie le bacille de Klebs est une évolution du bacille de Lœffler, comme dans la dothiénentérie le bacille d'Eberth est une évolution du bacterium coli; évolution ou transformation effectuée par le fait de l'intervention de l'organisme malade.

C'est là une hérésie, mais l'hérésie d'aujourd'hui pourrait bien être la vérité de demain, et comme conclusion je dirai : l'étude de l'étiologie du choléra nous révèle (étant donné des conditions atmosphériques spéciales) le rôle prépondérant de la misère et des infractions à l'hygiène, dans la genèse de cette affection, d'où cette conclusion sociale et individuelle : « Moins de misère et plus d'hygiène. »

M. PROUST ne croit pas qu'il soit opportun de discuter sur l'épidémie actuelle, épidémie qui donne lieu à des considérations intéressantes qu'il ne manquera pas de communiquer à l'Académie quand le moment sera venu, mais il ne peut pas laisser passer sans protestation certaines assertions de M. Peter.

Les premiers épidémiologistes se sont surtout appliqués à établir des distinctions entre les diverses formes de choléra, distinctions qui ont eu pour résultat l'adoption de certaines mesures sanitaires. M. Peter poursuit un but tout différent; il fait un travail de concentration et s'applique à démontrer qu'il n'existe qu'un seul et même choléra. Il a continué, en cela, Jules Guérin, mais en modernisant son travail par des études bactériologiques. M. Peter ne reconnaît au choléra que des causes banales et n'admet pas qu'il puisse être importé. Il voudra bien se rappeler que le choléra de 1832, par exemple, avait été bel et bien importé, qu'on en avait suivi la marche pas à pas, et qu'on ne pouvait invoquer la chaleur puisqu'il a envahi la France en plein hiver. N'a-t-on pas constaté la même marche en 1865 ? M. Peter n'admet qu'une contagiosité relative du choléra; mais cette contagiosité peut être formidable, témoin l'épidémie de l'asile de Nanterre qu'a plusieurs fois citée M. Peter.

M. PETER demande à M. Proust s'il croit que le choléra qui a sévi à Nanterre est un choléra d'importation.

M. PROUST répond négativement.

M. PETER fait donc observer que ce choléra est né sur place. Il ne nie pas pour cela l'importation des choléras de 1832 et 1865.

M. BROUARDEL demande à M. Peter s'il croit à l'unité ou à la dualité du choléra.

M. PETER croit qu'il y a unité entre le choléra dit nostras et le choléra dit indien. Il n'y a, pour lui, qu'un seul choléra et deux opinions en présence.

LECTURE

La médecine militaire dans les armées grecques et romaines de l'antiquité. — M. CORLIEU fait, sur ce sujet, une communication dont voici le résumé.

C'est dans Homère, au siège de Troie, qu'on trouve les premières indications de médecins chargés de donner des soins aux soldats. Machaon et Padalire sont les deux seuls cités dans l'Iliade, bien qu'il y en eût d'autres. Après Homère, Lycurgue indique l'existence de médecins dans les armées lacédémoniennes et il faut arriver jusqu'à Xénophon, qui signale la présence de huit médecins dans sa mémorable Retraite des dix mille. En Perse, en Macédoine, les rois enmenaient des médecins dans leurs expéditions : c'est ainsi qu'on trouve Ctésias auprès d'Artaxerxès, Critobule auprès de Philippe de Macédoine, et Philippe d'Acarnanie, Critodème et Glaucias auprès d'Alexandre.

Un siècle et demi s'est écoulé depuis la réduction de la Grèce en province romaine, et c'est sous l'empereur Auguste qu'apparaissent les premiers médecins des armées. Il créa des armées permanentes et attribua des médecins à sa garde prétorienne, aux vigètes et, plus tard, aux légions et aux cohortes, ainsi que le démontrent les inscriptions et les *ex-voto*.

Si, primitivement, les médecins des légions et des cohortes ne recevaient pas d'honoraires, plus tard, ils furent rétribués par le trésor public ou par les nations vaincues.

L'existence des hôpitaux militaires ou *valetudinaria* remonte aux règnes de Trajan et d'Adrien et le géomètre Hyginus indique la place du *valetudinarium* dans le camp romain.

L'empereur Maurice créa un corps d'ambulanciers à cheval qui rapportaient les blessés hors du champ de bataille pour qu'ils reçussent les soins nécessaires.

D'après les inscriptions, on a trouvé qu'il existait plusieurs catégories de médecins militaires : il y avait les médecins *clinici*, les médecins des camps, des légions, des cohortes. On ne leur demandait ni titres, ni diplômes, ni examens. Leurs connaissances se bornaient à peu près au pansement des blessures, à l'extraction des javelots, à l'arrêt des hémorrhagies.

Ce travail sera complété par un mémoire sur le service de santé dans l'armée de mer.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de médecine (1), publié sous la direction de MM. DEBOVE et ACHARD. T. I : *Maladies de l'appareil respiratoire.*

Si les étudiants en médecine et les médecins ne savent pas leur pathologie, ce ne sera pas à l'absence des traités didactiques qu'il faudra s'en prendre. Après le *Traité de médecine* édité par la librairie Masson, voici le *Manuel de médecine* édité par la librairie Rueff, ou plutôt son premier volume consacré aux « Maladies de l'appareil respiratoire ». Il sera suivi de sept autres volumes semblables. L'ouvrage, dit le prospectus, sera complet en un an. Cette promesse nous laisse quelque peu sceptique : il faut dire, cependant, que, comme les collaborateurs sont nombreux et jeunes, les directeurs actifs, les conditions les meilleures sont remplies pour que cette publication soit aussi rapide que possible.

Cet ouvrage est publié avec un luxe d'impression et de reliure auquel tend à nous habituer la librairie qui l'édite; cela va rendre le public médical très difficile à cet égard. Ce n'est pas nous qui nous en plaindrons.

Mais ouvrons ce joli volume et voyons son contenu. Nous avons parlé tout à l'heure du *Traité de médecine*, en cours de publication chez Masson; nous ne pouvons échapper à la comparaison. Aussi bien ne sommes-nous point gêné pour dire notre avis à ce propos, et c'est peut-être la meilleure façon de faire savoir à nos lecteurs ce qu'est le nouveau *Manuel*.

Dans le *Traité de médecine*, les collaborateurs sont relativement peu nombreux : chacun d'eux a reçu la mission d'écrire un chapitre important, souvent la pathologie tout entière d'un organe. Ces collaborateurs sont presque tous médecins des hôpitaux ou professeurs agrégés, incapables de sacrifier complètement leur individualité dans une œuvre commune. Ils sont donc amenés à écrire des monographies où se reflètent nettement et leur personnalité et leurs travaux antérieurs. Cela donne à cet ouvrage une allure particulière, qui explique bien son incontestable succès.

Dans le *Manuel*, dirigé par MM. Debove et Achard, les collaborateurs sont à la fois plus nombreux et plus jeunes. On leur a

(1) Gr. in-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Rueff et Cie.

demandé de se plier entièrement à un plan préconçu. On a tout fait pour obtenir l'uniformité d'un ensemble dans lequel les auteurs sont plus effacés que dans le *Traité de médecine*. Cette façon de faire a ses avantages : elle cadre mieux avec ce que doit être un *Manuel*.

Il doit donc y avoir place à la fois dans la bibliothèque des médecins pour le *Traité* et le *Manuel de médecine* : ils ne se font pas concurrence.

On ne peut attendre de nous l'analyse d'un livre didactique et il serait sans intérêt de copier la table des matières. Ce qu'on peut nous demander, c'est notre impression à la lecture.

Cette impression est excellente : nous avons été surpris de trouver autant d'unité dans des chapitres rédigés par vingt-cinq collaborateurs différents. Il faut en féliciter vivement les directeurs et les exécutants.

Sans renoncer aux enseignements élevés du laboratoire et de la médecine comparée, c'est la clinique et le diagnostic qu'on a voulu mettre au premier plan; on a réduit ce qui concerne l'anatomie et la physiologie pathologiques à un exposé un peu schématique, tel que le comporte un livre qui, tout en étant complet, veut rester élémentaire.

On trouve à la fin du volume un formulaire qui vient compléter les indications consignées au paragraphe thérapeutique pour chacune des maladies. Cela permet de varier le mode d'administration des médicaments dont l'usage a été indiqué.

Le système d'éducation médicale qui est le nôtre, les tendances académiques que nous tenons des Grecs et des Latins ont, certainement, leurs inconvénients, mais ils ont, dans certains cas, leurs avantages. C'est, en tout cas, à ce système et à cette tendance d'esprit, qu'il faut attribuer la réussite du tour de force qui consiste à confier, par morceaux séparés, destinés à être juxtaposés et articulés ensemble, la rédaction d'un manuel didactique de cet ordre, dans lequel l'unité de plan et la clarté sont avant tout obligatoires.

« Je suis toujours étonné, disait un jour Virchow à Lasègue, de voir comment les Français savent éclaircir une question et la réduire à ses éléments réellement importants. Je suis toujours étonné de voir comment des travaux, touffus et très volumineux, sont réduits, par eux, à quelques propositions très simples, essentielles. C'est là un remarquable don de la race. » Ces paroles du grand pathologiste allemand, que nous avons souvent entendu citer par notre regretté maître, nous sont revenues à l'esprit en parcourant le premier volume du *Manuel* Debove-Achard.

Il est très intéressant de voir l'inventaire de la science médicale fait par nos jeunes médecins, successivement dans le *Traité de médecine*, patronné par MM. Charcot, Bouchard et Brissaud, et dans le *Manuel de médecine*, dirigé par MM. Debove et Achard ; cela d'autant plus que ces deux ouvrages didactiques ont des allures et des mérites assez notablement différents.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Concours d'admission en 1892.

Liste, par ordre de mérite, des candidats admis à cette École.

1. Renaude, Rolland, Rambaud, Daireaux, Damas, Romary, Cange, Mouly, Rudler, Hussenstein,

11. Rubenthaler, Gorse, Auguin, Labadie, Lévêque, Fayollat, Gorisse, Aldhuy, Oberlé, Rieux,

21. Velten, Brice, Idrac, Quenet, Boitel, Zeller, Paul, Conor, Tibéri, Jourdin,

31. Regad, Faure, Lambœuf, Caujole, Schmerber, Pla, Geysen, Rouyer, Trassagnac, Beauliès,

41. Delahaye, Petges, Fortier, Dusolier, Paloque, Lafeuille, Bouquet de Jolinière, Cadiot, Foley, Henriot,

51. Le Masne, Serre, Blanchard, Besse, Gauthier, Fohanno, Montagné, Vigné, Mahaut et Hyenne.

Les trente premiers candidats admis devront se présenter à l'École le 24 octobre courant, soit de huit à dix heures du matin, soit de deux à quatre heures de l'après-midi; les trente autres, le lendemain 25 octobre, aux mêmes heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 2 octobre 1892, M. Rigubert, médecin de première classe de la marine en retraite, a été nommé médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Marchal, de Lorquin (Lorraine annexée), décédé à l'âge de quatre-vingt-trois ans, après y avoir exercé la chirurgie pendant près de soixante ans. Il laisse un cabinet anatomique et des tableaux météorologiques.

Les journaux militaires ont aussi annoncé la mort d'un éminent ami des sciences et des arts, le regretté général Hanrion, ancien commandant de corps d'armée, qui était venu prendre sa retraite à Nancy, et qui, entre autres sociétés savantes, était le président et l'un des principaux organisateurs de la Société des amis de l'Université de Nancy.

— *Faculté de médecine de Paris. — Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions du premier trimestre de l'année scolaire 1892-93, ouvert le jeudi 13 octobre, sera clos le samedi 19 novembre, à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi.

1° Inscriptions de première, deuxième et troisième années de doctorat, — de première et deuxième années d'officiat, les jeudi 13, vendredi 14, samedi 15, mercredi 19, jeudi 20, vendredi 21, samedi 22, mercredi 26, jeudi 27, vendredi 28, samedi 29 octobre et les jeudi 3, vendredi 4, samedi 5, mercredi 9, jeudi 10, vendredi 11 et samedi 12 novembre.

2° Inscriptions de quatrième année de doctorat, — de troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 16, jeudi 17, vendredi 18 et samedi 19 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et aux heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de quatrième année de doctorat et de troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 15 novembre 1892.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le quatrième trimestre 1891-92. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Consignations pour examens. — Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du lundi 10 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à trois heures.

En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année (officiat), les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 10 et le mardi 11 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les consignations pour examens de fin d'année (officiat) ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation quelconque. Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet 1892.

Travaux pratiques. — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant seize inscriptions.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen sur leur demande écrite : 1° les étudiants ayant seize inscriptions ; 2° les docteurs français ; 3° les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Les droits sont de 40 francs, payables en une fois.

Cartes d'étudiants. — Les cartes d'étudiants, pour l'année scolaire 1892-1893, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et consignations.

Exercices de dissection (sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques). — Ostéologie : Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai au bureau du chef du matériel (École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine), de midi à trois heures.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 17 octobre.

Dissection : Les pavillons de dissection seront ouverts, à partir du lundi 7 novembre, tous les jours, de midi à quatre heures. Les prosecteurs, chefs de pavillon et les aides d'anatomie, dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. Les étudiants de première année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

B. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et de troisième année : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets.

C. Pour les autres étudiants et docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant : 1° élèves obligés, deuxième et troisième années (suivant la date de la prise de l'inscription trimestrielle, cinquième et neuvième) ; 2° élèves non obligés et docteurs.

L'entrée des pavillons de dissection est interdite à tout étudiant qui n'aurait pas été régulièrement convoqué ou qui n'aurait pas acquitté les droits afférents à l'inscription trimestrielle.

Des lettres de convocation seront adressées au domicile des élèves.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les paralysies alcooliques,

Par le docteur Ad. LAFFITTE,
Ancien interne lauréat des hôpitaux.

I

Les paralysies alcooliques forment un chapitre dans l'histoire des paralysies par névrites périphériques; elles rentrent dans la *forme toxique* de ces névrites et se placent à côté des paralysies saturnine, arsénicale, mercurielle, oxycarbonée.

D'après un mémoire de Dreschfeld (1), James Jackson aurait signalé, le premier, les troubles paralytiques consécutifs à l'intoxication chronique par l'alcool (1822). Mais les désordres de la sensibilité et les manifestations articulaires l'avaient surtout frappé; d'où le nom d'*arthrodynie* qu'il donne à ces accidents.

Magnus Huss (2) apporte de nombreuses preuves cliniques et compare les accidents provoqués par l'alcool à ceux qui résultent de l'intoxication par le plomb, le phosphore, le seigle ergoté. Il s'agit, dans ces cas, de troubles passagers et curables, de parésies plutôt que de paralysies vraies; toutefois, les troubles de la sensibilité, fourmillements, douleurs, sensations de brûlure sont exactement rapportés.

Il est un nom qui est intimement lié à l'histoire de la paralysie alcoolique, c'est celui de M. Lancereaux (3). Il faut arriver jusqu'à lui pour avoir une connaissance exacte de ces paralysies et leur démonstration anatomique. Dans l'article ALCOOLISME, du *Dictionnaire encyclopédique* (1864), il décrit leur étiologie, leur évolution, leur localisation. Plus tard, il rapporte plusieurs cas nouveaux et montre nettement, pour la première fois, que les paralysies alcooliques sont dues à l'existence de névrites périphériques. Il insiste, depuis, sur la prédisposition manifeste du sexe féminin et sur l'influence prépondérante des liqueurs alcooliques contenant des huiles essentielles.

(1) DRESCHFELD. On alcoholic Paralysis, in *Brain*, juillet 1884.
(2) M. HUSS. *Chronische Alcoholis krankheit*, Leipzig 1852.
(3) E. LANCEREAUX. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. ALCOOLISME, 1864; — Paralysies toxiques, in *Gaz. hebd.*, 1881.

M. Leudet (de Rouen), dans une étude sur la forme hyperesthésique de l'alcoolisme chronique (1), signale à son tour les désordres paralytiques qui s'accompagnent parfois d'incoordination motrice. Interprétant ces faits, il pense qu'on doit en rechercher la cause dans des lésions de la moelle.

Citons les travaux de Handfield Jones (2), Wilks (3), Fisher (4), Broadbent (5) qui rapportent des observations nouvelles et acceptent, les uns, l'origine périphérique, les autres, l'origine centrale de ces paralysies.

En 1884, M. Charcot (6) publie une leçon sur deux cas de paralysie alcoolique observés dans son service; il insiste sur les troubles mentaux graves qu'on y remarquait et résout l'intéressante question des pseudo-tabes.

Œttinger (7), dans un travail très complet, précise la symptomatologie et décrit les lésions névritiques d'après plusieurs examens originaux. Les lésions dégénératives sont limitées aux nerfs périphériques et respectent, dans tous les cas, la moelle et les racines médullaires.

M. Leval-Piquechef (8) étudie le pseudo-tabes alcoolique et le distingue de l'ataxie vraie, ainsi que des autres polynévrites infectieuses.

M. Gombault (9) étudie les premières phases de la névrite alcoolique et lui décrit une période pré-wallérienne caractérisée par la multiplication des noyaux et l'émulsion de la gaine de myéline avec conservation du cylindre-axe. Mais l'intensité du processus amène rapidement la destruction du cylindre-axe sur le plus grand nombre de fibres.

Oppenheim (10) rapporte une autopsie de paralysie alcoo-

(1) LEUDET. Étude sur la forme hyperesthésique de l'alcoolisme chronique, in *Arch. gén. de méd.*, 1867, p. 1.
(2) H. JONES. Epilepsy and other nervous affections resulting from excessive use of alcohol, in *The Practitioner*, déc. 1871.
(3) WILKS. *The Lancet*, 1872.
(4) FISHER. *Deuts. Zeit. f. Chir.*, 1877.
(5) BROADBENT. On a form of alcoholic spinal paralysis, *The Lancet*, 1884.
(6) CHARCOT. Les paralysies alcooliques, in *Gaz. des hôp.*, 1884.
(7) ŒTTINGER. *Études sur les paralysies alcooliques*, Th. de Paris, 1885.
(8) LEVAL-PIQUECHEF. *Des pseudo-tabes*, Th. de Paris, 1886.
(9) GOMBAULT. Sur les lésions de la névrite alcoolique, *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1886, p. 436.
(10) OPPENHEIM. Zur Pathol. der Multip. Neuritis und Alkohollœhmung, *Zeits. f. klin. Med.*, 1886.

lique : il existait une lésion limitée de la moelle lombaire, caractérisée par l'atrophie de la corne antérieure droite, la dégénérescence des racines antérieure et postérieure et une sclérose peu avancée des cordons postérieurs.

Nous devons citer encore la thèse d'agrégation de M. Brissaud (1) qui s'applique au diagnostic différentiel des paralysies toxiques, la thèse de M. Boisvert (2) qui étudie les formes atténuées de la paralysie alcoolique, le travail expérimental de MM. Pitres et Vaillard (3), la thèse de M. Canac (4), celle de M. Carpentier (5).

Le mémoire de M. Déjerine (6) doit être particulièrement cité. Cet auteur étudie les formes de la névrite alcoolique et cite deux cas de névrite du pneumogastrique, dont un confirmé par l'examen histologique.

Reynolds (7) rapporte un cas de paralysie alcoolique aiguë, où les lésions de la moelle lombaire étaient très accusées.

M. Babinski (8), résumant la question des névrites périphériques, cherche à en élucider la pathogénie et se demande si la théorie de la névrite ascendante est absolue.

Dans une thèse récente, M. Vassal (9) étudie les formes généralisées de la paralysie alcoolique et apporte un certain nombre d'observations originales.

II

En ce qui touche l'étiologie de la paralysie alcoolique, deux points sont surtout à mettre en lumière : l'influence du sexe, la nature du liquide toxique.

Les Anglais pensent que le sexe féminin a une prédisposition singulière pour la névrite alcoolique. Wilks a surtout attiré l'attention sur ce point. Broadbent confirme les observations de Wilks et pense que le danger réside surtout dans les professions sédentaires auxquelles les femmes sont assujetties.

Myrtle, au Congrès de l'Association médicale anglaise (1882), dit que les accidents nerveux de l'alcoolisme se traduisent, chez l'homme, surtout par le delirium tremens, chez la femme, surtout par la paraplégie. Sur 55 observations rapportées par Œttinger, 37 fois on a affaire à des femmes, 18 fois seulement à des hommes. M. Carpentier publie 7 cas nouveaux, parmi lesquels 6 femmes et 1 homme. L'influence du sexe féminin paraît donc suffisamment démontrée. C'est, du reste, l'opinion de M. Lancereaux.

La nature du liquide est aussi très importante. Le vin, les liquides purement alcooliques (rhum, cognac, eau-de-vie) auraient une influence bien moindre que les liqueurs contenant des huiles essentielles. L'absinthe, le vulnéraire, l'eau de mélisse, les divers produits désignés sous le nom d'*amers*, d'*apéritifs*, sont les facteurs principaux de la névrite alcoolique. L'absinthe est peut-être le plus répandu de tous ces liquides : c'est un composé complexe de diverses huiles essentielles. D'après MM. Cadéac et Meunier (1), les absinthes du commerce sont formées par deux groupes d'essences bien différents : l'un épileptisant, l'autre stupéfiant. Quoi qu'il en soit, ces liquides ébranlent fortement le système nerveux et arrivent à provoquer des lésions matérielles.

Si l'on songe que la femme préfère les boissons à bouquet, qui excitent davantage sa muqueuse gustative, et que l'usage du vulnéraire et de l'absinthe est très répandu à Paris, parmi les femmes du peuple, on voit pourquoi la paralysie alcoolique affecte une prédilection marquée pour le sexe féminin.

En clinique, il n'est pas toujours facile de savoir la nature du toxique mis en usage. Les aveux des malades — surtout quand il s'agit de femmes — font souvent absolument défaut. Mais les signes différentiels des diverses formes de l'alcoolisme chronique sont assez bien définis aujourd'hui, pour qu'on puisse se passer des renseignements fournis par le malade et arriver à la détermination du liquide employé.

L'âge où se montrent les paralysies est l'âge adulte ; l'intoxication alcoolique a besoin d'un laps de temps assez considérable pour arriver à produire des désordres matériels.

III

Nous prendrons pour type de la description un cas de paralysie alcoolique limitée aux membres inférieurs, à marche chronique. C'est, d'ailleurs, ce que l'on a le plus souvent occasion d'observer.

Le tableau clinique de la paralysie est toujours précédé par les signes de l'intoxication alcoolique en général et, suivant qu'il s'agit d'un malade intoxiqué par l'alcool ou par les liqueurs à essences, les signes sont un peu variables. Nous les résumons rapidement.

Les désordres subjectifs consistent en fourmillements, picotements, crampes, sensations de brûlure, exagérés par la chaleur du lit. Les sensations de douleur profonde, de brisement, de déchirure au niveau des articulations, sont plus profondes quand il s'agit d'absinthiques. Les malades accusent souvent de la pesanteur thoracique, rétro-sternale, et aussi une constriction à la gorge, analogue à celle des hystériques. Ils peuvent avoir du délire ou être sujets à des crises convulsives. Les désordres objectifs ne sont pas moins caractéristiques. Tantôt il existe une analgésie absolue au niveau des extrémités inférieures; le réflexe plantaire cutané, le réflexe rotulien font défaut ; d'autres fois — surtout quand il s'agit de l'intoxication par les essences — les membres inférieurs sont le siège d'une hyperesthésie remarquable qui s'étend jusqu'à la racine des membres, envahit le tronc et devient excessive au niveau des fosses iliaques où la pression provoque des contractions réflexes et le renversement du tronc en arrière, à la façon des hystériques à qui l'on presse sur les régions ovariennes. L'excitation de la peau et surtout le chatouille-

(1) Brissaud. *Des paralysies toxiques*, Th. d'agr., 1886.

(2) Boisvert. *Étude clinique des formes atténuées de la paralysie alcoolique*, Th. de Paris, 1888.

(3) Pitres et Vaillard. Des névrites provoquées par le contact de l'alcool pur ou dilué sur les nerfs vivants, Soc. de biol., 1888.

(4) Canac. *Contribution à l'étude de la paralysie alcoolique*, Th. de Montpellier, 1889.

(5) Carpentier. *Contribution à l'étude des paralysies alcooliques*, Th. de Paris, 1890.

(6) Déjerine. Contribution à l'étude de la névrite alcoolique, *Arch. de physiol.*, 1887.

(7) Reynolds. Soc. pathol. de Manchester, 1890.

(8) Babinski. Anatomie pathologique des névrites périphériques, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1890.

(9) Vassal. *Contribution à l'étude de la paralysie alcoolique, et en particulier des formes généralisées*, Th. de Paris, 1891.

(1) Cadéac et Meunier. Contribution à l'étude physiologique de la liqueur d'absinthe, *Lyon méd.*, 1889.

ment de la plante des pieds produit des résultats analogues; le malade se tord sur son lit, convulse les muscles de la face et cherche, par tous les moyens, à échapper à cette exploration.

La sensibilité à la douleur est seule modifiée; les sensibilités thermique et tactile persistent intactes d'ordinaire.

Les hallucinations terrifiantes sont aussi la règle; les malades voient des fantômes hideux, féroces, des monstres prêts à les dévorer, des précipices entr'ouverts. Nous n'insistons pas sur les autres signes de l'alcoolisme chronique, troubles gastriques, pituites, tremblements, affaiblissement mental, qui ne rentrent pas directement dans notre sujet.

La paralysie alcoolique confirmée est précédée par une période qu'on peut appeler *pré-paralytique*, d'une durée éminemment variable, mais qui, en général, est de plusieurs années. Un laps de temps considérable est, en effet, nécessaire pour que l'alcool ait le temps de léser les fibres nerveuses périphériques. Durant cette période se déroulent les tableaux que nous avons esquissés tout à l'heure. Il est certains signes qui indiquent l'imminence du danger : ce sont ceux qui se passent dans la sphère des systèmes sensitif et locomoteur. Les douleurs spontanées des membres inférieurs s'exagèrent et se traduisent par des sensations de brisement et de torsion : les patients sont réveillés en sursaut par l'exagération de la douleur. Les crampes, les soubresauts des tendons s'exagèrent au moment de l'apparition des troubles moteurs. On a signalé des cas (Magnus Huss) où la paralysie des extrémités inférieures a succédé à une attaque de délire alcoolique. Mais c'est là un fait exceptionnel.

Ces prodromes durent de quelques semaines à quelques mois; puis la paralysie se montre et se révèle, dès lors, par des signes spéciaux.

Le début est lent d'ordinaire, il se produit d'abord un affaissement des membres inférieurs; la marche est pénible, les malades trébuchent, il y a une parésie des extenseurs pelviens. Cet état parétique peut s'amender, disparaître parfois, puis se reproduire et arriver enfin à l'impotence complète.

La paralysie alcoolique se localise de préférence sur certains groupes musculaires et, en particulier, sur les extenseurs. Au début, il est souvent difficile de dire quels muscles sont exactement touchés; les patients se plaignent d'une faiblesse générale, diffuse, qu'il est difficile de rapporter à tel ou tel muscle en particulier.

La paralysie envahit les deux membres inférieurs simultanément et symétriquement. Voici l'ordre dans lequel les muscles sont touchés. Le groupe antéro-externe de la jambe devient d'abord impotent (jambier antérieur, extenseur commun des orteils, extenseur propre du gros orteil, péroniers latéraux). Parmi eux, c'est l'extenseur propre du gros orteil qui est pris le premier et avec une fréquence constante. Les muscles du mollet résistent fort longtemps et parfois restent indemnes; il en est de même des adducteurs de la cuisse. Faisons cependant remarquer que le triceps crural, et, en particulier, le droit antérieur, est souvent atteint l'un des premiers; il existe même des observations où il reste seul paralysé.

Cette prédilection de la paralysie pour les muscles extenseurs explique l'attitude particulière des membres atteints. Quand le malade est assis sur le bord du lit, et que ses jambes sont pendantes, voici ce que l'on observe : la pointe du pied est dirigée en bas et en dedans; sa face dorsale regarde en avant et se continue avec la face antéro-externe de la jambe; le bord interne est plus élevé que le bord externe et le talon plus que les orteils. C'est l'attitude du pied-bot varus équin. Les orteils sont fortement fléchis vers la plante, surtout le gros orteil dont l'extenseur propre n'exerce plus d'action antagoniste. Cette attitude spéciale du pied, cette symétrie des lésions sont presque pathognomoniques de la paralysie alcoolique.

Une déformation aussi considérable s'accompagne nécessairement de troubles de la locomotion, quand l'impotence fonctionnelle n'est pas complète. Le poids du corps porte sur l'avant-pied, et parfois même sur la face supérieure des orteils recourbés en crochet; il en résulte une démarche qui rappelle celle de l'ataxique, et que l'on décrit sous le nom de *pseudo-tabes alcoolique*. Cette démarche spéciale est ainsi décrite par Leval-Piquechef : « Quand on place le malade sur ses jambes et qu'on l'aide à se mettre en mouvement, il se redresse et porte le tronc en arrière; puis il soulève les jambes par une flexion brusque et exagérée de la cuisse comme si, par exemple, il venait de poser son pied sur une place brûlante... A ce moment, le genou se trouve élevé à une grande hauteur, mais la pointe du pied reste tombante; celui-ci est alors projeté, comme lancé en avant, puis repose sur le sol sans choc du talon. M. Charcot compare cette démarche à celle du cheval qui *steppe* et estime qu'elle est produite par la parésie des extenseurs du pied. » Cette démarche particulière est provoquée par l'impotence fonctionnelle des muscles extenseurs de la cuisse et de la jambe, et par l'obstacle qu'apporte à la progression la flexion exagérée des orteils.

Les membres frappés de paralysie présentent des *troubles* multiples *de la sensibilité*. Il y a de l'analgésie ou de l'hyperalgésie cutanée remontant plus ou moins haut, jusqu'à la racine du membre, des fourmillements, des sensations de brûlure; parfois, on observe des douleurs très vives, semblables à des décharges électriques, sur le trajet du sciatique. Ces douleurs, rapides comme l'éclair, rappellent les douleurs fulgurantes des ataxiques. Les masses musculaires sont toujours sensibles à la pression; et M. Charcot regarde comme caractéristique de l'alcoolisme la douleur provoquée par la malaxation des muscles du mollet unie à leur paralysie flaccide. Les troubles de la sensibilité sont si marqués et si constants dans la paralysie alcoolique qu'ils en constituent un des caractères les plus remarquables.

L'*atrophie musculaire* se montre bientôt; elle envahit les muscles dans l'ordre même où ils ont été paralysés, les extenseurs étant toujours atteints les premiers. Il s'agit, dans ce cas, d'une atrophie vraie et non pas d'une atrophie par repos forcé; car il est des cas où elle s'accuse avec une rapidité remarquable. Le pannicule adipeux sous-cutané peut, parfois, la masquer; dans les cas douteux, il faut toujours explorer avec soin les masses musculaires.

La peau présente bientôt des *troubles trophiques*. Elle est lisse, fine, luisante, lustrée, d'autres fois rugueuse, squameuse. Les ongles sont recourbés en crochet, cannelés, hypertrophiés. Il n'est pas rare d'observer des éruptions : purpura, phlyctènes, érythème pellagroïde (Lancereaux), éruptions d'herpès, désordres de la nutrition qui ne sont pas l'apanage de l'alcoolisme.

Les *troubles vaso-moteurs* ne sont pas rares. Ils consistent en une teinte cyanique de la peau avec refroidissement des extrémités, surtout quand le membre est dans une situation déclive. La teinte cyanique peut s'étendre et remonter plus

ou moins haut, quelquefois jusqu'aux limites des portions anesthésiées. La sécrétion sudorale est exagérée, surtout à la face dorsale des pieds; on provoque facilement cette hypersécrétion en découvrant brusquement les membres paralysés.

M. Charcot a signalé une rigidité du membre paralysé résultant d'une rétraction des muscles ou des tendons immobilisés dans leurs gaines fibreuses. Il ne s'agit pas d'une contracture musculaire; car on sait que les paralysies alcooliques sont toujours des paralysies flasques. Ces rétractions peuvent se compliquer d'adhérences fibreuses et, dès lors, rendre incurables les attitudes vicieuses du pied. Ces faits doivent être signalés; car on a publié des cas de contracture permanente des muscles du mollet chez des alcooliques; il s'agit là probablement de rétractions musculaires.

Les *réactions électriques* des muscles ainsi atrophiés présentent des modifications profondes. L'excitabilité par les courants faradiques est très diminuée et souvent même abolie (Œttinger). La réaction de dégénérescence se montre par l'emploi des courants galvaniques, mais elle est moins marquée dans la paralysie alcoolique que dans les autres polynévrites toxiques. Les muscles dégénèrent dans l'ordre suivant : d'abord l'extenseur commun des orteils, puis le droit antérieur de la cuisse, les muscles du mollet, les péroniers et enfin le tibial antérieur qui est atteint exceptionnellement, même quand les troubles moteurs sont très accusés.

Les alcooliques, en dehors des troubles sensitivo-moteurs que nous avons décrits plus haut, peuvent présenter des troubles de même ordre à forme hémiplégique, et qui ressemblent aux manifestations de l'hystérie. Ces désordres, bien étudiés par MM. Charcot, Lancereaux, Hischmann, Debove, ont donné lieu à des interprétations diverses.

L'hémiplégie peut être purement sensitivo-sensorielle; mais généralement elle est aussi motrice. Dans ce cas, les troubles de la sensibilité sont toujours plus marqués que ceux du mouvement.

Quels sont les liens qui unissent cette hémiplégie à l'alcoolisme? M. Debove pense que l'intoxication est capable de créer de toutes pièces, chez des individus prédisposés ou non, une hystérie qui lui est propre et qui mériterait le nom d'hystérie alcoolique ou hystéro-alcoolisme.

M. le professeur Charcot n'est pas du même avis, il pense que, chez les sujets prédisposés, l'alcoolisme chronique développe et met en jeu une hystérie latente; l'alcool est simplement un *agent provocateur*. Il ajoute : « Les hémianesthésies en question font-elles partie de la nosographie de ces intoxications chroniques? Voilà ce dont je doute, pour ne pas dire plus (1). » D'ailleurs, la nature hystérique des accidents est démontrée par la coexistence des manifestations multiples de la grande névrose, les phénomènes du transfert, l'efficacité des agents esthésiogènes (métallothérapie, aimants, faradisation, etc.).

IV

Tel est le tableau le plus ordinaire de la paralysie alcoolique, paralysie flasque, très douloureuse, envahissant symétriquement les muscles des membres inférieurs et surtout ceux de la jambe, évoluant d'une façon chronique.

(1) Charcot. *Leçons de la Salpêtrière*, 20 juin 1886.

La durée de cette paralysie est éminemment variable; parfois elle persiste autant que la vie du malade; d'autres fois elle est entrecoupée de rémissions plus ou moins longues, qui peuvent aboutir à une guérison d'ordinaire incomplète.

Mais il est des cas où l'évolution s'écarte de ce type classique, soit que la paralysie atteigne des nerfs qui restent indemnes d'ordinaire, soit qu'elle affecte dans sa marche des caractères spéciaux. Au lieu de rester limité aux membres inférieurs, le mal peut se généraliser, envahir les quatre membres et forcer le malade à l'inaction la plus absolue. Quand les membres supérieurs sont atteints, le groupe des extenseurs est toujours envahi le premier, et souvent d'une manière exclusive; le long supinateur est intéressé. On a observé l'atrophie des muscles de l'épaule, du sterno-mastoïdien et du trapèze (Vassal). L'atrophie est d'ordinaire moins prononcée au membre supérieur qu'aux jambes; les douleurs y sont moins vives, l'incoordination motrice exceptionnelle et dans tous les cas peu marquée.

Un malade de M. Lancereaux était réduit à l'état de squelette; les muscles de la masse sacro-lombaire et les muscles dorsaux étaient atrophiés comme ceux des membres (Carpentier). Confiné au lit, cachant sa tête sous les draps pour éviter l'éclat du jour, sa peau était le siège d'une hyperalgésie extrême; le contact le plus léger provoquait des gémissements. Quand la paralysie se généralise ainsi, le diaphragme peut être touché (Charcot, Broadbent, Lancereaux) et la mort survient rapidement. Ajoutons que les sphincters restent indemnes, même aux périodes les plus avancées du mal.

Comme localisation rare de la paralysie alcoolique, nous citerons la névrite optique avec atrophie papillaire. L'amblyopie qui en résulte diffère absolument de l'amblyopie ordinaire des alcooliques et qui consiste en un scotome central, intéressant surtout la vision des couleurs et affectant les deux yeux en même temps et au même degré. Nous parlons ici de l'atrophie blanche de la papille avec amaurose. Les cas en sont très rares; mais nous en avons une observation avec autopsie et examen du nerf optique.

Les nerfs craniens ne sont pas intéressés en général dans la paralysie alcoolique. Cette immunité est la règle; aussi M. Brissaud attaque-t-il les observations de Lilienfeld (1) et de Hun (2). Le premier a relaté un cas de double paralysie du moteur oculaire externe, chez un alcoolique atteint de paraplégie avec incoordination motrice; — le deuxième a observé un cas de paralysie faciale unilatérale. Il est cependant des exceptions à la règle : ainsi la névrite du pneumogastrique d'origine alcoolique paraît aujourd'hui un fait accepté. Déjerine (3) a décrit, sous le nom de tachycardie par névrite du pneumogastrique, une localisation rare de la névrite alcoolique. Dans un cas, il s'agit d'une malade alcoolique fébricitante, dont le pouls battait cent soixante fois à la minute et où l'examen montra une névrite du pneumogastrique. Dans un autre cas, et dans deux observations de Vassal, l'examen anatomique n'a pas été fait, et le diagnostic a été porté d'après l'existence de la tachycardie. Cette localisation de la névrite alcoolique sur

(1) Lilienfeld. *Berl. Gesell. f. Psych. und Nerv. Kr.*, 1885.
(2) H. Hun. *Amer. Journ. of Med. Sc.*, avril 1885.
(3) Déjerine. Contribution à l'étude de la névrite alcoolique (forme paralytique, forme ataxique, tachycardie par névrite du pneumo-gastrique), in *Arch. de physiol.*, 1887.

le pneumogastrique est très grave, car elle expose les malades à la mort brusque par syncope.

V

La paralysie alcoolique n'a pas toujours la marche chronique ou subaiguë que nous lui avons décrite dans le chapitre précédent. Elle peut évoluer d'une façon aiguë, se généraliser rapidement et emporter le patient en quelques semaines. C'est de cette *forme aiguë*, d'ordinaire généralisée, qu'il nous reste à parler maintenant.

Elle se montre chez des individus fortement intoxiqués et qui ont absorbé des liquides alcooliques contenant des essences. Dans une phase prodromique, se montrent au grand complet les troubles de la sensibilité sur lesquels nous avons déjà longuement insisté, et surtout les phénomènes d'excitation des centres, insomnies, cauchemars, rêves terrifiants. Puis, dans l'espace de quelques jours, les membres inférieurs faiblissent, s'engourdissent et deviennent impotents. La paraplégie peut être complète au bout d'un septénaire. En même temps, et très rapidement, apparaissent l'atrophie musculaire, les troubles trophiques (pemphigus, escharres, taches purpuriques), les troubles vaso-moteurs. Les muscles atteints perdent rapidement leur contractilité électrique et les réflexes font défaut. Les membres supérieurs ne tardent pas à être touchés à leur tour, car nous avons dit que la forme aiguë est d'ordinaire généralisée. L'atrophie porte sur les extenseurs, puis sur les muscles de l'épaule et surtout le deltoïde; enfin, les muscles du thorax restent rarement indemnes. Le malade est confiné au lit, dans l'impotence la plus absolue; il reste somnolent dans la journée ou a un peu de subdélire; la nuit l'agitation reparaît, le malade est en proie à des hallucinations épouvantables, l'insomnie est absolue et hâte le dénouement fatal.

La température est toujours élevée dans ces cas, surtout à la période terminale, même en dehors de toute complication viscérale.

La mort est la règle dans cette forme, soit que l'intensité des phénomènes délirants épuise le malade, soit que le diaphragme se paralyse, soit qu'enfin le pneumogastrique soit touché. Une tuberculose pulmonaire à marche rapide vient parfois hâter la mort qui ne se fait guère attendre plus de quelques mois, mais qui peut survenir en trois semaines (Broadbent), ou en six semaines (Lancereaux).

En opposition à cette forme aiguë et généralisée, nous pouvons mettre les paralysies limitées et à évolution lente qui s'éloignent du type ordinaire de la paralysie alcoolique.

M. Boisvert (1) en a fait une étude clinique sous le nom de *formes atténuées* ou *parésies alcooliques*. Ce sont des faiblesses musculaires plutôt que des paralysies véritables, et il décrit les parésies diffuses des membres supérieurs ou des membres inférieurs, ces dernières plus rares, s'accompagnant de troubles de la marche et d'inhabileté dans les mouvements; les paralysies limitées à un nerf et en particulier la paralysie cubitale; enfin les parésies matinales passagères qui ne sont que l'exagération du tremblement alcoolique matinal avec les autres caractères des paralysies alcooliques.

(1) Boisvert. Loc. cit.

VI

Suivant que la marche de la paralysie alcoolique est aiguë ou chronique, qu'il existe ou non des troubles moteurs, le diagnostic est plus ou moins facile à poser. Dans les cas typiques, il s'impose pour ainsi dire : la localisation de la paralysie aux membres inférieurs, la symétrie des lésions, l'attitude du membre, les désordres de la sensibilité, l'absence des réflexes, l'intégrité des sphincters, les signes de l'intoxication alcoolique ne permettent pas l'hésitation.

Quand la marche est aiguë, il faut songer à la *paralysie ascendante aiguë* ou *maladie de Landry*. Mais ici l'évolution est toujours très rapide; le début se fait par les membres inférieurs, qui sont d'abord lourds et engourdis et qui se paralysent en quelques jours. Signe important : les douleurs font ordinairement défaut, la sensibilité est diminuée (Vulpian). Les muscles des membres supérieurs, ceux du tronc se prennent en quelques jours; l'œsophage, le larynx sont envahis et la paralysie du diaphragme entraîne la mort en quelques jours. L'atrophie musculaire ne se produit pas, peut-être à cause de l'évolution rapide; les troubles de la contractilité électrique que Landry regardait comme faisant toujours défaut, s'observent cependant quelquefois (Déjerine, Hoffmann). Une grande obscurité entoure la pathogénie de cette affection; on tend cependant à la regarder aujourd'hui comme le résultat d'une névrite périphérique (Leyden) sans participation de la moelle.

La *paralysie spinale antérieure subaiguë* de Duchenne peut prêter à la confusion, d'autant que, pour Mme Déjerine-Klumpke, le complexus symptomatique décrit par Duchenne n'est, dans la majorité des cas, qu'une modalité clinique de la névrite multiple. Elle se manifeste par l'affaiblissement progressif, puis l'impotence complète des membres inférieurs; la paralysie se généralise ensuite. La contractilité des muscles diminue rapidement et l'atrophie musculaire est précoce et marquée. La sensibilité et l'intelligence restent intactes, les sphincters ne se relâchent pas. Il n'est pas rare de voir le mal rétrocéder peu à peu, l'atrophie diminuer, les mouvements reparaître. La mort par asphyxie ou syncope est rare.

Les *poly-névrites infectieuses aiguës fébriles* surviennent soit spontanément, soit à la suite d'un refroidissement, d'un surmenage, ou encore dans le cours des maladies aiguës, telles que la diphthérie, la variole, la fièvre typhoïde. Les pieds et les jambes s'engourdissent, sont faibles et les muscles deviennent douloureux. Cette parésie, bilatérale et symétrique, s'accompagne de fièvre, de stupeur, d'anorexie.

Les douleurs sont vives et paroxystiques, s'accompagnent d'élancements, de fourmillements, d'hyperalgésie cutanée qui, plus tard, est remplacée par de l'anesthésie. La paralysie fait bientôt des progrès, s'étend aux muscles du bras, de l'épaule, du dos, du thorax; les muscles s'atrophient rapidement; la contractilité électrique disparaît. La maladie peut s'arrêter là; l'amélioration se produit d'une manière progressive, la paralysie et l'atrophie disparaissent à la longue. Parfois, le diaphragme est atteint à son tour et le malade est rapidement enlevé. Cette description rappelle, par beaucoup de points, celle de la maladie de Landry (Mme Klumpke).

La *névrite puerpérale* à forme paraplégique [Mœbius (1), Tuilant (2)], d'étude toute récente, offre les plus grandes analogies avec la névrite alcoolique. A part les troubles de la sensibilité qui sont beaucoup plus accusés dans la paralysie alcoolique et la marche de la maladie qui est plus rapide dans la névrite puerpérale, « la névrite puerpérale ne porte pas en elle-même un cachet symptomatique qui lui soit spécial. Ici, comme pour beaucoup d'autres névrites toxiques ou infectieuses, c'est la notion étiologique qui permet de porter le diagnostic » (Tuilant). Elle débute avec un appareil fébrile marqué ; les membres inférieurs sont le siège de douleurs vives; les groupes antéro-externes de la jambe sont pris les premiers, s'affaiblissent et s'atrophient; aux membres supérieurs, c'est l'extenseur propre des doigts qui est atteint ; il y a anesthésie, abolition des réflexes, abolition de la contractilité musculaire. Dans les observations du type paraplégique publiées par M. Tuilant, les antécédents alcooliques des malades ne sont pas notés; de sorte qu'on peut se demander si l'alcoolisme n'aurait pas exercé quelque influence sur la production de ces paralysies.

L'*intoxication arsénicale aiguë* s'accompagne de névrites qui ressemblent tellement aux névrites alcooliques que M. le professeur Jaccoud se demande si l'influence de l'alcool ne pourrait être incriminée. Elles ont une évolution rapide et se généralisent d'ordinaire aux quatre membres. Elles débutent par de l'engourdissement, de la faiblesse des extrémités ; il y a des fourmillements, des picotements, de l'hyperalgésie cutanée. Puis les muscles sont atteints et en premier lieu les groupes extenseurs. Les mouvements précis de la main deviennent difficiles ; les jambes fléchissent et bientôt la marche est impossible. Il y a atrophie précoce des muscles paralysés et abolition des réflexes tendineux. La maladie dure de quelques semaines à quelques mois et est influencée par le traitement que l'on fait subir aux malades. La guérison est la règle; elle arriverait 97 fois sur 100 d'après Gerhardt. Mais il peut persister pendant longtemps des malaises locaux, diminution de la sensibilité et engourdissement. Si l'on tient compte des circonstances étiologiques, de l'absence de désordres cérébraux, de l'intensité moindre des troubles de la sensibilité, de l'évolution favorable, il sera possible d'établir un diagnostic différentiel.

Quand la paralysie alcoolique a une marche chronique, la confusion peut être faite avec la majorité des névrites toxiques.

La *paralysie saturnine* a des caractères si spéciaux que le diagnostic est d'ordinaire facile. Nous ne faisons que signaler la bilatéralité des lésions, le début ordinaire par les extenseurs du médius et de l'annulaire, l'intégrité du long supinateur et de l'anconé, l'atrophie débutant par les muscles qui ont été les premiers paralysés, les troubles électriques, la persistance de la sensibilité cutanée et sensorielle. Mais il faut savoir que la paralysie saturnine peut se généraliser, envahir les membres inférieurs, les muscles de la nuque et du dos et même le diaphragme [Duchenne (de Boulogne), Lépine, Romberg]. Tous les muscles ne sont pas atteints à la fois au même degré ; quelques-uns, tels que les supinateurs, les inter-osseux, sont peu touchés et récupèrent vite leur excitabilité.

(1) Mœbius. Neuritis puerperalis, *Munch. Med. Wochens.*, 1887, n° 9.
(2) Tuilant. *De la névrite puerpérale*, Th. de Paris, 1892.

L'*intoxication mercurielle*, étudiée par M. Letulle (1), se traduit souvent par des désordres moteurs des membres inférieurs. Le groupe antéro-latéral de la jambe et en particulier les muscles extenseurs des orteils sont atteints par la paralysie et l'attitude du pied en varus équin se retrouve ici. La généralisation peut se faire aux membres supérieurs et aux muscles du thorax, comme dans l'alcoolisme chronique. Les troubles mentaux sont toujours marqués ; il y a affaiblissement des facultés intellectuelles, perte de la mémoire, hébétude. Les masses musculaires paralysées sont le siège de secousses convulsives qui augmentent sous l'influence des émotions morales. M. Letulle a reproduit expérimentalemeut l'intoxication mercurielle. Il a trouvé sur les nerfs périphériques la disparition par places de la myéline et la persistance du cylindre-axe ; mais il n'a pas retrouvé les cellules chargées de granulations de myéline que l'on décrit autour du cylindre-axe dans la névrite saturnine. Il pense que, dans la névrite mercurielle, il s'agit d'un processus destructif pur et simple et non d'un travail inflammatoire.

L'*oxyde de carbone* produit des paralysies à début rapide et qui se montrent dès que les malades sont sortis de la période aiguë de l'intoxication. Une insensibilité absolue des membres, un engourdissement léger sont les signes prémonitoires. Au bout de quelques jours, une des deux jambes perd la facilité de se mouvoir, puis c'est au tour de l'autre. Enfin les deux membres supérieurs se prennent à leur tour. Aux membres inférieurs, c'est le groupe antéro-latéral qui est atteint; aux membres supérieurs, c'est le groupe anti-brachial. L'attitude des extrémités est celle que nous avons décrite dans les autres paralysies toxiques. Les troubles trophiques, œdème sur le trajet des nerfs, peau lisse et luisante, éruptions zostériformes, ne sont pas rares. Les désordres de la sensibilité sont bien moins prononcés que dans la névrite alcoolique. L'atrophie musculaire est peu marquée et ne survient que plus tard ; elle est facilement curable. Les réflexes tendineux persistent et sont quelquefois exagérés, caractère important qui assigne une place spéciale aux paralysies oxy-carbonées. Ces paralysies guérissent après un temps variable, mais il persiste presque toujours, après elles, des troubles de l'intelligence et une anesthésie plus ou moins généralisée.

L'*intoxication sulfo-carbonée* se traduit rarement par de simples troubles paralytiques. Les désordres de l'intelligence, la perte de la mémoire, les modifications de l'ouïe et de la vue, la perte du sens génital dominent souvent la scène. Quand la localisation se fait sur les muscles, il s'agit plutôt d'une parésie que d'une paralysie vraie ; les malades se plaignent de fatigue, d'engourdissement; les jambes fléchissent. Le triceps crural est un des muscles les premiers atteints ; plus tard, les muscles de la jambe sont touchés à leur tour ; la paraplégie est rarement complète. Les membres supérieurs peuvent être lésés ; mais dans ce cas, c'est le groupe des fléchisseurs qui est surtout intéressé. L'atrophie musculaire est rare et peu intense ; la guérison est la règle.

Nous ne faisons que signaler la confusion possible de la paralysie alcoolique avec la *paraplégie douloureuse du mal de Pott*.

Enfin, la *paralysie hystérique* peut quelquefois induire en

(1) Letulle. Recherches cliniques et expérimentales sur les paralysies mercurielles, in *Arch. de physiol.*, 1887.

erreur; mais elle se limite souvent à un muscle ou à un groupe musculaire, et affecte le type monoplégique. Quand elle apparaît sous forme de paraplégie, les troubles moteurs sont irréguliers dans leur évolution; ils varient suivant l'état d'esprit de la malade ou les influences qui agissent sur elle. On voit assez souvent la contracture succéder aux troubles paralytiques; le massage, les aimants ont sur celle-ci une action évidente. Il va sans dire que les stigmates hystériques seront soigneusement recherchés.

Quand la paralysie alcoolique s'accompagne d'incoordination motrice, on a affaire au *pseudo-tabes alcoolique* qui doit être différencié, d'une part, de l'ataxie vraie, d'autre part, des manifestations analogues que l'on rencontre dans le cours de quelques maladies infectieuses.

L'*ataxie locomotrice* diffère du tabes alcoolique par quelques signes importants. L'incoordination motrice n'est pas la même dans les deux cas. Le tabétique vrai ne peut régler l'effort nécessaire à la progression : il lance brusquement le pied en avant et en dehors, la pointe en haut, puis laisse retomber lourdement la jambe, frappant fortement le sol du talon. Nous savons que l'alcoolique soulève brusquement le pied par suite de la flexion de la cuisse sur le bassin; les orteils sont tombants; puis il laisse choir le pied sans choc du talon. Dans ce cas, le mouvement est dirigé par la volonté; l'effort du malade tend à corriger la paralysie des muscles extenseurs. Les symptômes suivants ne se trouvent presque jamais chez l'alcoolique : paralysies oculaires, dont l'existence est si fréquente au début du tabes vrai; signe d'Argyll-Robertson; arthropathies tabétiques et fractures spontanées. Les douleurs dans le pseudo-tabes sont sourdes, profondes, térébrantes, et, plus rarement, fulgurantes, en éclair. L'ataxique vrai conserve pendant longtemps toute son énergie musculaire; l'alcoolique a un affaiblissement considérable des muscles, au moment où se montre l'incoordination. Enfin, l'évolution du mal, progressive et fatale d'une part, intermittente et souvent favorable de l'autre, a une importance des plus grandes pour le diagnostic.

Quant aux pseudo-tabes consécutifs à une maladie infectieuse, diphthérie, variole, etc., les commémoratifs, les signes actuels de la maladie, la terminaison favorable serviront à faire éviter l'erreur.

VII

Passons aux *lésions anatomiques*. Nous décrirons rapidement les lésions musculaires, pour nous appesantir sur celles du système nerveux, de beaucoup les plus importantes.

Les *muscles*, quand la paralysie est ancienne, sont atrophiés, pâles, jaunâtres, friables. Au microscope, ils offrent des lésions essentiellement diffuses qui demandent à être recherchées. Le nombre des fibres saines est relativement considérable; celles altérées sont diminuées de volume; leur striation transversale est indécise; les noyaux du sarcolemme prolifèrent, et le myolemme subit la déchéance granulo-protéique. Les altérations de la fibre musculaire sont d'autant plus marquées que la paralysie est de date plus ancienne; mais la névrite alcoolique n'entraîne jamais, du côté du muscle, des désordres aussi rapides que la dégénérescence wallérienne, à la suite de la résection d'un fragment de nerf.

Le système nerveux peut être altéré dans toutes ses parties. Mais les nerfs périphériques présentent les lésions les plus manifestes et les plus constantes, et elles sont d'autant plus prononcées qu'on s'éloigne davantage de l'axe médullaire. A l'œil nu, ils sont presque toujours diminués de volume et de coloration grisâtre. Au microscope, ils présentent des lésions de la névrite parenchymateuse. La myéline se fragmente en boules plus ou moins volumineuses qui restent grisâtres sous l'influence de l'acide osmique; les noyaux des segments inter-annulaires prolifèrent, et le protoplasma voisin s'épaissit; le cylindre-axe se brise à son tour, et se voit de distance en distance traversant un bloc de myéline; enfin les fragments de myéline se désagrègent en granulations très fines, qui disparaissent en même temps que le cylindre-axe. La lésion est alors arrivée à son stade ultime : les filets nerveux, entièrement fibreux, ne sont plus constitués que par des gaines de Schwann vides présentant de distance en distance un noyau coloré par le carmin. De temps à autres, on distingue quelques fins amas de myéline qui n'ont pas encore été résorbés.

Les différentes modifications de la gaine myélinique ne sont autre chose que les étapes d'un même processus destructif, qui commence à la fragmentation en boules de la myéline, et qui aboutit aux gaines de Schwann absolument vides.

L'altération nerveuse est d'autant plus marquée que l'on examine des fibres plus rapprochées de la périphérie. Ainsi, les filets cutanés peuvent être fibreux, les nerfs de la jambe présenter des fragmentations de la myéline, tandis que le sciatique est plus ou moins indemne. Les filets cutanés et les filets musculaires sont pris en nombre plus ou moins considérable, suivant que les troubles de la sensibilité ou de la motricité ont été plus marqués pendant la vie (Œttinger).

M. Gombault (1) a retrouvé, dans la paralysie alcoolique, les lésions de la névrite péri-axile qu'il avait découverte dans l'intoxication saturnine. Sur nombre de fibres, la myéline, au lieu d'être divisée en blocs, est finement émulsionnée et entourée de corps cellulaires simulant des corps granuleux dans l'intérieur de la gaine de Schwann. Fait remarquable, le cylindre-axe ne perd jamais sa continuité et peut être suivi dans toute l'étendue de la fibre en observation.

Enfin, on trouve parfois des fibres nerveuses de petit calibre, à étranglements annulaires très rapprochés, à cylindre-axe continu. La gaine myélinique peu épaisse est mal colorée par les réactifs ordinaires. Il est probable que l'on a affaire dans ce cas à des fibres nerveuses en voie de régénération.

Nous ne pouvons passer sous silence la comparaison classique de la névrite alcoolique avec la névrite wallérienne, consécutive à la section complète d'un tronc nerveux. Bien que les lésions anatomiques soient analogues dans les deux cas, il faut avouer que le processus anatomique est bien différent. Dans l'expérience de Waller, on sépare brusquement le cylindre-axe de ses centres trophiques (cellules des cornes antérieures de la moelle, cellules des ganglions spinaux), d'où la dégénérescence fatale des parties situées au-dessous de la section. Dans l'intoxication alcoolique, le toxique agit probablement sur l'extrémité périphérique des fibres nerveuses; pendant longtemps, le cylindre-axe reste indemne au milieu de la myéline modifiée (phase pré-wallérienne de la névrite parenchymateuse). Il est probable que

(1) Gombault. Loc. cit.

dans la paralysie alcoolique, comme dans la plupart des polynévrites toxiques, la dégénérescence wallérienne ne se produit que lorsque, par suite des progrès de la névrite péri-axile, le cylindre-axe est interrompu et que l'extrémité périphérique du nerf perd ses connexions avec les centres trophiques médullaires.

Nous verrons cependant tout à l'heure que quelques auteurs admettent la possibilité d'une lésion centrale, matérielle ou dynamique.

Les racines rachidiennes ont été trouvées intactes dans les cas où on les a examinées.

De nombreux examens ont montré l'intégrité ordinaire de la moelle. Cependant, quelques résultats positifs ont été publiés. Oppenheim (1) a relaté un cas où la moelle lombaire présentait un foyer circonscrit de myélite ; Korsakoff (2), Scheffer (3), Erlitzki (4) [cités par Babinski], ont signalé, dans quelques cas, l'existence de lésions atrophiques vacuolaires des grandes cellules des cornes antérieures.

Quelques auteurs, en ces dernières années, se sont demandé si les lésions nerveuses des paralysies alcooliques étaient purement périphériques et si le poison, qui atteint le cylindre-axe à la périphérie, ne pouvait pas atteindre les cellules médullaires, soit secondairement, soit simultanément. Le cylindre-axe, disent d'autres, n'est autre chose qu'une émanation, une dépendance des cellules de la moelle ou des ganglions rachidiens. Il est donc logique de penser que, dans quelques cas, la lésion d'un nerf à la périphérie traduit une modification de la cellule d'où il dérive. D'ailleurs, l'étude histologique de la moelle n'est ni facile ni avancée, et le microscope ne révèle que les lésions déjà grossières. Ne peut-on pas laisser passer inaperçues quelques cellules en voie d'atrophie dans la corne antérieure ? De même, ne peut-on pas penser, avec M. Charcot, qu'une lésion purement dynamique des cellules de la moelle peut se traduire par une modification organique de leur prolongement, c'est-à-dire du cylindre-axe ? Ce ne sont là, il est vrai, que des hypothèses qui demandent la confirmation de l'anatomie pathologique ou de l'expérimentation.

D'ailleurs, le système nerveux tout entier est atteint dans l'alcoolisme chronique : démence, convulsions, paralysies alcooliques indiquent la participation du cerveau, de la moelle, des nerfs périphériques. Il est vrai que les névrites sont les modifications anatomiques que nous connaissons le mieux.

VIII

Le *pronostic* des paralysies alcooliques varie suivant les individus, la forme du mal, l'ancienneté de la lésion, le traitement suivi. Les formes aiguës à généralisation rapide peuvent enlever les malades par névrite du phrénique ou du pneumogastrique. Ces cas, bien qu'exceptionnels, doivent toujours être présents à la mémoire.

La rapidité de l'atrophie musculaire, l'intensité des douleurs, la précocité des désordres trophiques, les troubles de l'intelligence, la fièvre, sont des signes du plus mauvais augure. Dans les cas subaigus ou chroniques, l'avenir est moins sombre, bien que, pendant longtemps, on ait tenu la guérison pour impossible. Si les malades renoncent à leurs habitudes et si la névrite est au début, il se produit des améliorations très notables et la guérison complète peut se montrer (Lancereaux). Mais quand l'intoxication est ancienne et les troubles paralytiques de longue date, il n'est plus permis de compter sur une *restitutio ad integrum*. Il persiste, malgré le traitement, une impotence plus ou moins complète et souvent une vraie paraplégie qui tient les malades cloués au lit. Alors la maladie peut persister pendant des années, les malheureux patients étant de véritables infirmes. Ce qui les menace alors, c'est moins leur paraplégie qu'une complication viscérale qui fait rarement défaut chez les alcooliques. C'est quelquefois une cirrhose du foie avec amaigrissement rapide : la cirrhose est cependant assez rare chez les alcooliques atteints de paralysie, car l'hépatite de Laënnec se montre surtout chez les buveurs de vin (Lancereaux), et nous avons dit plus haut que la névrite apparaît surtout chez les buveurs de liquides contenant des essences. La tuberculose pulmonaire est une complication plus fréquente ; elle a des allures spéciales, envahit d'abord le sommet du poumon droit, puis le sommet opposé, évolue rapidement et cause la mort par cachexie tuberculeuse (Lancereaux). Le delirium tremens peut enfin se montrer comme complication ultime et enlever en quelques jours le malade.

La *thérapeutique* de la névrite alcoolique n'est efficace qu'à la condition d'être instituée de bonne heure. Le point principal consiste à faire renoncer le malade à ses habitudes alcooliques. Ce résultat peut quelquefois être atteint à l'hôpital ; en ville, il est très problématique, les malades recommençant à boire dès qu'ils éprouvent la moindre amélioration.

Dans les formes douloureuses qui entraînent l'insomnie, la perte de l'appétit et l'amaigrissement, l'usage du chloral et de la morphine amènera un soulagement notable. Il ne faut pas se contenter de doses minimes, qui vont parfois à l'encontre du but que l'on se propose et provoquent de l'excitation cérébrale chez les alcooliques. L'hydrate de chloral doit être donné à la dose de 3 à 5 grammes, le chlorhydrate de morphine à la dose de 2 à 3 centigrammes. Une potion contenant 3 grammes de chloral et 40 grammes de sirop de morphine est suffisante d'ordinaire. Mais il ne faut pas craindre de dépasser ces doses ; on doit les augmenter jusqu'à ce qu'on ait obtenu le résultat cherché (Lancereaux).

Le traitement de la paralysie varie suivant les formes.

Dans certains cas aigus, la révulsion sur le rachis, la strychnine, la noix vomique, trouvent leur indication.

Dans les autres cas, il faudra surtout agir sur les membres paralysés. Les frictions sèches ou alcoolisées, le massage des muscles, les courants électriques, doivent être utilisés. L'usage de l'électricité doit être fait avec circonspection. Il ne faut pas l'employer au début, alors que les masses musculaires sont douloureuses, que les névralgies, les crampes, les fourmillements sont intenses. On a cité des cas où l'usage intempestif de la pile a hâté la marche de la paralysie. Les courants continus, d'intensité faible, seront préférés aux courants interrompus.

Enfin, quand les muscles rétractés et adhérents à leurs gaines causent une déformation permanente, on a tenté la section du tendon d'Achille (Terrillon), et le résultat a été favorable.

(1) Oppenheim. *Centralbl. f. Nerv.*, 1885-1886.
(2) Korsakoff. *De la paralysie alcoolique*, Moscou 1887.
(3) Scheffer. *Neurol. Centralbl.*, 1889.
(4) Erlitzki. *Neurol. Centralbl.*, 1889, p. 210.

MÉDECINE LÉGALE DES ACCIDENTS DE LA FOUDRE (1)

Par le docteur VINCENT, de Guéret (Creuse),
Lauréat de l'Académie de médecine, de la Société de médecine du Nord et de la Société des langues romanes de Montpellier.

IX

I. LÉSIONS EXTÉRIEURES. — L'homme, *revêtu de ses habits*, est un bon conducteur isolé de l'air qui conduit la foudre. Pour l'atteindre, l'électricité est obligée de traverser le corps isolant, c'est-à-dire les habits qu'elle perfore, brûle, déchire et, au besoin, projette. Nous aurons donc, dans ce chapitre, à nous occuper successivement des lésions de la peau et des lésions des habits.

1. *Lésions de la peau.* — Ce sont, par ordre d'importance, les *brûlures*, les *plaies* et *excoriations*, les *contusions* et *ecchymoses*, des *taches* ou *colorations particulières*; la description de ces dernières est renvoyée plus loin.

Brûlures. — De toutes ces lésions, celles qui tiennent le premier rang, par leur fréquence, sont assurément les brûlures qui affectent deux formes principales, selon que l'étincelle fulgurante qui les produit est entière ou divisée en une multitude d'étincelles. En comparant ces deux modes de fulguration aux douches hydrothérapiques, nous pourrions appeler le premier mode *fulguration en jet* et le deuxième, *fulguration en pluie*. Nous aurons donc ici à décrire ces deux formes et à faire connaître ensuite les caractères particuliers à ce genre de lésions.

A. *Première forme* ou par *fulguration en jet.* — Dans ce cas, l'homme debout ou assis est, comme l'arbre, un bon conducteur intermédiaire entre le nuage orageux et le sol chargé d'électricité de noms contraires, que la foudre, lorsqu'elle n'est pas dérangée de son trajet, parcourt de la tête aux pieds ou des pieds à la tête, selon qu'elle est *descendante* ou *ascendante*. C'est dans ce parcours que l'électricité atmosphérique, en s'étalant plus ou moins à la surface du corps, produit une ou plusieurs brûlures.

Le mode de production donne un caractère tout particulier, sur lequel nous insisterons plus loin, à ce genre de lésions, dont le type le plus parfait que je connaisse est celui présenté par le cadavre de Conchon. Voici le résumé de cette observation, la première que j'aie eu occasion de faire sur les accidents de la foudre :

L'étincelle fulgurante, qui a préalablement perforé le parapluie en soie d'un *trou rond à bords brûlés*, capable de recevoir le pouce et, ensuite, le chapeau en peluche de soie d'une ouverture absolument semblable, a parcouru le corps de la victime de la tête aux pieds, par où elle est sortie en perforant la botte à deux endroits, et a produit, à son plan antérieur, la brûlure continue avec ses trois degrés, que nous allons décrire : les cheveux sont brûlés ou, plus exactement, flambés, dans le quart antérieur gauche de la tête, partie qui correspond au trou du chapeau. La tempe et la joue gauches présentent une brûlure au premier degré, qui s'étend en même temps vers la région parotidienne. Au cou, où elle se continue, la brûlure, plus rétrécie et au troisième degré, suit exactement la direction du muscle sterno-mastoïdien gauche, dont elle occupe exactement l'étendue en longueur et en largeur. De l'insertion sternale de ce muscle, le courant électrique a gagné la ligne médiane et produit symétriquement de chaque côté du sternum et de la ligne blanche de l'abdomen jusqu'au pubis, une brûlure triangulaire, à base inférieure, présentant des degrés divers, mais en raison inverse de l'étendue en largeur envahie par le fluide : au sommet de la poitrine, forte coloration rouge brun; à sa base, simple érythème dénonçant une brûlure au premier degré; enfin, à l'abdomen, simple brûlure des poils. Ce dernier effet se continue aux parties génitales, aux faces antérieures et internes des deux cuisses jusqu'à la moitié supérieure des deux jambes. A partir de ce point, la jambe gauche ne présente d'autre lésion que la continuation de la brûlure des poils; mais à droite, le courant, après avoir passé obliquement par-dessus la crête du tibia, a gagné la face externe de la jambe et s'est concentré dans la gouttière qui sépare le tendon d'Achille des péroniers où il a produit une brûlure profonde avec peau noire et charbonnée comme au cou. A 2 centimètres au-dessous de la cheville (malléole), cette brûlure se bifurque : une branche suit le bord externe du pied et s'arrête net au niveau de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, vis-à-vis un trou rond du calibre d'une alêne de moyenne grosseur, que la foudre, à la manière d'un emporte-pièce, a pratiqué dans l'empeigne de la botte; la deuxième branche se dirige sur le talon jusqu'à sa face inférieure. Arrivée à ce point, l'électricité perce la semelle d'une déchirure irrégulière et va sortir, pour se perdre dans le sol, entre la troisième et la quatrième pièce du talon de la botte, composé de dix pièces superposées.

Maintenant, la brûlure de la tête aux pieds ne se présente pas toujours avec la continuité que nous venons de voir. Il peut y avoir des variations selon des circonstances diverses dont nous allons indiquer quelques-unes :

a. L'électricité, dans son parcours, peut produire des brûlures (multiples) séparées par des intervalles de peau saine :

Chez le garde Bouchonnet, atteint au côté gauche de la tête, où les cheveux et les sourcils sont flambés, des brûlures isolées, au premier et au deuxième degré, en général peu étendues, existent le long du côté gauche du dos, aux parties génitales et à la face externe des deux jambes, dont la dernière est à la malléole externe gauche, et sont comme autant d'étapes qui marquent le passage de la foudre d'une extrémité à l'autre du corps. Un auteur, je ne sais plus lequel, a dit, dans un cas analogue, que l'électricité agissait en sautillant. Nous avons vu et cité un effet analogue sur les arbres.

b. La continuité de la brûlure peut, du reste, être interrompue par une pièce de vêtement, meilleure conductrice que le corps humain.

Chez la femme Bourigeaud, assise sur une chaise au moment où elle a été frappée, la vaste et profonde brûlure, qui s'étend de l'oreille gauche sur la joue et le cou du même côté, tout le plastron de la poitrine, la partie inférieure de l'hypogastre, la région ano-génitale, les faces internes, antérieures et postérieures des deux cuisses jusqu'aux genoux, est complètement interrompue par une zone restée saine s'étendant des mamelons et de l'appendice xyphoïde jusqu'au tiers inférieur de l'hypogastre, et cela parce que cette zone a été protégée par le busc en acier du corset, qui a servi de conducteur à l'électricité, ainsi que le prouve la brisure en plusieurs fragments, à extrémités fondues, de cette pièce métallique du vêtement.

c. La foudre peut également ne pas laisser de traces de son passage sur toutes les parties du corps qu'elle parcourt :

Dans l'accident de Parsac, ci-dessus cité à propos de la fulguration des arbres, celui des deux jeunes gens foudroyés, âgé de quinze ans, qui a survécu à l'accident, présente : à la nuque, les cheveux brûlés, et, depuis le cou jusqu'au bas du dos, une plaie linéaire recouverte d'une croûte. D'après ce qu'on me rapporte, car je ne fais pas déshabiller le malade auquel on cache la cause de sa maladie, les *jambes ne présentent* aucune lésion *appréciable*, mais le *sabot gauche est brisé.*

Si le parcours du fluide fulgurant de la tête, point le plus rapproché du nuage orageux, aux pieds qui touchent le sol chargé d'électricité de nom contraire, est la règle, cette règle peut être modifiée par diverses circonstances de rapports et de position. Ainsi :

d. L'électricité, qui a atteint la personne à la tête, peut ne pas la parcourir jusqu'aux pieds, lorsque, sur son trajet, elle trouve une voie meilleure conductrice pour la conduire dans le sol.

Chez le capitaine Lacroix, tué debout sous sa tente au camp de Châlons, le coude appuyé contre le montant de son lit en fer, et dont M. le médecin principal Sonrier nous a donné l'intéressante observation, « vaste brûlure du côté droit de la face, qui s'étend

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1066.

au cou, se répand sur une largeur de 15 centimètres sur tout le moignon de l'épaule, se rétrécit (3 centimètres), contourne en spirale la partie antérieure du bras pour se porter en arrière et s'épuiser, en fondant ses nuances, vers la hauteur du coude ». Sur le montant en fer du lit, qui servait de point d'appui au coude du capitaine et a conduit l'électricité dans le sol, on trouve sept ou huit petites traces de fusion.

Chez la femme Bourégeaud, dont la brûlure ne dépasse pas le niveau des genoux, le courant comburant a été dévié de sa marche par le cerceau en acier de la crinoline brisée en fragments à extrémités fondues comme le busc du corset. Dans cette déviation, le fluide a touché la chaise sur laquelle cette femme était assise et qui présente des traces de brûlure, ainsi que les pieds des voisines qui les appuyaient sur les barreaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 octobre 1892. — Présidence de M. Périer.

RAPPORT

Enfoncement de la voûte cranienne; trépanation. — M. **Gérard Marchant** fait un rapport sur une observation adressée par M. Février. Il s'agit d'un soldat de vingt-quatre ans qui, huit ans auparavant, avait reçu une pierre sur la tête. Il fut pris aussitôt de phénomènes paralytiques passagers du membre supérieur gauche. Quinze jours après, tout avait disparu. Il fut incorporé et, pendant plus d'un an, fit fort bien son service. A la suite des grandes manœuvres de 1889, il fut très fatigué, et la paralysie du membre supérieur gauche reparut. Il fut admis à l'hôpital, où l'on constata qu'il s'agissait d'une paralysie de la motilité et de la sensibilité. Il y avait aussi un commencement d'atrophie des muscles du bras et de l'avant-bras. M. Février trouva un enfoncement du pariétal droit, de 5 centimètres sur 6 centimètres, et à 3 centimètres au-dessous du bragma. En présence de cet enfoncement et des symptômes corrélatifs de la paralysie, M. Février décide qu'il faut faire la trépanation. Cette opération fut faite avec l'assistance de M. Picqué. On enleva plusieurs couronnes de trépan. La dure-mère, étant saine, ne fut pas incisée. On constata que le tissu osseux était hyperostosé, très dense. Les résultats opératoire et thérapeutique furent excellents. Après quelques jours, tous les phénomènes de paralysie avaient disparu et la guérison était complète après dix-huit mois.

M. Gérard Marchant ajoute que la trépanation, dans ce cas, était impérieuse. On pourrait, dit-il, citer un grand nombre d'observations analogues. M. Routier, Trélat et M. Gérard Marchant en ont communiqué de semblables à la Société de chirurgie.

Dans ces cas, le temps écoulé entre le traumatisme et la paralysie est extrêmement variable. Au point de vue des lésions anatomiques, on trouve toujours la même hyperostose, la même condensation du tissu osseux. Dans la plupart des cas, ces enfoncements dépriment la dure-mère sans la léser. Alors même que l'enfoncement siège au niveau de la zone psycho-motrice, la symptomatologie n'est pas la même dans tous les cas; tantôt c'est une sensation douloureuse pure et simple, tantôt c'est de la contracture, tantôt c'est de la paralysie motrice et sensitive. Ces paralysies sont transitoires, mais aussi extensives. Chez le malade de M. Février, la jambe a été prise à son tour. Il importe de bien établir le diagnostic différentiel de l'enfoncement d'avec des plaques de méningo-encéphalite ou d'avec des abcès cérébraux.

En 1889, M. Gérard Marchant observa un syphilitique qui fut pris d'accidents épileptiformes avec paralysie motrice incomplète du membre supérieur gauche; il y avait un enfoncement à l'union des bosses pariétale et frontale. Ce malade avait eu un traumatisme dans l'enfance. M. Marchant ne crut pas devoir intervenir. Il consulta M. Ballet, qui affirma qu'il n'existait aucun rapport entre les phénomènes paralytiques et l'enfoncement cranien. Il attribua la paralysie à une gomme cérébrale et conseilla de s'en tenir au traitement antisyphilitique. Ce malade fut envoyé, pour être examiné de nouveau, à M. Terrillon, à la Salpêtrière. Il eut un accès épileptiforme auquel il succomba. L'autopsie fut faite dans le service M. Joffroy, qui trouva des plaques de ramollissement du bulbe.

M. Reclus, dans un cas de doute, où il s'agissait également d'accès épileptiformes, se décida à trépaner et son malade guérit. M. Féré admet d'ailleurs que, dans ces cas douteux, on devra tenter la trépanation. Il y a déjà longtemps, du reste, que M. Lucas-Championnière soutient cette opinion devant la Société de chirurgie.

Lorsqu'il y a une corrélation bien nette entre l'enfoncement cranien et les troubles paralytiques, la trépanation est toujours suivie de succès. Quand il s'agit d'accès épileptiformes, on peut tenter la trépanation, qui est, d'ailleurs, une opération inoffensive et qui, dans certains cas, comme celui de M. Reclus, peut être suivie de succès. Mais, dans ces cas, le succès ne saurait être assuré d'avance. Il est vrai qu'il y a des cas d'enfoncement du crâne dans lesquels la guérison des accidents a été obtenue sans intervention chirurgicale. Mais il ne faut pas trop se fier à ces guérisons, qui ne sont souvent que momentanées. C'est pourquoi, en présence d'un enfoncement des os du crâne, on peut, on doit même intervenir. M. Lucas-Championnière est parvenu à faire accepter cette manière de voir. Quel que soit l'âge de la paralysie, quand elle est superposable au siège de l'enfoncement, il faut intervenir.

Cette intervention doit être faite largement. M. Larger a cité un cas dans lequel il a dû trépaner une seconde fois parce que la première trépanation n'avait pas été suffisante. On sait, d'ailleurs, que ces larges pertes de substance osseuse ne présentent aucun inconvénient. Faut-il inciser la dure-mère? Quand elle paraît saine et qu'elle n'est pas épaissie, on peut ne pas la sectionner.

LECTURES

De l'emploi des hautes températures en chirurgie. — M. **Felizet** lit un travail sur ce sujet. Dans les lésions tuberculeuses, dit-il, la curette ne suffit pas; il faut y ajouter des cautérisations au chlorure de zinc, à la créosote, au naphtol, etc.; mais cela n'est pas encore suffisant, et, dans les résections les plus complètes, on laisse toujours des matières tuberculeuses en plus ou moins grande quantité. Le couteau de platine de Paquelin, même chauffé au blanc, carbonise les tissus. C'est pourquoi M. Felizet lui préfère la flamme d'un chalumeau dont la température est de 15 à 1600 degrés. Il pratique, à l'aide de cette flamme, un véritable flambage des plaies. Ce flambage empêche les tubercules de pulluler et la suppuration de se produire. Sur 38 cas, M. Felizet a obtenu 30 fois la guérison sans suppuration et, dans 4 cas où celle-ci s'est produite, elle a été très atténuée.

La technique du flambage des plaies est des plus simples : il faut isoler avec le plus grand soin les bords de l'incision cutanée; la flamme doit être promenée sur les tissus, sans jamais rester à la même place. A la suite de ce flambage, on a un foyer absolument sec et qui ne présente aucune tendance à la suppuration.

M. **Reclus**, en 1882, a employé le thermocautère chez un enfant atteint de gangrène foudroyante pour laquelle il dut pratiquer la désarticulation de l'épaule. Il brûla ainsi toute la graisse de la région; mais il est évident que, en pareil cas, l'appareil dont se sert M. Felizet est encore préférable.

M. **Nélaton**, chez deux malades atteintes de cancer du col de l'utérus, a pratiqué le grattage suivi d'une cautérisation à l'aide du cautère à gaz imaginé par son père. Chez ces deux malades, la récidive se fait plus longtemps attendre qu'on ne l'observe habituellement.

M. **Moty** emploie chez tous les tuberculeux le chauffage des plaies avec le thermocautère chauffé au blanc. Sous l'influence de ces cautérisations, les bourgeons charnus entrent pour ainsi dire en érection et saignent même. Cela agit favorablement sur la vitalité des tissus.

Fistule uretéro-vaginale guérie par l'abouchement de l'uretère à l'intestin. — M. **CHAPUT** fait une communication sur ce sujet. (Comm. : M. Monod.)

PRÉSENTATION DE MALADES

Gastrostomie. — M. **MONOD** présente un malade atteint de cancer de l'œsophage chez lequel il a pratiqué la gastrostomie en deux temps, d'abord une gastropexie, puis secondairement l'établissement de la fistule. Cette fistule est petite et permet au malade de se bien nourrir.

Rupture traumatique de l'intestin grêle. — M. **NÉLATON** présente un jeune homme qui, à la suite d'un coup de pied de cheval, avait eu une rupture de l'intestin grêle. Dix heures après, M. Nélaton fit la laparotomie, lava la cavité abdominale à l'eau bouillie, sutura l'intestin sur deux plans et, bien qu'il y eût déjà une péritonite commençante, ce malade guérit très rapidement et sans la moindre fièvre.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 4 octobre 1892, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Cravin, Laurent, Guillaume, Bonfils, Bastien, Hennoque, Grégoire, Trévelot, Guntzburger dit Kinsbourg, Gouilloux, Lejeune, Le Marchant, de Séguy, Rayer, Raullet, Gilbert, Turgis, Vannereau, Choiseau, Boutroux, Bigot, Boyer, Ridel, Lucas, Cartier, Lathoud, Jagot, Fourgs et Faure.

— La composition écrite du concours de l'internat aura lieu le mercredi 12 octobre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli). — La lecture sera faite, comme par le passé, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria.

— MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices de Paris sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 10 octobre 1892. Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le chef du laboratoire. Les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition des élèves par l'administration de l'Assistance publique.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Albert Caresme, ancien interne des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, médecin de la Gare de l'Est, à Paris, décédé dans sa famille, à Pont-à-Mousson, à l'âge de cinquante-huit ans; et celle de MM. les docteurs Texier (de Paris), Verion (de Plombières), Villain-Legrand (d'A[illegible]), Violand (de Tonnerre) et Widhent (de Fiennes).

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 10 octobre 1892.

Séance de rentrée à la Société médicale des hôpitaux (7 octobre). Le président, M. Desnos, fait en excellents termes l'éloge de Henry Guéneau de Mussy; il exprime les regrets que cause à ses collègues la perte de cet homme aussi honnête que distingué.

L'heureuse action de la mer sur la scrofule n'est guère contestée à l'heure actuelle. Les hôpitaux maritimes ont donné d'excellents résultats, et il est fort à souhaiter qu'ils soient ouverts de plus en plus largement aux enfants des ouvriers pauvres, et que la race puisse y retrouver, en partie au moins, la vigueur que lui fait perdre le déplorable entassement des villes. Comment se fait-il donc que l'action bienfaisante de la mer sur les lésions scrofuleuses ait été contestée? Un des grands arguments des adversaires de la cure marine, c'est que, dans les populations qui habitent les côtes maritimes, la scrofule et la tuberculose sont chose fréquente. C'est à cet argument que vient répondre M. Variot, en s'appuyant sur les observations qu'il a pu faire récemment dans les îles de la côte bretonne. La population de ces îles est plongée en pleine atmosphère marine et, en quelque sorte, saturée par elle; comment se fait-il donc qu'elle soit la proie de la scrofule et de la tuberculose? M. Variot l'explique par le suprême dédain des pêcheurs pour l'hygiène : habitations étroites, humides, sans air et sans lumière, feux qui enfument sans réchauffer; alimentation misérable; déplorable façon d'élever les enfants, auxquels on donne, dès la première année, des mets grossiers et du vin; absence presque totale de toute propreté corporelle; mariages consanguins fréquents et, en conséquence, hérédité accumulée; alcoolisme; ce sont là les conditions qui annihilent en quelque sorte l'effet de l'air marin. Il faudrait, disent MM. Rendu et Barié, y ajouter l'influence de la syphilis à laquelle n'échappent guère les pêcheurs pendant qu'ils servent dans la marine de l'État.

Il ne suffit donc pas de demeurer au bord de la mer; il faut encore y demeurer dans certaines conditions d'alimentation et d'habitation. Il serait donc absolument déplorable de placer les enfants scrofuleux en pension chez les pêcheurs, comme on l'a récemment proposé, au lieu de les hospitaliser comme on l'a fait jusqu'à présent. La conclusion, au point de vue social, ne manque pas d'intérêt.

M. Gaucher revendique la priorité de description de cette hypertrophie de la rate que MM. Debove et Bruhl ont décrite sous le nom de « splénomégalie primitive ». En 1882, dans sa thèse, il en a rapporté une observation sous le nom d'« hypertrophie idiopathique et d'épithélioma primitif de la rate ». Elle pesait 4700 grammes. Depuis, il a vu plusieurs cas analogues; dans l'un d'eux même, la guérison serait survenue, d'une façon tout à fait inattendue, il faut le dire, sous l'influence de la liqueur de Fowler et de la teinture de Mars. Avis aux médecins qui pourraient se trouver en présence de cette maladie rare, que M. Gaucher considère comme un épithélioma primitif de la rate, opinion qu'il aura, nous le pensons, quelque peine à faire prévaloir.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Duplay.

Les résultats inespérés de certaines interventions chirurgicales.

Les résultats thérapeutiques de certaines interventions chirurgicales sont parfois aussi inespérés qu'inattendus. L'amélioration, la guérison même surviennent parfois dans des cas où l'intervention n'a trouvé aucune lésion, où elle n'a trouvé que des lésions insignifiantes, où, au contraire, elle a rencontré des lésions graves absolument inopérables.

Les faits de ce genre peuvent être divisés en trois grands groupes : 1° opérations ayant trait à des épilepsies traumatiques; 2° opérations ayant trait à des affections de l'abdomen et du bassin; 3° opérations diverses. Les premiers faits observés ont été accueillis avec un certain scepticisme; on n'a voulu y voir tout d'abord qu'une simple coïncidence thérapeutique, ou bien une illusion de la part du chirurgien. Mais les faits publiés sont actuellement assez nombreux, assez probants, pour s'imposer à l'attention et à la discussion.

L'épilepsie traumatique, affection nerveuse aussi inconnue dans son siège que dans sa nature réelle, a souvent guéri par l'intervention chirurgicale, sans qu'on puisse toujours bien s'expliquer les causes du succès obtenu. White a pratiqué 15 trépanations pour épilepsie traumatique. Un des opérés, à la fois idiot et épileptique, succomba

plus, semble-t-il, à l'anesthésie par l'éther, qu'à l'opération même. Les quatorze autres opérés furent guéris ou considérablement améliorés. Notez que quelques-unes de ces guérisons se sont maintenues pendant plus de deux ans. Et pourtant dans cinq cas seulement sur quatorze on avait trouvé une lésion réelle : balle enfoncée dans la substance cérébrale, dans un cas; fragment irrégulier de la table interne, dans un deuxième cas ; pointes osseuses sur la face interne de la rondelle enlevée par le trépan, dans un troisième; simple épaississement et hypertrophie de la voûte cranienne dans les deux autres. Dans les neuf autres cas, il n'y avait pas trace de lésion. Les succès de ce genre, à la suite de simples trépanations du crâne, ne sont pas rares. White, sur 56 interventions de divers chirurgiens, a trouvé 25 guérisons complètes, 18 améliorations considérables et durables, 3 améliorations momentanées suivies ultérieurement de récidives.

L'épilepsie traumatique a d'ailleurs été souvent modifiée par d'autres opérations que la trépanation. Ces opérations ont été si diverses, si variables, qu'il faut encore les classer en cinq groupes :

Dans le premier groupe le succès est en partie explicable. L'épilepsie avait un point de départ net, une aura bien distincte. Les expériences de Brown-Séquard ont depuis longtemps montré qu'en interrompant la communication entre l'aura et les centres nerveux, on pouvait arrêter l'attaque. C'est ainsi qu'ont pu agir les opérations, amputations partielles, ablations de doigts ou d'orteils, énucléation de l'œil malade, cautérisations profondes, section ou élongation de nerfs, incision de cicatrice portant sur la région siège de l'aura. J'ai pu moi-même guérir, par l'ablation d'un névrome du cubital et la section du nerf, une épilepsie traumatique.

Dans le deuxième groupe, il faut ranger les opérations pouvant modifier les centres nerveux. D'après White, la ligature des carotides ou des vertébrales a été faite 30 fois, avec 14 guérisons et 15 améliorations. Une opération plus singulière encore : l'ablation du ganglion cervical supérieur du grand sympathique, faite 24 fois, a donné 6 guérisons et 10 améliorations.

Les opérations du troisième groupe : 10 cas de castration avec 10 guérisons, 9 cas de trachéotomie avec 2 guérisons et 6 améliorations, ont une action plus inexplicable encore.

Il en est de même de celles du quatrième groupe, opérations extrêmement bizarres, à peine justifiées par un léger symptôme local : ténotomie du muscle droit externe, section du nerf musculo-cutané, cautérisation du larynx, séton de la nuque, cautérisations du cuir chevelu, acupuncture du cœur (!), dont White a pu cependant recueillir 12 exemples.

Le cinquième groupe enfin est constitué par 13 cas de guérison après des traumatismes accidentels : contusion violente, chute, fracture, brûlure. Il semble bien qu'après tous ces faits étranges, les cas de guérison par la trépanation pure et simple perdent leur intérêt. Ils méritent cependant toute notre attention, car cette ouverture du crâne peut être rapprochée d'une autre intervention, ayant, elle, donné des succès, non plus contre une névrose, mais contre des lésions matérielles, la laparotomie exploratrice.

Les premiers faits de cas extraordinaires de guérison d'affections graves du bassin et de l'abdomen par la laparotomie restée incomplète ont été rapportés par Lawson Tait et Spencer Wells. Ils se sont depuis tellement multipliés que White a pu dresser la liste la plus curieuse par le nombre et la variété des cas. Après une simple incision exploratrice, on a observé la guérison ou l'amélioration considérable de tumeurs de tous les organes de l'abdomen et du bassin : ovaire, utérus, foie, rate et même reins, estomac, intestin, aussi bien que de tumeurs sans localisation précise du tissu cellulaire. Les tumeurs guéries étaient de nature subinflammatoire, fibromateuses ou fibromyomateuses. De plus, des améliorations considérables ont été observées dans des cancers avérés, constatés histologiquement. J'ai moi-même, dans deux faits de cancers péritonéaux avec ascite, observé de véritables résurrections. Dans un des cas, l'amélioration a tenu deux ans.

Dans une autre affection, la péritonite tuberculeuse, les résultats favorables de l'incision simple sont aujourd'hui classiques. M. Kœnig, sur 131 cas, a trouvé 89 guérisons complètes, dont 30 maintenues plusieurs années après l'intervention. Certes, dans quelques cas, on avait fait des lavages, des injections, mais dans un tiers au moins, tout s'était borné à l'incision pure et simple. De nombreux faits analogues ont été signalés à la récente discussion de la Société de chirurgie.

On trouve encore toute une série éparse d'autres observations. L'ostéomalacie a parfois guéri par la castration, l'opération césarienne. La chorée a pu guérir par la ténotomie des muscles de l'œil. Chez les hystériques, les hypochondriaques, les faits de ce genre sont très nombreux. Un des plus connus est celui de Gillette. Chez une hystérique atteinte de paraplégie, ce chirurgien proposa l'ablation des ovaires. Mais il se contenta de faire une simple incision partielle de la paroi abdominale, s'arrêtant à l'aponévrose. Tous les accidents disparurent comme par enchantement.

Un fait de White doit être également mentionné en quelques mots. Un homme de cinquante-cinq ans fut atteint de douleurs intolérables dans les membres supérieurs puis dans les membres inférieurs. Il offrit finalement une paraplégie complète, intéressant même les sphincters, compliquée de troubles trophiques et d'escharres. Les cinq premières vertèbres dorsales furent mises à nu. On enleva les lames vertébrales. La dure-mère un peu épaisse fut incisée, quelques adhérences très légères furent détruites. La moelle mise a nu parut saine. Dès le lendemain, il y avait amélioration. La guérison était bientôt complète, assez complète pour permettre un travail manuel fatigant. Ce fait de trépanation du rachis se rapproche, vous le voyez, à divers égards, des faits de trépanation du crâne.

Parmi ces faits si singuliers, un certain nombre doivent être évidemment regardés comme suspects, mais d'autres sont évidemment authentiques. Quatre hypothèses peuvent être faites pour expliquer cette action thérapeutique inattendue : 1° influence de l'anesthésie ; 2° diminution de la pression supportée par les organes ; 3° influence de la suggestion psychique ; 4° action réflexe.

L'influence de l'anesthésie ne peut être mentionnée que pour mémoire. L'anesthésie par l'éther ou le chloroforme, non suivie d'opération, aggrave plutôt qu'elle n'améliore l'état des épileptiques.

La diminution de la pression peut, tout au plus, être admise dans quelques laparotomies avec écoulement ascitique abondant, dans quelques trépanations. Mais elle n'explique qu'une bien faible partie des faits observés.

L'influence de la suggestion psychique est plus importante. Elle peut évidemment agir dans les maladies imagi-

naires où l'hypochondrie joue un grand rôle. Peut-être même, une influence purement morale n'est-elle pas incapable d'exercer une action sur certaines tumeurs, sur l'épilepsie. L'influence du moral sur le physique se retrouve surtout dans les phénomènes de sensibilité et les phénomènes de sécrétion. Tout le monde connaît la diarrhée des jeunes soldats, la diurèse des concours. Mais il peut y avoir des anémies, des inflammations, des troubles de nutrition survenant, en l'absence d'action vasculaire, sous une simple influence nerveuse. La décoloration rapide des cheveux, de la barbe, sous l'influence d'émotions vives, est un des exemples les plus souvent cités de ces actions trophiques. Vous connaissez enfin les phénomènes curieux : épistaxis, gonflement de la pituitaire, produits par la suggestion. J'ai vu guérir, par la suggestion, un cas de coxalgie hystérique arrivée à la période de lésions secondaires, accompagnée de véritables rétractions dans les tissus péri-articulaires. La résolution seule de ces adhérences peut expliquer le redressement du membre.

Lawson Tait a particulièrement insisté sur l'action réflexe produite par le contact de l'air. Vous savez combien les modifications morbides produites par action réflexe sont fréquentes en clinique. Une contusion insignifiante peut, chez un rhumatisant, un goutteux, devenir le point de départ d'un accès de rhumatisme ou de goutte extrêmement intense. Vous savez enfin que les faits de guérisons de tumeurs : myxomes, fibromes, de péritonites et même de cancers, survenues sans traitement ou par le simple traitement médical, se rencontrent de temps en temps.

Quoi qu'il en soit de l'explication de ces faits, la conclusion pratique est qu'il ne faut pas craindre de tenter, à l'occasion, ces opérations exploratrices, guérissant parfois, soulageant souvent, et, de toute façon, inoffensives grâce à l'antisepsie.

DE LA MANIFESTATION TARDIVE
DES SYNDROMES ÉPISODIQUES CHEZ LES PRÉDISPOSÉS VÉSANIQUES, SOUS L'INFLUENCE DE L'APOPLEXIE CÉRÉBRALE

Par le docteur E. MARANDON DE MONTYEL,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

I

L'idée qui sert de base à l'œuvre grandiose de Morel, qu'en dehors de la prédisposition vésanique, il n'y a, dans le domaine de la pensée, qu'abolition fonctionnelle ; que, héréditaire ou acquise, celle-là est indispensable à la production de toute percussion fonctionnelle psychique et qu'un rapport étroit existe alors entre son degré d'intensité et la nature des troubles mentaux, cette idée recrute de plus en plus des adeptes, car, chaque jour, les faits viennent en démontrer et la vérité et l'importance. Un des caractères de cette prédisposition vésanique, bien mise en lumière par l'illustre aliéniste de Saint-Yon, est de pouvoir, à son minimum d'activité, rester complètement latente, jusqu'au jour, parfois éloigné, où la folie éclate, tandis que, dans sa plénitude d'action, elle se montre dès que se manifeste la vie intellectuelle. Dans le premier cas, l'aliénation en se produisant cause une profonde surprise à l'entourage de la victime, car rien ne l'avait laissé prévoir ; dans le second cas, quand elle survient, ce qui étonne, c'est qu'elle ne soit pas apparue plus tôt, car de tout temps elle était attendue. Il est donc des héréditaires névropathiques qui, d'un côté, peu frappés de la déchéance familiale et, de l'autre, favorisés d'une existence aussi régulière qu'assurée, atteignent presque les limites de la vieillesse, sans rien témoigner de la tare dont ils sont pourtant porteurs et succombent seulement sur le tard à un choc moral ou physique qui, jusqu'alors, les avait épargnés : c'est la folie tardive de M. Régis qui en a rapporté, il y a quelques années, d'intéressantes observations. Rien ne vient-il, fût-ce aux approches de la soixantaine, perturber leur vie, ils doubleront même ce cap redoutable, sains d'esprit comme de corps, et le délire ne se montrera qu'avec la sénilité avancée constituant la vraie folie sénile, la seule qui mérite ce nom.

Mais, de même qu'une secousse morale et les progrès de l'âge, une attaque d'apoplexie, hémorrhagie ou ramollissement, est aussi capable de pousser la prédisposition de l'état latent à l'état actif et alors que l'hémiplégique, indemne de toute névropathie, ne présentera que de l'affaiblissement intellectuel, c'est-à-dire des signes d'abolition fonctionnelle, le prédisposé vésanique entrera, lui, en délire, c'est-à-dire en perversion fonctionnelle. Quand la folie se produit ainsi au déclin de la vie, quelle qu'en soit la cause occasionnelle, choc moral ou apoplectique, ou encore simple sénilité, elle ne présente, à mon avis, d'autres caractères spéciaux que ceux inhérents à la débilité mentale plus ou moins accusée, selon les individus, et au degré de la prédisposition délirante. Or, comme celle-ci, pour être restée si longtemps latente et avoir résisté aux amertumes qui n'épargnent aucune existence, même les plus heureuses, ne devait pas être d'une intensité bien forte, il en résulte que les folies apoplectiques comme les folies tardives et les folies séniles, sont des folies simples, manies ou lypémanies, non des folies dégénératives. Combien donc est-il curieux et instructif de constater que, dans certains cas exceptionnels, sous l'influence de l'apoplexie, apparaissent pour la première fois, chez des sujets déjà âgés, les troubles mentaux spéciaux que M. Magnan a synthétisés avec tant de sagacité, sous les dénominations de syndromes épisodiques ou de stigmates psychiques, lesquels sont caractéristiques d'une dégénérescence avancée et d'ordinaire d'apparition précoce. On dirait que ces malades étaient des dégénérés latents, dont la déchéance mentale, pour apparaître, a eu besoin de la perturbation déterminée dans le cerveau par l'hémorrhagie ou le ramollissement.

Un premier fait de ce genre a été rapporté par M. Journiac, à la Société médico-psychologique, le 23 février 1891. Il contient des détails d'un haut intérêt, qu'il convient de signaler. Le sujet était un vieillard de soixante-dix ans, héréditaire vésanique par sa mère morte aliénée dans un asile et dont une sœur était folle. Deux ans auparavant, détail très intéressant, il avait eu, dans sa soixantième année, une maladie mentale, dont la cause occasionnelle n'est malheureusement pas indiquée, mais qui ne s'était, à aucun moment, compliquée de syndromes épisodiques ; elle avait, au contraire, revêtu une forme simple, ayant consisté en un léger accès de dépression mélancolique. Pourtant l'hérédité du sujet, de tout temps, s'était trahie par un caractère taciturne en même temps que craintif et timoré, avec manque absolu d'initiative. Néanmoins, la folie tardive qui survint à soixante ans, il serait même plus exact de dire la folie sénile, se présenta sous un aspect exclusif de la dégénérescence, la mélancolie dépressive. Au contraire, un second accès de lypémanie, qui éclata à

soixante-dix ans, s'accompagna d'impulsions homicides conscientes qui, d'abord limitées à la femme du malade, s'étendirent ensuite à tout l'entourage. En effet, chez lui, ce vieillard disait à son beau-fils : « Je vous en prie, éloignez de moi votre mère, je vais la tuer, il faut que je la tue; ce sont des idées de démon, il faut que je l'étrangle. » A l'asile, plus tard, il demandait à être enfermé et attaché, car il se sentait entraîné à sauter à la gorge de ses compagnons d'infortune et c'était plus fort que lui. Il a eu, en outre, des idées de suicide. Mais je crois qu'à tort, M. Journiac les a considérées, elles aussi, comme impulsives. Le malade expliquait fort clairement pourquoi il cherchait à se tuer : « Depuis plusieurs jours, avouait-il, je veux me détruire, parce que je suis poussé à faire du mal à ma femme; quelque chose me pousse à l'étrangler et pourtant je l'aime bien. » Dans ce cas, le suicide était donc non une impulsion, mais une déduction, une ressource suprême à laquelle ce vieillard avait recours pour ne point succomber malgré lui à l'entraînement criminel morbide. Quoi qu'il en soit, en ce qui concerne l'homicide, l'obsession consciente est incontestable, ce stigmate psychique survenant à soixante-dix ans, alors qu'aucun syndrome épisodique n'avait tourmenté ce malade pendant sa longue vie, pas même dix ans auparavant, lors de sa première crise mélancolique. Or, il succomba six jours après son entrée et l'autopsie montra, dans le noyau lenticulaire droit, un foyer hémorrhagique assez récent, de la forme et des dimensions d'une grosse amande, occupant presque complètement les deux segments externes de ce noyau. Ainsi cette hémorrhagie centrale avait réalisé, à soixante-dix ans, ce que la cause occasionnelle, que nous ignorons, n'avait point amené dix ans auparavant; elle avait donné l'essor à une manifestation hautement dégénérative, l'impulsion homicide consciente.

Peu après à la même Société, le 25 mai, M. Séglas a communiqué un autre fait comparable, a-t-il dit, à celui de M. Journiac. Il s'agit d'un vieillard de soixante-dix ans, fils d'une mère migraineuse, père de trois enfants névropathiques et déséquilibrés. Jusqu'à cinquante-six ans, aucun antécédent personnel pathologique. Intelligent et bien pondéré, le sujet occupait une situation assez élevée dans une grande administration de l'État. A cet âge, consécutivement à une période de surmenage intellectuel, il souffrit d'un premier accès de neurasthénie, mais qui, détail très important à relever, ne se caractérisa du côté de l'intellect que par des symptômes d'épuisement : fatigue rapide, compréhension difficile, paresse de la mémoire, sans jamais la moindre obsession consciente. Il en guérit d'ailleurs et reprit ses occupations. Trois ans après, à cinquante-neuf ans, il eut une perte de connaissance de courte durée, à la suite de laquelle il constata tout d'abord un peu d'engourdissement et de faiblesse dans le côté gauche du corps, puis remarqua que sa jambe gauche devenait de plus en plus faible. Six mois s'écoulèrent, quand, à la suite de travaux intellectuels excessifs et d'émotions provoquées par des deuils de famille, survint un second accès de neurasthénie qui, cette fois, s'accompagna, du côté de l'intellect, de symptômes nouveaux qu'on n'avait point relevés lors de la précédente crise. En premier lieu, le sujet se sentait incapable de prendre la moindre détermination; à propos de l'exécution des actes les plus simples, il était assailli de doutes et de scrupules qui, lorsqu'ils devenaient très intenses, déterminaient un sentiment d'angoisse très prononcé et une douleur dans la région précordiale. D'un autre côté, il avait également la peur des voitures et c'était pour lui toute une affaire que de traverser une rue. Enfin, il était agoraphobe, car il ne pouvait franchir une place sans angoisse, qu'en en faisant le tour. M. Séglas note que son malade avait parfaitement conscience de son état; il s'en montre, rapporte-t-il, très affecté; il se décourage, craint de ne pas guérir et de ne pouvoir plus se livrer à des travaux intellectuels. Ainsi ici, comme dans l'observation de M. Journiac, une première crise est indemne de tout syndrome épisodique et ce symptôme n'apparaît qu'à la seconde, qui survient consécutivement à un ictus apoplectique. Cherchant l'origine du phénomène et le pourquoi de son apparition tardive chez un homme déjà âgé et n'ayant rien offert de pareil dans le cours de sa vie, le savant aliéniste de la Salpêtrière pense que l'éclosion des obsessions doit être, dans la circonstance, rapportée aux accidents neurasthéniques dont, aujourd'hui, l'importance est reconnue comme facteur étiologique des idées obsédantes. Cependant il ajoute immédiatement après : « D'un autre côté, il est à remarquer que les obsessions ne sont apparues qu'au second accès de neurasthénie et que, dans l'intervalle, il y a eu un ictus apoplectique dû, sans aucun doute, à un travail de ramollissement cérébral et qui, peut-être, n'a pas été sans jouer également un rôle dans l'apparition des idées obsédantes au second accès de neurasthénie. » Rapprochant ce fait de celui de M. Journiac, dans lequel, ainsi que je viens de le signaler, le syndrome épisodique n'est aussi apparu qu'à un second accès de lypémanie, alors qu'une hémorrhagie cérébrale s'était produite, et des deux autres dont suit la relation, je n'hésite pas, pour ma part, à rattacher au choc déterminé par l'attaque d'apoplexie l'apparition tardive, dans ce cas, des syndromes épisodiques; pour moi, je crois, contrairement à M. Séglas, que, chez son malade, le rôle joué par l'ictus apoplectique, dans la genèse des obsessions, a été prépondérant. Dans tous les cas, cette observation est des plus intéressantes : le sujet, héréditaire vésanique, non seulement avait dépassé cinquante-neuf ans sans montrer de stigmates psychiques, mais avait traversé, à cinquante-six ans, une crise grave de neurasthénie, sans en présenter davantage, comme le malade de M. Journiac son accès de lypémanie dépressive, et c'est seulement à la suite d'un ictus apoplectique, suivi de ramollissement cérébral, que ceux-ci se manifestèrent sous des formes multiples, puisque le malade eut simultanément la folie du doute, la crainte des voitures et de l'agoraphobie.

Y a-t-il dans la littérature scientifique d'autres faits de ce genre? Ni M. Journiac, ni M. Séglas, dans leurs communications, n'ont parlé de cas semblables publiés antérieurement et chacun sait combien vaste et solide est l'érudition de ce dernier. De mon côté, j'ai cherché dans les auteurs et les journaux et je n'ai rien trouvé. Il m'a semblé, dès lors, de quelque intérêt de publier deux observations que j'ai eu occasion de recueillir en dix-huit ans de pratique. Ces faits doivent être rares, car, en ce qui me concerne, je ne saurais attribuer, au seul manque d'attention, ce faible total, puisqu'un des cas dont j'ai été témoin remonte à treize ans; si j'en avais rencontré d'autres, aussi nets et aussi probants, je les aurais sans doute également notés. Les deux dont je vais parler ne laissent, je crois, aucun doute sur la part décisive prise par l'apoplexie cérébrale dans l'apparition tardive des syndromes épisodiques, d'autant plus que non

seulement ils ont apparu immédiatement après l'ictus apoplectique, mais, détail curieux, ils ont eu, pour fondement, la symptomatologie même de ces apoplexies et ont évolué parallèlement à elle, s'amendant et disparaissant comme celle-ci. Qu'on en juge d'ailleurs.

Observation I. — M. X..., âgé de cinquante-cinq ans, appartient à une famille d'aliénés. Sa mère est morte après quarante ans de manie intermittente; sa fille a été atteinte, à vingt ans, de folie puerpérale. J'ai connu celui-là tandis que je soignais celle-ci, en 1880, au pensionnat de l'asile Saint-Pierre, à Marseille. Veuf, lors de la naissance de cette unique enfant qu'il avait mariée un an auparavant et que frappait le mal héréditaire, il ne s'était pas uni de nouveau, se consacrant tout entier à sa fille qu'il idolatrait. Aussi ce malheur l'avait-il beaucoup affecté. Elle était sa seule affection sincère. Il menait, tout à la fois, une vie de travail acharné et de débauches effrénées; son inconduite démesurée et son extraordinaire activité d'homme d'affaires indiquaient seules un système nerveux surexcité au delà de la normale. Il consacrait ses jours aux entreprises lucratives et ses nuits aux plaisirs, sans jamais avoir été malade, sans en avoir même jamais ressenti la moindre fatigue, et il avait réalisé, grâce à son intelligence et à son habileté, une fortune considérable. Seulement il avait rencontré l'épine sous la rose et il avait été aussi complètement vérolé que libertin pouvait l'être. Aucun autre antécédent personnel pathologique. A l'entrée de l'hiver, obligé de partir pour Nice, où l'appelaient ses occupations, il vint voir son enfant et me la recommander tout particulièrement en me disant : « La maladie m'a épargné pour la frapper; j'espérais, n'ayant jamais rien eu, qu'elle se trouvait à l'abri; quel malheur que ce ne soit pas moi la victime et non elle! »

Quatre mois après, en février 1881, je recevais, de lui, une dépêche très urgente, réponse payée, par laquelle il me suppliait, en termes pressants, de lui indiquer dans le plus bref délai le prénom de sa fille. Je le satisfis en pensant qu'il devenait ou était déjà aliéné. En juin, j'eus l'explication de l'énigme. Souffrant, depuis plusieurs semaines surtout la nuit, d'atroces maux de tête qu'il avait eu le tort de négliger, il avait été frappé, dans le courant de janvier, d'une attaque d'apoplexie. Revenu à lui, il s'était trouvé paralysé du côté droit et aphasique. Mais le plus triste fut que la perte de la mémoire des mots et des noms engendrait deux états différents, quoique également pénibles, selon l'intérêt qu'il portait aux personnes ou aux choses. S'il y était indifférent, l'obsession qui, dans les deux alternatives, n'était pas continue, mais survenait par accès, souvent au début, plusieurs fois par jour, l'obsession déterminait de l'agacement nerveux, de l'agitation, et si le mot n'était pas ou trouvé ou fourni, du désespoir avec pleurs et gémissements. Au contraire, avait-il de l'affection ou un goût vif pour les personnes ou les choses qui occupaient son esprit, la crise était bien autrement douloureuse, car elle était le signal d'un état angoissant et anxieux avec malaise généralisé, constriction thoracique, pesanteur stomacale, anxiété précordiale, palpitations du cœur et, loin d'avoir de l'agitation, il était dans ce cas en pamoison, pâle, le corps couvert de sueurs froides et prêt à tomber en syncope. « Je n'osais plus, dit-il, pour éviter une si terrible épreuve, penser à rien de ce que j'aimais, mais cela s'emparait tout à coup de mon esprit, surtout si j'avais le malheur de rester seul et inoccupé. En m'étourdissant j'espaçais beaucoup les attaques. » Le curieux, remarquait-il lui-même, était, outre son impuissance à dompter un état d'âme absurde qu'il appréciait sainement, le bien-être qu'il éprouvait dès que le mot ou le nom était trouvé, bien-être tel qu'il se croyait guéri et à jamais débarrassé de ses sottes obsessions, mais, hélas! il ne tardait pas à être ressaisi et à se retrouver sans force devant la maladie. De là les innombrables dépêches qu'il envoyait un peu partout, le secrétaire qu'il avait pris pour l'aider dans ses recherches et ses notes, les cahiers qu'il portait toujours sur lui.

Son médecin, bien renseigné sur ses antécédents, avait rattaché tous les symptômes cérébraux à sa syphilis qui, peu ou prou, l'avait toujours tourmenté, et avait institué un traitement spécifique énergique dont il s'était, d'ailleurs, très bien trouvé. En même temps que son hémiplégie s'atténuait et que son aphasie s'amendait, l'onomatomanie décroissait parallèlement. En moins de deux mois, bien que l'amnésie persistât encore à un degré assez notable, les troubles émotifs, agitation ou anxiété, liés à la recherche du souvenir absent, étaient déjà considérablement atténués en même temps que la mémoire était de moins en moins infidèle. En juin, quand je vis le malade, il était à peu près complètement rétabli, tant au point de vue physique qu'au point de vue psychique; il ne souffrait plus que d'une légère faiblesse dans le côté droit et que d'une vague crainte d'être repris de son angoisse d'autrefois, crainte qui le portait à noter toujours les noms ainsi que les mots et à ne pas sortir sans être muni d'un dictionnaire et de nombreux carnets. Avec l'iodure de potassium à hautes doses il a fini par se rétablir complètement. « Je n'ai rien perdu pour attendre, gémissait-il; pour sûr ni ma mère, ni ma fille, dans leur violente agitation, n'ont passé par mes transes; la torture du moyen âge devait être moins pénible! »

MÉDECINE LÉGALE DES ACCIDENTS DE LA FOUDRE (1)

Par le docteur Vincent, de Guéret (Creuse),
Lauréat de l'Académie de médecine, de la Société de médecine du Nord et de la Société des langues romanes de Montpellier.

X

e. Réciproquement, un conducteur foudroyé peut conduire la foudre en un point de la surface du corps autre que la tête, qui se trouve ainsi protégée avec toute la partie du corps de l'individu située au-dessus du point atteint :

Dans l'observation de Bord, recueillie par le docteur Bontemps, cet homme avait le *dos appuyé* contre un arbre parcouru par un fort courant au moment de l'explosion de la foudre. C'est par ce point de contact, situé au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, que la matière fulgurante pénètre en déchirant les habits, produit une brûlure en V renversé (Λ) dont une branche se perd dans le sacrum et l'autre dans la fesse droite en s'arborisant, troue la jambe gauche du pantalon au niveau du mollet, produit quelques raies rouges passagères au pied du même côté et brise le sabot pour pénétrer dans le sol.

f. La position de l'individu peut aussi modifier et le sens et le parcours du courant, et, par suite, la disposition des lésions produites :

Chez Darraud, qui avait les deux mains appuyées sur les pierres mouillées d'un mur qu'il était en train de franchir, au moment de l'explosion de la foudre sur un arbre voisin, le courant électrique traversa les deux bras qui restèrent douloureux et engourdis pendant longtemps, avec exfoliation de l'épiderme des mains et des poignets. Dans ce cas, il est évident que, si ce courant avait été assez énergique pour produire une brûlure, elle se serait étendue d'un poignet à l'autre sur ces deux membres et le devant ou le derrière de la poitrine entre les deux épaules.

Dans la position assise sur le sol, l'étendue de la brûlure peut se borner à la hauteur totale ou partielle de la tête et du tronc. Alors ce serait une déchirure des habits au siège qui devrait remplacer celle si commune de la chaussure.

Dans le cas de simple foudroiement latéral, chez un homme nu-pieds, moins dangereux que le foudroiement direct, le fluide peut pénétrer par un pied et sortir par l'autre, après avoir parcouru, à la manière d'un arc métallique, le compas formé par les deux membres inférieurs et produire des brûlures sur son passage.

g. Lorsque la personne est couchée sur le sol, elle peut être atteinte sur toutes les parties du corps indistinctement, si le choc

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1089.

est direct; mais lorsque le foudroiement est latéral, il doit la parcourir, le plus souvent, des pieds à la tête ou *vice versa*, selon sa direction, et produire, à la surface du corps, des lésions analogues à celles produites sur l'individu debout : dans l'observation d'Anger, M. Sonrier a remarqué que les brûlures, observées sur cet homme et ses camarades couchés sous la même tente, existent principalement sur les parties du corps reposant sur le sol. (*Gaz. des hôp.*, 1872.)

Dans cette forme de brûlure, cette disposition, modifiée ou non par les circonstances que nous venons de signaler et probablement d'autres imprévues, est un caractère non seulement des brûlures mais encore d'autres lésions par fulguration, dont l'importance me semble avoir échappé aux auteurs; et, cependant, cette importance est grande puisqu'elle dénote le passage d'un courant que l'électricité seule peut produire avec des effets aussi caractérisés. Elle me semble aussi la règle générale qui doit se présenter dans la grande majorité des cas. Dans la plupart des observations que j'ai lues, lesquelles, il faut bien le dire, pêchent la plupart du temps par l'absence de détails circonstanciés, elle m'a paru manifeste. Indépendamment de ces cas cités plus haut, cette disposition a été constatée chez les sujets des docteurs Gabrielli et Frédet, avec autopsie. Il n'est pas jusque dans les observations, très sommaires, suivantes, extraites du tableau de Boudin, relatif aux cas de mort par fulguration constatés de 1852 à 1854, où elle ne se montre évidente :

I. Position au moment de l'accident, sur route. Journalier, âgé de dix-neuf ans. Foudroyé et couvert de brûlures, surtout au côté gauche de la tête; vêtements en lambeaux, *soulier droit aussi, le gauche percé.*

XVII. Position : sur un chemin. Cantonnier, âgé de vingt-deux ans. Homme foudroyé; côté droit entier brûlé; *souliers* en cendre excepté les semelles en bois.

XVIII. Position : dans un champ. Propriétaire, âgé de quarante-deux ans. Foudroyé lorsqu'il se lève; la foudre fait du dégat et blesse à mort la victime au *côté gauche de la tête*; *sabots en morceaux.*

XX. Position : au milieu d'un pré. Domestique, âgé de quinze ans. Cadavre couché sur le ventre; *cheveux brûlés;* hémorrhagie de l'oreille; *vêtements en lambeaux; soulier gauche brûlé:* terre franchement labourée par un trou.

XXVI. Position : sur les pierres. Berger, âgé de douze ans. Un berger et son aide sont atteints par la foudre; le premier ne ressent qu'une commotion; le deuxième tué instantanément. *Son bonnet de laine, percé d'un large trou*, est projeté à 2 mètres; brûlure sur le côté gauche de la tête; le *long du thorax* et de la jambe droite; souliers en lambeaux; ecchymose correspondante à la brûlure du soulier droit.

XLI. Position : sur route. Cultivateur, âgé de quarante-trois ans. Un homme conduit une vache; tous deux foudroyés, l'homme mort; *soulier droit* en lambeaux.

XLVII. Position : sur un chemin. Cultivateur, âgé de quarante-trois ans. Homme foudroyé; vêtements brûlés; les *deux souliers déchirés; corps couvert de blessures.*

Dans les 48 autres cas consignés dans ce tableau, il n'y a point d'indication suffisante pour permettre d'affirmer que les choses se sont passées ainsi; mais dans aucun nous ne trouvons la preuve du contraire.

En établissant cette règle générale, je ne prétends pas qu'elle ne souffre aucune exception et que les brûlures ne puissent pas se présenter avec des caractères différents. Comme preuve, je pourrais même citer le cas de Th., rapporté plus haut : la brûlure au premier degré était bornée au côté gauche de la tête seulement effleuré par le globe électrique. Rien ne prouve cependant que, si ce dernier, au lieu d'agir tangentiellement sans dévier de son trajet rectiligne, avait frappé la tête en plein, c'est-à-dire perpendiculairement, de manière à être arrêté dans sa marche, les choses se seraient probablement passées comme ci-dessus.

La traînée plus ou moins large et plus ou moins régulière, produite par le passage de la foudre à la surface du corps, est le plus souvent unique sur le tronc; mais arrivée au pubis et au sacrum, elle se bifurque ordinairement, ainsi que nous l'avons vu dans plusieurs des exemples ci-dessus cités, pour suivre chacun des membres inférieurs. Mais il peut arriver aussi qu'elle soit multiple, c'est-à-dire qu'il existe sur le tronc plusieurs bandes plus ou moins parallèles, ou divergentes comme dans le cas de Berd, quelquefois même disposées en étoile autour d'un point central; ce qui prouve que sur le corps de l'homme, comme sur les arbres et le sol, le courant principal peut se diviser en courants secondaires. Disons aussi que cette ou ces traînées ou bandes, ordinairement plus ou moins rectilignes, peuvent offrir une disposition en spirale autour du tronc ou des membres. Pour plus de détails sur toutes ces particularités, que je résume ici d'une manière générale et succincte, je renvoie à la *Foudre* de Sestier et Méhu.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Neurasthénie (1), par A. Mathieu.

Je suis le seul qui n'ait pas le droit de porter un jugement sur ce livre; en revanche, j'ai de sérieuses raisons pour savoir mieux que tout autre ce qu'a cherché à réaliser l'auteur.

Il s'est inspiré avant tout de l'enseignement de M. Charcot et il a cherché à démontrer que, dans la neurasthénie et les états neurasthéniques, ce qui est la chose primordiale c'est la névropathie, et souvent la névropathie héréditaire. La prédisposition est le fait fondamental, et l'hérédité joue un grand rôle dans la genèse d'un état morbide dont on a donné des interprétations si différentes, souvent aussi fausses qu'ingénieuses.

C'est sur la description et la pathogénie qu'il a surtout insisté. C'est qu'en effet, il importe de bien s'entendre sur ce qu'est la neurasthénie en clinique et sur sa nature pour aboutir à un traitement utile.

Les névropathes sont une immense légion, qui va sans cesse en s'accroissant encore par l'action combinée du surmenage nerveux, des intoxications et de l'hérédité. Sur un fond commun de nervosisme vague émergent des symptômes capitaux, des *stigmates*, comme dit M. Charcot, qui limitent certaines névroses et indiquent que le malade qui les présente est destiné à évoluer de telle ou telle façon, qu'il est justiciable de tel ou tel traitement. Ces névroses sont-elles des espèces morbides véritables? Il serait byzantin de s'attarder à trop longuement discuter cette question philosophique. L'auteur a cherché avant tout à rendre aussi simple que possible la description des modalités cliniques de la neurasthénie. Il a particulièrement insisté sur la dyspepsie, qui tient une si grande place dans le tableau morbide et qui a joué un si grand rôle dans les théories pathogéniques.

Ces théories pathogéniques, il les a passées en revue les unes après les autres; il a cherché à montrer, avec quelques arguments qui paraîtront peut-être nouveaux, que la neurasthénie n'est pas un état secondaire subordonné à la dyspepsie, à la dilatation de l'estomac, à l'entéroptose, aux affections génito-urinaires, mais qu'elle dérive d'un état de nervosisme préalable, souvent héréditaire. La dyspepsie, en particulier, n'est pas cause de neurasthénie, mais au contraire, dans la grande majorité des cas, fonction de neurasthénie.

Il importait de montrer quels sont les rapports de la neurasthénie et des autres états névropathiques : de là le chapitre intitulé « les frontières de la neurasthénie, la neurasthénie dans la famille névropathique ».

(1) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

LE DOCTEUR VILLEMIN

La médecine française vient de perdre une de ses plus pures illustrations. M. le docteur Villemin, dont le nom restera à jamais attaché à l'histoire de la tuberculose, a succombé aux suites d'une longue maladie qui le tenait depuis plusieurs mois éloigné du monde.

Médecin-inspecteur de l'armée en retraite, ancien professeur au Val-de-Grâce, vice-président de l'Académie de médecine, M. Villemin était né à Prey, dans les Vosges, en 1827. Il était entré dans la médecine militaire en 1848 et a été nommé membre titulaire de l'Académie de médecine en 1874. Ses travaux sur l'inoculabilité et la contagiosité de la tuberculose sont trop connus pour qu'il soit utile de les rappeler ici. Ainsi que le faisait justement observer M. le professeur Verneuil au dernier Congrès de la tuberculose, ce sont ces travaux qui ont été le point de départ de l'évolution complète accomplie dans l'histoire de cette affection. Aussi ce Congrès n'a-t-il été qu'une longue ovation pour M. Villemin, dont la haute valeur n'avait d'égale que l'extrême modestie. Il laissera un nom impérissable dans l'histoire de la médecine française, et tous ceux qui l'ont approché, ses confrères, ses élèves, ses malades, conserveront le souvenir ému de cet homme de bien, simple, bon et dévoué, qui n'avait que des amis.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury de l'internat se compose de MM. Ferrand, Boissard, Broca, Josias, Guinard, Hartmann et Roger, et celui de l'externat de MM. Gérard Marchant, Lermoyez, Juhel-Rénoy, Marfan, Bourcy, Chaput et Picqué.

— Par décret, en date du 6 octobre 1892, M. le docteur Étournaud a été nommé médecin de deuxième classe dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat.

— Par décret, en date du 7 octobre 1892, M. le médecin principal de première classe Fée a été promu au grade de médecin inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire.

— Par arrêté ministériel, en date du 1er octobre 1892, M. le docteur Marianelli, médecin-adjoint au lycée de Rochefort, a été nommé officier d'Académie.

— Les directeurs des hôpitaux de Paris ont reçu l'ordre de dresser une statistique de tous les accidents causés par les inhalations de chloroforme.

Ils devront mentionner la date de l'accident, le service dans lequel il s'est produit, ainsi que le nom du médecin, l'âge et la profession du malade, la nature de la maladie ou l'opération qui a nécessité l'emploi du chloroforme.

Cette statistique devra remonter au 1er avril 1890.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de notre confrère, le docteur Édouard Turner, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique.

Le docteur Turner n'était pas seulement un praticien de valeur. C'était encore un érudit, un savant de l'histoire de la médecine. Ses études sur Rabelais, sur André Vésale, sur Ambroise Paré, comptent parmi les plus documentées, les plus originales, les mieux écrites de celles que nous possédons.

Il est mort à Chaville, âgé de soixante-six ans.

Le docteur Turner était de la même promotion d'internat que MM. Charcot, Tarnier, Peter, Axenfeld, Vulpian, etc. Il ne laisse que des sympathies dans le corps médical.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 12 octobre 1892.

L'Académie de médecine, après la lecture du procès-verbal, a désiré entendre les discours prononcés aux obsèques du regretté M. Villemin, par MM. Léon Colin et Duguet. Nous sommes heureux de reproduire ces deux discours.

I

Discours de M. Léon Colin, inspecteur général du corps de santé militaire.

Messieurs,

Je n'ai pas à vous redire la douleur de ceux qui ont été les camarades de Villemin, qui l'ont intimement connu, qui ont pu apprécier les charmes de cet esprit toujours si jeune, si enjoué, de ce cœur simple et ouvert, semant autour de lui la sympathie et l'amitié.

A cette heure des adieux suprêmes, il est une pensée bien faite pour élever nos âmes et nous rendre courage.

La gloire de Villemin n'en est qu'à son aurore; s'il a eu le grand et rare bonheur d'assister au succès définitif de son immortelle découverte, il laisse à ceux qui lui survivent la consolation de voir se perpétuer et, chaque jour, grandir sa mémoire.

La lutte ne fait que commencer contre le fléau dont un éclair de génie lui a révélé l'origine; cette lutte, on ne saurait trop le répéter, c'est lui encore qui en a établi les principes, et prochainement nos statistiques nous apprendront tout ce que Villemin a économisé de vies humaines, soit dans l'armée, soit dans l'ensemble de la population.

A cette existence si grande et si belle, à laquelle notre monde scientifique n'a peut-être point décerné tous les honneurs dont elle était digne, succédera la période sans fin de justice et de triomphe.

Ce n'est point à telle classe de la société, à telle nation, à tel pays, c'est à tous qu'il appartiendra d'y applaudir; et quand, à côté des statues consacrées aux gloires nationales, s'élèvera le monument de celui qui fut notre ami, on inscrira sur le socle : *Il a bien mérité de l'humanité.*

II

Discours de M. Duguet, membre de l'Académie de médecine.

Messieurs,

Il y a dix-huit ans, l'Académie de médecine ouvrait ses portes à celui dont elle déplore aujourd hui la mort prématurée. Ce fut alors pour elle une bonne fortune; ce fut pour Villemin la juste récompense de ses travaux. La médecine française fait en lui une grande perte.

Laënnec avait constitué de main de maître l'*entité* tuberculeuse, et, d'emblée, l'*unité* de la tuberculose. L'École allemande, s'appuyant sur des données anatomo-pathologiques étroites, l'avait scindée, amenant ainsi l'obscurité et le doute là où le génie de Laënnec avait mis de la clarté. Il appartenait à Villemin de rétablir l'édifice de Laënnec en le complétant et en le rendant désormais inattaquable.

Villemin se mit résolument en face de ce fléau terrible qui décime l'espèce humaine à tous les âges, sous tous les climats, dans toutes les saisons. Avec son esprit fin, observateur, pénétrant, fortement éclairé d'ailleurs par des notions de médecine générale et comparée, dont il avait une connaissance parfaite, il voulut déterminer la nature de la tuberculose, et, pour cela, il en fit pour ainsi dire l'objectif de toute sa carrière scientifique.

Pendant plusieurs années, nous le voyons observer la tuberculose avec un soin scrupuleux et attentif dans son siège, dans ses allures. Vient un moment où il lui semble reconnaître en elle la marche, l'évolution de certaines maladies virulentes comme la morve, le farcin et d'autres encore. C'est alors que surgit dans son esprit l'idée de l'*inoculabilité* possible de la tuberculose. Cette perspicacité profonde de Villemin était tout simplement *un trait de génie.*

De suite il est à l'œuvre, ne livrant, dans ses expériences, rien au hasard. L'événement répond à ses conjectures et à ses espérances. L'*inoculabilité* de la tuberculose est réelle; aveugle qui veut la mettre en doute.

Il offre à l'Académie la primeur de sa *découverte*, dans deux mémoires qui se succèdent, en 1865 et en 1866, et qui font dans la savante compagnie une sensation considérable. Les expériences y sont exposées avec une clarté saisissante; les conclusions qu'il en tire sont entraînantes. En même temps qu'il rétablit l'*unité* de la tuberculose de Laënnec, il en démontre la nature *virulente;* il affirme et démontre l'identité de la tuberculose de l'espèce bovine et de l'espèce humaine; il nous met en garde contre les fausses tuberculoses qui sont fréquentes dans la série animale et qui sont de nature vermineuse.

Du même coup, Villemin bouleversait et troublait toutes les opinions en cours sur la nature de la tuberculose, et il imposait à l'étude de cette maladie une orientation nouvelle.

En face d'expériences aussi bien établies et aussi suggestives, l'Académie ne pouvait rester indifférente; elle se saisit de la question, et elle fit à Villemin les honneurs d'une discussion mémorable qui dura une année entière.

Faut-il le dire? La question capitale demeura sans solution; la majorité ne parut pas incliner du côté de Villemin, ni à l'Académie, ni au dehors; mais on voulut bien reconnaître en lui un homme de talent et un esprit ingénieux.

Villemin ne se décourage point. Je le vois encore, plein de nos

idée dominante et maîtresse, persévérant, tenace, ayant l'ardeur d'un apôtre; reprenant une à une toutes ses expériences; réfutant l'une après l'autre toutes les objections; poursuivant son chemin, persuadé qu'il tient en mains la vérité. Il est fort de ce qu'il voit, de ce qu'il sait. Il sent qu'il est dans une voie féconde, et, chaque jour, des expériences nouvelles viennent corroborer et étendre ses conclusions premières.

En 1868, il reparaît à l'Académie avec un nouveau travail, dans lequel il établit, une fois de plus, avec une clarté saisissante : que la tuberculose est inoculable; que l'inoculation du tubercule développe d'abord une lésion locale, de tous points semblable à celle de l'inoculation de la morve; que la généralisation du tubercule dans les viscères ne survient qu'un temps assez long après l'inoculation; qu'il y a, par conséquent, une période d'*incubation* comme dans toutes les maladies virulentes; que la tuberculose expérimentale évolue comme la tuberculose humaine, offrant comme elle tous les degrés d'intensité, réduisant progressivement les animaux inoculés au marasme, et entraînant la mort dans un temps variable.

L'année suivante, il donne, dans un travail complémentaire, les preuves nettes et incontestables de la propagation de la tuberculose par les voies pulmonaires et digestives, à l'aide des produits de l'expectoration.

Enfin, il fait voir que les écrouelles ne sont qu'une *tuberculose localisée*, puisque leur produit inoculé conduit à une tuberculose générale; qu'il en est de même pour la plupart des tumeurs blanches, des ostéites et des autres manifestations dites scrofuleuses. On le voit, le champ encore trop étendu de la scrofule a été singulièrement restreint par les expériences de Villemin.

Pendant qu'au sein même de l'Académie régnait encore une certaine incrédulité, malgré les preuves éclatantes fournies et accumulées par Villemin, malgré son remarquable talent d'exposition, et malgré la chaleur entraînante de ses convictions, l'idée qu'il poursuivait faisait son chemin. La discussion de l'Académie avait eu pour résultat heureux de provoquer des expériences dans tous les pays, et Villemin put assister au triomphe de ses doctrines, la virulence de la tuberculose étant admise aujourd'hui partout et sans conteste.

Faisant allusion aux travaux de Villemin : « C'est à cette époque, dit Cohnheim, qu'on ne suspectera pas de partialité, que fut faite en France une découverte, d'où datera, si je ne me trompe, pour l'histoire de la tuberculose, non seulement un incomparable progrès, mais encore une transformation complète dans notre façon de concevoir cette maladie. Peu de découvertes, en effet, dit-il, étaient capables d'émouvoir l'opinion médicale, à un aussi haut degré que la démonstration, par Villemin, de la *transmissibilité* de la tuberculose. »

Sans les expériences d'inoculation, sans les observations de contagion, sans Villemin, en un mot, on n'était sans doute pas conduit à admettre l'existence d'un agent infectieux, virus ou parasite, dans la tuberculose; sans lui, la grande découverte de Koch serait probablement encore à faire.

Dans le domaine de la tuberculose, Laënnec a donc été le précurseur de Villemin, comme Villemin a été celui de Koch, moins les malheureuses aventures que l'on connaît. Villemin ne s'est point préoccupé, outre mesure, des questions d'hygiène ou de thérapeutique qui découlent d'elles-mêmes de sa découverte. La chirurgie en a de suite et très largement tiré parti, en attendant que la médecine trouve mieux qu'une prophylaxie rationnelle déjà féconde en résultats.

Villemin a fait encore quelques autres travaux empreints d'originalité. Je citerai son étude fort séduisante sur le scorbut, mais surtout sa collaboration à l'ouvrage d'histologie du professeur Morel (de Strasbourg), le premier de ce genre publié en France, dans lequel se trouvent un grand nombre de figures dessinées d'après nature par Villemin, remarquables par leur fidélité et leur finesse d'exécution.

Villemin avait la droiture d'un soldat; son honorabilité professionnelle, son affabilité, la douceur de ses manières, le faisaient aimer de tous ceux qui l'approchaient. Sa valeur scientifique, la noblesse et la dignité de son caractère, l'avaient désigné l'an dernier aux suffrages de ses collègues pour le fauteuil de la présidence. Il est mort à la veille d'y monter.

Puisse le glorieux souvenir qu'il laisse après lui adoucir la douleur d'une veuve, qui l'a soigné avec dévouement, sans espoir, et d'un fils qui marche honorablement sur ses traces.

Au nom de l'Académie, cher et vénéré collègue, adieu!

Après la lecture de ces discours, l'Académie a levé la séance en signe de deuil.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Desnos.

Maladie bronzée d'Addison de nature tuberculeuse.

(Observation recueillie par M. Dufour, interne du service.)

La nommée R... (Flore), âgée de vingt-six ans, femme de chambre, entre le 30 août 1892, salle frère Côme. Les antécédents héréditaires de la malade sont peu intéressants, les parents vivent encore et ont une bonne santé. Sur neuf frères ou sœurs, un seul enfant est mort à vingt-huit mois, les autres sont bien portants.

L'histoire personnelle de la malade est plus instructive. Réglée à quinze ans, mais d'une façon irrégulière, souvent trois fois dans le même mois. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, la malade se trouvait à son époque menstruelle; et actuellement elle a de nouveau ses règles.

Dans son enfance la malade a eu la variole et une autre fièvre éruptive à l'âge de sept ou huit ans, dont il a été impossible de déterminer exactement la nature, rougeole ou scarlatine. De tout temps sa santé a été délicate; elle a eu continuellement des troubles dyspeptiques caractérisés par une diminution de l'appétit, des digestions pénibles, des lourdeurs après les repas et une constipation habituelle.

A quinze ans et demi, au moment de l'établissement des règles, la malade a été traitée pour une chlorose, qui était accompagnée d'une toux qui a duré environ deux ans.

A vingt-deux ans on la soigne pour une soi-disant fièvre muqueuse avec diarrhée et vomissements, qui pourrait bien n'avoir été qu'une manifestation d'une tuberculose au début ou en cours d'évolution. C'est d'ailleurs à partir de cette époque que la pigmentation de la peau s'est manifestée.

A vingt-quatre ans les vomissements et la diarrhée reparaissent pendant trois jours et trois nuits, sont suivis d'un état fébrile accentué pendant un mois et d'une convalescence de six mois.

De vingt-quatre à vingt-six ans la santé ne s'est jamais rétablie, il y a eu une légère hémoptysie dans les jours qui ont précédé l'admission à l'hôpital.

La malade n'a jamais été enceinte.

La crise nouvelle a débuté il y a trois semaines, par une sensation de froid dans le dos très intense, et une grande faiblesse nécessitant le séjour au lit. L'appétit a disparu tout de suite. En quinze jours l'amaigrissement a été considérable. La malade, qui dit avoir pesé autrefois 140 livres, ne pèse plus que 75. Il y a, de plus, des vomissements, le matin à jeun, aqueux ou bilieux, ou après les repas. La constipation a remplacé la diarrhée des premiers jours. Ce qui frappe surtout c'est l'asthénie générale, qui est profonde; la voix est faible, traînante: le visage recouvert de gouttes de sueur. La peau présente une pigmentation caractéristique; sur le corps elle est assez uniformément brun foncé, semblable à la couleur de certains paludiques.

La coloration qui se rapproche le plus de celle du bronze est surtout manifeste aux régions exposées à l'air et là où normalement le pigment est déposé en plus grande abondance. Aussi le maximum de coloration se voit-il à la face, à la nuque, sur le dos des mains, aux seins, aux aines, à la face interne des genoux, au niveau de la portion sous-ombilicale de la ligne blanche, et sur le bord libre des grandes et petites lèvres.

La paume des mains est plus claire, la couleur des ongles est normale. Sur la face interne des genoux, quelques petites papules squameuses. Au tiers moyen de la face externe du bras droit, il y a quelques taches, qui, par leur aspect plus sombre, se distinguent très nettement des tissus environnants. La peau du crâne est peu pigmentée. La face interne des joues présente trois ou quatre plaques pigmentées de chaque côté, une autre se voit sous la langue, sur le bord externe de la veine ranine droite.

On ne relève chez la malade aucune trace d'impaludisme; il n'y a pas eu de syphilis, bien qu'il existe quelques adénites inguinales.

La malade raconte que sa peau a commencé à brunir il y a quatre ans, après sa fièvre muqueuse. Les premières taches ont apparu aux tempes, puis au front, s'étendant peu à peu comme une tache d'huile, et finissant par couvrir toute la surface cutanée. Il paraîtrait qu'à certains moments, la peau se décolorait à tel point, que la malade, qui est naturellement brune, croyait reprendre sa couleur normale.

Actuellement, on note encore des douleurs très pénibles. Ce sont des céphalalgies intermittentes, des douleurs dans les membres, des arthralgies, surtout aux genoux.

Le maximum d'intensité des douleurs est au creux épigastrique, produisant des sensations d'étouffement; le long des apophyses épineuses dorsales, et dans la région des capsules surrénales. La pression dans ces différents points est difficilement supportée. Par intervalles on note quelques douleurs en ceinture.

La sensibilité intacte, sauf au niveau du pharynx, où il y a de l'anesthésie.

Les réflexes rotuliens sont conservés; le sommeil troublé par des cauchemars.

L'estomac n'est pas distendu, le foie est normal, la rate semble recouvrir par la percussion une hauteur de 9 centimètres dans le sens vertical.

L'examen de la poitrine détermine une sensibilité douloureuse sous les deux clavicules. Après les efforts de toux, on entend dans les deux fosses sus-épineuses des râles sous-crépitants, permettant d'affirmer la tuberculose pulmonaire.

Aucun trouble du côté de l'appareil circulatoire.

On ne constate rien d'anormal par le toucher vaginal.

La quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures n'est que de 600 centimètres cubes, contenant 6 grammes d'urée, mais ne renfermant ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires. On n'y a pas décelé la présence du sucre après l'absorption par la malade de 150 grammes de sirop de sucre.

Le sang a été examiné avec le chronomètre de M. Hayem, on a trouvé comme valeur en hémoglobine 2 031 333, c'est-à-dire une diminution de plus de moitié. Quant au nombre des globules rouges par millimètre cube, il est normal, 4 800 000, ce qui représente une richesse en hémoglobine pour chaque globule 0414, ce qui est très peu.

La malade est restée en traitement à l'hôpital pendant quatorze jours. Pendant ce temps, son état n'a présenté aucune amélioration. La mort est survenue le 13 septembre, sans phénomène prodromique, par suite de l'épuisement général.

Les premiers jours la température a oscillé entre 38 degrés le soir et 37 le matin; ascension à 40 degrés le 8 septembre; les jours suivants nouvelles oscillations aux environs de 38 degrés; le 12, veille de la mort, 39°9.

Le traitement a été dirigé sans succès contre les vomissements et les douleurs, on a essayé de relever les forces de la malade et de la suralimenter.

Autopsie. — A l'autopsie les différents organes abdominaux n'ont rien présenté d'intéressant à noter; le foie était un peu congestionné.

Le cœur est très petit, il pèse 140 grammes à peine; les poumons présentent aux deux sommets des lésions nettement tuberculeuses; le gauche surtout, où il y a quelques excavations remplies d'une bouillie caséeuse. A certains endroits, on trouve des tubercules calcifiés.

L'intérêt de l'autopsie réside dans l'examen des capsules surrénales, qui sont très hypertrophiées, entourées d'adhérences qui les fixent intimement à chaque rein, et la droite au tissu hépatique.

La capsule surrénale droite est bosselée avec une surface irrégulière. A la coupe toutes deux sont en dégénérescence caséo-tuberculeuse. Quelques parties sont calcifiées. Un ganglion lymphatique, recueilli à la face postérieure du foie, présente les mêmes lésions. M. le docteur Dubar, préparateur du laboratoire de la clinique chirurgicale de la Charité, qui a eu l'obligeance de faire des examens histologiques, nous a remis la note suivante :

« Les capsules surrénales sont très altérées, la gauche, très indurée, présente un certain nombre de parties jaunâtres, molles, caséifiées, disséminées au milieu d'un tissu blanc grisâtre. La droite a subi les mêmes lésions, mais les dernières sont à un âge plus avancé, c'est-à-dire que l'on constate la présence du pus dans des cavités plus ou moins volumineuses.

Les coupes, étudiées au microscope, montrent que ces lésions sont celles de la tuberculose à ses différents âges.

Nous n'avons pas trouvé de tubercule cru à l'état net, mais bien des agglomérations de tubercules avec leurs cellules géantes, épithélioïdes et embryonnaires, ces deux dernières en dégénérescence granulo-graisseuse pour la plupart.

En d'autres points, il y a du pus logé dans des cavités, dont les parois sont constituées par des tubercules à un âge assez avancé avec cellules géantes encore très nettes en certains points, c'est-à-dire les lésions de la tuberculose à ses seconde et troisième périodes. Les ganglions lymphatiques présentent les mêmes lésions, mais à un âge moins avancé. »

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter, à cause de la netteté des symptômes constatés pendant la vie et de la confirmation qui a été donnée par l'autopsie. Elle peut être considérée comme uu type absolument classique de maladie bronzée d'Addison, de nature tuberculeuse, auquel rien ne manque. C'est là, d'ailleurs, une manifestation assez rare de la tuberculose, et, par suite, ce qui en fait le principal intérêt.

DE LA MANIFESTATION TARDIVE

DES SYNDROMES ÉPISODIQUES CHEZ LES PRÉDISPOSÉS VÉSANIQUES, SOUS L'INFLUENCE DE L'APOPLEXIE CÉRÉBRALE (1)

Par le docteur E. Marandon de Montyel,

Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

II

Obs. II. — M. X..., âgé de soixante-quatre ans, est né d'un père ivrogne qui a été séquestré plusieurs fois pour délire alcoolique et d'une mère hystérique avec manifestations convulsives suivies de désordres intellectuels d'ordre surtout émotif. Un de ses frères est enfermé depuis plusieurs années pour lypémanie chronique, et de ses deux enfants, une, très nerveuse, est d'une immoralité crapuleuse, l'autre est un débile épileptique. Quant à lui, il a toujours joui d'une bonne santé du corps et n'a jamais eu de troubles mentaux en dehors de l'ivresse, car il a manifesté dès l'âge le plus tendre, sans doute sous l'influence de l'hérédité paternelle, un goût très prononcé pour les liqueurs fortes, en même temps qu'une résistance exceptionnelle aux alcools : « Il m'en faut, se vantait-il, des tonneaux pour me griser, » et ce n'était point de sa part fanfaronade de buveur. Malgré ses nombreux accès alcooliques il fut toujours un excellent ouvrier, très intelligent, gagnant largement sa vie et celle de sa famille. Très athéromateux, il eut, en décembre dernier, une attaque d'apoplexie cérébrale, suivie d'hémiplégie gauche. Quand il put se lever

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 1095.

et sortir, quoique encore en grande partie paralysé des membres, il fut surpris d'être tout à coup saisi d'angoisse et d'inquiétude en traversant la place sur laquelle il logeait depuis vingt-cinq ans. Arrivé au milieu il dut avouer son trouble à sa femme qui l'accompagnait : sa respiration s'embarrassait, son cœur tressautait dans sa poitrine qu'il sentait serrée comme dans un étau, tout son corps se couvrait d'une sueur froide et il se sentait défaillir. Il serait sûrement tombé, à l'entendre, s'il n'avait pas fermé les yeux et s'il ne s'était cramponné à sa compagne. Il dut revenir sur ses pas. A partir de ce moment il devint incapable de traverser seul même une rue, à moins qu'elle ne fût très fréquentée par le public ou sillonnée par de nombreuses voitures. Celles-ci, loin de l'effrayer, calmaient son angoisse et dissipaient sa crainte; bien que son impotence l'exposât à être écrasé par elles, cette éventualité ne le tourmentait pas, tandis qu'un espace vide où il ne courait aucun danger le jetait dans des transes terribles. « Est-il étrange, me racontait-il, quand il me consulta en venant visiter son fils en ce moment isolé dans mon service, que je sois incapable de vaincre cette frayeur que je sais absurde et sans fondement; est-il étrange surtout qu'elle me soit survenue à propos de cette paralysie incomplète d'un côté, lorsque mes ivresses qui me coupaient les deux jambes et me faisaient zigzaguer d'un côté de la rue à l'autre ne me l'ont jamais procurée! » Ainsi le malade non seulement était conscient de l'obsession morbide qui le dominait malgré lui, mais il appréciait parfaitement que sa sotte appréhension à la vue d'un espace, place ou rue un peu large, tenait à l'incertitude de sa marche occasionnée par la paralysie de sa jambe gauche. En effet, sous l'influence d'un traitement approprié, le mouvement revint peu à peu dans le côté paralysé, et au fur et à mesure de son rétablissement l'agoraphobie s'atténua dans les mêmes proportions, si bien que le malade, quelques mois après, n'avait plus qu'une légère gêne dans la marche et qu'une simple appréhension des espaces, quand une seconde attaque d'apoplexie l'emporta rapidement.

A l'occasion du fait de M. Journiac, M. Magnan appela l'attention sur l'importance de cette observation en raison de la lenteur des syndromes épisodiques qui existaient encore à soixante-dix ans. Les quatre cas contenus dans cette étude me semblent encore intéressants à deux autres points de vue. Premièrement ils établissent, sans conteste, que l'apoplexie cérébrale, hémorrhagie ou ramollissement, est capable de faire apparaître des stigmates psychiques, caractéristiques de la dégénérescence mentale, qui jusqu'alors ne s'étaient jamais montrés. Dans nos deux observations, ceux-ci se sont même trouvés étroitement liés à l'un des symptômes de la lésion cérébrale dont ils étaient, pour ainsi dire, l'expression émotive et angoissante; bien plus, ils ont suivi son évolution, s'atténuant comme lui et disparaissant avec lui. Il semble que dans ces circonstances le choc, amené dans la substance encéphalique par l'ictus apoplectique, a fourni à la prédisposition dégénératrice, jusqu'alors latente, l'appoint nécessaire pour se manifester. Je rapprocherais volontiers ces faits de ceux où la tendance convulsive étant insuffisante par elle-même à produire l'épilepsie, celle-ci ne se montre qu'autant qu'une substance épileptogène, comme l'alcool par exemple, lui procure un surcroît d'énergie et d'activité. Ainsi, de même que le haut mal alcoolique éclate sous l'influence de la boisson qui met au point nécessaire sa prédisposition épileptique en la fortifiant, de même le syndrome épisodique apparaîtrait par l'apoplexie cérébrale, qui remplirait le même office vis-à-vis de la prédisposition vésanique. Mais si cette pathogénie est exacte, le résultat que nous signalons ne saurait appartenir exclusivement à l'ictus apoplectique; tout choc physique violent, comme un traumatisme cranien sérieux ou même une perturbation morale, telle qu'une frayeur vive et subite, doit être susceptible de le provoquer, pourvu que son intensité soit propre à ébranler l'organe de la pensée dans les mêmes proportions. Que l'appoint perturbateur nécessaire à la manifestation des syndromes soit fourni, n'est-ce pas là l'essentiel, peu importe le procédé qui le réalise. J'ignore s'il existe dans la science des faits de ce genre : pour ma part je n'en connais pas. Il serait donc intéressant de rechercher et de publier, si on en rencontre, les cas dans lesquels on aurait noté des stigmates psychiques se montrant pour la première fois à un âge avancé, consécutivement à une chute ou à un coup sur la tête, ou encore à une violente perturbation émotive.

En second lieu, à en juger tout au moins par mes deux observations, l'appoint apporté par l'apoplexie cérébrale, et qui permet l'éclosion des syndromes épisodiques, n'a qu'une durée momentanée; il cesserait avec la perturbation produite dans le cerveau par l'ictus apoplectique. Le malade de M. Journiac est mort au bout d'une semaine et M. Séglas ne nous apprend pas ce qu'il est advenu du sien, mais mes deux sujets se sont parfaitement rétablis, et leur rétablissement a marché de pair avec la disparition des symptômes de l'apoplexie sur lesquels se développaient leurs obsessions. Ici encore un rapprochement peut être établi avec l'épilepsie alcoolique qui, chacun le sait, se dissipe avec l'alcool qui est venu en aide à l'organisme malade. Quoi qu'il en soit de ces diverses considérations théoriques, ces faits sont curieux et intéressants, susceptibles peut-être d'éclairer un jour la genèse de certaines vésanies et, à ce titre, je crois qu'il n'est sans doute pas inutile de les publier.

MÉDECINE LÉGALE DES ACCIDENTS DE LA FOUDRE (1)

Par le docteur Vincent, de Guéret (Creuse),

Lauréat de l'Académie de médecine, de la Société de médecine du Nord et de la Société des langues romanes de Montpellier.

XI

B. *Deuxième forme* ou par *fulguration en pluie*. — Nous venons de voir, sur le corps de l'homme, la division de l'étincelle fulgurante manifestée par des bandes ou raies multiples. Dans la première partie de ce travail, nous avons vu le même phénomène se produire soit sur les arbres, soit sur le sol, voire même sur les bâtiments. L'observation de Th... nous en a offert un exemple remarquable; il en est de même de celles de Saint-Sulpice-Anzème et du docteur Bontemps, dans lesquelles deux ou trois arbres sont frappés simultanément par le même coup de tonnerre. A Font-au-Cher (25 mai 1874), foudroiement simultané d'un arbre et d'un bâtiment distants de 40 mètres et, de plus, sur le toit de ce dernier, perforation de deux tuiles éloignées de 1 mètre environ l'une de l'autre. De plus, cette division de l'éclair a été constatée *de visu* : Arago parle d'un éclair divisé en cinq branches et M. Colladon en a observé ayant six, huit, dix et jusqu'à douze branches divergentes, de manière à figurer une espèce d'arbre renversé. Moi-même, j'ai été témoin d'un fait semblable : en juillet 1887, à Vichy, à la tombée de la nuit, j'ai vu les éclairs d'un orage grondant dans un horizon peu éloigné, se diviser en deux, trois et jusqu'à quatre filets. M. Chatoney, chef de section au chemin de fer d'Orléans, m'a affirmé avoir vu le tonnerre tomber à une faible distance de lui et l'éclair, avant de toucher la terre, se diviser en des milliers d'étincelles irra-

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1097.

diant dans tous les sens. M. Colladon irait plus loin encore, théoriquement, il est vrai : pour lui, l'éclair, à l'approche du sol ou des objets qu'il porte, se résoudrait en une immense aigrette conique, à base inférieure, qui embrasserait, dans sa circonférence, une étendue considérable de terrain. Cette théorie, trop absolue pour s'appliquer à la grande majorité des cas de foudroiement, peut, cependant, souvent se réaliser.

C'est à ce mode de fulguration que sont dues les lésions que MM. Sestier et Méhu ont désignées sous le nom de *lésions ponctiformes lenticulaires*, qui me paraissent appartenir, le plus souvent, aux brûlures et dont je copie textuellement la description donnée par ces auteurs :

« La *lésion ponctiforme* ou *lenticulaire* n'affecte parfois qu'une région très circonscrite, le genou, le cuir chevelu par exemple, mais, plus souvent, elle occupe une bien plus grande étendue.

Elle présente trois variétés principales, d'après son aspect et sa ressemblance avec d'autres lésions :

1° Une première variété est celle où des taches lenticulaires disséminées et *rouges* simulent assez bien la petite vérole ou certaines phases de son développement ;

2° Une seconde variété semble produite par des grains de poudre à canon : elle consiste en une infinité de points noirs, plus ou moins rapprochés, mais parfaitement distincts les uns des autres, ou bien en de petites taches livides du diamètre d'un pois. Ces taches lenticulaires nous paraissent formées par un simple enduit fuligineux, par des ecchymoses ou bien par des *brûlures superficielles*. Les vêtements correspondants sont souvent *criblés de trous nombreux* ;

3° Une troisième variété de la lésion lenticulaire peut être comparée à celle que produiraient des grains de plomb à la surface et dans l'intérieur de la peau.

Parfois, les trous sont en petit nombre, mais, le plus souvent, ils sont très nombreux, en sorte qu'une charge entière de plombs de fusil semble avoir atteint de loin le blessé; sur l'un d'eux, on en trouva plus de deux cents.

Ces trous sont variables dans leur diamètre, comme s'ils résultaient de l'atteinte de grains de plomb de divers calibres.

Sous le rapport de la profondeur, cette lésion présente de notables différences. Parfois, dans les cas très rares, la peau n'est pas même entamée et l'on n'y trouve que de nombreuses impressions semblables à celles que produiraient des grains de plomb qui viendraient s'amortir sur la peau sans la traverser. De pareilles impressions ont été constatées, chez un petit garçon, par le docteur Ebill : elles étaient très nombreuses et placées entre *plusieurs lignes rouges et larges* qui descendaient du *cou* sur la *poitrine*, l'*abdomen* et le *membre inférieur gauche*. On en trouvait aussi sur le bras gauche.

Mais le plus souvent, le tissu de la peau est réellement atteint à une profondeur variable : chez une femme, la lésion pénétrait à un pouce, comme on put s'en assurer au moyen d'une sonde.

Les bords de ces trous sont noirs, secs et évidemment *brûlés ;* une *rougeur érythémateuse* les entoure et s'étend à une distance variable. Parfois, elle prend rapidement une teinte noire accompagnée de tuméfaction, double phénomène qui peut faire craindre la gangrène.

Les vêtements qui correspondent à ces lésions sont criblés de petits trous; on en trouva un grand nombre chez un sujet qui présentait jusqu'à deux cents points de brûlure ; ils sont parfois noirs et sentent la poudre à canon.

La présence de ces trous sur les vêtements indique que le courant classique s'est divisé en un très grand nombre de rayons partiels avant d'arriver aux vêtements eux-mêmes. Il paraît cependant que cette division du courant se fait quelquefois entre le *vêtement* et la *peau*, car, chez un sujet, on trouva une *ouverture unique* au vêtement qui couvrait l'épaule gauche, tandis que la fesse présentait un grand nombre de points de brûlure. »

La chemise du jeune homme de Parsac, me dit une femme de la maison, présentait peut-être cinquante petits trous. Le courant plus ou moins intense qui parcourt le corps peut donc, à la manière d'un fer rouge qui sort de la fournaise, lancer latéralement des étincelles qui, selon leur direction, laissent leur empreinte ou sur la peau ou sur les habits ou sur les deux à la fois.

Les auteurs auxquels je viens de faire l'emprunt ci-dessus citent plusieurs observations à l'appui ; dans toutes, ces lésions, plaies ou brûlures, sont comparées à celles que produiraient les plombs de calibres divers d'une charge de fusil ; elles sont noires comme si elles avaient été colorées par la poudre à canon ; leur profondeur peut être variable et atteindre jusqu'à un demi-pouce ; enfin, chez les personnes qui survivent, les petites escharres, en s'éliminant, laissent de petites plaies suppurantes. Cependant, quelles que soient l'analogie et la similitude présentées par ces lésions de cause différente, jamais on ne pourra les confondre : les plombs d'une décharge de fusil, toujours plus ou moins enfoncés dans l'épaisseur de la peau et des tissus, ne se retrouveront jamais, en effet, dans les lésions ponctiformes de la foudre.

Disons ici que cette deuxième forme de fulguration est la moins fréquente, qu'elle est rarement isolée et que, le plus souvent, elle existe concurremment avec la première, ce qui éclaire singulièrement le diagnostic.

C. *Autres caractères des brûlures par fulguration.* — Ce qui suit s'applique surtout aux brûlures de la première forme.

a. Pour le médecin légiste, les brûlures produites par la foudre demandent une autre classification que celles adoptées par les chirurgiens. Elles comprennent, en effet, tous les degrés entre et y compris la simple brûlure des poils, dont les derniers n'ont pas à s'occuper, jusqu'à l'incinération complète. Nous allons passer en revue ces degrés divers, dont plusieurs peuvent s'observer en même temps sur le corps du même individu, ainsi que Conchon et Bouchonnet nous en ont offert des exemples.

Premier degré : Brûlure des poils et des cheveux. — Ceux-ci peuvent être simplement roussis à la pointe ou complètement brûlés ; on les a vus quelquefois roulés ensemble et former de petites pelottes adhérentes à la peau. Les dispositions de ces brûlures à la surface du corps sont celles ci-dessus indiquées des brûlures en général ; elles peuvent ne former que des plaques isolées ou être plus ou moins généralisées. Mais, comme le courant ne produit cette lésion légère qu'autant que l'électricité est disséminée, elle occupe, le plus souvent, une étendue notable en largeur : chez le sujet du docteur Frédet, les cheveux, tous les poils de la partie antérieure de la poitrine, du pubis et du membre inférieur gauche sont complètement brûlés; il n'en reste plus que la *cendre*. Lorsque la foudre frappe la tête, il est rare que les sourcils ne soient pas brûlés en même temps que les cheveux.

Deuxième degré : Lésions de l'épiderme. — Chez le charretier du docteur Henry, la foudre « brûla tous les poils qui étaient sur son passage et *grilla* l'épiderme depuis les omoplates jusqu'aux talons, en le réduisant en petits rouleaux d'égale grosseur et séparés de quatre doigts en quatre doigts les uns des autres. Cette vaste surface devint le siège de vives douleurs et d'une sécrétion abondante de sérosité. Toutefois le malade guérit » (S. M.). On cite aussi « un paysan, percé par la foudre au niveau du sein gauche, dépouillé entièrement de son épiderme de la tête aux pieds » (S. M.). Peut-être n'y a-t-il eu ici qu'un effet mécanique analogue à celui qui, dans l'écorce de l'arbre, sépare les couches corticales du liber. Dans tous les cas, comme la foudre seule est capable de produire un effet semblable, il est assez caractéristique pour le consigner ici, à cette place, quel que soit son mode de production.

A côté de ces lésions immédiates, les seules, à peu près, que le médecin légiste soit appelé à apprécier, la foudre produit souvent sur l'épiderme, ou la surface dermique qui la sécrète, des modifications dont les effets se manifestent à une époque plus ou moins éloignée de l'accident : on cite des cas où l'épiderme s'est séparé en totalité comme celui du serpent au printemps; chez Darraud, un mois après l'accident, l'épiderme des mains et des poignets, points d'entrée et de sortie de l'électricité, s'exfolie et se détache.

Épilation. — C'est à ces lésions de l'épiderme qu'il convient de rattacher l'épilation permanente ou temporaire, phénomène immédiat si fréquent dans ces sortes d'accidents. Les poils ou cheveux, arrachés de préférence, sont les *blancs*, c'est-à-dire ceux dont la vitalité est affaiblie. Aussi, cite-t-on des cas nombreux dans lesquels tous les *cheveux blancs* sont arrachés et les *noirs* complètement intacts. On a vu le même effet se produire chez les animaux où les taches blanches sont entièrement dénudées sans que celles d'une autre couleur soient atteintes. Cette sélection n'existe cependant pas toujours et on a de nombreux exemples de personnes complètement chauves ou privées de leur barbe pour toujours.

Troisième degré : Érythème. — Ce premier degré de la brûlure des chirurgiens est fréquent et existe le plus souvent, comme les précédents, du reste, en même temps que des brûlures plus profondes : exemple Conchon. Quand il existe seul, il peut simuler l'érysipèle spontané; sa coloration est plus ou moins foncée; dans un cas, il offrait une teinte violette purpurine très foncée et qui le distinguait de l'érythème ordinaire.

Quatrième degré : Phlyctènes ; vésications ; pustules. — Ces lésions, qui caractérisent le deuxième degré de la brûlure chirurgicale, sont fréquentes et, on peut dire, la règle chez les personnes qui survivent. Mais il ne paraît pas en être de même dans les cas de mort instantanée, qui sont ceux dont le médecin légiste a particulièrement à s'occuper. Les phlyctènes entourées d'une auréole rouge, qui caractérisent les brûlures produites pendant la vie, semblent, en effet, faire ici défaut. Dans les observations que j'ai eu occasion de lire, je n'ai point vu signalée cette lésion essentiellement vitale : elle n'existe point chez Conchon; M. Delarbeyrette ne l'a point rencontrée en faisant l'autopsie du chien de Jouhet; MM. Sonrier et Frédet ne font mention ni de vésicules, ni de pustules ; enfin, dans la relation du coup qui frappa 106 personnes dans l'église de Grosshovele 11 juillet 1857, le docteur Jack dit expressément que, chez les 6 personnes tuées et présentant des brûlures plus ou moins graves, « il n'y avait pas commencement de formation vésiculaire ». Cette absence de phlyctène me paraît la conséquence assez naturelle de l'instantanéité de la foudre, qui ne permet pas l'afflux du sang et, par suite, la sécrétion séro-purulente. Cette sécrétion, il est vrai, pourrait manquer lors même que la mort ne serait pas instantanée, mais seulement due à une asphyxie consécutive; car, ainsi que l'enseigne Bichat, les sécrétions ne se font pas, ou se font mal pendant l'état asphyxique. Cette dernière notion a son importance, puisque, sans elle, on pourrait être porté à croire que la foudre n'a frappé qu'un cadavre et, par suite, soupçonner un crime là où il n'y en a pas.

Cinquième degré : Escharres. — Elles présentent souvent un certain degré de mollesse; mais, le plus fréquemment, elles sont dures et sèches, au point que, dans certains cas, on a pu les comparer à du cuir grillé, *in durum corrium igne torrefactum*, ou simplement à du parchemin, d'où le nom de *plaques parcheminées* qu'on leur donne. Chez le capitaine Lacroix, « la peau est *parcheminée*, brunâtre, carbonisée dans toute son épaisseur, ainsi que le tissu cellulaire » (Sonrier, *Gazette des hôpitaux*, 1869). Conchon avait aussi la peau *carbonisée* au cou et dans la coulisse séparant les péronniers du tendon d'Achille. Chez la femme Bourigeaud, d'après le docteur Dugenest qui l'a vue en mon absence, quelques heures après l'accident, la peau est «comme marbrée et présente, à la poitrine, une escharre sèche qui s'est convertie en véritable parchemin avant de se détacher. Chez les six morts du docteur Jack, « dès le lendemain, les raies et les macules s'étaient changées en des racornissements de la peau, d'une couleur brun noirâtre, de la consistance du parchemin et du cuir ».

Cette coloration est parfois d'un rouge cuivré ou même pourpre ; mais, le plus souvent, elle est noirâtre ou noire, plus ou moins charbonnée et analogue à celle produite par la poudre à canon dans les plaies à bout portant.

Quant à la profondeur, le plus souvent l'escharre est bornée et ne s'étend qu'à une partie de l'épaisseur du derme ; quelquefois on l'a vue comprendre toute l'épaisseur de cette membrane et limitée exactement par le pannicule graisseux; chez la femme Bourigeaud, ce dernier était compris dans l'escharrification qui s'étendait, de la sorte, jusqu'aux muscles exclusivement et constituait le quatrième degré de Dupuytren.

Sixième degré. — Dans d'autres cas plus rares, on a vu la brûlure comprendre une épaisseur plus ou moins considérable des masses musculaires.

Septième degré. — Enfin, on a cité des cas d'incinération complète du corps de la victime, qui constitue le septième et dernier degré de cette lésion produite par le calorique dégagé par l'électricité et suffisant, comme nous l'avons vu, pour fondre des masses métalliques considérables.

Parmi les autres caractères propres à ces lésions, nous devons mentionner encore :

b. Les *limites* qui, dans les cas assez nombreux que j'ai observés, m'ont paru moins vagues et plus nettes que celles des brûlures dues à d'autres causes. C'est un des caractères que l'instanéité d'action de la foudre imprime à ses allures.

c. Les *circonstances d'étendue* et *d'intensité* qui, dans la majorité des cas, ne seraient pas de nature à amener la mort instantanée si la brûlure avait été produite par une brûlure autre que la foudre.

d. Enfin l'absence d'un foyer de combustion ou de ses traces, auprès du cadavre, à moins que la foudre n'ait allumé un incendie, établira encore une forte présomption en faveur de cette dernière. Cet indice négatif sera surtout précieux dans le cas où le corps des foudroyés serait complètement carbonisé ou incinéré, comme cela s'est vu quelquefois.

2. *Plaies, contusions,* etc. — Les lésions de cette nature, produites par la foudre, ne sont pas rares. Celles qu'on a observées sont les suivantes :

a. Ecchymoses, contusions, plaies contuses. — Chez le sujet du docteur Frédet, il existe, à la région moyenne et sur les parties latérales du cou, des ecchymoses plus étendues et plus marquées à gauche qu'à droite, mais représentant assez bien les ecchymoses produites par la *pression des doigts de la main droite*, « comme si l'individu avait été étranglé ». Derrière l'oreille droite existe une *petite plaie contuse* donnant encore du sang, triangulaire, de 2 centimètres d'étendue.

« Sur une dame tuée par la foudre et observée par le docteur Ouvrard, on trouva une large ecchymose sur toute la région latérale gauche de la poitrine et plusieurs autres moins étendues à la partie externe du bras gauche, sur les deux rotules et quelques autres points des membres abdominaux (disposition qui rappelle celle des brûlures). La peau incisée sur ces points laissait voir une infiltration de sang noir liquide » (S. M.).

b. Excoriations, égratignures, écorchures. — Chez un homme, dont parle le docteur Maslieurat-Lagemard, on voyait sur le dos du nez deux rainures où l'épiderme était enlevé. « Deux ongles fortement appliqués et promenés sur le nez produiraient l'effet qui existait. »

Dans la chute de la foudre sur l'église de Montmorillon (juin 1851), l'abbé Thomas, qui officiait appuyé contre l'autel sur lequel la foudre est tombée, fut frappé en pleine poitrine et présentait des *excoriations légères de la peau à l'estomac, au ventre, le long de la jambe gauche. L'extrémité du soulier* correspondant a éclaté; le *parquet fut brisé* sous ses pieds.

Un soldat, dans sa guérite, semblait avoir été labouré *de la tête aux pieds*, par quelque chose qui lui avait fait des égratignures et déchiré ses habits sans aucune marque de brûlure.

A un homme cité par Plumet, la foudre, à la hanche droite, a produit une écorchure large de deux doigts.

c. Flagellations. — Petites blessures ou stries longues et superficielles analogues à celles produites par des coups de verge, de gaule, ou les lanières d'un fouet. Les cas cités par les auteurs sont nombreux.

d. Incisions. — Parfois la foudre incise les tissus comme le ferait un instrument tranchant : chez un jeune homme qui survivait,

on trouva, sur la région gauche du sommet de la tête, plusieurs *coupures superficielles*, affectant diverses directions et qui donnaient issue à une quantité de sang peu considérable, etc.

Une demoiselle, qui eut la cuisse légèrement brûlée, offrit au pied une blessure semblable à celle qu'aurait faite un instrument tranchant.

Chez un jeune garçon, tué le 5 septembre 1781, le docteur Meyer trouva, derrière l'oreille droite, deux coupures de la peau, longues d'un pouce, et « faites comme avec un couteau ».

Ces incisions sont quelquefois remarquables par leur longueur et leur profondeur et peuvent devenir le siège de graves hémorrhagies. Le jeune Thècle, cité par Télésius, eut les bras et les mains sillonnés jusqu'aux os. Des ouvriers foudroyés sous une tente eurent le dos sillonné et déchiqueté *depuis les épaules jusqu'aux cuisses*, par des plaies qu'on aurait jugées, en toute autre circonstance, avoir été faites *par un instrument tranchant*, et qui étaient *si profondes* qu'on y aurait couché le doigt (Lentilius).

Remarque essentielle. — Généralement ces lésions affectent la disposition que nous avons signalée pour les brûlures, celle sur le trajet du courant, ainsi que le démontrent plusieurs des faits que nous venons de citer à propos de ces quatre premiers genres.

e. Plaies semblables à celles produites par les balles. — Nous avons vu plus haut, à propos des brûlures ponctiformes, que la foudre peut produire des plaies analogues à celles faites par le plomb de chasse. Elle va plus loin : ses plaies peuvent simuler celles par les balles *à leur sortie.* Des trois cas rapportés par MM. Sestier et Méhu, je transcris ici le dernier :

« Chez un laboureur observé par Davier, outre une brûlure étendue et fort grave du tronc et des membres inférieurs, on voyait, au centre du talon gauche, un trou semblable à celui que ferait une balle *à sa sortie.* »

Circonstance importante à noter : dans ces trois cas, la plaie se trouve à la plante des pieds : deux fois au talon et une fois à la base du gros orteil. De ces trois plaies à bords renversés en dehors, une a un demi-pouce de profondeur; une autre est noire et légèrement sanguinolente. Ne dirait-on pas que le fluide, diffusé dans l'économie, se concentre pour en sortir et gagner le sol? Dans les lésions ponctiformes, et surtout les rougeurs varioliformes, le fluide électrique, à la manière du principe varioleux, ferait-il une poussée de l'intérieur vers la surface cutanée? C'est assurément un point digne d'attirer l'attention des pathologistes.

Un grand caractère différenciera toujours ces plaies de celles produites par une balle. C'est que ces dernières ont toujours deux ouvertures, l'une d'entrée et l'autre de sortie, tandis que les premières, jusqu'ici, n'ont présenté que cette dernière ouverture, outre qu'il n'y avait pas de balle.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. Paul Delbet, Glantenay, Watch, Bouglé et Wassilief sont nommés, pour trois ans, aides d'anatomie.

M. Bracquehaye est délégué, pour l'année scolaire 1892-1893, dans les fonctions d'aide d'anatomie.

— M. le docteur Caubet, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse, est chargé, par le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, d'aller présider les examens de doctorat de la Faculté française de médecine à Beyrouth, et d'inspecter cet établissement.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la pathogénie de la nécrose phosphorée.

Par P. RICHE,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Lorsque, peu après l'apparition de l'industrie des allumettes chimiques, on observa simultanément en France et en Autriche, chez les ouvriers employés à cette fabrication, des cas assez nombreux de nécrose des maxillaires (1839), ces faits nouveaux furent très remarqués et la curiosité du monde scientifique fut mise en éveil. De nombreux mémoires étudièrent l'affection nouvelle, et les théoriciens se mirent à l'œuvre en même temps que les cliniciens.

Le concours d'agrégation de 1857 nous a laissé à ce sujet un document important, dû à la plume du regretté Trélat.

Depuis lors, la question est revenue sur l'eau de temps en temps et a fait l'objet de plusieurs discussions au sein des sociétés savantes. Mais, quoique la matière parût épuisée, la lumière ne put se faire qu'incomplètement ; en même temps, avec les progrès de l'hygiène industrielle, les cas devinrent plus rares, et les chirurgiens, fatigués par des discussions stériles, portèrent leur attention vers des sujets d'un intérêt plus palpitant.

Cependant, il se produisait dans les idées de pathologie générale une évolution sans exemple dans l'histoire, peu à peu des notions toutes nouvelles se faisaient jour et ne tardaient pas à prendre une place prépondérante. Il semble que le reflet devrait s'en retrouver dans l'histoire de la nécrose phosphorée, il n'en est rien pourtant, et si j'excepte les nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales de mon cher maître, M. le professeur Gross, où, sans trouver de conclusion ferme, je lis : « La suppuration et la nécrose ne surviendraient que si quelque influence septique vient compliquer le processus » (1), les ouvrages classiques les plus récents, du moins ceux de notre pays, s'expriment à ce sujet comme ils auraient pu le faire il y a vingt ans.

(1) GROSS, ROHMER et VAUTRIN. Loc. cit., 1890, t. I, p. 757.

C'est ce qui m'a déterminé à reprendre, après tant d'autres, cette pathogénie en y introduisant des données aujourd'hui banales, mais dont il n'a pas encore été tenu un compte suffisant.

Et d'abord la nécrose phosphorée diffère-t-elle des autres nécroses des maxillaires ?

On s'est ingénié longtemps à trouver des caractères anatomiques spéciaux à cette affection. Geist avait considéré les ostéophytes comme spécifiques ; le mémoire de Haas (de Sarreguemines) se fait encore l'écho de ces idées (1).

Aujourd'hui, l'accord semble s'être fait sur l'opinion contraire.

Pour M. Magitot (2), la nécrose phosphorée ne diffère des autres que par sa cause.

Pour Trélat (3), elle n'a aucune spécificité, aucun attribut exclusif et constant.

Tel est aussi l'avis de M. le professeur Guyon (4).

M. Després dit : « La nécrose phosphorée, en tant que maladie spéciale, n'est pas pour cela une maladie à part ; c'est une nécrose comme les autres nécroses. — Les séquestres de la nécrose phosphorée ressemblent aux séquestres de toutes les nécroses. » (5)

M. Ollier (6) s'exprime ainsi : « Nous croyons qu'il n'y a pas de forme anatomique spéciale, et nous ne pensons pas qu'en présence d'un maxillaire enlevé par une résection, ou d'un séquestre du même os, on puisse affirmer si la lésion a été produite par le phosphore ou non... En dehors du phosphore, nous avons constaté les différentes formes anatomiques qu'on avait attribuées à l'ostéite phosphorée (ostéophytes périostiques, nécrose disséminée, etc.). »

Heydenreich (7) écrit : « Au point de vue anatomo-pathologique, la nécrose phosphorée n'a pas de caractères propres. — Le diagnostic différentiel entre la nécrose phos-

(1) HAAS. Mémoire sur la nécrose produite par les vapeurs du phosphore ; rapport de M. Magitot et discussion à la Société de chirurgie, 3 déc. 1873.
(2) MAGITOT. Soc. de chir., *Gaz. des hôpit.*, 1874, p. 37 et 52.
(3) TRÉLAT. Soc. de chir., *Gaz. des hôp.*, 1874, p. 94.
(4) GUYON. *Diction. encycl. des sc. méd.*, 1874, 2e série, t. V, p. 1874, art. MAXILLAIRES.
(5) DESPRÉS. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1875, t. XXI, art. MACHOIRES.
(6) OLLIER. *Encyclopédie internationale de chirurgie*, 1885, t. IV, p. 284.
(7) HEYDENREICH. *Traité de chirurgie*, 1891, t. V, p. 117.

phorée et les autres formes de nécrose est basé uniquement sur l'interrogatoire du malade. »

Au point de vue de la marche, il y a bien quelques différences qui sont : la lenteur du processus, son extension parfois indéfinie (1), le peu d'empressement de l'os sain à se séparer de l'os nécrosé. La pathogénie à laquelle nous nous rallierons rendra parfaitement compte de ces différences.

II

Nous venons de voir que la nécrose phosphorée ne diffère pas anatomiquement des autres nécroses. Or, quelle est la pathogénie des autres nécroses des maxillaires ?

A. Nous avons, dans un premier groupe, les nécroses dues à une cause locale :

1° Nécroses consécutives à une fracture du maxillaire, dont le foyer s'infecte;

2° Nécroses d'origine dentaire, dues soit à l'avulsion d'une dent avec infection consécutive de l'alvéole, soit à une périodontite suppurée, soit à l'évolution difficile de la dent de sagesse.

Je ne sache pas que personne conteste aujourd'hui l'origine septique de ces nécroses.

3° Nécroses consécutives à des lésions inflammatoires, ulcéreuses et gangréneuses, toujours septiques, de la muqueuse buccale ;

4° Nécroses consécutives à l'envahissement du maxillaire par un épithélioma de la face ou des lèvres, dont l'ulcération a ouvert la porte aux germes.

B. Dans un deuxième groupe se placent les nécroses dues à des causes générales :

1° Nécroses de la convalescence des grandes pyrexies. Ici l'on peut admettre soit l'apport par la voie sanguine des microbes de l'affection primitive, soit bien plus souvent une infection secondaire par les microbes buccaux dont la virulence a été exaltée en même temps que s'épuisait la résistance de l'organisme ;

2° Nécrose tuberculeuse;

3° Nécrose syphilitique.

De quelque côté que nous jetions les yeux, nous trouvons donc toujours à ces nécroses une origine microbienne.

D'ailleurs, ce ne sont pas seulement les nécroses des maxillaires qui sont toujours d'origine septique, le fait est plus général et s'étend à toutes les nécroses osseuses.

Nous savons, en effet, par les travaux de Kortweg (2), que la nécrose osseuse aseptique n'existe pas en clinique, car une telle nécrose passe inaperçue ; le séquestre est toléré comme l'est tout corps étranger aseptique, ne donnant lieu à aucune suppuration ni fistule.

III

Est-ce à dire que le phosphore n'aurait rien à voir dans la pathogénie de la nécrose phosphorée?

Il est incontestable que les nécroses des maxillaires se rencontrent en nombre plus considérable chez les ouvriers en contact avec les émanations du phosphore.

Aussi, à part Dupasquier (1) et Ebel (2), qui niaient l'action du phosphore pour attribuer la production de la nécrose, le premier aux impuretés du phosphore, le second à la carie dentaire et au rhumatisme, tous les auteurs sont-ils unanimes pour admettre une relation de cause à effet entre le phosphore et la nécrose phosphorée.

Et pourtant, si nous prenions le mot nécrose dans son sens strict, nous croyons qu'il ne serait pas téméraire de soutenir la proposition suivante : « Le phosphore n'a jamais été la cause d'aucune nécrose des maxillaires, il n'en a été que l'occasion. »

Il faut bien le dire, le mot de nécrose phosphorée n'est pas heureux pour désigner l'affection qui nous occupe, et certes le nom de mal chimique que lui avaient donné nos pères était plus exact, quoique ou plutôt parce qu'il était moins précis.

M. le professeur Guyon dit fort bien dans son article du Dictionnaire encyclopédique : « La nécrose n'est qu'une terminaison possible, fréquente, mais non constante. Le nom de périostite et d'ostéite phosphorées conviendrait peut-être mieux à cette affection que celui de nécrose. »

De même pour M. Richet (3) : « La prétendue nécrose phosphorée n'est pas une nécrose. Le séquestre est un épiphénomène, un accident, une conséquence d'un processus morbide qui domine la scène, je veux parler de l'ostéo-périostite progressive. »

Et encore ces mots de périostite, d'ostéite, excellents à l'époque où ils ont été proposés, impliqueraient aujourd'hui un processus inflammatoire, par conséquent septique, dont le phosphore ne serait plus qu'indirectement responsable.

IV

Maintenant que nous en sommes arrivés là de notre étude, il nous faut examiner les théories qu'on a émises sur la pathogénie du mal chimique.

Nous avons cité déjà les opinions de Dupasquier et de Ebel, nous n'y reviendrons pas.

Dès les premiers travaux parus sur la matière, les deux grandes théories qui se sont partagé jusqu'aujourd'hui les faveurs du monde médical se trouvèrent en présence, je veux dire la théorie de l'action locale et celle de l'action générale du phosphore.

Action locale. — Parmi les partisans de l'action locale, nous trouvons encore deux camps : les uns veulent que le toxique pénètre par la voie gingivale, les autres qu'il suive la voie dentaire.

Pour Strohl (4), la salive dissout les acides du phosphore, le tissu gingival imbibé s'enflamme, de là l'inflammation gagne le périoste alvéolo-dentaire, puis l'os lui-même.

Neumann (5) considérait également l'action du phosphore comme une action locale sur la gencive d'abord, sur l'os ensuite.

(1) Jagu. Th. de Paris, 1874.

(2) Kortweg. *Over vesterving en aseptische beennekrose*, Amsterdam 1879, et *Rev. mens. de méd. et de chir.*, 1879. — Cité par Poncet. *Traité de chirurgie*, t. II, p. 688.

(1) Dupasquier. *Gaz. méd. de Paris*, 1846.

(2) Ebel, cité par Follin et Duplay, 1878, t. IV, p. 730.

(3) Richet. *Gaz. des hôp.*, 1872, p. 233.

(4) Strohl. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1845, t, V, p. 360.

(5) Neumann. *Preuss. Ver. Zeitung*, 1846, nos 28 à 31, analysé dans *Rev. méd.-chir. de Paris*, 1848, t. II, p. 37.

Trélat (1), tout en admettant que la carie dentaire puisse être une cause prédisposante de la nécrose phosphorée, fait jouer le principal rôle aux altérations gingivales. Contrairement aux autres muqueuses, celle des gencives est insuffisamment protégée ; elle manque en effet de glandes et la mue épithéliale y ferait défaut. « Ce ne sont pas les vapeurs phosphorées qui exercent une action élective sur les gencives, ce sont ces organes eux-mêmes qui sont disposés de façon à subir cette influence. » A l'appui de sa théorie, Trélat donne quatre observations de nécrose avec dents saines.

Porte (2) conclut de même. Pour lui, le phosphore dissous dans la salive donne de l'acide phosphorique. Le liquide irritant de l'interstice des dents gagne le périoste alvéolo-dentaire. La carie dentaire est une cause prédisposante mais non nécessaire.

Haltenhoff (3) fait remarquer que la salive dissolvant les acides du phosphore perd son alcalinité et devient un irritant direct des gencives.

Les auteurs du Compendium (4) se prononcent également pour l'action locale.

M. Dubar (5) admet comme la plus satisfaisante l'explication suivante : « Le phosphore, absorbé sous forme d'acide phosphorique contenu dans l'atmosphère que respirent les ouvriers, serait dissous par la salive, traverserait la muqueuse gingivale, et, s'accumulant sous le périoste, formerait à la surface de l'os un hyperphosphate (Salter) ou un hypophosphate (Simon) incompatible avec la vitalité de l'os. »

Quant à la localisation si spéciale sur les maxillaires, il l'explique par la moindre résistance de la muqueuse gingivale, par son manque de glandes, par le séjour fréquent de substances étrangères au niveau de la sertissure des dents, enfin par la continuité directe du périoste alvéolaire avec cette muqueuse.

Diez (1845), Roussel et Gendrin (6), Geist, Larcher, Broca, veulent que les vapeurs phosphorées pénètrent à la faveur d'une carie dentaire.

Voici, entre autres, ce que dit Geist (7). Comme les dents sont liées avec le périoste au moyen de leur membrane sacciforme et qu'elles peuvent, si leur tissu est tuméfié par la carie, être pénétrées par les vapeurs du phosphore, il est facile d'admettre que cette voie de communication est suffisante pour que les vapeurs du phosphore viennent agir sur le périoste ou plutôt sur son système capillaire.

M. Richet (8) tient également pour la carie dentaire.

M. Magitot (9), surtout, s'est fait le plus ardent défenseur de cette théorie qu'il a, pour ainsi dire, faite sienne. Il y ajoute un point, c'est qu'il ne suffit pas d'une carie quelconque, il faut une carie pénétrante. D'après lui, quand les gencives sont fongueuses et suppurent, il y a déjà nécrose, la suppuration de l'alvéole est un accident secondaire.

(1) Trélat. *De la nécrose produite par le phosphore*, Th. d'agr., Paris 1857.
(2) Porte. *De la nécrose phosphorée*, Th. de Paris, 1869.
(3) Haltenhoff. *De la périostite et de la nécrose phosphorique*, Th. de Zurich, 1866.
(4) *Compendium de chir. pratique*, t. III, p. 648.
(5) Dubar. *Anatomie pathologique des ostéites*, Th. d'agr., 1883, chap. III, p. 100.
(6) Roussel et Gendrin. *Rev. médicale*, 1846.
(7) Geist. *Bayer Corresp. Bl.*, 1846, n°s 13 et 17; — *Rev. méd.-chir. de Paris*, 1848, t. II, p. 37.
(8) Richet. Loc. cit.
(9) Magitot. Soc. de chir., 3 déc. 1873, et *Gaz. des hôp.*, 1874, p. 37 et 52; — *C. R. de l'Acad. des sc.*, 26 oct. 1875; — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1888; — *Semaine méd.*, 1888, p. 450.

A côté des partisans de l'action locale, nous rangerons M. Després (1), quoique sa conception soit différente.

Ce ne sont plus, pour lui, les vapeurs phosphorées dissoutes dans la salive qui sont en cause, mais bien le phosphore éliminé par la salive. Nous lui laissons la parole : « Le phosphore dissous dans la salive exerce-t-il une action sur le périoste, soit à l'état d'acide phosphorique, soit à l'état d'hypophosphate, suivant M. J. Simon ? Cela ne peut être démontré. Mais, ce qui est positif, c'est que les vapeurs de phosphore sont absorbées, puis éliminées et, par analogie avec ce qui se passe pour le mercure, un métalloïde de la même classe, on peut admettre que la salive élimine du phosphore. Il y a une gingivite phosphorée, comme il y a une gingivite mercurielle et, de même que tous les malades qui ont une stomatite mercurielle n'ont pas de nécrose des mâchoires, de même tous les malades qui ont de la gingivite phosphorée n'ont pas de nécrose phosphorée. La raison est tout entière dans l'état des gencives. Le phosphore n'agit que pour produire la salivation. »

M. Després échappe ainsi au reproche d'admettre une action élective sur une muqueuse donnée, mais outre que l'élimination par la salive n'est pas démontrée, on peut se demander pourquoi, dans la stomatite mercurielle, la nécrose des mâchoires est plus rare, quoique l'état des gencives soit, en général, pire et la salivation bien plus considérable.

Maintenant que nous avons passé en revue les principaux partisans de l'action locale, voyons ce que nous avons à retenir de leurs théories.

Sans vouloir trancher entre les dentistes et les gingivistes qui nous apportent, les uns et les autres, des faits inattaquables, nous dirons qu'on ne peut nier l'importance des lésions locales.

En effet, la nécrose phosphorée débute toujours par le rebord alvéolaire.

Bibra et Geist (2), dans leurs expériences, n'ont pu produire la nécrose qu'en lésant les alvéoles.

Une observation de M. Alphonse Guérin est très démonstrative. Elle nous montre un malade ayant perdu son maxillaire inférieur, en ayant régénéré un autre et pouvant impunément rentrer à l'atelier ; plus de dents, plus de nécrose.

Aussi presque tous les auteurs s'étaient-ils mis d'accord sur cette action locale des vapeurs phosphorées. Le point le plus obscur était le mode d'action intime de ces vapeurs sur l'os. Et les interprétations ne manquaient pas, les uns accusant le phosphore, les autres ses acides, les autres ses sels. M. Baur (3) pensait qu'il se passait l'action chimique suivante : l'acide phosphorique apporté en vapeurs aurait changé le phosphate basique de chaux insoluble des os en un phosphate acide soluble et irritant, dont la présence aurait fait perdre à l'os sa résistance et l'aurait enflammé.

(1) Després. Loc. cit.
(2) Bibra und Geist. *Die Krankheiten der Arbeiter in der Phosphorzündholzfabriken*, Erlangen 1847.
(3) Baur. *Gaz. méd.*, 1850.

Bibra faisait jouer un rôle à l'ozone de l'air et, pour M. Magitot, ce rôle n'est pas contestable.

Nous ne chercherons pas à approfondir ces points. Il est, en effet, des faits connus depuis longtemps, concernant des ouvriers atteints de nécrose, plusieurs mois, une année même, après avoir quitté l'atelier. Souvent alors, c'est encore à l'occasion d'une lésion dentaire que l'affection semble débuter ; mais ce ne sont évidemment plus les vapeurs phosphorées qui, profitant d'une carie dentaire, vont pénétrer jusqu'au périoste.

De cette étude un peu longue de l'action locale, nous retiendrons ce seul point qui nous semble inattaquable : *Une lésion locale est nécessaire pour que se produise la nécrose.*

Action générale. — On a l'habitude de répéter que Lorinser (1), en présence de la débilité considérable de ses malades, avait fait, de la nécrose phosphorée, le résultat de l'intoxication générale et qu'il rejetait l'idée d'une action locale, en se basant sur un cas de nécrose de l'os malaire. On part de là pour lui objecter que son cas est resté unique, que l'os malaire est sujet à d'autres altérations où le phosphore n'a rien à voir, et on passe condamnation sans insister.

Or Lorinser dit que la maladie doit être considérée comme la réflexion d'un mal général profondément enraciné ; que l'organisme, par l'action du phosphore, reçoit une *prédisposition à la nécrose des os* ; que le mal se localise aux maxillaires, parce que l'air, chargé de vapeurs de phosphore, est en contact immédiatement avec les muqueuses buccales, pendant qu'il est inspiré, et médiatement avec le périoste.

Si Lorinser avait pu prévoir les bactéries de la bouche, il est probable que nous n'aurions eu qu'à souscrire à son opinion.

Adams (2) s'est déclaré partisan de la théorie de l'action générale.

Il est ensuite de règle de citer Wegner (3), nous nous conformerons à cette règle, quoique nous le considérions comme un partisan de l'action locale, mais parce qu'il a étudié l'action générale du phosphore.

En 1872, il eut l'occasion d'amputer une cuisse chez un ouvrier d'une fabrique d'allumettes (4). Dans son observation, il y a plusieurs points intéressants : tout d'abord la production d'une périostite phlegmoneuse diffuse de tout un tibia, à la suite d'une plaie n'ayant pas atteint primitivement l'os ; puis, pendant l'opération, la constatation du peu d'adhérence du périoste au fémur ; enfin, après l'opération, la nécrose rapide de ce fémur. Le malade mourut d'infection purulente et, à l'autopsie, on nota une hyperostose généralisée du crâne, une légère périostite avec ostéophytes des bords alvéolaires, toutes les dents étant saines.

L'idée vint alors à Wegner de répéter les expériences de Bibra et Geist, en cherchant à mettre autant que possible ses lapins dans les conditions où se trouvent les ouvriers en allumettes.

Plusieurs faits importants ressortent de ses expériences.

(1) Lorinser. *Med. Jahrbuch des Œst. Staates*, 1845, t. LI, p. 237; — *Gaz. méd.*, 1846; — *Rev. méd.-chir. de Paris*, 1848, t. II, p. 37.
(2) Adams. *Med. Times and Gaz.*, 1862, t. II, p. 2.
(3) Wegner. *Virchow's Archiv.*, 1872, t. IV, p. 11.
4) Obs. citée dans Kraus. Th. de Nancy, 1874, p. 46.

En administrant du phosphore à l'intérieur, l'auteur n'a jamais obtenu de nécrose osseuse.

En faisant inhaler des vapeurs phosphorées, la nécrose a été obtenue chez un certain nombre de lapins et elle avait, pour point de départ, une dent gâtée autour de laquelle se produisait une périostite alvéolo-dentaire.

Une petite dénudation du périoste des maxillaires et d'autres os, qui, dans les conditions ordinaires, guérit rapidement, devient, dans les conditions de l'expérience, l'origine d'une périostite diffuse purulente avec ostéophytes et nécrose.

Wegner conclut donc, avec une apparence de rigueur, que la nécrose phosphorée n'est pas l'expression d'une dyscrasie générale, mais qu'elle est une affection locale produite par l'irritation locale du périoste par les vapeurs de phosphore.

Mais voici, d'autre part, les résultats qu'il constate en donnant le phosphore sous forme pilulaire :

Chez les jeunes animaux, il se produit, au voisinage du cartilage épiphysaire, une couche de tissu très compact et très différent de celui que présente un os sain.

Si, dans l'administration du phosphore, on met des intervalles, on trouve des couches alternatives de tissu compact et de tissu spongieux.

L'os périostal paraît normal à première vue, mais le microscope montre un épaississement de la substance osseuse aux dépens des canaux de Havers, dont le calibre diminue sans cependant jamais présenter une oblitération complète.

En soumettant des poules à un régime spécial, il transformait en tissu spongieux le tissu compact de leurs os; avec le même régime, additionné de pilules de phosphore, le tissu spongieux redevenait du tissu compact.

Ces faits n'empêchèrent pas Wegner de conclure à la pathogénie de la nécrose par simple irritation locale et M. Magitot de rejeter, sans les honorer d'une réfutation sérieuse, les idées de Lorinser.

Les expériences de Wegner furent reprises par Kassowitz qui observa les faits suivants :

A dose minime de phosphore absorbé, modification de la circulation dans le tissu ostéogène au niveau des cartilages de conjugaison. Ce tissu devient moins vasculaire et forme une couche plus compacte.

A doses plus élevées, la vascularisation augmente.

En augmentant encore la dose, il arriva à obtenir le décollement des épiphyses.

Les choses en étaient là, lorsque, en 1886, Hutchinson (1) vint apporter l'observation d'une dame ayant pris, pendant deux ans, trois fois par jour, une pilule de Kirby (Ph. 0,002) et atteinte, neuf mois après le début du traitement, d'une nécrose du maxillaire inférieur, partie du point d'implantation d'une dent cariée.

De ces expériences et de ces faits cliniques, on peut conclure : *Que le phosphore a une action indéniable sur la nutrition du tissu osseux dans son ensemble*; mais que, pris à l'intérieur, il est incapable de produire la nécrose des maxillaires sans lésions gingivales ou dentaires.

Opinions mixtes. — En présence de faits qui semblent souvent se contredire, certains auteurs ont admis une pathogénie mixte.

(1) Hutchinson. *Semaine méd.*, 1886, p. 119.

Broca (1), sans conclure positivement, dit que, peut-être, on doit associer les deux théories.

Heydenreich (2) est plus affirmatif : « Bien que la théorie, surtout en faveur aujourd'hui, soit certainement celle de l'action locale, l'influence de l'intoxication générale ne me paraît pas contestable. Si l'action des vapeurs phosphorées se fait sentir particulièrement sur les maxillaires, cela tient à ce que les mâchoires, grâce aux conditions locales sur lesquelles j'ai insisté, se laissent attaquer par le phosphore éliminé par les glandes salivaires. »

V

Jusqu'ici, nous le voyons, il n'a pas encore été question de microbes et, cela peut étonner alors qu'il s'agit d'un processus de nécrose avec suppuration.

Rares sont les auteurs que nous aurons à citer dans cet ordre d'idées et de tous les ouvrages classiques français, celui de Gross seul en parle.

König (3), qui, d'ailleurs, se déclare partisan de l'action locale du phosphore sur le périoste, constate que « les résultats de cette irritation ne dépassent pas les limites d'une prolifération formative, lorsque les agents de putréfaction n'arrivent sur la plaie qu'en petite quantité. Par contre, c'est une suppuration diffuse et une nécrose que l'on voit survenir toutes les fois que les liquides sécrétés dans la région exposée à l'action du phosphore ont une grande tendance à se putréfier, condition qui se trouve réalisée dans la bouche. »

M. Galippe (4), dans son mémoire où il étudie, en particulier, la stomatite mercurielle, parle accessoirement de la nécrose phosphorée. « Le caractère envahissant de cette ostéite particulière, les abcès, les suppurations qu'elle provoque, impliquent nécessairement l'existence des organismes infectieux que nous sommes habitués à rencontrer dans cette forme d'accidents. »

Il a eu l'occasion de faire des coupes de dents à lui, remises par M. Magitot, dents non atteintes de carie, enlevées à un malade présentant une nécrose phosphorée. Il y a constaté les altérations habituelles de la cémentite avec nombreux microbes dans les anfractuosités du cément et dans les parties restantes du ligament alvéolo-dentaire.

Il ajoute : « Quelle part faut-il faire à l'élément infectieux dans la nécrose phosphorée ? Nous pensons que ce rôle doit être des plus importants. »

Tillmanns (5), dans sa chirurgie spéciale, comprend le processus de la façon suivante : d'abord, sous l'influence des vapeurs phosphorées sur le périoste et les os maxillaires, périostite ossifiante se produisant généralement aux environs d'une dent cariée, laquelle permet l'accès du poison dans l'alvéole. Puis suppuration et nécrose dues à la facilité d'inflammation et de putréfaction des organes buccaux.

Dans sa chirurgie générale (6), il est un peu plus explicite et parle de l'infection par les microbes de la bouche.

Nous conclurons comme nous l'avons fait à la fin de chaque chapitre de cette étude pathogénique :

Dans la nécrose phosphorée, comme dans toute affection intra-buccale, *on ne peut pas ne pas tenir compte des microbes de la bouche*.

VI

Il est temps, maintenant que nous avons examiné les différentes théories pathogéniques, d'exposer la façon dont nous comprenons cette pathogénie.

Nous avons vu que le phosphore a sur la nutrition osseuse une action indéniable, se traduisant surtout par une diminution du calibre des canaux de Havers, par conséquent, une moindre irrigation sanguine. C'est là la prédisposition à la nécrose de Lorinser et c'est, dans la maladie qui nous occupe, à peu près la seule lésion due véritablement au phosphore.

Il nous semble évident que cette altération de la nutrition osseuse joue un rôle dans la production du mal chimique.

En effet, nous remarquons qu'en dehors de l'action du phosphore, la production d'une nécrose des maxillaires à la suite d'une lésion gingivo-dentaire est rare.

D'autre part, ce n'est pas aussitôt qu'un ouvrier, eût-il toutes les dents malades, est soumis à l'action du phosphore, que l'affection se déclare ; il y a habituellement une période d'incubation qui varie de cinq mois à dix-huit années, qui est en moyenne de cinq ans, en France, de sept à huit, en Allemagne. C'est pendant cette période que se produit la modification intime de l'os sous l'influence du phosphore.

Enfin, l'affection se déclare parfois après que l'ouvrier a quitté son travail. L'action directe n'a plus rien à voir, on ne peut admettre que l'action surajoutée d'un nouvel élément sur un os préparé par le phosphorisme chronique.

Voici quelle est, pour nous, la filiation des phénomènes :

Les maxillaires, au même titre que tous les os de l'organisme, ni plus ni moins qu'eux, ont été modifiés lentement dans leur structure intime par l'action prolongée d'un agent chimique introduit dans le sang, le phosphore. Ces os, comme tous les autres, se trouvent dans un état de vitalité précaire, leur résistance est diminuée.

Mais, et ceci n'est plus commun à tous les os de l'organisme, les maxillaires sont situés dans une cavité en relation directe avec le monde extérieur, la bouche, où les micro-organismes pullulent à l'état physiologique. On nous dira que les parois osseuses des fosses nasales ne sont pas mieux loties, mais — et c'est ici que nous retrouvons la lésion locale — les maxillaires dans leur partie buccale sont insuffisamment protégés, surtout au niveau du bord alvéolaire. En effet, la sertissure des dents, la cavité alvéolaire ouverte par la chute, l'avulsion ou la carie d'une dent, voilà autant de portes ouvertes à l'ennemi.

Si l'on veut absolument faire jouer un rôle à l'action locale du phosphore, on peut dire que ses vapeurs (quoique la respiration buccale ne soit pas physiologique) diminuent la vitalité des épithéliums buccaux et, par le fait même, augmentent la virulence des microbes normalement inoffensifs.

(1) Broca. *Gaz. hebd.*, 1889, p. 66.
(2) Heydenreich. Loc. cit.
(3) König. *Traité de pathologie chirurgicale spéciale*, trad. franç., 1888, t. I, p. 415.
(4) Galippe. Des gingivo-stomatites septiques, et en particulier de la gingivo-stomatite mercurielle, *Journ. des conn. méd.*, 1890, p. 203.
(5) Tillmans. *Lehrbuch der speciellen chirurgie*, 1891, p. 232.
(6) Tillmans. Loc. cit., 1892, p. 499.

On comprendra aisément que du concours de ces trois éléments : os modifié dans sa constitution intime, présence de micro-organismes, exaltation de leur virulence, résulteront très fréquemment une ostéite septique et une nécrose des maxillaires. On conçoit aussi facilement que cette nécrose ait une tendance progressive et que l'os vivant ait tant de mal à se séparer de l'os mort, étant donné que cet os vivant est déjà un os malade.

En somme, nous avons essayé de démontrer que, de même que dans la stomatite mercurielle, la salivation seule est mercurielle, la stomatite est septique, de même dans la nécrose phosphorée, l'altération osseuse primitive seule est phosphorée, la nécrose est septique.

Si les cas de cette affection étaient plus fréquents, la vérification serait facile à faire ; il suffirait d'examiner bactériologiquement le pus et les séquestres. On verrait alors s'ils contiennent, non du phosphore en plus grande quantité comme avaient cru le constater Bibra et Geist, mais les micro-organismes qu'on a coutume de trouver dans tout pus et dans toute ostéite.

Quels seront les micro-organismes que l'on trouvera? Cela est pour nous d'importance secondaire, la notion de spécificité microbienne n'est plus ce qu'elle était autrefois et nous savons que le pouvoir de faire du pus et de l'ostéite appartient à plusieurs espèces.

De cette étude pathogénique pouvons-nous tirer une conclusion thérapeutique ? Sans nul doute. Au point de vue prophylactique, si la suppression du phosphore blanc est un remède radical, elle n'est pas indispensable. On a pu, en effet, supprimer à peu près la stomatite mercurielle sans rayer le mercure de la thérapeutique. Une hygiène buccale et dentaire sévère, après traitement et obturation de tout foyer de carie, suffira à prévenir la nécrose.

Quant au traitement curatif, on comprend fort bien que l'on ait combattu la résection précoce. Ce n'est pas que l'on ne puisse atteindre la limite de la nécrose, mais c'est que l'on donne accès aux germes buccaux sur une partie osseuse non encore infectée, mais déjà altérée et ne demandant qu'à s'infecter.

C'est pourtant la résection précoce que nous conseillerons, mais à la condition expresse de faire une antisepsie post-opératoire rigoureuse et de traiter toutes les dents malades. Une fois les dents mises en bon état et la brèche osseuse recouverte par une muqueuse solide, les progrès ultérieurs de la nécrose ne seront plus à craindre.

En dehors de cette antisepsie post-opératoire, la résection précoce est une intervention déplorable et mieux vaudrait cent fois, si du moins l'on n'a pas la main forcée, attendre la mobilisation spontanée du séquestre.

Pour terminer, nous résumerons encore en quelques phrases le fond de notre pensée :

La nécrose phosphorée est la réunion d'une affection locale septique et d'une affection générale toxique. C'est donc une variété d'infection secondaire.

Deux facteurs sont nécessaires et suffisants pour la produire : le phosphore et un microbe.

Si les pouvoirs publics peuvent seuls supprimer le premier, il est du ressort du médecin de combattre le second.

Une surface osseuse mise à nu chez un phosphorique doit être entourée de soins aussi minutieux qu'une plaie opératoire chez un diabétique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'Internat. — La question écrite, sortie de l'urne, était formulée : Diaphragme. — Symptômes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire.

Les questions restées dans l'urne étaient : 1° Muqueuses de l'intestin grêle. — Formes cliniques de la fièvre typhoïde. — 2° Plèvres. — Causes, symptôme et traitement de la pleurésie purulente.

La lecture des copies aura lieu, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures.

— Par décret, en date du 11 octobre 1892, ont été promus dans le corps de santé militaire et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Robert, en remplacement de M. Perrin, retraité ; maintenu à l'Ecole du Val-de-Grâce ; — Lemardeley, en remplacement de M. Fée, promu ; maintenu à la 7e direction, au ministère de la Guerre.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Desmonceaux, en remplacement de M. Robert, promu ; maintenu à l'hôpital militaire de Bourges, en qualité de médecin-chef ; — Strauss, en remplacement de M. Lemardeley, promu ; maintenu à l'hospice mixte de Limoges.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Munier, en remplacement de M. Delmas, retraité ; désigné pour l'hôpital militaire de Lille ; — Schmit, en remplacement de M. Haas, retraité ; maintenu au 10e d'artillerie ; — Chopinet, en remplacement de M. Caillard, retraité ; maintenu au 162e d'infanterie ; — de Santi, en remplacement de M. Desmonceaux, promu ; désigné pour le 63e d'infanterie ; — Baudoin, en remplacement de M. Strauss, promu ; désigné pour le 150e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Letellier, en remplacement de M. Maubrac, démissionnaire ; désigné pour le 127e d'infanterie ; — Robert, en remplacement de M. Henry, en non-activité pour infirmités temporaires ; désigné pour le 92e d'infanterie ; — Brault, en remplacement de M. Belliard, en non-activité pour infirmités temporaires ; désigné pour l'hôpital militaire du Dey, à Alger ; — de Vésian, en remplacement de M. Munier, promu ; maintenu au 2e tirailleurs algériens ; — Farganel, en remplacement de M. Schmit, promu ; désigné pour le 111e d'infanterie ; — Simon, en remplacement de M. Chopinet, promu ; maintenu aux hôpitaux militaires de Tunisie ; — Piussan, en remplacement de M. de Santi, promu ; désigné pour le 16e d'infanterie ; — Kraus, en remplacement de M. Baudoin, promu ; désigné pour le 146e d'infanterie.

— Par décret, en date du 12 octobre 1892, M. le docteur Guérard, ancien médecin auxiliaire de la marine, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle, en date du 11 octobre 1892, ont été désignés pour les postes ci-après désignés :

MM. les médecins principaux de première classe Renard, pour la direction du service de santé du 1er corps d'armée, à Lille ; — Sommeillier, pour la direction du service de santé du 8e corps d'armée, à Bourges.

M. le médecin principal de deuxième classe Guillemin, pour la place et les salles militaires de l'hospice mixte de Toulouse (médecin-chef).

M. le médecin-major de première classe Dubois, pour le 3e d'artillerie ;

MM. les médecins-majors de deuxième classe Demeunynck, pour le 8e d'infanterie ; — Surugues, pour le 13e escadron du train des équipages militaires ; — Hermann, pour le 7e bataillon d'artillerie de forteresse ; — Lazare, pour le 158e d'infanterie ;

— Février, pour l'hôpital militaire de Nancy; — Sourris, pour le 6e hussards; — Lévêque, pour le 136e d'infanterie; — Prieur, pour le régiment de sapeurs-pompiers de Paris; — Descour, pour l'École polytechnique à Paris; — Ribes, pour l'hôpital militaire de Bordeaux; — Marchand, pour le 107e chasseurs à cheval; — Pailloz, pour le 8e bataillon de chasseurs à pied; — Tisserant, pour le 153e d'infanterie; — Prost-Maréchal, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Nicolas, pour le 26e bataillon de chasseurs à pied; — Murie, pour le 3e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Auger, pour l'hôpital militaire de Bordeaux; — Lalitte, pour l'emploi de surveillant à l'École du service de santé de Lyon; — Marcus, pour l'emploi de surveillant à l'École du Val-de-Grâce; — Ecot, pour l'emploi de surveillant à l'École du service militaire de santé de Lyon; — Benoit, pour le 2e chasseurs à cheval; — Gilles, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Niclot, pour le 27e dragons; — Ribière, pour les hôpitaux militaires de Tunisie; — Lanusse-Crouzet, pour le 10e dragons; — de Guénin, pour le 34e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Iversenc, pour le 4e zouaves; — Vialeneix, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Deumier, pour le 6e chasseurs d'Afrique; — Franquet, pour le 3e dragons; — Sendral, pour le 6e dragons; — Bourguedieu, pour le 21e dragons.

MM. les pharmaciens-majors de première classe Garnier, pour la pharmacie régionale du 11e corps d'armée, à Nantes; — Fromont, pour l'hôpital militaire Villemanzy, à Lyon; — Karcher, pour l'hôpital militaire de Nancy.

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Maljean, pour l'Hôtel des Invalides; — Cordier, pour l'hôpital militaire de Lille.

M. le pharmacien aide-major de première classe Bisserié, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Combe, externe à l'hôpital Trousseau, qui a succombé à une diphthérie contractée dans le service.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

93

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.112	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................. 1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » — sesqui-oxyde de fer; — de chaux; Chlorure de sodium; Matières organiques 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

50

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux.

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

Phie Virenque, 8, place de la Madeleine, et phies.

29

ELIXIR, VIN, SACCHARURE, EUPEPTIQUE

KOLA-MONAVON

Dosé à 1.20 Noix de KOLA vraie pr cuill. à bouche.

Médicament cardio-vasculaire, Tonique reconstituant, Aliment d'épargne

contre *Atonie générale, Convalescence, Débilité, Affections cardiaques.*

Anc. Phie du Dr Crolas, 10, r. de Trion, Lyon.



— Monavon, succr. —

42

Méd. aux Exp.: Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — **Prix: 6 fr.**

Phie Limousin ✻, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

92

OREZZA EAU MINERALE FERRUGINEUSE GAZEUSE

CHLORO-ANÉMIE — GASTRALGIES

5

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge: il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

23

SIROP DE LABÉLONYE

DE DIGITALE — **excellent sédatif puissant diurétique.**

SUCCÈS CONSTANT DEPUIS PLUS DE 40 ANS contre MALADIES DU CŒUR

Hydropisies, Bronchites nerveuses, etc.

Dans toutes les pharmacies.

79

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (*Basses-Pyrénées*).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurés et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon: 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

99

LABORATOIRE DE PRODUITS PHYSIOLOGIGUES

LIQUIDES D'EXTRAITS D'ORGANES

TESTICULAIRE

SUBSTANCE GRISE, ETC.

préparés selon la méthode BROWN-SÉQUARD, D'ARSONVAL (*solution au 10e*)

Chaque boîte de 12 ampoules : **20 fr.** contre mandat-poste

ACCOMPAGNÉ DE LA CARTE DU MEDECIN TRAITANT

CHAIX et RÉMY



Rue de l'Orne, 10, PARIS

14

MALADIES DE POITRINE

Bronchites chroniques, catarrhes pulmonaires, laryngites, exctinctions de voix, etc., etc.

TRAITEMENT RATIONNEL PAR LE

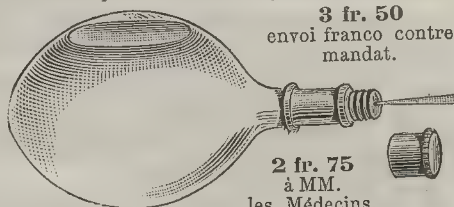
Sirop balsamo-sulfureux Le Brun

monosulfure de sodium chimiquement pur. Goudron, Tolu et Alcoolatre de racine d'aconit. &c. Dépôt: Phie Cie, 50, fg Montmartre, Paris et Phies.

42

CHLORÉTHYLE DU Dr BENGUÉ

anesthésique local et analgésique instantané.



3 fr. 50 envoi franco contre mandat.

2 fr. 75 à MM. les Médecins.

Dr Bengué, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

22

PILULES DE QUASSINE FRÉMINT

cont. chacune 0,02 de quassine amorphe pure, TONIQUE, AMER, SIALAGOGUE, APÉRITIF, DIURÉTIQUE,

Très efficace contre *anorexie, dyspepsie, coliques hépatiques et néphrétiques, cystites, constipation;* 1 ou 2 par jour avant les repas. Le flac., 3 fr. 18, rue d'Assas, Paris, et les Phies.

Frémint

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus **grand** succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

62

DYSPEPSIES — GASTRALGIES

PEPSINE BOUDAULT

« *En prescrivant simplement : Pepsine, le* « *pharmacien est obligé de ne donner que celle* « *du Codex. Cette pepsine ne doit peptoniser que* « *20 fois son poids de fibrine, tandis que la* « **Pepsine Boudault** *peptonise* **50 fois** *son* « *poids.*

« Le *Vin* et l'*Elixir* de pepsine du Codex ne « doivent peptoniser que la moitié de leur poids « de fibrine, tandis que le **Vin** et l'**Elixir de** « **Pepsine Boudault** peptonisent **deux fois** « leur poids de fibrine, soit **quatre fois plus.** »

241

LES PILULES DE VALLET

ont été approuvées par l'Académie de médecine après un rapport qui constate leur efficacité et leur supériorité sur les autres préparations ferrugineuses.

« Les **Pilules de Vallet** étant solubles dans les sucs digestifs, on n'a pas à craindre qu'elles traversent les organes sans produire d'effet. Mais la dissolution en est lente et graduelle, en sorte qu'elles n'offensent pas l'estomac, comme les préparations martiales liquides ou très solubles, qui produisent souvent de l'irritation ou de la gastralgie. » (Extrait du rapport de l'Académie de médecine de Paris.)

Dose : 2 à 8 par jour.

Nota. — Les *véritables* **Pilules de Vallet** ne sont pas argentées, mais blanches, et sur chaque pilule le nom Vallet est imprimé en noir. Elles ne se vendent qu'en flacons de 3 francs et en demi-flacons de 1 fr. 50. Sur tous les flacons se trouve la signature *Vallet*, 19, rue Jacob, Paris.

73

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :

0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,

exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles,** etc.....

Doses. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,

avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 17 octobre 1892.

Il y a huit jours, M. Desnos, le président de la Société médicale des hôpitaux, faisait l'éloge funèbre de Henri Guéneau de Mussy; aujourd'hui (14 octobre), il fait celui de Villemin.

M. Ballet présente une femme dont l'histoire offre, au point de vue de l'idée qu'on doit se faire des paralysies hystériques, un intérêt des plus grands. Cette femme fut prise brusquement, sans raison appréciable, d'engourdissement du bras droit, puis de la jambe droite, et d'aphasie hystérique. Cette aphasie présentait là ses caractères habituels : impossibilité d'articuler les sons, donc aphonie et mutisme. Cette aphasie était purement motrice et ne se mélangeait ni de surdité, ni de cécité verbales. Contrairement à ce qu'on observe en général, la malade ne pouvait pas écrire; or, l'agraphie hystérique n'a été vue que deux fois encore, par M. Charcot et par M. Lépine. En même temps que la parésie musculaire du côté droit, il y avait parésie des muscles de la face du même côté.

L'aphasie et l'agraphie ne tardèrent pas à disparaître; il ne persista qu'un vice particulier de l'articulation, très analogue à celui de la sclérose en plaques. De plus, lorsque la malade parle, sa bouche se dévie nettement à gauche, les muscles du côté droit ne se contractent pas dans l'acte de la parole. En revanche, ils se contractent pour tout autre motif, pour rire, manger, sucer, siffler, etc. Il y a donc une *paralysie fonctionnelle* du facial inférieur du côté droit dans l'ensemble des actes coordonnés qui contribuent à la phonation; pour tout autre acte, cette paralysie n'existe pas. C'est ainsi que les astasiques ont parfaitement conservé la vigueur de leurs membres inférieurs, mais ne peuvent exécuter les mouvements coordonnés de la marche, que les abasiques ne peuvent se tenir debout.

D'ans l'hystérie, ce qui se perd ce sont les associations coordonnées en vue de telle ou telle fonction; ce sont là des paralysies spécialisées qui dérivent avant tout d'une perversion de la volition; l'observation présentée par M. Ballet en est une preuve nouvelle et originale.

A la même séance, communication intéressante de M. Dieulafoy, sur un cas d'urémie traité par des injections sous-cutanées d'extrait de suc rénal. Un brightique est atteint de dyspnée puis de coma urémique, l'anurie devient complète. M. Dieulafoy a alors l'idée, à titre de diurétique, d'injecter de l'extrait de substance corticale du rein. Quelle substance pourrait être plus diurétique que l'épithélium glandulaire du rein, si l'on accepte les idées de M. Brown-Séquard et de ses imitateurs? On injecta d'abord de l'extrait glycériné de substance corticale de rein de cobaye, puis de l'extrait de rein de bœuf. Au bout de trois jours on obtint 800 grammes d'urine, le malade reprit momentanément connaissance. Il mourut le cinquième jour enlevé par des convulsions épileptiformes. L'emploi de la *néphrine* a-t-elle donc amené l'amélioration momentanée et momentanément aussi provoqué la diurèse? N'y a-t-il pas là une indication pour des recherches ultérieures, un encouragement à l'essai des extraits animaux dans la thérapeutique de l'urémie? Telles sont les questions que se pose M. Dieulafoy, en ajoutant toutes les réserves qu'exige la prudence en matière si délicate.

Pour notre part, nous relèverons ce fait, qu'il a, dès ses premières injections, provoqué de la diarrhée chez son malade, et, à notre avis, la purgation énergique est de beaucoup le meilleur traitement de l'urémie. Grâce aux purgatifs, M. Lancereaux prétend que dans son service on ne meurt plus d'urémie. Peut-être faut-il tenir compte encore de l'injection de la glycérine, du chlorure de sodium (Rendu); enfin, le malade de M. Dieulafoy n'aurait-il pas uriné tout autant si on lui avait injecté le suc d'un organe quelconque?

Plusieurs des membres de la Société médicale des hôpitaux ont vu, après l'emploi de ces extraits viscéraux, des améliorations passagères survenir : M. Mercklen, chez un artério-scléreux, avec le suc testiculaire; M. Chantemesse, dans la paralysie agitante; M. Comby, avec le suc extrait du pancréas, dans le diabète maigre. Ces améliorations n'ont été que passagères, effet de la suggestion peut-être, et, peut-être aussi, — qui sait? — réel et légitime effet thérapeutique.

Un enfant myxœdémateux, idiot, dépourvu de corps thyroïde, du service de M. Legroux, s'est amélioré sous l'influence d'injections de suc thyroïdien; malheureusement, l'expérience a été interrompue par la diphthérie, qui a enlevé le petit malade.

Nous verrons certainement la vérité se faire jour petit à petit sur la valeur réelle de ces injections d'origine animale. Que les médecins qui les expérimentent dans les hôpitaux

ne perdent pas de vue que l'honneur de la médecine française se trouve engagé à la solution scientifique de cette question de thérapeutique, qui a fait dans le public un bruit si grand!

A relever encore deux points dans la communication de M. Dieulafoy. Son malade a présenté deux phénomènes assez rares : de l'œdème aigu du poumon avec toux quinteuse, anxiété respiratoire et expectoration spumeuse, albumineuse, sanguinolente; en second lieu, il s'est déposé sur sa face une sorte de givre d'urée. L'apparition de cette sueur d'urée serait d'un pronostic fatal. L'expectoration albumineuse est également très grave.

MÉDECINE PRATIQUE

Les infections générales d'origine dentaire,

Par M. le docteur A.-F. Plicque,
Ancien interne des hôpitaux.

Les infections d'origine dentaire comprennent une première forme bien connue. C'est la forme locale caractérisée soit par de l'adéno-phlegmon, soit par de l'ostéopériostite. Il est, dans ces affections, classique de rechercher tout d'abord du côté de l'appareil dentaire la lésion : pyorrhée alvéolaire ou carie, qui a servi de point de départ à l'infection. Tout au plus certaines formes subaiguës ou même chroniques d'ostéopériostites et surtout d'adénites, peuvent-elles être trompeuses. Mais il suffit d'être prévenu de leur existence, il suffit surtout d'être prévenu de la nécessité d'un examen minutieux de l'appareil dentaire dans toutes les affections péri-maxillaires aiguës, subaiguës, chroniques, pour éviter facilement toute erreur de diagnostic.

La deuxième forme d'infection d'origine dentaire, la forme générale, est au contraire beaucoup moins connue. L'assertion que des lésions aussi banales en apparence que la carie d'une dent, la périostite alvéolo-dentaire, produisent fréquemment des troubles marqués de la santé générale, pourra même surprendre. Les faits de ce genre ne sont pourtant pas très rares en pratique. La forme la plus fréquente est de beaucoup la forme chronique, où tous les accidents : fièvre, troubles gastro-intestinaux, fatigue, dépérissement et même cachexie, évoluent lentement, sournoisement. Il est plus rare d'observer des infections à marche aiguë, mais ces infections sont fort importantes à connaître en raison de leur extrême gravité.

I

Une des observations les plus intéressantes des infections chroniques d'origine dentaire est assurément l'observation suivante rapportée par Jean-Louis Petit.

« J'ai vu, écrit-il (1), une infinité de tumeurs aux environs des mâchoires, que l'on traitait depuis longtemps par des cataplasmes et des emplâtres, et dont j'ai obtenu la guérison en huit ou quinze jours, en faisant arracher au malade une dent affectée de carie... Il serait inutile de rapporter des exemples de ces cas; il n'est personne qui ne les ait observés dans sa pratique, mais ce qui étonnera peut-être, c'est que des fièvres régulières ou irrégulières, précédées de frissons, accompagnées de toux fréquente, sèche et avec crachats, aient été produites par la même carie.

J'ai vu prodiguer le quinquina à des malades que l'on croyait attaqués de fièvre intermittente, leur en faire user pendant plusieurs mois et même plusieurs années à différentes reprises, sans succès; et en leur faisant enlever une dent cariée, je les ai guéris de leur fièvre en très peu de temps.

Un malade attaqué depuis deux ans d'une toux fréquente mais sèche, n'ayant aucun appétit, étant altéré au point de boire deux ou trois pintes d'eau par jour, ne dormant point, ayant des sueurs considérables, la nuit surtout, à la tête et sur la poitrine quelques frissons irréguliers et une fièvre erratique, passa pour être pulmonique. Il fut traité en conséquence pendant plus d'un an; mais, lui ayant trouvé deux dents cariées, je les lui fis arracher, et peu de jours après, tous les accidents de sa maladie disparurent. »

Les observations analogues, sinon toujours aussi brillantes comme succès, ne sont pas rares. Depuis que mon attention est éveillée sur ce point spécial de pratique, je n'ai pas rencontré moins de dix cas où l'ablation de dents cariées s'est montrée extrêmement utile pour rétablir la santé générale qui périclitait. Dans quatre cas, il s'agissait d'enfants, dans six cas, d'adultes. Une seule fois il n'existait qu'une seule dent cariée; les dents cariées étaient multiples dans les neuf autres observations. Parmi celles-ci, la plus remarquable est assurément celle d'un jeune homme de vingt-deux ans, parvenu à un état d'amaigrissement presque cachectique, présentant de la fièvre, une anorexie et une intolérance gastrique absolues; la présence de cicatrices ganglionnaires du cou avait fait songer à la tuberculose. Tous ces accidents disparurent après l'ablation de huit dents cariées. L'amélioration fut extrêmement rapide. La santé, malgré des occupations très fatigantes, est depuis deux ans restée parfaite.

Les troubles digestifs m'ont paru, dans toutes ces observations, constituer l'accident le plus fréquent, le plus prononcé et surtout le plus précoce. On peut, pour les expliquer, invoquer tout d'abord une cause mécanique : la défectuosité de la mastication. On doit surtout invoquer, avec M. Galippe, l'intoxication produite par l'ingestion des toxines développées soit dans les dents cariées, soit dans les foyers de périostite alvéolo-dentaire. Les troubles gastriques surviennent, en effet, aussi bien du fait de la simple pyorrhée alvéolaire que du fait de la carie.

« La complication que j'ai notée le plus fréquemment, écrit M. Galippe au sujet de cette affection (1), c'est de l'embarras gastrique chronique, se manifestant par l'état saburral de la langue, des troubles dyspeptiques, des alternatives de constipation et de diarrhée. Ces troubles digestifs peuvent s'accompagner de fièvre, de courbature, d'insomnie. Le foie est souvent congestionné et les malades ont une teinte subictérique très accusée. Ces troubles gastriques variés disparaissent généralement sous l'influence du traitement de l'infection alvéolaire, les malades en font spontanément la remarque. » En dehors du traitement direct de la pyorrhée, une recommandation, très utile chez beaucoup de dyspeptiques, est de prescrire immédiatement, avant chaque repas, un lavage très soigneux de la cavité buccale. La solution de

(1) *Œuvres complètes de Jean-Louis Petit*, édit. de 1857, p. 397-398.

(1) Galippe. Étiologie et complications de la gingivite arthro-dentaire infectieuse, communic. au Congr. de Berlin de 1890, *Journ. des conn. méd. prat.*, 1890, passim et p. 306-307.

chloral au centième constitue un des désinfectants les meilleurs et les mieux acceptés.

Dans quelques cas, le résultat obtenu ne sera que partiel. L'infection dentaire n'est qu'un des facteurs accessoires de la cachexie. Mais même en ce cas, il est rare que le traitement de la carie dentaire, de la pyorrhée gingivale, ne donne pas quelque amélioration. Cette amélioration est surtout constante et marquée pour les troubles digestifs et pour l'anorexie. Bien des enfants atteints de tuberculoses osseuses ou articulaires, et qui n'acceptent que très difficilement la nourriture, recouvrent l'appétit du jour où l'on s'occupe d'assurer l'antisepsie de la cavité buccale. Cette indication, pour être en apparence bien secondaire, ne doit donc pas, alors même qu'il existe d'autres causes évidentes de cachexie, être négligée.

Au point de vue thérapeutique, si le traitement direct de la pyorrhée gingivale et de la carie dentaire appartient non au médecin, mais au dentiste, un point spécial du rôle du médecin doit être encore mentionné. Il importe qu'il signale la nécessité d'un résultat rapide. Si dans bien des cas il est permis de conserver à force de soins prolongés des dents profondément cariées, il en est d'autres où il importe avant tout de débarrasser au plus vite le malade d'une cause d'infection et où l'avulsion immédiate doit être préférée.

II

Les infections générales aiguës d'origine dentaire sont plus rares, mais beaucoup plus graves que les infections chroniques. Dans la plupart des cas, l'infection s'effectue par l'intermédiaire de quelque complication locale, suite de la lésion dentaire. Les principales complications susceptibles d'entraîner une infection aiguë et la mort, au cours d'une lésion dentaire, ont été bien résumées par M. Thomas.

« Presque toujours, écrit-il (1), il s'agit d'une ostéo-périostite du maxillaire supérieur, qui s'accompagne, à un moment donné, de phlébite de la veine faciale. La phlébite se propage aux sinus de la dure-mère et amène une méningo-encéphalite mortelle.

D'autres fois, les éléments infectieux suivent une marche inverse et descendent vers le cou; ils déterminent des phlegmons du cou, des pleurésies purulentes; ils peuvent gagner le larynx et produire de l'œdème de la glotte, etc.

Le syndrome que l'on a décrit sous le nom d'angine de Ludwig (angine soux-maxillaire, phlegmon infectieux sous-maxillaire) a quelquefois pour point de départ une lésion dentaire (carie suivie de périostite).

Dans certains cas, enfin, il y a pénétration directe des micro-organismes dans le sang, et le malade meurt de pyohémie ou de septicémie. »

Il importe d'insister sur la dernière des formes signalées par M. Thomas, car l'absence ou le peu d'intensité des accidents buccaux et péri-buccaux peuvent faire méconnaître la véritable cause de l'infection. Une observation très remarquable de purpura infectieux d'origine dentaire, où l'infection s'est effectuée directement sans l'intermédiaire de suppuration buccale étendue, m'a été communiquée par M. le docteur Isch Wall. Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-deux ans, mariée depuis onze mois, chlorotique de santé, assez chétive. A la suite d'un refroidissement, elle présenta tout à coup de la fièvre, de la céphalée. Il existait un très léger degré d'ostéo-périostite et d'adénite. Une dent, profondément cariée, fut extraite sans amener d'amélioration dans l'état général déjà inquiétant. On se décida à appeler M. Wall. La fièvre atteignait alors 39, l'haleine était fétide, le facies terreux, les règles étaient survenues avec une certaine abondance. L'examen le plus minutieux ne permit de trouver aucune autre cause d'infection qu'une pyorrhée gingivale marquée. Une deuxième dent cariée fut arrachée; l'antisepsie de la bouche fut tentée par des lavages incessants à l'eau chargée de chloral, d'acide borique, de naphtol. Malgré tous ces soins, la fièvre persiste, oscillant entre 39 et 40, avec de grandes rémissions momentanées. Dans le pli interfessier se produit une escharre noire, de la grandeur d'une pièce de 1 franc, couverte d'un sang d'odeur infecte. Des pétéchies apparaissent sur tout le corps, et surtout sur les membres. Le facies est terreux, la peau sèche, sans sueurs; il existe quelques rares vomissements, mais pas de diarrhée; la malade est très tourmentée par de l'insomnie et du délire nocturne. A ce moment, où l'état général est si grave, l'adénite et l'ostéopériostite ont tout à fait disparu; à peine la pression fait-elle sourdre un peu de pus dans le sillon gingivo-alvéolaire. Mais, malgré l'antisepsie buccale, malgré des attouchements répétés au jus de citron et à la teinture d'iode, on observe du côté des gencives des hémorrhagies profuses, peu abondantes, mais incoercibles. Les règles continuent aussi à persister avec une grande abondance. La malade succombe enfin au huitième jour après le début des accidents, sans abcès à distance, sans complication particulière et sans qu'on eût pu trouver d'autre cause d'infection que la périostite alvéolo-dentaire.

M. Galippe a signalé d'autres formes d'infection générale aiguë, ayant leur point de départ dans la pyorrhée alvéolaire, mais avec des déterminations plus précises. Chez des malades atteints de pyorrhée avéolaire, il a eu l'occasion d'observer des pneumonies à forme infectieuse d'emblée, avec un état général grave entièrement disproportionné à l'étendue des lésions locales. Il signale également les allures infectieuses que prennent souvent les amygdalites chez ces malades. Pour les amygdalites, la causalité est plus nettement démontrée que pour la pneumonie. En effet, bien des malades, après avoir été tourmentés par de nombreuses récidives d'amygdalites, cessent d'éprouver cet accident dès qu'on a guéri leur pyorrhée dentaire. La vulnérabilité de l'amygdale cesse avec la cause locale d'infection.

Une coïncidence plus intéressante encore, et que M. Galippe ne signale d'ailleurs qu'à titre de première mention et pour appeler des recherches plus nombreuses, est celle de carcinoses généralisées à début insidieux, à marche sournoise, survenant chez des sujets atteints de pyorrhée alvéolaire. Le cancer peut s'observer soit au voisinage (cancer des lèvres), soit sur un point éloigné de la lésion buccale (épithélioma de la tempe).

En résumé donc, des lésions dentaires, même assez minimes, carie ou simple pyorrhée alvéolaire, sont susceptibles, en dehors de leurs complications locales bien connues, d'amener des accidents généraux graves. Ces accidents sont le plus souvent chroniques; les manifestations gastriques sont particulièrement fréquentes. Ils peuvent, plus rarement, prendre une marche aiguë. Le traitement de la lésion dentaire ou de la lésion alvéolo-dentaire sera, en

(1) Th. Thomas. *De l'antisepsie appliquée au traitement des affections parasitaires de la bouche et des dents*, p. 88.

pareil cas, le seul moyen susceptible d'enrayer des accidents d'apparence assez grave. On doit, en particulier, se défier de la pyorrhée alvéolaire, moins facilement suspectée en raison de sa bénignité apparente. « Ce n'est point, ainsi que l'écrit M. Galippe, une maladie à dédaigner au point de vue de son retentissement sur l'économie. On n'absorbe pas impunément, pendant des mois et des années, des sécrétions purulentes contenant des agents aussi infectieux que ceux de la pyorrhée alvéolaire. »

GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Par M. Reclus, chirurgien des hôpitaux.

L'anastomose entre le jéjunum et l'estomac, pour remédier au rétrécissement cancéreux du pylore, a été assez mal reçue en France. Depuis quelque temps, on semble vouloir en rappeler de cette défaveur et l'on commence déjà à compter un certain nombre de succès appréciables. Voici une nouvelle observation qui vient à l'appui de cette manière de voir :

Il s'agit d'une femme de cinquante et un ans, qui entra le 23 juillet à l'hôpital Broussais pour des accidents datant de onze mois et qui avaient présenté une marche rapide. On constatait, chez cette malade, une énorme dilatation de l'estomac et la présence d'une tumeur dure dans l'hypochondre droit. Les selles étaient presque complètement supprimées, les vomissements continuels et la déchéance organique était déjà très avancée. M. Reclus pratiqua la gastro-entérostomie. Il fit sur la ligne médiane une incision de 11 centimètres et après avoir fixé l'estomac, l'avoir attiré au dehors, l'avoir incisé sur une étendue de 5 centimètres, après l'avoir vidé de tous les liquides et de tous les détritus qu'il contenait, il alla chercher le jéjunum sur lequel il pratiqua également une incision de 5 centimètres correspondant à celle de l'estomac et sutura, l'un à l'autre, ces deux organes par deux plans de suture, une suture séro-séreuse, puis une suture muco-muqueuse, puis deux autres plans de suture séro-séreuse, de telle sorte qu'il fit six plans de suture. Les suites immédiates de l'opération furent assez inquiétantes ; il y eut une légère hypothermie, des vomissements chloroformiques et un certain collapsus. Mais après une véritable débâcle par l'intestin, la malade alla de mieux en mieux et deux mois et demi après l'opération, elle mange, digère, a repris des forces et a fait un nouveau bail avec l'existence. Elle vit et ses jours sont adoucis. C'est donc un bénéfice absolu.

M. Reclus fait suivre cette observation de quelques réflexions : Tout d'abord il a regretté d'avoir donné du chloroforme à cette malade ; dans un cas semblable, il aura recours, à l'avenir, à la cocaïne, afin d'éviter les vomissements qui ont été, dans ce cas, très pénibles. En second lieu, il avait fait, chez cette malade, de fréquents lavages de l'estomac qui n'avaient fait que la fatiguer beaucoup. Le lavage est inutile. Dans des cas de dilatation aussi prononcée, il est, de beaucoup, préférable de faire faire hernie à l'estomac à travers la plaie, de l'inciser et d'en faire le lavage direct.

Enfin, il est un troisième point qui mérite d'être discuté ; on a, dans ces cas, insisté sur la multiplicité des opérations à pratiquer. Afin d'empêcher l'accumulation des matières alimentaires dans le duodénum et le reflux de la bile du duodénum dans l'estomac, on a proposé diverses opérations dans le but d'empêcher cette accumulation de matières alimentaires et ce reflux de la bile. Ces opérations allongent et aggravent singulièrement l'intervention. M. Reclus les juge inutiles. M. Michaux n'y a pas eu recours dans son cas, pas plus que M. Reclus dans le sien, et le résultat, dans ces deux cas, n'en a pas été moins satisfaisant. Aucun des deux malades n'a eu de vomissements alimentaires ni de vomissements bilieux après l'opération. La jéjuno-duodénostomie est donc inutile et, par conséquent, dangereuse.

L'accueil peu favorable qui a été fait, au début, à la gastro-entérostomie tenait à la gravité de cette opération, puisque, dans une première statistique de 17 cas, on comptait 9 morts post-opératoires et 4 survies. Cette statistique était d'autant moins encourageante, qu'il ne s'agissait, en somme, que d'une opération palliative.

On ne pouvait donc que s'associer aux sages réserves formulées alors par M. Monod, à savoir que cette opération ne devait être tentée que sur des sujets jeunes, non encore affaiblis et dont la maladie était récente. M. Reclus n'accepte plus aujourd'hui ces restrictions. Il pense que, chaque fois qu'on se trouve en présence d'un cancer du pylore, avec menaces d'obstruction, il faut intervenir par la gastro-entérostomie au même titre qu'on doit intervenir par un anus iliaque en présence d'un cancer du rectum ou par une gastrostomie en présence d'un rétrécissement cancéreux de l'œsophage.

La gastro-entérostomie n'est pas une opération si grave qu'on l'a dit. Elle bénéficie de deux choses : d'abord on fait mieux les sutures intestinales, ensuite on opère des cas plus précoces. En présence d'une affection aussi terrible que l'obstruction pylorique, la gastro-entérostomie s'impose aussi bien que la gastrostomie pour le rétrécissement cancéreux de l'œsophage ou l'anus iliaque pour celui du rectum. On a bien aussi la ressource de la pylorectomie, mais il faut avoir affaire à des cancers petits, bien circonscrits et récents. Ce sont là des circonstances que l'on rencontre rarement. Dans la grande majorité des cas, c'est à la gastro-entérostomie qu'il faudra recourir comme étant un bon moyen d'allonger et d'adoucir les jours des malades.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 octobre 1892. — Présidence de M. Chauvel.

COMMUNICATIONS

De la trépanation tardive dans les fractures du crâne. — **M. BERGER** à propos de la récente communication de M. G. Marchant, rapporte l'observation suivante. Un homme est amené à l'hôpital, en mai 1888, atteint d'une fracture du crâne sans enfoncement apparent, il était plongé dans le coma et présentait de plus une hémiplégie droite. Des convulsions épileptiformes, qui ne tardèrent pas à survenir, engagèrent M. Berger à pratiquer une intervention pour enlever la cause de l'excitation cérébrale. Il découvrit d'abord une fracture fissurique du pariétal gauche, sans enfoncement des fragments qui furent enlevés. La dure-mère apparut alors déchirée et au-dessous d'elle existait un épanchement sanguin considérable qui pénétrait dans l'hémisphère cérébral. Cette première opération fut pratiquée cinq jours après l'accident ; elle eut pour résultat de faire cesser les convulsions épileptiformes, mais l'hémiplégie droite et une aphasie consécutive persistèrent.

La guérison fut entravée par une encéphalocèle traumatique dont la partie la plus extérieure s'élimina par une escharre. Peu à peu les phénomènes paralytiques se dissipèrent, mais le blessé conserva la main droite en griffe.

L'aphasie s'améliora également, toutefois la parole resta hési-

taute. Ce malade revint dans le service en avril 1891. Depuis un an, les accidents épileptiformes s'étaient reproduits très fréquents, on en compta 142 en sept jours. On les provoquait à volonté en pressant sur les orteils; la trépidation épileptoïde se déclarait d'abord dans la jambe droite, puis envahissait le bras correspondant. La marche était plus gênée, l'aphasie plus complète; il se plaignait, en outre, d'une céphalalgie persistante. La cicatrice pariétale était bombée, pulsatile. M. Berger, pensant qu'il existait peut-être une compression du cerveau par des ostéophytes ou des adhérences cérébrales, pratiqua une nouvelle trépanation en juin 1891. Après avoir découvert l'ancien foyer, il trouva l'orifice osseux rempli par une cicatrice fibreuse et adhérente au cerveau; il n'existait pas d'ostéophyte. Après avoir libéré la cicatrice, il introduisit dans la plaie une plaque de celluloïd perforée pour empêcher la décompression du cerveau sur une surface trop étendue : drainage et suture des téguments. Les attaques épileptiformes continuèrent avec la même fréquence, la céphalalgie augmenta avec tendance au coma, en même temps que l'on notait une élévation de la température. Le quatrième jour, M. Berger défit la réunion, enleva la plaque de celluloïd qui était déjà adhérente, et ne trouva pas de suppuration au-dessous d'elle. Il observa alors un écoulement de liquide céphalo-rachidien, puis d'un pus séreux, assez fétide, venant de l'intérieur du cerveau. L'amélioration fut immédiate; la température tomba, les attaques diminuèrent de fréquence de jour en jour, au point qu'il n'en avait plus qu'une ou deux par mois à sa sortie de l'hôpital. Aujourd'hui il marche sans difficulté, le membre supérieur droit est toujours paralysé, la main est en griffe. L'aphasie est à peu près nulle.

Ce fait montre que les trépanations immédiates, alors même qu'il n'existe pas d'enfoncement des fragments, peuvent ne pas mettre à l'abri des accidents consécutifs, d'origine inflammatoire. Ceux-ci peuvent déterminer des troubles analogues à ceux de l'enfoncement des fragments, soit par la formation de tissu cicatriciel, soit par le développement d'un abcès déterminant dans les deux cas une irritation cérébrale des zones motrices.

Gastro-entérostomie. — M. RECLUS fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, page 1120.)

M. BERGER craint que M. Reclus ne se soit laissé emporter trop loin par le beau succès qu'il a obtenu. L'anus contre nature est, il est vrai, une opération des plus simples et des plus innocentes; mais il n'y a aucune analogie entre cette opération et celle qu'a faite M. Reclus, qui est une opération longue, délicate et non sans danger. La gastrostomie elle-même n'a pas toujours donné de si brillants résultats. Or, quand il s'agit d'opérations purement palliatives, il ne faut pas poser des indications aussi formelles et aussi larges que l'a dit M. Reclus et il ne faut pas oublier que la gastro-entérostomie, comme la gastrostomie, peuvent être des opérations mortelles.

M. RECLUS croit que c'est quelque chose que de rendre possible une vie qui était impossible. C'est ce que permet d'obtenir la gastro-entérostomie dans des cas analogues à celui qu'il a cité. De plus, elle permet de faire vivre les malades plus longtemps. M. Reclus croit qu'on peut dire aujourd'hui, sans exagération, que la gastrostomie donne de bons résultats. Or, tout en admettant les réserves de M. Berger, il estime que, de son côté, la gastro-entérostomie entrera dans la pratique. L'obstruction pylorique doit nous guider, pour l'intervention, comme l'obstruction de l'œsophage et celle de l'intestin.

Stérilité des suppurations hépatiques. — M. TUFFIER rappelle le cas de M. Peyraud, qui semblait démontrer cette stérilité, et l'opinion contraire soutenue par M. Fontan. Il a opéré, lui-même, huit abcès du foie, et, dans tous ces cas, la suppuration s'est montrée stérile. Dans le premier cas, il s'agissait d'un jeune soldat revenant du Tonkin, ayant eu de la dysenterie, présentant une énorme tuméfaction du foie et arrivé à un état cachectique. Il offrait tous les signes d'un abcès du foie. M. Tuffier lui fit la laparotomie et ouvrit l'abcès hépatique. Après deux mois, il était complètement guéri. Trois mois après il revint avec un nouvel abcès siégeant beaucoup plus haut. M. Tuffier incisa le sixième espace intercostal, vida l'abcès. Une troisième fois, ce malade présenta une collection purulente dans le lobe gauche du foie, nouvelle ouverture, drainage, guérison. Les trois fois le pus fut examiné bactériologiquement et s'est montré stérile.

Dans le second cas, il s'agissait d'un malade de la Guadeloupe qui semblait atteint de pleurésie purulente. M. Tuffier incisa le sixième espace intercostal, arriva sous le diaphragme et reconnut avoir affaire à une collection hépatique. Ouverture, drainage, guérison. La suppuration, dans ce cas, était également stérile.

Le troisième cas a trait à une femme atteinte d'entérite rebelle, présentant une douleur vive dans le côté droit. Une ponction avec une seringue de Pravaz amena du pus. Il s'agissait d'une cholécystite calculeuse avec abcès du foie. Ouverture, guérison, pus stérile.

Dans le quatrième cas, c'était une femme n'ayant jamais présenté aucun symptôme hépatique et paraissant atteinte d'un phlegmon de la paroi abdominale. M. Tuffier incisa et sentit un calcul. Il en enleva quatre, mais le quatrième ayant glissé entre ses doigts tomba dans le péritoine. Il dut le rechercher et le promener ainsi dans la cavité abdominale. Il finit par le retirer, appliqua de la gaze iodoformée et la malade guérit. Si cette suppuration avait été septique, cette malade aurait eu une péritonite. Il n'en fut rien, c'est donc là, à défaut d'examen bactériologique, une preuve clinique de la stérilité de cette suppuration hépatique.

Enfin, dans le cinquième cas, il s'agissait d'une femme de trente ans, ayant eu des coliques hépatiques et présentant les signes d'une suppuration du foie. M. Tuffier fit la laparotomie, trouva un calcul de cholestérine pure. L'examen bactériologique montra, ici encore, que la suppuration était stérile.

Voilà donc huit opérations d'abcès du foie dans lesquelles la stérilité de la suppuration a été démontrée sept fois par l'examen bactériologique, une fois par la clinique.

DISCUSSION

M. NICAISE croit qu'on peut se demander si, dans ces cas, il s'agit d'abcès véritables. On sait qu'il y a des affections puriformes dans lesquelles on ne constate pas de fièvre, ni aucun signe d'inflammation. M. Nicaise a aussi observé un abcès du cœur; l'examen a montré que ce n'était pas du pus que contenait cet abcès. Il y aurait donc intérêt à examiner histologiquement ces suppurations hépatiques et voir s'il ne s'agirait pas de transformations d'épanchements sanguins ou de collections puriformes n'ayant rien à voir avec l'inflammation aboutissant à la suppuration.

M. QUÉNU adopte l'opinion de M. Tuffier. Il a soigné une jeune fille de vingt et un ans qu'il a opérée d'un abcès sous-périostique du fémur. Cet abcès se reforma longtemps après. M. Strauss vint lui-même recueillir le pus de ce second abcès qui fut opéré comme le premier. Il n'y trouva ni micro-organismes, ni spores et toutes les cultures furent négatives. Il s'agissait cependant bien d'un abcès.

M. MONOD rappelle qu'il existe des salpingites purulentes sans micro-organismes.

M. PEYRAUD fait observer que son malade, comme celui de M. Tuffier, avait eu de la fièvre.

M. MARCHAND dit qu'il existe des abcès de l'ovaire à évolution apyrétique.

M. CHARVOT a observé un certain nombre de suppurations hépatiques en Tunisie, et il a toujours constaté que la courbe thermométrique était celle de tous les abcès.

M. TUFFIER affirme que, dans ses cas, ses malades avaient eu de la fièvre à un moment donné. Il ajoute que l'on constate un grand nombre de suppurations stériles dans les trompes et dans les ligaments larges.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Soulavie.

Le naturaliste-diplomate Soulavie, dont M. Mazon vient de publier, chez Fischbacher, la curieuse histoire, a été une sorte de précurseur du baron Haussmann pour l'assainissement de Paris. Dans les *Mémoires du ministère du duc d'Aiguillon*, parus en 1790, il expose sur ce sujet des vues qu'on pourrait qualifier de prophétiques, si quelqu'un pouvait être prophète en son pays. Il constate le grand nombre de maladies épidémiques occasionnées par « l'atmosphère déjà lourde chargée des vapeurs de la Seine et des exhalaisons des ateliers. Des places publiques plus multipliées, ajoute-t-il, seraient pour ainsi dire des magasins d'air pur. *Laissez entrer la vie*, disait Franklin à ses amis quand il leur rendait visite, et il ouvrait les fenêtres. Les Anglais ont multiplié à Londres ces places carrées qu'ils appellent *square*. Si la ville de Paris ne profite pas de la circonstance actuelle (l'expropriation des propriétés monastiques), jamais elle ne retrouvera l'occasion d'un pareil embellissement et à peu de frais. »

Ailleurs (dans les *Mémoires de la Cour de France pendant la faveur de la marquise de Pompadour*), il indique les moyens auxquels on avait songé avant la Révolution pour aérer Paris et réaliser d'autres améliorations hygiéniques. Il déplore que cette ville soit toujours « la Lutèce des anciens, c'est-à-dire la capitale de la malpropreté. On a proposé de faire la dépense d'un autre Hôtel-Dieu *pour laisser un lit à chaque malade*; cette opération n'est pas mûre; les pauvres manquent d'avocat à la Cour. »

Après l'air, l'eau. Soulavie constate la pénurie de l'eau potable à Paris et s'étonne qu'un fait pareil n'ait encore ému aucun des personnages influents : c'est qu'on s'occupait plus alors de Versailles que de Paris. Il raconte les projets formés pour amener les eaux de l'Eure dans la capitale et la continuation de ces études par l'abbé Picard, de Parcieux, l'abbé Bossu et Lalande. Il parle aussi des canaux de navigation et des égouts. Il indique les principales rues à ouvrir ou à élargir, les ponts et les quais à construire. Il ne s'occupe pas seulement des embellissements et des améliorations matérielles. Les mesures d'intérêt moral et humanitaire tiennent une large place dans son programme. Il propose de construire un Hôtel-Dieu à l'île des Cygnes, de créer des prisons dans des conditions plus hygiéniques, d'ouvrir un asile pour les enfants trouvés, de s'occuper des pauvres honteux. Il voudrait que les troupes fussent employées, comme chez les Romains, aux grands travaux publics. Le géologue reparaît dans la proposition d'un *Palais de la Nature*, où il est aisé de voir le genre de nos grandes expositions.

Cette partie de l'œuvre de Soulavie montre qu'il y a déjà plus d'un siècle, on se préoccupait à Paris des mesures d'assainissement et d'hygiène, sur lesquelles, aujourd'hui, tout le monde est d'accord, et l'on peut s'étonner, qu'après un si long intervalle et malgré les cruelles leçons que viennent nous donner périodiquement le choléra et la fièvre typhoïde, leur pleine réalisation, surtout en ce qui concerne le service de l'eau potable à Paris, soit encore à attendre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Huchard avait proposé, à la Société médicale des hôpitaux, de fonder un Congrès national annuel de médecine, semblable au Congrès de chirurgie dont le succès est incontestable. Il voulait grouper les médecins de langue française et leur offrir un centre de réunion et de publication. M. Rendu a combattu ce projet, en disant que les Congrès étaient déjà trop nombreux, que trop nombreuses aussi étaient les voies de publication. Les journaux sont en nombre excessif, et il n'y a point d'apparence qu'à notre époque des médecins restent sans pouvoir publier des travaux de quelque valeur. L'idée du Congrès a été rejetée à une forte majorité.

— Par décret, en date du 12 octobre 1892, le trésorier de la Société de biologie est autorisé à recevoir, au nom de ladite Société, des mains des sieurs Berthelot, Charcot et autres, une somme de 3068 fr. 92 provenant des souscriptions recueillies pour élever un monument à Claude Bernard.

Ladite somme sera employée, conformément aux dispositions de l'acte susvisé du 2 avril 1892, à la fondation d'un prix de biologie expérimentale qui portera le nom de « Prix Claude Bernard ».

— La Commission de classement du service de santé, pour 1893, est composée comme suit :

Président : M. le général Davout, duc d'Auerstaedt, membre du Conseil supérieur de la guerre.

Membres : MM. les médecins-inspecteurs Colin, Baudoin, Mathis, Dauvé, Arnould, Vallin, Mathieu, Aron et M. le pharmacien-inspecteur Marty.

Secrétaire, sans voix délibérative ni consultative : M. le médecin principal de première classe Chambé, chef de la section technique de santé.

— Le lundi 12 décembre 1892, à midi précis, il sera ouvert à la Préfecture de la Seine, annexe de l'Hôtel de Ville, rue Lobau, n° 2, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine qui seront vacantes, au 1er janvier 1893, dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine. Le registre d'inscription restera ouvert, rue Lobau, 2, du 10 au 26 novembre, de onze heures à quatre heures.

— Le lundi 5 décembre 1892, à une heure précise, il sera ouvert à l'asile clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie, vacantes au 1er janvier 1893, dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine.

Le registre d'inscription restera ouvert, 2, rue Lobau, du 31 octobre au 19 novembre, de onze heures à quatre heures.

— Un concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de cette ville le 20 mars 1893.

— M. le docteur Eugène Rochard est nommé chirurgien du lycée Louis-le-Grand, en remplacement de M. le docteur Desormeaux.

— M. le docteur Le Play vient d'être élu sénateur de la Haute-Vienne.

— La petite ville de Domène vient d'élever un monument à la mémoire de M. le docteur Marmonier. Un grand nombre de confrères s'étaient rendus à cette véritable fête de famille, pendant laquelle M. Étienne, maire de Douvin, M. le professeur Grasset, MM. les docteurs Boffard, Doyon et Turet et M. le général Lespiau ont successivement rappelé l'homme de bien, le praticien éminent, dont le souvenir reste si vivant dans l'Isère.

— M. le docteur Piasecki, qui vient de succomber au Havre, laisse les plus vifs regrets. Ses obsèques ont eu lieu au milieu d'une affluence considérable.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Body (de Normant), Brivois (de Paris), Lecoupeur (de Rouen), Roux (de Viviers) et M. le pharmacien-inspecteur Schmitt, décédé à Varce (Isère).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas of clinical medicine, by Byrom Bramwell, M.-D. Assistant physician to the Edinburgh royal Infirmary. Vol. I, 3e partie. — Prix du 1er volume : 40 francs. — Edinburgh, MM. Constable, University Press.

Les tumeurs de la vessie, par J. Albarran, chef de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Paris (hôpital Necker). 1 vol. grand in-8°, avec 75 figures et 9 planches. — Prix : 18 francs. — Paris, G. Steinheil.

Démonstrations d'anatomie, par le docteur Pierre Sébileau, prosecteur à l'École d'anatomie des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, G. Steinheil.

Précis de diagnostic chirurgical, par le docteur A.-F. Plicque, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté et des hôpitaux. 1 vol. petit in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Steinheil.

Notions de pharmacie nécessaires au médecin (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par P. Yvon. 2 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 7 francs. — Paris, Rueff et Cie.

Vade-mecum de gynécologie, par le docteur A. Duhrssen, traduit par le docteur Ch. Van Aubel. 1 vol. petit in-8 cart. — Prix : 5 francs. — Liège, Marcel Nierstraz, et Paris, A. Lemoigne.

La chlorose (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par Ch. Luzet. 1 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Les troubles de la marche dans les maladies nerveuses (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par Paul Blocq. In-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Le pneumo-thorax (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par L. Galliard. In-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 50. — Paris, Rueff et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 120. — JEUDI 20 OCTOBRE 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 20 OCTOBRE 1892. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Les tumeurs adénoïdes et les accès de stridulisme. — Dangers du mercure dans l'industrie de la chapellerie. — Académie de Médecine. — Intérêts professionnels. Dans quels cas le médecin qui a donné des soins est-il capable de recevoir des libéralités testamentaires ? — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Vraie séance de rentrée ; la salle était comble et les conversations particulières étaient si animées que les orateurs avaient quelque peine à se faire entendre.

Ce sont encore le choléra et l'albuminurie qui ont fait les frais de cette séance.

Parlons d'abord du choléra. M. Hardy a discuté le discours de M. Peter ; il se sépare de lui sur plusieurs points. Contrairement à M. Peter, il croit à la spécificité du bacille virgule, qu'on n'a rencontré que dans le choléra et jamais ailleurs. Il pense que c'est surtout et presque uniquement par l'air atmosphérique que se propagent les germes infectieux, et en particulier celui du choléra. M. Hardy estime qu'on a accordé trop d'importance aux eaux souillées et ne croit pas aux Ganges intérieurs invoqués par M. Peter. Pour lui, le choléra de Nanterre est bel et bien du choléra indien et non du choléra né sur place.

Mais il est un point sur lequel M. Hardy se rapproche de M. Peter, c'est le suivant : le choléra est peu contagieux. Aussi M. Hardy trouve-t-il fort exagérées les mesures sanitaires imposées aux voyageurs. L'obligation d'ouvrir sa malle en voyage lui paraît extrêmement vexatoire, et, revenant d'Allemagne, il a préféré, pour s'y soustraire, faire deux jours de voyage de plus et rentrer en France par la Suisse.

Cet aveu ironique a soulevé de légitimes protestations de la part de M. Brouardel, qui a défendu, comme elles le méritent, les mesures de désinfection, dont l'efficacité n'est plus à démontrer.

Ces mesures sanitaires ont d'ailleurs trouvé un nouveau et ardent défenseur dans M. Colin, qui a rappelé que, dès 1884, il appelait l'attention de l'Académie sur les dangers que représentait, pour la capitale, l'insalubrité de sa zone nord. L'événement n'a que trop bien justifié ces craintes. Toutefois, selon lui, ce ne sont pas là les seules causes de l'épidémie actuelle, que M. Colin considère comme d'origine exotique.

Quant à la discussion sur le traitement de l'albuminurie, elle tourne un peu dans le même cercle, chacun restant sur ses positions. On se rappelle que M. Lancereaux a vanté les bons effets de la cantharide, des diurétiques et des purgatifs dans certaines formes d'albuminuries avec anasarque. M. Germain Sée n'est pas encore revenu de son étonnement d'entendre M. Lancereaux émettre pareille opinion, et il a invoqué les travaux de Rayer, de Grisolles, de Bright lui-même, sur l'inefficacité et les dangers de cette médication. M. Dujardin-Beaumetz, à son tour, a déclaré qu'il n'oserait jamais l'employer et a demandé à M. Lancereaux de bien spécifier les cas exceptionnels dans lesquels cette médication lui avait donné de bons résultats. C'est ce que M. Lancereaux a promis de faire prochainement, en apportant des faits semblables à celui qu'il a déjà cité et dans lequel la cantharide lui semble avoir fait merveille.

Entre ces deux discussions, quelque peu passionnées, la parole a été donnée à M. Jungfleisch pour une intéressante communication sur les dangers du mercure dans l'industrie de la chapellerie. On trouvera plus loin le résumé de cette communication.

LES TUMEURS ADÉNOIDES ET LES ACCÈS DE STRIDULISME

Par M. le docteur Duplaix,

Ancien interne des hôpitaux, ancien chef adjoint de clinique médicale, médecin adjoint à la fondation Pereire.

Les tumeurs adénoïdes naso-pharyngiennes, si fréquentes chez les enfants, déterminent des phénomènes d'obstruction des fosses nasales ou des trompes d'Eustache, suivant qu'elles siègent ou prédominent en certains points de la cavité naso-pharyngienne. Ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte, la plupart des enfants présentent une gêne plus ou moins considérable de la respiration nasale, en raison de l'existence de ces tumeurs à la voûte ou sur la paroi postérieure du pharynx. Cette gêne varie dans son degré, et elle est d'autant plus accusée que le volume des masses adénoïdes est plus grand.

Il en est de même des troubles de l'ouïe. Beaucoup d'enfants sont, en effet, atteints de surdité plus ou moins complète, surdité qui s'explique par le développement des adénoïdes sur les parties latérales, au voisinage de l'orifice des trompes d'Eustache. Sans être aussi fréquente que celle des fosses nasales, l'obstruction d'une ou des deux trompes à leur orifice, est chose assez souvent observée, surtout chez les enfants d'un certain âge dont l'éducation est commencée et chez lesquels les troubles de l'ouïe sont plus facilement remarqués.

Quoi qu'il en soit, nous avons l'intention de ne parler ici que des accidents qui résultent de la gêne de la respiration nasale.

Les petits malades, dont la respiration par le nez est supprimée plus ou moins complètement, sont forcés d'y suppléer par une respiration buccale proportionnelle. Il en résulte une transformation de tout l'individu, et un habitus extérieur, un facies si particuliers qu'on les reconnaît à première vue.

Qu'il me suffise de rappeler ici que ces enfants ont toujours la bouche demi-ouverte, la lèvre inférieure pendante, et un air niais, quelquefois véritablement stupide. La plupart ne peuvent se moucher, ils nasonnent, et beaucoup se plaignent de maux de tête constants, qui ne cèdent à aucun traitement. Certains même ont le visage coloré, ou plutôt véritablement injecté ; ce qui, surtout chez les fillettes, est souvent une cause d'inquiétude de la part des parents. Voilà ce qui frappe dès l'abord, et il n'est même pas besoin de l'examen rhinoscopique, ou du toucher digital, pour confirmer le diagnostic.

Mais ce n'est pas tout. Les parents interrogés nous apprennent que leur enfant dort mal, qu'il est agité la nuit, qu'il ronfle, et qu'il se réveille assez souvent en sursaut, le visage en sueurs, et respirant avec peine, en toussant rauque. Ces troubles sont plus ou moins accusés, mais n'effrayent pas outre mesure ; on les met souvent, ainsi que le dit Châtellier, sur le compte d'un cauchemar. S'ils se répètent sans augmenter d'intensité, ils peuvent finir par ne plus attirer l'attention ; mais qu'ils se poursuivent plusieurs années de suite et qu'ils se présentent avec plus de force, on a besoin d'intervenir pour les faire disparaître. Dans certains cas même, ce sont de véritables accès de stridulisme, qui épouvantent l'entourage, et qui dans les familles sont redoutés en raison de la crainte du croup, qu'ils font naître. A la fondation Pereire, nous voyons, à chaque consultation, cinq ou six enfants, quelquefois davantage, qui nous sont amenés pour des troubles de cette nature.

L'explication de ces phénomènes est facile.

En passant par les fosses nasales normalement conformées, l'air extérieur se chauffe, se charge de vapeur d'eau, en même temps qu'il se débarrasse de certaines impuretés. Mais, comme l'enfant porteur d'adénoïdes, qui obstruent l'orifice postérieur des fosses nasales, ne peut respirer que la bouche ouverte, l'air qui arrive aux poumons, en passant par la gorge et le larynx, est sec, froid et plus ou moins chargé d'impuretés.

Le premier résultat est une sécheresse de la gorge, sécheresse qui, par elle-même, n'a pas beaucoup d'inconvénient, mais qui est fort gênante.

En outre, il est de règle que les tumeurs adénoïdes s'accompagnent toujours, à un moment donné, d'un catarrhe naso-pharyngien. Ce catarrhe provoque des sécrétions et celles de la gorge arrivent naturellement pendant le sommeil à descendre vers le larynx et à y provoquer un certain degré de gêne qui se manifeste forcément par l'agitation, le réveil, la toux, en un mot par cette série de troubles que j'ai signalés plus haut.

Tout peut se borner là ; mais il y a des cas où les accidents sont véritablement sérieux. On observe ces derniers chez les enfants qui ont des symptômes de laryngite simple ; ces enfants, simplement enroués dans la journée, sans fièvre, sans malaise sérieux, sont pris, à une certaine heure de la nuit, de crises de suffocation, avec toux rauque ; ce sont des types d'accès de stridulisme.

C'est le docteur Coupard qui a, le premier, établi les rapports de cause à effet entre les tumeurs adénoïdes et le stridulisme, dans un mémoire paru en 1887, dans la « Revue générale de clinique et de thérapeutique ».

Depuis lors, il a observé plusieurs cas confirmatifs de son opinion et en a fourni deux très probants au docteur Ragonneau qui les a consignés dans sa thèse inaugurale (1890). J'ai eu l'occasion d'observer moi-même trois cas analogues, dont deux en ville et un à la fondation Pereire, tout à fait typiques et d'autant plus probants que l'ablation des tumeurs adénoïdes a fait disparaître non seulement les accès de suffocation chez les enfants, mais aussi toute cette foule de malaises qui, comme l'agitation nocturne, inquiétaient les parents. De plus, deux de ces enfants ont eu, depuis leur opération, une nouvelle laryngite et, malgré elle, les nuits se sont passées avec le sommeil le plus calme et dans le repos le plus absolu.

Tous les enfants qui ont des accès de stridulisme ont-ils donc des tumeurs adénoïdes ? En d'autres termes, la raison d'être du stridulisme est-elle dans l'existence de ces tumeurs ? S'il est imprudent de généraliser ici comme ailleurs, toutefois il résulte de l'examen que nous avons fait, d'un nombre considérable d'enfants à la fondation Pereire, cette impression que, si les tumeurs adénoïdes ne sont pas, toujours et dans tous les cas, la cause des accès de la laryngite striduleuse, ce sont elles qui les provoquent presque tous. En dehors du cas signalé par M. Ruault, où l'accès était le résultat d'une rhinite hypertrophique, on ne connaît pas d'autres causes d'obstruction nasale ayant eu le même résultat. Quant à la théorie du spasme et à celle de l'étroitesse de la glotte chez l'enfant, elles ne sont pas satisfaisantes. Évidemment, il y a spasme ; certainement la glotte d'un enfant, par son étroitesse, est une cause de gêne respiratoire en cas d'inflammation ; mais pour produire ce spasme, il faut une cause première autre que l'inflammation, puisque celle-ci n'arrive pas, à elle seule, à le provoquer dans tous les cas. De même, l'étroitesse de la glotte n'est pas en cause ici ; en effet, tous ceux qui ont eu occasion d'examiner un larynx savent que, dans la laryngite catarrhale, il y a peu ou même pas de mucosités et que le gonflement est nul ou à peu près. Or il y a, dans ces cas, encore assez de place pour le passage de l'air ; il faut donc qu'il y ait autre chose et cette autre chose est sans doute l'effet de la présence des tumeurs adénoïdes.

Ces tumeurs, ainsi que nous l'avons déjà dit, s'accompagnent toujours d'un état catarrhal très marqué de la gorge, les sécrétions, avalées pendant le jour, s'accumulent pendant la nuit et descendent tout naturellement vers le larynx ; or, comme elles sont toujours abondantes, elles arrivent à obstruer plus ou moins complètement l'orifice glottique en même temps qu'elles font office de corps étrangers. Il en résulte que l'enfant est pris, pendant son sommeil, de toux quinteuse et rauque, qu'il est agité, et qu'il se réveille en sursaut, alors même qu'il n'a aucun signe de laryngite. A plus forte raison ces accidents se développent-ils s'il y a laryngite, et c'est alors que les accès de stridulisme apparaissent dans toute leur intensité.

Mais, dira-t-on, beaucoup d'enfants présentent la nuit ces troubles que vous signalez, et cependant il ne semble pas qu'ils soient porteurs de tumeurs adénoïdes. Il est possible, en effet, que le facies si caractéristique et connu de

tous fasse défaut, ainsi que le ronflement pendant le sommeil, etc.; et cependant, si on se donne la peine de faire la rhinoscopie postérieure, ou de pratiquer l'examen digital, on trouvera chez ces enfants des adénoïdes en voie de développement ou de faible volume. Elles n'obstruent pas complètement les fosses nasales, elles sont peu gênantes pendant le jour, car elles permettent encore la respiration nasale; mais pendant la nuit les sécrétions, qui résultent de leur présence, déterminent les mêmes accidents que plus haut. Petites ou grosses, les masses adénoïdes, il ne faut pas craindre de le répéter, sont une cause de catarrhe naso-pharyngien, et c'est ce dernier qui, déversant les mucosités sur le larynx, amène la gêne respiratoire subite en cas de laryngite.

Si nous réfléchissons de plus à ce fait que le système lymphoïde de la gorge et du naso-pharynx est considérablement développé chez l'enfant, nous verrons là encore une raison à ces crises subites que rien ne peut faire prévoir et qui éclatent brusquement la nuit chez un enfant qui n'a jamais présenté le moindre signe de tumeurs adénoïdes. En effet, outre les deux amygdales bien connues, il y a l'amygdale pharyngienne de Luschka située à la voûte du pharynx ; de plus, il existe, dans toute l'épaisseur de la muqueuse pharyngienne, un système de tissu réticulé, adénoïde, semé de follicules clos. Or, aucun tissu ne développe et ne prend un volume aussi considérable que le système lymphoïde en cas d'inflammation. Voyez les amygdales qui, d'un instant à l'autre, se gonflent et arrivent à être le double de ce qu'elles sont à l'état normal, quand l'inflammation se fixe sur elles; il en est de même de la glande de Luschka et du tissu adénoïde voisin. En quelques instants, il se fait là un gonflement plus ou moins accusé, une véritable poussée congestive, qui est d'autant plus gênante qu'elle est plus rapide et qu'elle surprend plus brusquement le petit malade. Ces poussées pulmonaires sont loin d'être rares ; elles ont ici une importance de premier ordre au point de vue pathogénique, car elles expliquent d'une façon bien satisfaisante les accès de stridulisme qui paraissent survenir sans cause, et à plus forte raison ceux qui apparaissent chez des sujets porteurs d'adénoïdes et qui prennent alors des proportions encore plus considérables au moment de la fluxion.

Il faut donc, maintenant que nous connaissons tous les accidents et les complications des tumeurs adénoïdes, les rechercher avec soin chez tous les enfants qu'on aura à examiner. Leur recherche est des plus faciles, leur constatation ne souffre aucune difficulté. Quand on les aura reconnues, *il est utile d'en faire l'ablation;* on évitera ainsi aux enfants des accidents qui ne sont pas toujours sans gravité, ni sans retentir sur la santé générale.

DANGERS DU MERCURE
DANS L'INDUSTRIE DE LA CHAPELLERIE

Par M. Jungfleisch,
Membre de l'Académie de médecine.

L'industrie de la chapellerie, dite sécrétage des poils, consiste à modifier le poil de lapin d'une façon particulière, lui permettant de se feutrer facilement, pour en faire un chapeau, par exemple. C'est en imprégnant les peaux, couvertes de poils, avec une solution de nitrate de mercure, et en les desséchant à l'étuve que l'on obtient le résultat cherché. Or, cette industrie expose les ouvriers qui y sont employés à des dangers très graves contre lesquels ils ont demandé à diverses autorités de les protéger, et le Conseil d'hygiène a été saisi de la question.

Mais ces ouvriers ont encore affirmé que les chapeliers eux-mêmes présentent souvent les accidents dus au mercure. M. Jungfleisch a chargé un de ses élèves, M. Finet, de rechercher le mercure dans le poil sécrété qu'on livre au feutreur et dans le poil feutré. Dans les deux produits il a trouvé le mercure en quantité considérable (un demi-gramme de mercure dans chaque chapeau de feutre en usage).

Ceci explique aisément l'intoxication à distance des ouvriers dans les couperies de poils. Ils s'y trouvent exposés à l'action des fines poussières chargées de mercure que soulèvent en abondance les opérations auxquelles sont soumises les peaux sécrétées. Pour le même motif, il y a également danger pour les nombreux ouvriers entre les mains desquels passe le chapeau pour arriver du feutreur au consommateur ; on pourrait donc facilement, en y regardant, retrouver, chez beaucoup d'ouvriers chapeliers, les signes d'intoxication mercurielle. Comme les chapeliers sont, en définitive, les acheteurs du poil sécrété, on peut espérer, en leur montrant les dangers qu'ils courent, qu'ils cesseront d'être les défenseurs obstinés du sécrétage au mercure.

On se demande, sans doute, comment il peut se faire que le mercure, employé sous forme de sel soluble, soit retenu par la substance du poil avec une telle énergie que les lavages si abondants qui accompagnent le feutrage et la teinture n'arrivent pas à l'éliminer. La raison est la suivante. La kératine des poils, comme toutes les matières protéiques, se combine à l'oxyde de mercure pour former des composés insolubles.

Tout le monde connaît l'emploi du réactif de Milon pour précipiter l'albumine. Une combinaison analogue s'opère avec la substance du poil, qui fixe avec une rapidité singulière, dans le sécrétage au mercure, 3 à 4 p. 100 de mercure, et le composé formé est fort peu soluble dans l'eau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 octobre 1892. — Présidence de M. Regnauld.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE L'ALBUMINURIE

M. Germain Sée, à propos du procès-verbal, revient sur la communication de M. Lancereaux, relative au traitement de certaines albuminuries par la teinture de cantharide, les diurétiques et les purgatifs.

Pour ce qui est de la teinture de cantharide, M. Sée cite l'opinion émise à ce sujet par Rayer, qui déclare que c'est un « médicament des plus dangereux à manier ». Quant aux purgatifs et aux diurétiques, Rayer les condamne comme « finissant toujours par déranger les fonctions de l'estomac ». Bright, Grisolles les repoussent également. Quant aux autres auteurs, ils n'en parlent même pas.

MM. Lecorché et Talamon ont fait des expériences qui tendent à prouver que la cantharide produit des néphrites parenchymateuses. Or, c'est précisément dans le traitement de ces néphrites que M. Lancereaux la préconise. MM. Millard (de New-York) et Stuart (de Londres) blâment également l'emploi de la cantharide, des purgatifs et des diurétiques dans le traitement des albumi-

nuries. Il serait donc important que M. Lancereaux fît connaître à l'Académie, dans tous leurs détails, les cas dans lesquels il dit avoir obtenu de bons résultats de ces substances condamnées par tous les auteurs.

M. LABOULBÈNE n'hésite pas à déclarer que la cantharide est un médicament dangereux, qu'il faut commencer à l'employer à des doses ne dépassant pas II, III à IV gouttes, et que, même dans ces conditions, son emploi doit être exceptionnel.

M. LANCEREAUX rappelle l'observation de la jeune femme qu'il a déjà citée, qui était atteinte de néphrite parenchymateuse, avec anasarque considérable, qui n'urinait presque plus, et qui, depuis trois mois, avait été traitée sans succès dans divers hôpitaux. M. Lancereaux lui administra d'abord VIII, puis X, puis XII gouttes de teinture de cantharide et, vingt-quatre heures après, l'urine était devenue très abondante, et huit jours après l'anasarque avait presque complètement disparu. Il n'est pas douteux pour M. Lancereaux, que cette femme, actuellement encore dans son service, guérira complètement. Quant à la digitale et à la scille ce sont, ajoute M. Lancereaux, d'excellents moyens de combattre et de prévenir l'urémie, mais il faut, pour cela, les administrer à hautes doses.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ croit qu'il est sage d'apporter quelques réserves aux affirmations de M. Lancereaux. Il ne faudrait pas, qu'en entendant ainsi parler M. Lancereaux, les médecins se missent à traiter la néphrite parenchymateuse par la teinture de cantharide. Il faut bien qu'on sache que c'est là un médicament fort dangereux et qui peut déterminer des accidents, non seulement très graves, mais même mortels. Il faut savoir aussi que la teinture de cantharide donne de l'albuminurie à ceux qui n'en ont pas.

Il est donc de la dernière importance que M. Lancereaux spécifie bien nettement les cas dans lesquels il emploie et conseille ce médicament. Il faut bien qu'il dise que c'est là une médication exceptionnelle.

M. BOUCHARD dit qu'il n'y a pas de traitement de l'albuminurie. On ne traite pas un symptôme.

M. LANCEREAUX répète que, dans les cas qu'il a cités, il s'agit d'une néphrite particulière avec lésions des épithéliums du rein, avec anasarque considérable. C'est uniquement dans ces cas que la teinture de cantharide lui a donné de bons résultats.

M. LABOULBÈNE ajoute que c'est, en effet, une médication très dangereuse, qui n'est applicable que dans des cas bien définis.

M. LE PRÉSIDENT invite M. Lancereaux à bien préciser, dans une communication ultérieure, les cas dans lesquels il pense que cette médication est bien nettement indiquée.

COMMUNICATION

Dangers du mercure dans l'industrie de la chapellerie. — **M. JUNGFLEISCH** fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1127.)

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. HARDY répond à M. Peter et déclare se séparer de lui sur plusieurs points. M. Peter, dit-il, a émis des doutes sur le rôle des microbes; il a montré qu'on pouvait trouver trois bacilles dans la même maladie, dans le choléra, et, d'autre part, que le même bacille, le bacterium coli commune, pouvait se rencontrer dans trois maladies différentes et être à la fois cholérique, dysentérique et typhoïdique. M. Peter conclut de ces faits, que c'est nous qui faisons le plus ou moins de gravité de nos microbes, et il ajoute que, dans les cas qu'il a cités, c'est l'intestin qui a commencé.

La bactériologie, dit M. Hardy, n'est pas une science faite; elle nous a déjà donné et nous donnera encore bien des surprises. Cependant, il lui semble bien que le bacille virgule appartient réellement au choléra. On ne le trouve, en effet, que chez les cholériques, on ne le trouve jamais chez d'autres malades; et de ce qu'il y a des cas de choléra dans lesquels on ne le rencontre pas, il ne faut pas en conclure qu'il n'y existe pas. Un fait négatif n'est jamais démonstratif. M. Hardy ne croit donc pas, avec M. Peter, que c'est nous qui faisons notre choléra, suivant que notre intestin est un milieu plus ou moins favorable à tel ou tel microbe. Le choléra n'est pas en nous, il nous arrive tout fait du dehors.

Il y a longtemps que la présence de germes infectieux dans l'air a été considérée comme la cause d'un certain nombre de maladies. M. Pasteur a matérialisé ces germes, il en a démontré la puissance, mais il n'a pas inventé la doctrine.

On a aussi accusé l'eau. On lui a peut-être accordé trop d'importance au point de vue de la pathogénie du choléra.

M. Hardy est d'accord avec M. Peter sur l'influence nocive du milieu ambiant; mais il ne partage plus son opinion quand il soutient que c'est à cette influence seule qu'a été due l'épidémie cholérique de Nanterre. Pour M. Hardy, le choléra de Nanterre est bien un choléra indien. M. Peter dit que nous avons nos Ganges intérieurs. M. Hardy n'y croit pas et c'est principalement l'air qu'il accuse de servir de véhicule aux germes infectieux. De même, dit-il, qu'un arbre, chargé jusqu'ici de fleurs stériles, peut, à un moment donné, porter des fruits, un vent favorable lui ayant apporté quelques grains de pollen, de même, un vent venant de la Perse ou de la Russie peut apporter, en France, quelques germes cholériques. Ne voit-on pas tous les jours des cas de variole, de rougeole ou de scarlatine, dont il est impossible de reconstituer l'origine? On sait bien, cependant, que ces maladies ne peuvent naître spontanément.

M. Peter a dit que le choléra n'était pas une affection très contagieuse. M. Hardy est de cet avis. Aussi trouve-t-il un peu exagérées les mesures de surveillance sanitaires instituées actuellement aux frontières. La visite des voyageurs et de leurs malles lui paraît, en particulier, une mesure inutile et vexatoire. Rien n'est désagréable comme d'avoir à refaire sa malle en voyage. Il résulte de ces visites qu'il y a des objets perdus ou échangés et M. Hardy cite l'exemple d'une Anglaise qui a été fort choquée de trouver, dans sa malle, une chemise d'homme. C'est pour éviter ces mesures vexatoires, que M. Hardy, revenant, il y a quelques jours, d'Allemagne, a préféré voyager pendant deux jours de plus et revenir par la Suisse plutôt que de passer sous les fourches caudines de la visite sanitaire des frontières de l'Alsace ou de la Belgique. En fait de mesures sanitaires, il faut faire le nécessaire et rien de plus.

M. BROUARDEL ne veut pas aujourd'hui discuter la question de doctrine, relative à l'origine et à la nature de l'épidémie cholérique actuelle. Il pense qu'il est préférable de remettre à une autre époque cette discussion qui ne manquera pas assurément d'être intéressante. Il ne veut, aujourd'hui, que répondre à M. Hardy sur la question des mesures sanitaires. C'est sur ce point seul qu'il limitera la discussion.

Nous admettons, dit-il, que ce sont les vomissements et les matières intestinales des cholériques qui contiennent et conservent le germe pathogène. Nous ne croyons pas que la contagion s'exerce en dehors de ces agents. M. Hardy, au contraire, admet que c'est presque uniquement par l'air atmosphérique que se propagent les germes infectieux. Nous ne connaissons pas de faits dans lesquels les choses se soient manifestement passées comme le dit M. Hardy. Ce que nous savons, ce que nous ont appris les enquêtes que nous avons faites, c'est que toujours l'intoxication provient soit d'un puits, soit d'un ruisseau empoisonné. Ce que nous venons de voir à Marseille, par exemple, c'est que les lieux, les maisons, où siège la très petite épidémie actuelle, sont exactement les mêmes que ceux où ont sévi les épidémies de 1884 et 1885; ce sont les mêmes rues, les mêmes maisons, rues et maisons toujours en rapport avec une eau souillée.

Au Tréport, trois menuisiers, chargés de mettre des cholériques en bière, ont successivement succombé tous les trois, atteints de choléra, pour avoir mangé dans les pièces où ils ont procédé à ces mises en bière.

Il est vrai, ajoute M. Brouardel, qu'il est un certain nombre de

faits dans lesquels nous n'avons pas pu trouver le contact suspect. Mais nous sommes certains, aujourd'hui, de l'action nocive de l'eau souillée et des linges et vêtements contaminés. Nous demandons donc qu'on donne, comme eau potable, de l'eau propre. Quant aux linges, nous n'avons pas trouvé, jusqu'ici, d'autres moyens que l'étuve pour les purifier. Nous faisons donc passer à l'étuve tous les linges suspects provenant des pays où règne le choléra. Il se peut qu'il y ait eu quelques protestations, qu'il ait été commis quelques erreurs, que l'administration ait eu à remplacer une paire de bottes égarée, mais c'est évidemment exagéré que de dire que ce sont là des mesures vexatoires. Ces mesures ne sont ni vexatoires, ni inutiles, quoi qu'en dise M. Hardy. Or, si nous avons pu, grâce à elles, empêcher quelques cholériques de pénétrer en France, si nous avons pu désinfecter quelques linges suspects et empêcher ainsi la propagation de l'épidémie, nous avons fait œuvre utile.

Il n'y a rien d'absolu ; nous aurons des échecs. Mais nous possédons quelques bons moyens de désinfection et partout, soit à Paris, soit au Havre, où ces moyens de désinfection ont pu être bien institués et appliqués opportunément, on a vu des foyers d'épidémie s'éteindre sur place après leur application. Nous sommes donc en droit de dire que cette désinfection a été efficace et nous permet d'assurer aux populations une certaine sécurité au point de vue de la propagation des épidémies cholériques.

M. LÉON COLIN rappelle que l'explosion, en avril dernier, d'une épidémie de choléra aux portes de Paris, n'a que trop justifié les pressentiments dont il faisait part à l'Académie en 1884, au sujet des dangers que représentait, pour la capitale, l'insalubrité de sa zone nord (de Saint-Denis à la maison de Nanterre).

Personne ne révoque en doute aujourd'hui la faculté de reviviscence des germes laissés par les épidémies cholériques, en dehors de leur berceau originel. Faut-il en conclure, sans plus ample informé, que l'épidémie actuelle est un nouvel exemple du réveil en Europe de germes devenus silencieux depuis plusieurs années? M. Colin ne le pense pas, et malgré son opinion formelle sur l'insalubrité qui entoure Paris, il est porté à croire qu'un nouveau facteur a dû venir s'adjoindre aux causes locales d'insalubrité, et qu'il y a eu quelque contage venu du dehors par une de ces voies malheureusement si difficiles à découvrir.

Bien que l'épidémie actuelle soit du choléra exotique et non du choléra nostras, estival, il reconnaît cependant qu'elle n'a point offert certains traits que, de longue date, il avait l'habitude de regarder comme caractéristiques, pathognomoniques, du choléra nostras, particulièrement les trois suivants :

1° Sa coïncidence absolue avec la saison chaude;

2° Sa non-contagiosité;

3° Sa bénignité relative.

Entre ces deux types morbides si distincts (choléra exotique et choléra nostras), existe-t-il des formes de transition permettant de les considérer comme des manifestations variables en intensité du même empoisonnement, comme l'a soutenu M. Peter?

Par la gravité des cas, sa contagiosité, son indépendance de la saison, l'épidémie de Nanterre rappelle les traits les mieux caractérisés du choléra exotique. Si la faible diffusion de cette épidémie a paru ne pas répondre aux allures du choléra indien, c'est que les allures de ce dernier se sont beaucoup modifiées depuis 1832 et 1849 — époques où il fit 20 000 victimes à Paris chaque fois. Dans toute la France, les épidémies de 1832 et de 1849 tuèrent chacune plus de 100 000 personnes. Celle de 1853 faisait 140 000 victimes. Or, on n'a rien vu de semblable en 1873, 1884 ni en 1892. Et qui oserait nier la large part qui revient, dans ce changement d'allures du choléra, aux progrès de l'hygiène !

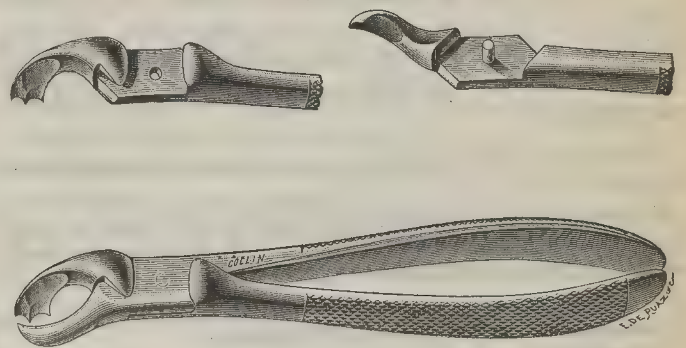
L'épidémie actuelle, en raison de l'époque de l'année à laquelle elle apparaissait, avait de grandes chances d'être très meurtrière, mais elle a été attaquée, traquée avec une énergie à laquelle on doit rendre hommage. Les mesures prises occasionnent, évidemment, bien des dépenses, mais ces dépenses seront toujours au-dessous du service rendu.

En résumé, M. Colin considère l'épidémie actuelle, malgré son explosion au voisinage de Paris, comme de nature exotique, et comme témoignant, pour sa part, de l'utilité de nos moyens de protection contre les dangers du dehors. Elle démontre, après celle de 1884, que l'assainissement de la banlieue nord de Paris est un gage de sécurité pour l'ensemble du territoire. Elle continue en nos régions la série des épidémies atténuées de 1873 et 1884. Elle témoigne, une fois de plus, ainsi que M. Gibert en a donné ici la preuve saisissante, que cette affection, contre laquelle l'homme se croyait autrefois désarmé, est une de celles qui révèlent le mieux la puissance de l'hygiène pour les combattre.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Daviers à dent. — M. MAGITOT a fait construire, par M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie, une série de daviers à dent. Ces daviers, dont les branches sont réunies par un mécanisme nouveau connu sous le nom d'articulation de Collin, ont sur les daviers ordinaires, dits anglais, l'avantage de pouvoir être démontés instantanément pour être nettoyés et rendus aseptiques.

L'une des branches porte un pivot solide en acier qui reçoit la branche femelle placée transversalement. Cette dernière porte deux doigts ou agrafes placés l'un au-dessus de l'autre, au-dessous du pivot, disposition qui constitue un nouveau système d'assemblage et assure la bonne direction des mors, ainsi que leur force. Pour démonter l'instrument, il suffit de ramener les branches dans la position transverse et de dégager le pivot de la branche femelle.



L'articulation à tenon, jadis inventée par Charrière, était fragile, puis difficile à nettoyer; l'ancienne articulation à vis ne permet pas de séparer les branches pour les laver, les essuyer, les aseptiser. C'est pourquoi M. Collin imagina l'articulation qui porte son nom ; il fit d'abord une pince hémostatique qui fut présentée par M. le professeur Trélat à la Société de chirurgie, puis poursuivant ses recherches, il appliqua son nouveau système à toutes les pinces : aux ciseaux, cisailles et pinces de Liston, lithotomes, spéculums, et, en général, à tous les instruments à deux branches articulées.

Cette articulation nouvelle est déjà copiée par les Américains et les Allemands, mais elle est née à Paris et restera française.

Ce sont les daviers à dent, qui, dans ces derniers temps, ont occupé M. Collin, il est bon peut-être de dire, en terminant, que, jusqu'à ce jour, la France était tributaire de l'Angleterre et des États-Unis, qui fabriquaient exclusivement ces derniers instruments. Cette modification heureuse, apportée dans le système d'articulation, va transformer cet ordre de choses, puisque M. Collin les construira désormais, et occupera à ce travail un assez grand nombre d'ouvriers.

Cette articulation, appliquée maintenant à tous les instruments, facilite singulièrement leur nettoyage antiseptique, aucune impureté ne pouvant plus séjourner dans cette articulation.

La séance est levée.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Dans quels cas le médecin qui a donné des soins est-il capable de recevoir des libéralités testamentaires?

On sait que, d'après l'article 909 du Code civil français, les médecins, qui ont traité une personne pendant la maladie dont elle meurt, ne peuvent profiter des dispositions testamentaires qu'elle aurait faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie.

L'initiative du traitement et la continuité plus ou moins grande des soins sont les deux éléments qui servent de base aux juges pour constater s'il y a eu traitement médical tel que l'entend la loi. C'est pourquoi, en 1834, la Cour de cassation a déclaré que les médecins consultants, qui n'ont vu qu'accidentellement le malade et qui ne lui ont pas donné des soins assidus et réguliers, ne doivent pas être assimilés au médecin ordinaire qui l'a traité.

Ainsi donc, pour que la libéralité faite par une personne à un médecin soit valable, il faut que ce médecin n'ait pas *traité* le testateur.

Mais pour que la libéralité soit déclarée nulle, il faut que le demandeur établisse non seulement le contraire, mais encore que ladite libéralité a été faite au cours de la maladie et que le testateur est mort de cette maladie.

Dans une affaire qui s'est déroulée, il y a quelques mois, devant le tribunal civil d'Angoulême, les juges ont constaté que deux éléments de nullité faisaient défaut; or, l'absence d'une seule des trois conditions de nullité étant suffisante pour que la libéralité soit valable, le tribunal a rendu le jugement suivant qui donne gain de cause au médecin consultant :

Attendu que l'action intentée par le docteur Fournier contre les époux Robain tend à la délivrance du legs de 21 500 francs fait à son profit par Jules Grangé et que les défendeurs se refusent à cette délivrance en soutenant que le legs dont s'agit est, en conformité de l'article 909 du Code civil, nul comme ayant été fait, au cours de la dernière maladie du *de cujus*, au profit d'un médecin qui l'a traité pendant cette maladie;

Attendu qu'il est constant en fait et reconnu par toutes parties que, pendant les dernières années de la vie de Jules Grangé et avant le 13 septembre 1891, le seul médecin qui lui donnât des soins était le docteur Machenaud; qu'à cette dernière date, en l'absence du médecin ordinaire, le docteur Fournier fut appelé et continua ses visites pendant sept jours, tantôt seul, tantôt en consultation avec le docteur Machenaud; que ses soins cessèrent le 19 du même mois, époque où le demandeur s'absenta d'Angoulême, et que, ce jour-là, le traitement du malade resta au docteur Machenaud seul, qui ne l'avait, du reste, jamais abandonné;

Attendu que l'intervention du docteur Fournier dans les conditions spéciales dont s'agit ne saurait être considérée comme l'entreprise de guérison qui, aux termes de la jurisprudence, constitue seule le traitement de la maladie dont il est question dans l'article 909 précité; que le docteur Fournier n'a été qu'un médecin consultant, appelé momentanément à suppléer son confrère, mais n'ayant pris à aucune époque la direction effective des soins à donner au malade; que, dès lors, il ne peut être considéré comme étant dans le cas d'incapacité relative invoquée par les défendeurs;

En ce qui concerne l'origine de la maladie :

Attendu qu'elle est postérieure au testament; que vainement les défendeurs veulent la faire remonter à l'année 1890; qu'en effet, en produisant les ordonnances médicales et le compte du pharmacien, ils ont eux-mêmes établi une interruption manifeste des soins médicaux depuis la fin de 1890 jusqu'au mois de septembre 1891; et que cette interruption, alors qu'il s'agissait d'un homme très âgé, doit suffire à elle seule pour faire considérer la dernière maladie comme limitée aux accidents si violents et si rapidement mortels du mois de septembre 1891;

Attendu que les défendeurs ne peuvent pas, dans tous les cas, échapper au présent dilemme : ou bien la dernière maladie existait dès 1890, et alors comment soutenir avec quelque vraisemblance que cette maladie a été traitée par le docteur Fournier, qui n'est intervenu que peu de jours avant la mort et d'une façon en quelque sorte fortuite; ou bien elle n'a pris naissance qu'en septembre 1891, et, dans ce cas, le testament l'a précédée de trois mois, de telle sorte que, dans une hypothèse comme dans l'autre, un des éléments de nullité exigé par la loi fait absolument défaut;

En ce qui concerne les faits articulés :

Attendu que les deux premiers sont contredits par les faits de la cause, et que, du reste, en les supposant établis, ils seraient à eux seuls inopérants; que le troisième n'ajoute rien et ne peut rien ajouter à ce qui résulte de sept ordonnances médicales signées du docteur Fournier, lesquelles sont aux pièces et devront être enregistrées avec le présent jugement; qu'il a été fait état de ces ordonnances dans la discussion qui précède et que, dès lors, il n'y a plus lieu d'ordonner la preuve offerte;

Par ces motifs :

Sans avoir égard à la preuve offerte, et à la fin de non-recevoir invoquée par les défendeurs, lesquelles sont rejetées, ordonne la délivrance du legs fait par Grangé à Fournier; dit que, faute par les défendeurs de faire cette délivrance dans les quinze jours de la signification du présent jugement, ledit jugement en tiendra lieu; en conséquence, condamne dans ce dernier cas les époux Robain ès qualités à payer à Fournier la somme de 21 500 francs, montant dudit legs, etc.

La jurisprudence applique l'article 909 non seulement aux personnes nommément désignées par la loi, mais elle étend encore cette disposition à tous ceux qui, avec ou sans titre légal, ont traité le testateur.

C'est ainsi que les sages-femmes ne peuvent également recevoir de libéralité de leur cliente, si celle-ci a succombé à la maladie au cours de laquelle la libéralité a été faite. Le tribunal civil de Bordeaux a jugé cette année une affaire de cette nature.

Une dame Perrot ayant fait une disposition testamentaire au profit de Mme Serres, sage-femme, qui lui avait donné quelques soins, les héritiers de la testatrice ont saisi le tribunal d'une demande en nullité dudit legs, basée : 1° sur l'incapacité de recevoir inscrite en l'article 909 du Code civil; 2° sur la captation.

Le tribunal a repoussé cette prétention par un jugement dont nous reproduisons ci-dessous la partie qui vise le premier point:

Attendu que, en admettant que cette disposition de la loi soit applicable aux sages-femmes, elle ne peut être invoquée contre elles, de même que contre les docteurs en médecine ou en chirurgie, les officiers de santé ou les pharmaciens, que lorsqu'elles ont traité pendant sa dernière maladie la personne qui a fait en leur faveur, durant le cours de cette maladie, des dispositions entre-vifs ou testamentaires; que le législateur n'a pas voulu laisser bénéficier de ces libéralités ceux qui, professant l'art de guérir, ont exercé cet art auprès du malade, entrepris sa cure et, par leurs soins spéciaux et assidus, lui ont fait espérer la santé et la vie; que ce serait fausser l'esprit de l'article 909 d'en faire l'application à la sage-femme, qui s'est bornée à donner au malade des soins et des remèdes prescrits par un médecin.

Attendu, dans l'espèce, qu'il résulte des documents de la cause, et notamment de la note des honoraires dus au docteur Watering pour les soins donnés à la dame Perrot, que ce médecin n'a jamais

cessé de voir et de traiter ladite dame; que, dans les derniers temps de sa vie, il lui faisait trois visites par jour; que c'était sous la direction exclusive du docteur Watering que la dame Serres, chez laquelle la dame Perrot avait été placée, donnait quelques soins à cette dernière; que, dans ces conditions, le tribunal ne saurait prononcer, par application de l'article 909 du Code civil, la nullité des dipositions testamentaires faites au profit de la défenderesse par la dame Perrot au cours de sa dernière maladie. (*Semaine médicale.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 15 octobre 1892, MM. les docteurs Bonneau et Parin, médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine, ont été nommés médecins de deuxième classe dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat.

— Un concours pour trois places d'interne s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de Reims le 8 novembre. — Le 10 novembre s'ouvrira, au même hôpital, un concours pour quatre places d'externe.

— La Société médicale de Reims vient de décerner son prix (médaille d'or) à M. le docteur Ollivier (de Juvigny).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques d'histologie (premier semestre), sous la direction de M. Rémy, agrégé, chef des travaux, sont obligatoires pour les élèves docteurs de première année; ils commenceront le samedi 12 novembre 1892, et se continueront les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de deux heures un quart à quatre heures de l'après-midi (École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine). — MM. les étudiants seront convoqués individuellement par une lettre spéciale.

Les travaux pratiques de physique, de chimie et d'histoire naturelle (première année) commenceront à partir du lundi 7 novembre 1892. Ils auront lieu, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1892-1893, aux jours et heures ci-après désignés, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine : 1° Physique : lundi, mercredi, vendredi, de quatre à six heures du soir; 2° Chimie : mardi, jeudi, samedi, de huit à dix heures et demie du matin; 3° Histoire naturelle : lundi, mercredi, vendredi, de neuf à onze heures du matin. — Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les étudiants.

— M. le docteur Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses cliniques chirurgicales et ses opérations, samedi 22 octobre, à neuf heures et demie, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

— L'enseignement de M. le professeur Le Dentu, à l'hôpital Necker, sera complété par un cours pratique de gynécologie fait par M. le docteur Pichevin, chef des travaux gynécologiques. La première série commencera dans la troisième semaine du mois d'octobre.

Lundi et mercredi, à neuf heures : Examen des malades à la salle Lenoir. Diagnostic et traitement des affections gynécologiques. Opérations sur l'appareil génital, endoscopie utérine, électricité, etc.

Jeudi, à neuf heures : Laparotomie au pavillon de gynécologie.

Mardi et samedi : Diagnostic des maladies de l'appareil génital de la femme, de neuf heures à midi, à la consultation externe.

Deux fois par semaine, dans l'après-midi, manœuvres opératoires et examen de pièces anatomiques au laboratoire de la clinique chirurgicale.

Si le nombre des élèves l'exige, des cours spéciaux pour le diagnostic et le traitement des affections gynécologiques auront lieu le soir, à quatre heures et demie, à la clinique chirurgicale de Necker, salle Lenoir.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 121. — SAMEDI 22 OCTOBRE 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 22 OCTOBRE 1892. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'urticaire,

Par William DUBREUILH,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

I

L'urticaire est une affection qui, dans ses formes typiques, est des plus faciles à reconnaître ; et cependant, c'est une maladie souvent difficile à diagnostiquer dans ses formes atypiques, dont les causes sont extraordinairement multiples et dont la physiologie pathologique est encore assez obscure.

Le nom d'urticaire vient de la sensation de cuisson brûlante qu'elle occasionne ; mais il ne dérive que médiatement du verbe latin *urere* et par l'intermédiaire de *urtica*, qui est le nom latin de l'ortie, qui vient lui-même de *urere*. Du reste, dans la plupart des langues, le nom vulgaire de l'urticaire est tiré de la plante, en anglais *nettlerash*, en allemand *Nesselsucht*. Le contact des feuilles d'ortie détermine, en effet, une éruption d'urticaire dans sa forme la plus typique.

Ce sont des élevures de la grandeur d'une lentille à une pièce de 5 francs ou même plus. Ces élevures ou plaques urticariennes sont planes, bien limitées, rondes ou à contours arrondis, même lorsqu'elles forment des traînées ou des plaques irrégulières par la confluence d'éléments plus petits ; elles font une saillie de 1 millimètre et plus ; elles sont fermes au toucher et donnent la sensation d'une infiltration des couches les plus superficielles du derme, particulièrement élastique et tendue, mais n'intéressant pas les couches profondes. L'élevure est blanche, d'une pâleur anémique, rouge clair à sa périphérie et entourée d'une auréole érythémateuse plus ou moins étendue. La couleur blanche est à peine appréciable si la plaque est très petite ; elle est, du reste, très diversement accusée, quelquefois à peine visible ; d'autres fois, d'une blancheur mate comparable à celle de la porcelaine. Quand les plaques sont nombreuses, leurs auréoles érythémateuses deviennent confluentes et elles se détachent en blanc sur le fond rouge. La couleur est, du reste, soumise à des variations ; Hirtz a observé le phénomène du pouls capillaire sur la bordure érythémateuse de l'élevure ortiée ; E. Wilson a constaté des variations de couleur périodiques lentes, non synchrones au pouls, passant sur la plaque comme une vague rouge.

La plaque d'urticaire a une évolution qu'on peut qualifier de suraiguë. Elle apparaît brusquement, en quelques minutes ; puis, après une durée de quelques minutes, de quelques heures tout au plus, elle s'affaisse, la pâleur centrale de la plaque se confond dans la rougeur périphérique qui, elle-même, ne tarde pas à disparaître.

Dès le début, la plaque ortiée s'accompagne d'un prurit intense. Cette sensation de démangeaison, ou quelquefois de cuisson, pousse le malade à se gratter avec énergie, et, le plus souvent, le grattage fait naître de nouvelles plaques. Sous son influence, les plaques préexistantes grandissent et, sur le trajet des ongles, apparaissent de nouvelles élevures ortiées ; tantôt elles sont linéaires, continues, sur toute la traînée de grattage ; tantôt, et plus souvent, elles forment des îlots plus ou moins grands, plus ou moins nombreux, disposés en séries. Ces plaques provoquées par le grattage sont aussi prurigineuses que les autres et appellent, à leur tour, l'intervention des ongles, alors même que les premières plaques ont disparu. C'est ainsi que la poussée éruptive dure beaucoup plus longtemps que l'élément isolé et se prolonge pendant plusieurs heures, ou plusieurs jours, avec des variations d'intensité.

Lorsque l'éruption est modérément abondante et de cause externe, il n'y a pas d'autres symptômes que ceux de l'éruption que nous venons de décrire. Mais, d'autres fois, on observe des phénomènes généraux plus ou moins accusés, et l'éruption n'est que la manifestation cutanée d'un trouble plus profond de la santé. D'autre part, la maladie peut être très passagère ou persister pendant longtemps. Il en résulte que l'éruption si simple que nous venons de décrire peut constituer des maladies cliniquement très dissemblables.

II

Dans les cas les plus simples, celui de la piqûre d'orties, il se fait une éruption typique aux points touchés par la plante. Les lésions durent quelques minutes, une heure tout au plus, et ne s'étendent guère au delà des endroits primitivement atteints. Elle se multiplie peu par le grattage.

L'ingestion de certains aliments suffit quelquefois pour déterminer une poussée d'urticaire sans qu'il y ait aucun trouble digestif appréciable. Au bout de quelques heures, ou même de quelques minutes, l'éruption apparaît en divers points du corps, accompagnée d'une vive démangeaison. Les premières plaques s'affaissent au bout de peu de temps, mais elles sont remplacées par d'autres survenues spontanément, ou surtout provoquées par le grattage, qui les multiplie rapidement. L'éruption peut être extrêmement abondante, semer le corps d'élevures ortiées, et s'accompagner d'un prurit intolérable. Elle dure ainsi quelques heures, puis disparaît ou au moins s'atténue, souvent pour reparaître le lendemain et les jours suivants, mais avec une intensité décroissante.

Il n'est pas rare, dans des circonstances analogues, de voir la maladie offrir une beaucoup plus grande violence et s'accompagner de phénomènes généraux qui constituent la *fièvre ortiée*. En même temps qu'apparaît l'éruption, ou même

un peu avant, le malade, généralement une femme ou un enfant, est pris de céphalalgie et d'une fièvre parfois très intense. Il a des nausées et des vomissements; la langue est chargée, l'appétit est nul; la diarrhée est assez ordinaire, très soudaine et très abondante. Ce sont tous les symptômes d'un embarras gastrique aigu, d'une indigestion ou même d'un véritable empoisonnement. L'éruption est d'habitude très abondante; elle forme de grandes plaques qui, par leur confluence, couvrent une grande partie du corps; le prurit est intolérable. Les premières plaques disparaissent, mais il en apparaît constamment de nouvelles, non moins étendues ni moins prurigineuses, sans cause appréciable ou à l'occasion du grattage ou de la simple pression des vêtements, dans des régions nouvelles ou dans celles que l'éruption vient à peine de quitter. La maladie dure pendant plusieurs jours avec de la fièvre et des symptômes gastriques, et tout le temps il se fait des poussées ortiées subintrantes. Si la maladie est abandonnée à elle-même, elle finit par guérir spontanément ou, plus souvent, elle s'atténue et traîne en longueur; la fièvre disparaît, l'anorexie persiste et, avec elle, l'urticaire se manifestant par des poussées quotidiennes d'une moindre intensité.

Dans les cas que je viens de passer en revue, à l'éruption suraiguë correspond une maladie franchement aiguë. Mais, d'autres fois, elle dure très longtemps et mérite le nom d'*urticaire chronique*. L'éruption n'a cependant pas changé de caractère, elle conserve toute son acuité d'évolution, mais les poussées se répètent tous les jours, plusieurs fois par jour, pendant des semaines, des mois, voire même des années. Les troubles digestifs, si accusés dans la forme précédente, sont nuls ou ne se manifestent que par des troubles dyspeptiques souvent légers. L'éruption est aiguë, mais son incessante répétition constitue une maladie chronique.

Telles sont, très sommairement esquissées, les formes cliniques que peut affecter l'urticaire typique. Mais on peut observer un grand nombre de variétés relatives à l'évolution de l'élément éruptif, à sa forme ou à son siège. Il peut enfin survenir diverses complications ou coïncidences, dont les rapports avec l'éruption elle-même sont loin d'être nettement établis. Nous étudierons ensuite l'anatomie et la physiologie pathologique de l'éruption et les causes qui lui donnent naissance.

La durée de l'élément éruptif est toujours très courte, souvent elle ne dure que quelques minutes. Lorsque cette éruption si aiguë se borne à une seule poussée, on lui a donné le nom d'*urticaria evanida* ou *urticaire fugitive*. La maladie tout entière n'a souvent pas duré une heure.

On peut lui opposer une *urticaire persistante* ou *urticaria perstans*. Il ne s'agit pas ici de l'urticaire chronique, qui ne mérite ce nom que par la durée de la maladie et non de l'éruption, mais d'une urticaire où la durée de l'élément éruptif lui-même est prolongée. La lésion peut offrir divers aspects que nous étudierons plus loin; mais ce qui la caractérise, c'est que, au lieu de parcourir toutes les phases de son évolution en quelques heures, elle ne le fait qu'en plusieurs jours. C'est surtout sur la période d'état que porte cette exagération de durée, car l'apparition peut être assez rapide.

Dans l'observation de Bœck (1), les élevures occupaient les membres, le dos et le ventre; elles avaient le volume d'une lentille à un haricot, étaient saillantes, jaunâtres, mais non prurigineuses. Elles persistèrent trois mois et disparurent en trois semaines par le salicylate de soude, sans laisser de pigmentation.

III

L'éruption urticarienne n'est pas toujours aussi semblable à elle-même que pourrait le faire supposer la description succincte que nous en avons donnée en commençant. Elle peut, au contraire, offrir un grand nombre de modalités éruptives et, par une série de gradations, aboutir à des formes qui, à première vue, en paraissent très éloignées, mais qu'on ne peut légitimement en distraire.

La plaque ortiée peut s'étendre en surface d'une façon presque indéfinie, et, par la confluence avec des plaques voisines, arriver à couvrir des surfaces considérables, la presque totalité du tronc, une très grande partie des membres. Cela se voit surtout dans l'urticaire aiguë fébrile des enfants. Presque toute la peau est rose pâle, tendue, avec des îlots de peau normale ou du moins simplement érythémateuse, souple et déprimée par rapport au reste de la surface dont elle est séparée par le rebord abrupt et le liséré rouge des plaques urticariennes.

D'autres fois, les plaques peuvent s'affaisser au centre, tout en s'étendant à la périphérie; elles forment alors de grands cercles irréguliers, souvent interrompus, à marche progressive, des sortes de bandes présentant d'un côté une zone érythémateuse et un bourrelet rouge abrupt, de l'autre une saillie plus pâle et s'affaissant graduellement.

L'élevure ortiée peut, inversement, s'éloigner du type par ses petites dimensions et constituer l'*urticaire papuleuse*. Cette forme a fait l'objet d'un travail très important de C. Fox (2). Il considère que le lichen urticatus de Bateman, le lichen strophulus de Rayer et Biett, ne sont pas autre chose que de l'urticaire papuleuse; mais il va trop loin en disant que c'est la seule forme sous laquelle l'urticaire se manifeste à cet âge et qu'elle est spéciale à l'enfance. Ce qui, pour Fox, sépare l'urticaire papuleuse de l'urticaire ordinaire, ce n'est pas seulement le volume des lésions, qui ne dépasse pas le volume d'une lentille, c'est que l'élément urticarien congestif est centré par un élément papuleux inflammatoire, qui en est contemporain ou lui est consécutif.

L'éruption est constituée par des taches rouge clair de la grandeur d'une lentille, saillantes, mais à saillie très graduelle, ce qui leur donne la forme d'un cône surbaissé; la rougeur est également très mal limitée et présente son maximum au centre; à la palpation, on sent une saillie conique, ferme, mais non pas dure. Le centre ou sommet de la lésion est occupé par un point plus rouge et plus ferme, c'est la papule inflammatoire de Fox. Il peut être mis en évidence par la pression avec une lame de verre : l'élevure urticarienne pâlit et laisse voir un point central rougeâtre du volume d'une tête d'épingle. Souvent, le sommet est un peu blanchâtre et l'on y peut distinguer une minime vésicule profondément située. D'autres fois, c'est une pustule, ou bien la vésicule prend un plus grand développement et devient bien évidente. J'ai vu une fois de véritables bulles. De très bonne heure, la papule est écorchée par le grattage et se surmonte d'une croûte noirâtre. Au bout de quelques heures, la papule urticarienne pâlit et s'affaisse, laissant persister une petite papule miliaire surmontée d'une croûte qui tombe au bout de quelques jours. Il reste alors pendant un certain temps de petites papules pâles, grosses comme un grain de mil ou une tête d'épingle, peu saillantes, planes et luisantes au sommet, de sorte qu'elles ressemblent beaucoup à des papules de lichen plan.

L'éruption est tout à fait disséminée; elle peut se faire en tous les points du corps, des membres ou de la face, mais avec une certaine préférence pour le tronc. Elle survient surtout sous forme de poussées nocturnes, accompagnées d'un prurit très intense, qui débutent au moment où l'enfant se déshabille, pour durer quelquefois toute la nuit. Du reste, le seul fait de se déshabiller, même pendant le jour, suffit pour provoquer l'apparition de nouvelles lésions. La maladie est surtout intense en été; pendant l'hiver, elle disparaît ou s'atténue, et peut ainsi durer plusieurs années. Divers auteurs croient qu'elle peut se transformer en prurigo de Hébra, ce qui n'est pas démontré. Ce qui est vrai, c'est que le prurigo de Hébra débute par de l'urticaire papuleuse, mais rien ne prouve que toute urticaire papuleuse puisse se transformer en prurigo.

Le strophulus est, au premier chef, une maladie de l'enfance, et, d'après Fox, qui a basé son mémoire sur l'étude de 213 observations, il ne dépasserait guère huit ans. J'ai cependant eu l'occasion d'en observer deux cas, l'un chez un garçon de quinze ans, l'autre chez une femme qui avait dépassé la trentaine. Chez cette dernière, la nature urticarienne de la maladie était affirmée par cette circonstance que, si l'on frottait un point quelconque des membres su-

périeurs, on voyait, au bout d'une ou deux minutes, survenir quelques élevures lenticulaires prurigineuses, centrées par un point plus ferme, qui ne s'effaçait pas à la pression et qui était donc contemporain de l'élevure, et non, comme on pourrait le croire, dû à l'écorchure par le grattage du sommet de la papule urticarienne.

La poussée d'œdème qui forme l'élevure ortiée peut aboutir à une exsudation liquide qui soulève l'épiderme et produit soit des vésicules très minimes, comme cela est si fréquent dans le strophulus, soit des lésions plus étendues, des bulles, ce qui constitue l'*urticaire bulleuse*. Le volume de la bulle varie depuis un grain de mil (ce sont alors des vésicules) jusqu'à un pois ou même une noisette. La bulle est superficielle, c'est-à-dire que l'épiderme qui en forme la voûte est très mince, elle est bien saillante, bien tendue, transparente et remplie d'un liquide clair. Elle ne présente pas nettement d'auréole rouge, et tantôt elle est dépassée par la plaque urticarienne avec laquelle elle est née, tantôt elle occupe toute son étendue et repose directement sur la peau saine. Dans ce dernier cas, assez fréquent, le diagnostic en serait très délicat si toutes les élevures étaient remplacées par des bulles; mais il n'en est jamais ainsi, et l'on trouve toujours, sur la même malade, des bulles plus petites et des lésions urticariennes non bulleuses.

A côté des urticaires anormales par le petit volume des lésions, il faut placer les urticaires à volume excessif et qui ont été décrites sous les noms d'urticaire géante [Milton(3)], d'œdème aigu circonscrit [Quincke (4)]. Sans vouloir nous étendre longuement sur cette question qui a fait l'objet d'une Revue générale de M. Courtois-Suffit, publiée ici même en 1890, il nous est impossible de la passer complètement sous silence. Contrairement à l'opinion de Max Joseph (5) et de Riehl (6), conformément à celle de M. Courtois-Suffit et de Barduzzi (7), nous admettons qu'il n'y a là que des formes de l'urticaire et non pas une entité morbide spéciale. Cependant, les noms d'urticaire géante et œdème aigu circonscrit, ou mieux d'urticaire œdémateuse (Hardy), paraissent devoir être conservés avec la simple valeur de variétés, d'autant plus que les deux expressions ne sont pas synonymes mais représentent deux types morbides, réunis il est vrai par des nuances insensibles, mais bien différents d'aspect dans les cas bien accusés.

L'*urticaire géante* est caractérisée par des élevures larges, bien limitées, à bords abrupts, faisant une saillie considérable, un demi-pouce dans la première observation de Milton. Ces élevures sont très dures et Milton dit qu'elles donnent à la palpation la sensation d'un muscle biceps énergiquement contracté. Il n'y a pas d'élévation de la température locale, la couleur de la peau ne présente aucune modification ou bien l'on note une légère rougeur. Le prurit est très faible ou même nul, il y a seulement une sensation désagréable de tension. Cette tuméfaction apparaît brusquement et disparaît presque aussi vite, après avoir duré un ou plusieurs jours, quelquefois même plus longtemps, avec des alternatives. On peut citer encore, comme appartenant à ce type, la dernière observation de Joseph.

Dans un cas que j'ai observé, un jeune homme de vingt ans, fils de graveleux, gros mangeur lui-même, est pris, à la suite d'un voyage d'affaires, d'une éruption siégeant au cuir chevelu, au tronc, aux épaules et aux bras et consistant en plaques de la grandeur de la paume de la main, rougeâtres, saillantes et dures; le prurit n'est accusé que la nuit, et à ce moment les plaques deviennent plus saillantes. Elles disparaissent après une durée de quatre ou cinq jours, en laissant une légère pigmentation fugitive. Quelques jours après, à la suite d'une excursion en bateau, pendant laquelle il a beaucoup ramé, il s'est développé aux fesses une éruption de grosses plaques dures, saillantes, douloureuses, plus développées en arrière, où elles forment un volumineux bourrelet résistant et élastique à la palpation. Ces plaques n'étaient prurigineuses que la nuit et ont disparu au bout de quelques jours.

L'*œdème aigu circonscrit* est constitué par des plaques d'œdème limitées, mais à contours mal définis, pâles ou plus rarement roses, donnant lieu à une sensation de tension mais non de prurit, indolentes même à la pression. Dans les diverses observations que nous avons parcourues, la consistance est décrite comme pâteuse ou élastique, quelquefois l'on trouve mentionnée la possibilité de faire garder à l'œdème l'impression du doigt; dans la plupart ce symptôme n'est pas mentionné; dans un certain nombre, on trouve notées la rénitence, l'élasticité et l'impossibilité de déterminer un godet par la pression. En somme, il résulte de la lecture des observations et des descriptions publiées l'impression d'ensemble, qu'il s'agit d'un œdème assez ferme, plus élastique que ne l'est l'œdème hydropique. Il ressort même ce fait que la fermeté et l'élasticité de l'œdème coïncident habituellement avec la limitation nette des plaques, comme par exemple dans les observations de Lovett (8). Ces œdèmes apparaissent brusquement, souvent sous l'influence du froid, quelquefois de la chaleur, chez des individus prédisposés par l'alcoolisme, l'hérédité nerveuse [Osler (9)], par une affection utérine, etc. Ils siègent le plus habituellement à la face, aux organes génitaux ou aux mains. Les paupières gonflées empêchent l'ouverture des yeux; le nez devient gros comme un citron, les lèvres deviennent grosses comme des boudins; le scrotum peut prendre le volume d'une tête d'enfant [Salle (10)], les mains ont l'aspect d'un gant d'escrime [Rapin (11)]. Dans la même observation, Rapin ajoute que, lorsque la tuméfaction occupait une fesse, le malade ne pouvait pas s'asseoir sans caler l'autre fesse avec un coussin. Du reste, toutes les parties du corps peuvent être atteintes et même assez fréquemment les muqueuses. Ces œdèmes durent généralement fort peu de temps, quelques heures ou quelques jours, dans la plupart des cas, ils durent une journée, apparaissent une nuit pour disparaître la nuit suivante. Dans un bon nombre d'observations, on les voit alterner ou coïncider avec de l'urticaire classique.

Cette affection a donc de nombreux points de contact avec l'urticaire, œdèmes pâles, élastiques, fugaces, limités, se produisant dans les mêmes circonstances que l'urticaire, il n'y pas de raison pour les en séparer, la seule différence un peu marquée, c'est que le prurit manque, tandis qu'il est constant dans l'urticaire. Du reste, M. Courtois-Suffit a soutenu cette thèse dans la *Gazette des hôpitaux*, il y a deux ans, nous ne pouvons qu'y renvoyer le lecteur. L'œdème aigu circonscrit, comme l'urticaire géante, n'est qu'une modalité de l'urticaire. La distinction profonde qu'ont voulu établir Riehl et Joseph n'est pas justifiée; comme l'a fait remarquer Neisser dans la discussion qui a suivi la communication de ce dernier, l'urticaire et l'œdème aigu circonscrit ne diffèrent que par le siège plus ou moins profond des altérations et se relient par une foule d'intermédiaires.

La simple observation suffit pour faire constater que l'urticaire est constituée par un œdème des couches superficielles de la peau, œdème d'une nature particulière, ainsi qu'en témoigne la tension toute spéciale qu'on sent à la palpation. Sans sortir du type classique de l'urticaire, il y a de grandes variétés dans l'épaisseur de la plaque infiltrée. Dans certains cas, on ne voit aucune saillie, la palpation latérale ne fait sentir aucune infiltration, mais en effleurant la surface avec les doigts on sent que certains points présentent un peu plus de résistance que la peau normale ou érythémateuse du voisinage. D'autres fois, on a une plaque dont la saillie est évidente et qui, à la palpation, est dure, élastique, résistante et infiltrée; cependant, on sent bien qu'elle n'embrasse pas toute l'épaisseur de la peau. L'urticaire géante est une forme où l'infiltration atteint toute l'épaisseur du derme, et comme celui-ci est formé d'un tissu dense et serré, l'infiltration est très dure et rénitente, l'on trouve alors une plaque très saillante, très dure et très nettement limitée. Dans l'urticaire œdémateuse ou œdème aigu circonscrit, la marche des accidents est la même, le siège seul diffère, l'infiltration se fait dans le tissu cellulaire sous-cutané; elle est, par suite de la laxité du tissu, plus étendue, moins dure et moins bien limitée, mais quoique plus étalée, la saillie et le gonflement n'en sont pas moins considérables, au contraire. L'infiltration peut, du reste, être en même temps dermique et sous-cutanée; ainsi dans l'observation V de Milton, les tumeurs étaient très volumineuses, surtout aux cuisses, très dures, sans changement de couleur, et la surface des grosses tumeurs

était quelquefois surmontée d'une foule de nodosités du volume d'un pois.

De même que le volume et la consistance, le prurit est en rapport avec le siège de l'infiltration, il est lié à l'œdème superficiel. Il peut être extrêmement violent avec une urticaire où l'infiltration est tellement mince qu'elle est à peine appréciable; il est moins prononcé et inconstant dans l'urticaire géante; il manque dans l'œdème circonscrit, à moins que le derme ne soit intéressé en même temps. De là résulte que, dans l'observation précitée de Milton, le prurit était très intense.

En somme, on retrouve dans l'urticaire la même échelle que dans d'autres affections caractérisées par une infiltration dermique et sous-dermique, dans l'engelure et dans l'érythème polymorphe. A la série urticaire érythémateuse, commune, géante et œdémateuse, correspond d'une part l'engelure papuleuse, l'engelure commune et l'érythème induré des scrofuleux; et d'autre part, l'érythème polymorphe purement érythémateux, l'érythème papuleux à éléments plus ou moins gros, enfin l'érythème noueux. Le parallèle est encore accusé par ce fait que, dans les trois maladies (ou les trois groupes), les lésions, surtout superficielles, peuvent être surmontées ou presque remplacées par des bulles.

IV

Quand l'urticaire affecte une région où la peau est mince et portée par un tissu conjonctif lâche, comme aux paupières, elle détermine une tuméfaction beaucoup plus considérable qu'ailleurs. Les paupières sont gonflées dans leur totalité, au point d'empêcher le malade d'ouvrir les yeux; elles sont pâles, plus élastiques et plus tendues qu'elles ne le sont dans l'œdème albuminurique ou même inflammatoire. Au contraire, quand la peau est épaisse et fortement adhérente aux plans profonds, comme à la paume des mains, l'élevure urticarienne est très peu prononcée; la démangeaison est particulièrement violente, mais l'éruption est à peine visible. Il faut un examen attentif pour remarquer une plaque rouge, à contours très diffus, au milieu de laquelle on aperçoit une petite place plus pâle. A la palpation on remarque une légère infiltration mal limitée. L'urticaire des doigts n'est guère plus visible, mais si le gonflement ne frappe que peu la vue, il est très nettement perçu par le malade, qui sent ses doigts gonflés au point qu'il a de la peine à les fléchir.

L'urticaire n'est pas nécessairement limitée à la peau, elle peut atteindre aussi les muqueuses. Pour les muqueuses visibles le fait est facile à constater et il est accepté par tout le monde, mais il n'en est pas de même pour les muqueuses invisibles et qui échappent aux regards.

L'urticaire des lèvres et de la langue est assez commune, les lèvres se tuméfient, leur volume est doublé ou triplé, elles sont le siège d'une sensation de tension et de chaleur cuisante. Il en est de même de la langue, qui peut être atteinte dans sa totalité ou seulement en partie. Elle est gonflée, tendue, dure, d'un rouge intense, ses mouvements sont très gênés mais la douleur est généralement modérée. Dans les autres parties de la cavité buccale, on peut observer des plaques rouges mal limitées et plus ou moins tuméfiées, toutes ces manifestations sont éminemment fugaces et mobiles : elles se produisent brusquement et disparaissent au bout de quelques heures. Elles ne diffèrent guère de l'urticaire de la peau qu'en ce que le prurit est absent et remplacé par une sensation généralement moins intense de cuisson.

L'urticaire de la gorge a été bien décrite par Lasègue (12), elle est du reste assez fréquente. La gorge est tout entière d'une rougeur intense, et la rougeur s'étend aux parties voisines, la muqueuse est tuméfiée et la luette peut prendre le volume d'une noix, comme dans une observation présentée par M. Laveran à la Société médicale des hôpitaux (13). La gorge présente un peu le même aspect que dans l'angine scarlatineuse, mais on n'y voit point de plaques blanches; la douleur est modérée, souvent réduite à un sentiment de picotement et de gêne. Elle est en tout cas beaucoup moins prononcée que dans d'autres angines analogues par l'intensité de la rougeur, telles que celles de la scarlatine et du rhumatisme. Du reste, comme toutes les autres manifestations urticariennes, l'angine ortiée apparaît brusquement et disparaît de même après avoir duré quelques heures, pour récidiver à la première occasion.

L'urticaire de l'œsophage peut ou non être précédée par de l'angine et elle est souvent le prélude d'une urticaire stomacale. Elle n'est pas admise par tous les auteurs, et cependant il en existe des observations très nettes, comme celle de M. Blachez (14). Une dame avait de l'urticaire à propos de la moindre impression de froid : un courant d'air, le contact d'un corps froid déterminaient une éruption au point même qui avait été influencé. Ayant un jour mangé des glaces, elle fut aussitôt prise d'une douleur brûlante sur toute la longueur de l'œsophage, avec sentiment d'angoisse et impossibilité d'avaler. Dans d'autres cas (Rapin, Obs. XVII), on voit la douleur œsophagienne apparaître et disparaître en même temps qu'une éruption d'urticaire généralisée.

L'urticaire de l'estomac et de l'intestin est bien plus discutée (*a*). Il est évident qu'on ne peut pas lui attribuer tous les troubles gastro-intestinaux qui s'observent au cours de l'urticaire, dans bien des cas, dans la plupart même, ils sont symptomatiques d'une indigestion; ils peuvent même être non pas l'effet mais la cause de l'urticaire. Cependant cette objection ne paraît pas pouvoir s'appliquer à tous les cas. L'urticaire même d'origine alimentaire n'est pas nécessairement précédée d'indigestion, elle peut être le seul symptôme de l'intoxication, et les troubles gastriques sont souvent très différents de ceux qu'on observe d'habitude comme résultats directs d'une indigestion ou d'une intoxication. Du reste, quoique ces accidents attribuables à l'urticaire gastrique soient plus fréquents dans l'urticaire *ab ingestis*, ils peuvent survenir aussi en dehors de cette circonstance. Ils sont généralement caractérisés par une douleur épigastrique très vive, une sensation de barre à l'estomac, accompagnée souvent d'angoisse rétro-sternale ou de douleur sur le trajet de l'œsophage, il y a en même temps du hoquet ou des régurgitations ou des vomissements glaireux. Dans un cas publié par Pringle (15), les attaques d'urticaire, qui survenaient presque périodiquement en dehors de toute influence alimentaire, s'accompagnaient de vomissements de sang très abondants. Chez une malade de Guéneau de Mussy, les hématémèses alternaient avec les poussées d'urticaire. Ces crises gastralgiques apparaissent brusquement et cessent de même, après une durée de quelques heures, elles coïncident ou alternent avec une éruption d'urticaire. Dans certains cas, les douleurs gastriques, l'éruption cutanée, ont coïncidé avec des phénomènes intestinaux qu'il paraît naturel de rattacher à une urticaire intestinale. Celle-ci se caractérise par des douleurs abdominales très vives, irradiant surtout autour de l'ombilic, et des diarrhées subites; ces accidents sont passagers et récidivants, et ils peuvent, de même que les phénomènes gastriques, alterner avec l'éruption cutanée. Il est beaucoup plus difficile d'interpréter les faits comme celui de Guéneau de Mussy (loc. cit., p. 625), où une dame de race arthritique est sujette à des crises qui débutent par une sensation de chaleur ardente dans la bouche, qui se propage dans la région épigastrique et s'accompagne d'une soif intense; en même temps l'estomac devient le siège d'une énorme distension gazeuse, elle a des nausées et des éructations; vers la fin de la crise les douleurs descendent vers les régions moyennes et inférieures de l'abdomen, et sont suivies d'une diarrhée peu intense; à ces symptômes succède enfin un sentiment de cuisson et d'ardeur dans la vulve avec un léger flux leucorrhéique; le tout dure environ deux à cinq jours.

L'urticaire des voies aériennes est plus fréquente. On en trouve un bon nombre d'observations empruntées à divers auteurs dans la thèse de Crouslé. Cependant elles ont été, pour la plupart, diversement interprétées. M. Guéneau de Mussy attribue l'asthme de foin à une urticaire des fosses

(*a*) Pour toute cette question de l'urticaire des muqueuses, voir Noël Guéneau de Mussy. *Clinique médicale*, t. IV, et Crouslé. *Essai sur l'urticaire interne*, Th. de Paris, 1883-81.

nasales et des bronches. Il paraît très vraisemblable que cette affection qui, au point de vue de la marche, présente de telles analogies avec l'urticaire, puisse, dans certains cas, lui être attribuée, quoique cette opinion ne soit pas admise par la majorité des rhinologistes : il est positif que l'on voit rarement le syndrome clinique de l'asthme de foin coïncider ou alterner avec une urticaire.

Il n'en est pas de même de l'urticaire bronchique et laryngée, qui, du reste, ont été généralement observées ensemble. Dans certaines observations, comme celles de Davies Pryce (16) et de Cayla (17), on note que la voix était rauque ou éteinte. L'urticaire, en s'étendant aux replis aryténo-épiglottiques, y détermine un gonflement considérable et un syndrome tout à fait analogue à celui de l'œdème de la glotte, qui se serait même terminé par la mort dans un cas d'Osler. Dans l'observation de Cayla, au moment des poussées d'urticaire, la malade est prise de suffocation, elle est assise, le cou tendu, la face congestionnée, la respiration haute et fréquente, la voix est éteinte, il y a du tirage sus et sous-sternal. Dans un cas, observé par Juhel-Renoy et publié dans la thèse de Crouslé, un jeune homme, après avoir mangé du poisson et des moules, est pris d'un étouffement si brusque qu'il s'affaisse sans pouvoir respirer et presque sans connaissance. Des frictions firent apparaître une éruption d'urticaire à la peau, en même temps que la respiration se rétablissait; l'attaque tout entière dura trois quarts d'heure. La mort était imminente; si elle était survenue il eût été impossible d'en deviner la cause.

L'urticaire des bronches, asthme urticarien des Anglais, a été étudiée par M. Guéneau de Mussy et, depuis lors, on en trouve bon nombre d'observations dont plusieurs sont rapportées par Crouslé. L'urticaire peut être due à l'ingestion d'aliments nuisibles (Crouslé), à un cataplasme de farine de lin [Pryce, Kingsbury (18)], à la ponction d'un kyste hydatique [Debove (19)]. Le malade en pleine éruption d'urticaire est pris de toux, d'oppression avec angoisse; la respiration est haletante, précipitée; la face est cyanosée; dans quelques cas on constate de la tuméfaction des lèvres, de la langue ou de la gorge; l'auscultation fait entendre des râles sibilants et ronflants dans toute l'étendue de la poitrine. L'aspect de l'accès est tout à fait semblable à celui d'une attaque d'asthme très violente. Il peut y avoir une expectoration albumineuse abondante (Fernet cité par Crouslé). L'attaque se termine brusquement au bout de quelques heures ou dure, en s'atténuant, un peu plus longtemps, quelquefois elle est jugée par une éruption d'urticaire; d'autres fois elle remplace une urticaire périodique.

L'urticaire vulvaire est loin d'être rare; quant à l'urticaire de la conjonctive oculaire, elle est signalée dans quelques observations rapportées par Crouslé. On y voit la conjonctive bulbaire rouge et gonflée, par plaques ou en totalité, sans chémosis véritable.

M. Potain a décrit des fluxions pleuro-pulmonaires survenant au cours de l'urticaire, mais les cas en sont trop rares et leur interprétation est trop difficile pour qu'il soit possible d'accepter, pour le moment, l'existence d'une urticaire des séreuses. Il en est de même de l'observation de Guelliot où des poussées d'urticaire papuleuse paludique s'accompagnaient de douleurs dans les genoux et les poignets et d'hygroma aigu de la bourse séreuse pré-rotulienne.

L'étude de l'urticaire des muqueuses est très difficile parce que, des trois caractères majeurs de l'éruption cutanée, œdème limité, évolution rapide et démangeaison, le dernier manque presque totalement sur les muqueuses et surtout sur les muqueuses un peu profondes, parce que leur sensibilité est différente et que leur irritation ne se traduit pas de la même manière. L'examen direct est impossible pour la plupart d'entre elles, de sorte que l'on est obligé de se fonder uniquement sur la marche et les coïncidences cliniques. Ces données paraissent néanmoins suffisantes pour faire admettre l'existence de l'urticaire des voies digestives et aériennnes, en attendant qu'il soit possible d'en fixer exactement les limites.

Il faut encore signaler une complication de l'urticaire dont les rapports avec l'éruption cutanée sont très obscurs, c'est l'hémoglobinurie. Lichtheim (20) donne l'histoire d'un malade atteint d'hémoglobinurie paroxystique, qui vit une fois une éruption généralisée d'urticaire coïncider avec une crise d'hémoglobinurie *a frigore*. Un malade de Joseph avait des poussées d'œdème aigu circonscrit toutes les fois qu'il s'exposait au froid. Cinq fois, Joseph vit une attaque d'hémoglobinurie coïncider avec une poussée d'urticaire œdémateuse *a frigore*.

En décrivant les localisations muqueuses de l'urticaire, nous n'avons pas distingué la forme commune de la forme œdémateuse. C'est qu'en effet l'une comme l'autre peut donner naissance aux mêmes accidents.

V

L'*anatomie pathologique* de l'urticaire se réduit à fort peu de chose. Pick, Vidal, Leloir ont excisé des lésions et, par l'examen microscopique, ont trouvé que les vaisseaux sanguins des couches superficielles du derme étaient entourées de leucocytes leur formant comme une gaine; il y avait de plus un œdème interstitiel du tissu conjonctif, avec un nombre exagéré de cellules migratrices. En somme, c'est à peu près ce qu'on trouve dans l'œdème, c'est exactement ce qu'on trouve dans l'érythème polymorphe.

L'urticaire est bien évidemment un œdème de la peau, la clinique seule suffit pour le montrer, mais cet œdème a des caractères tout spéciaux, il est dur, circonscrit et pâle, de plus, il se développe sous l'influence manifeste du système nerveux et il a une rapidité d'évolution toute particulière. C'est au premier chef un œdème angio-névrotique.

La *physiologie pathologique* en est cependant difficile et obscure. Dire que c'est une congestion anémique n'explique rien du tout. Si l'on met à part les œdèmes dyscrasiques comme ceux qui sont liés à l'albuminurie, on voit que les œdèmes mécaniques sont dus, soit à un afflux exagéré du sang artériel, soit à une gêne de la circulation veineuse de retour; dans l'un et l'autre cas, il faut qu'il s'y joigne une influence nerveuse dont la nécessité a été démontrée par Ranvier. Le premier mécanisme peut expliquer l'œdème inflammatoire, mais non un œdème pâle et nullement inflammatoire comme l'urticaire. Unna (21), remarquant que l'obstruction seule des lymphatiques ne saurait produire l'œdème à cause de la largeur surabondante de la voie veineuse, suppose que l'urticaire est due à une contraction spasmodique des veines. Il faut, cependant, remarquer que cela s'accorde mal avec ce que nous savons des œdèmes par arrêt de la circulation veineuse : dans la phlegmatia alba dolens, il existe bien un œdème pâle, mais essentiellement diffus et mou. De plus, la contraction spasmodique des veines a justement été invoquée par Hochenegg pour expliquer l'asphyxie locale des extrémités. Enfin, rien ne prouve que les veines de la peau soient douées d'une si puissante musculature et d'une si énergique contractilité. C'est pourquoi Neisser (22), s'appuyant sur des expériences d'Ostroumoff, qui détermine de l'œdème de la langue par une excitation prolongée du nerf lingual, sans qu'il y ait diminution de l'écoulement par les veines, pense avec Heidenhain que l'urticaire est due à une sécrétion active de lymphe, se faisant au niveau des capillaires et amenant consécutivement la compression des vaisseaux. En tout cas, comme l'a fait remarquer Renaut, la forme arrondie des plaques ortiées correspond aux territoires vasculaires de la peau.

Dans tous les cas, c'est le système nerveux qui est le principal facteur dans la production de l'urticaire, et il agit de deux façons. En effet, il existe un trouble général du système nerveux, d'origine centrale ou d'origine toxique, qui consiste en une hyperexcitabilité, et une lésion locale, qui met en jeu cette hyperexcitabilité réflexe, laquelle peut siéger à la peau ou dans un organe éloigné.

VI

Avant d'aborder l'étiologie, il est utile d'établir les bases du *diagnostic* et de fixer les limites de ce qu'on doit entendre par urticaire. Nous avons vu que l'urticaire est constituée par un œdème dur, anémique, fugace et prurigineux quand il occupe les couches superficielles du derme. Nous y avons

fait entrer le strophulus ou urticaire papuleuse, l'urticaire géante, l'œdème aigu circonscrit ou urticaire œdémateuse et tout le groupe des urticaires internes. Doit-on au même titre y englober l'*urticaire factice* et l'*urticaire pigmentée?*

Chez certains individus névropathiques, il suffit de faire une traînée sur la peau avec l'ongle ou avec une pointe mousse, pour voir naître au bout d'une ou deux minutes, tout le long de la strie, une élevure blanche, ferme, œdémateuse, qui reproduit exactement tous les caractères de l'élevure ortiée; elle en a la fugacité, mais n'est que peu ou pas prurigineuse. Cette disposition nerveuse spéciale, qui se traduit par cette hyperexcitabilité vaso-motrice, peut être passagère ou persistante. Généralement les sujets sont franchement hystériques, mais l'absence de prurit ne peut pas s'expliquer par l'anesthésie hystérique, car l'intégrité de la sensibilité est expressément mentionnée dans plusieurs observations. Nous trouvons donc ici l'éruption ortiée la plus typique au point de vue de l'aspect de la lésion et au point de vue de son évolution. L'absence de prurit n'est pas une différence absolue, car il est toujours variable dans son intensité, quelle que soit la cause de l'urticaire. L'élevure ne se produit qu'au point excité et pas ailleurs, mais il en est de même quand l'éruption est due aux orties. En résumé, bien que, dans l'urticaire factice, on ne trouve qu'un symptôme de la maladie, l'éruption, celui-ci est tellement typique dans son aspect, qu'il nous semble impossible de tracer une limite absolue entre ces deux affections. L'urticaire factice est certainement une variété très distincte, mais on doit la considérer comme une urticaire véritable.

Il n'en est pas de même de l'urticaire pigmentée. Il s'agit ici d'une maladie bien distincte et bien limitée. Elle est particulière à l'enfance et débute par des élevures urticariennes typiques, mais où l'examen microscopique montre déjà des caractères spéciaux. On y trouve, en effet, une infiltration considérable, formée de ces cellules qui ont reçu d'Ehrlich le nom de Mastzellen. Après une durée assez prolongée, les élevures ortiées s'affaissent, laissant des taches pigmentées, couleur chamois, qui persistent très longtemps et ne disparaissent qu'après plusieurs années.

La présence simultanée de ces taches pigmentaires, bien différentes de la légère teinte ecchymotique qui persiste parfois quelques jours après une urticaire un peu intense, permettra toujours de faire facilement le diagnostic.

Il est des cas où l'*érythème polymorphe* peut présenter les plus grandes analogies avec l'urticaire et M. Besnier, dans ses notes à la traduction de Kaposi, a bien fait ressortir les points de contact entre ces deux affections. Nous croyons cependant que les cas difficiles sont rares. L'érythème polymorphe a de la prédilection pour les membres du côté de l'extension. Les élevures présentent assez souvent une tache pâle au centre, mais celle-ci a une demi-transparence qui fait plutôt penser à une vésicule qu'à la blancheur anémique de l'urticaire; les lésions sont moins fugaces que celles de l'urticaire et elles ne sont pas spontanément prurigineuses, mais plutôt douloureuses à la pression, ce qui ne se voit guère dans l'urticaire. Enfin les irritations locales, le grattage ne font pas naître de nouvelles lésions.

La *dermatite herpétiforme* de Duhring est souvent accompagnée d'éruptions ortiées. Celles-ci peuvent constituer toute la maladie pendant un certain temps, ou elles peuvent accompagner les éruptions vésiculo-bulleuses. On ne peut nier qu'il ne s'agisse d'une urticaire véritable, mais elle est symptomatique d'une maladie plus grave, l'éruption ortiée fait partie de la dermatite de Duhring au même titre que les bulles et les pustules, les uns et les autres également prurigineux.

On en peut dire autant du mycosis fongoïde qui peut ne se manifester, pendant un assez long temps, que par de l'urticaire chronique. Dans l'un et l'autre cas, le diagnostic objectif et immédiat d'urticaire sera exact, c'est le diagnostic étiologique qui est la pierre d'achoppement.

Il n'est, en effet, rien de plus touffu, de plus variable et de plus banal que l'*étiologie* de l'urticaire. Mais cette banalité n'est pas celle d'un bon nombre de maladies dans lesquelles la multiplicité des causes invoquées ne fait que masquer l'ignorance où nous sommes des causes véritables. Cette étiologie si multiple est fort exacte, mais elle se réduit presque tout entière à quelques groupes très simples : troubles nerveux primitifs ou secondaires à une intoxication, lesquels, suivant leur mode d'action, peuvent être considérés comme causes occasionnelles ou prédisposantes.

Parmi les influences locales jouant le rôle de cause occasionnelle ou déterminante, nous devons citer en première ligne les excitations mécaniques de la peau, telles que le grattage. Nous avons vu qu'il existe une variété d'urticaire qui se produit chez certaines personnes sous cette seule et unique influence, pourvu qu'elle soit assez énergique. Chez un individu atteint d'urticaire de cause quelconque, il suffit souvent de gratter la peau pour y voir apparaître des élevures prurigineuses, et comme le grattage est souvent inconscient, que la pression ou le frottement des vêtements peuvent jouer le même rôle, il est très difficile de dire si une élevure donnée s'est produite spontanément ou consécutivement à une excitation locale. Il en résulte qu'on pourrait croire, en appliquant ici les idées de MM. Brocq et Jacquet sur certaines dermites et le lichen, que l'urticaire est toujours consécutive à une irritation locale et qu'elle n'existe pas en tant qu'éruption prurigineuse. La maladie serait donc uniquement constituée par la coïncidence d'un prurit d'origine nerveuse et d'une hyperexcitabilité des vaso-moteurs; dans certains cas, il pourrait y avoir dissociation des deux phénomènes : prurit sans excitabilité vaso-motrice, par conséquent sans éruption, ou excitabilité vaso-motrice spéciale sans prurit, d'où urticaire factice. Il ne semble pas que cette doctrine puisse être admise dans son entier. Chez un individu atteint d'urticaire, le grattage ne détermine pas toujours l'apparition de nouvelles élevures au point gratté; d'autre part, il est positif que l'on peut voir survenir des élevures spontanément, sans aucune excitation locale préalable. Cristiani rapporte l'observation d'un malade paludéen qui tomba dans le coma dès le début de son accès de fièvre et chez qui apparut une abondante éruption d'urticaire, sans que le grattage ait pu être mis en cause. L'urticaire œdémateuse naît souvent sans irritation locale antérieure. Enfin, l'urticaire interne ne saurait être expliquée par cette hypothèse, car, s'il est des cas rares où l'on peut invoquer une irritation locale par un agent chimique (aliment) ou physique (froid), il n'en est pas ainsi dans la majorité des cas, et notamment pour l'urticaire des voies respiratoires. Du reste, il est à remarquer que, si parfois le prurit semble précéder l'éruption, il est très aggravé par elle et que son maximum d'intensité correspond à des plaques en plein développement. L'éruption est donc prurigineuse par elle-même. Elle peut se produire spontanément et l'irritation de la peau, par le grattage, est une puissante cause adjuvante qui ne suffit, à elle seule, à produire l'éruption que dans l'urticaire factice, et encore y a-t-il là un état nerveux antérieur.

A côté du traumatisme mécanique, on peut placer l'influence du froid. Il agit, en effet, dans l'urticaire, d'une façon purement locale. Dans une observation souvent citée de M. Blachez, le contact d'un corps froid déterminait des élevures d'urticaire au point touché et les muqueuses avaient la même sensibilité, comme le démontra une urticaire de l'œsophage, à la suite de l'ingestion d'une glace. M. Negel (23) rapporte l'histoire d'une malade qui ne pouvait plonger les mains dans de l'eau froide, sans avoir une éruption d'urticaire très intense et très étendue, mais surtout prononcée aux mains. Cette même dame, ayant une fois pris un bain de mer, eut aussitôt une urticaire tellement intense et tellement étendue, qu'elle ne put sortir de l'eau sans aide. Un malade de Joseph avait de l'urticaire chaque fois qu'il s'exposait au froid; quelquefois même, l'éruption s'accompagnait d'hémoglobinurie. Cette influence du froid est signalée, d'une manière plus ou moins explicite, dans beaucoup d'observations et l'on peut expliquer de la même façon bien des urticaires qui apparaissent au moment où le malade se déshabille pour se coucher, ou quand il se découvre à la consultation du médecin.

Les irritants chimiques constituent un groupe de causes locales très nombreux et très varié. Nous devons signaler en première ligne les orties. Deux espèces d'orties européennes sont capables de produire l'urticaire, la grande ortie, *urtica dioica*, et la petite ortie, *urtica urens*, bien plus

irritante que la première. Il est, du reste, des espèces exotiques d'orties, dont l'action est beaucoup plus vive encore et qui peuvent déterminer des accidents graves. L'agent irritant de l'ortie est un poil unicellulaire effilé, terminé par une extrémité libre, mousse et crochue, qui forme même une sorte de petit bouton. Son extrémité basale renflée est enchâssée dans un pédicule qui contribue probablement à la sécrétion du poison contenu dans le poil. Ce poison irritant, d'après la plupart des auteurs, serait de l'acide formique. Quand on touche des orties, le poil crochu se brise à son extrémité qui pénètre dans la peau et y verse une minime quantité du poison. Dans les régions où l'épiderme est épais, comme à la paume des mains, l'inoculation n'a lieu que dans la couche cornée et le poison reste sans action.

Il est possible que bien d'autres substances végétales aient une action irritante du même genre. Tous les entomologistes savent fort bien que, lorsqu'on chasse les insectes en « fauchant » dans les grandes herbes avec son filet, on est souvent atteint d'une urticaire localisée à la face, aux mains et aux avant-bras. Si l'on admet la nature urticarienne de l'asthme de foin, il est assez naturel de supposer que le pollen des graminées, sans action sur la peau, soit susceptible de déterminer de l'urticaire des muqueuses. Du reste, sur ce terrain, nous rencontrons des idiosyncrasies sans nombre. Ainsi, il est des cas où un cataplasme de farine de lin a déterminé une éruption intense d'urticaire, s'accompagnant même d'accidents graves du côté des muqueuses (Pryce, Kingsbury).

L'urticaire due à des poisons animaux est peut-être plus fréquente. Il faut citer en première ligne les parasites tels que puces, cousins et punaises. Il se produit habituellement une élevure urticarienne au point piqué, mais de plus, chez certains individus, le grattage produit d'autres élevures et généralise l'éruption. Il n'est pas rare de voir des enfants, à peau susceptible, présenter une éruption généralisée, le plus souvent à petits éléments, à l'occasion d'une seule piqûre de puce. Cette unique piqûre a provoqué le grattage et mis en jeu cette irritabilité spéciale, sur laquelle nous aurons tout à l'heure à revenir, et qui, jusque-là, était restée latente. Certaines urticaires chroniques, à poussées nocturnes, sont dues aux punaises, et si la présence de ces parasites est ignorée, le diagnostic peut en être très difficile. Du reste, de même que certaines personnes ont une sensibilité exagérée, d'autres ont une sensibilité très émoussée et sentiront à peine des piqûres qui, chez d'autres, détermineront une éruption surabondante. L'idiosyncrasie va même si loin que telle personne aura de l'urticaire généralisée pour une piqûre de puce, qui sera réfractaire aux moustiques et aux punaises ou inversement. La piqûre de tous ces parasites agit à peu près de la même façon que les orties. Ils inoculent dans la piqûre un venin destiné probablement à augmenter l'afflux du sang vers la piqûre ou à le liquéfier et à faciliter son ascension dans la trompe.

En dehors des animaux qui attaquent l'homme et qui font des piqûres pour se nourrir, il en est d'autres qui ne font que se défendre, telles sont les méduses. Celles-ci portent des capsules renfermant un filament enroulé dont le contact suffit pour déterminer de l'urticaire sur les régions du corps où la peau est mince. On peut assez impunément toucher des méduses avec les mains, mais si l'on vient ensuite à se toucher la face, on aura de l'urticaire en cette dernière région.

Une forme d'urticaire, assez particulière, est celle qui est provoquée par les *chenilles processionnaires*. Elle a quelquefois été décrite sous le nom d'urticaire endémique, parce qu'elle est en effet endémique dans les districts infestés de ces chenilles.

La chenille processionnaire appartient à la tribu des bombyx; on en distingue trois espèces, celle du pin sylvestre (*Cnethocampa pinivora*), celle du pin maritime (*Cn. pityocampa*) et celle du chêne (*Cn. processionea*). Ces trois espèces ont des particularités communes, elles vivent en communauté, se déplacent par bandes et forment des nids compacts qu'elles changent à chaque mue, en abandonnant dans l'ancien nid toutes les peaux desséchées. La chenille du pin sylvestre fait son nid dans la mousse au pied de l'arbre, celle du pin maritime le fait au sommet des branches, celle du chêne le fait contre le tronc, sous forme d'un grand sac de soie grise. Comme cette urticaire endémique est une affection éminemment rurale, elle n'a donné lieu qu'à un petit nombre de travaux. Nous citerons particulièrement un article de F. Lalesque (24) sur la processionnaire du pin maritime et un mémoire très remarquable et très étudié de Laudon (25) sur la processionnaire du pin sylvestre, où l'on pourra trouver toute la bibliographie de la question. J'y ajouterai mes souvenirs personnels, souvenirs cuisants, d'une endémie d'urticaire due à la processionnaire du chêne. Le contact des chenilles n'est nullement nécessaire pour la production de l'éruption, il suffit de passer dans un bois infesté, ou mieux d'y séjourner quelque temps, ou mieux encore de déchiqueter les nids habités ou abandonnés. L'urticaire est donc due à des poussières provenant de ces nids qui viennent s'attacher sur le corps. L'éruption siège aux plis de flexion et dans tous les points où les vêtements exercent une certaine constriction, au cou, surtout en avant, au-devant des aisselles, dans les plis du coude, aux poignets, à la taille, au scrotum, dans les plis du jarret et aux cous-de-pied. Elle est constituée par des élevures urticariennes, généralement assez superficielles, d'étendue variable, excessivement prurigineuses et manifestement exagérées par le grattage. Dans certaines régions, comme aux paupières, le gonflement peut être assez considérable pour déterminer l'occlusion des yeux. L'éruption est généralement assez passagère et disparaît au bout d'une heure ou deux. D'après Laudon, elle peut affecter les muqueuses et l'on peut voir survenir, d'une façon tout à fait soudaine, un gonflement de la muqueuse du pharynx et du larynx avec dysphagie, toux, raucité de la voix, ou encore des conjonctivites parfois avec kératite. Les animaux peuvent être atteints d'urticaire de la peau et des muqueuses; Zickerow rapporte que les bois infestés sont abandonnés par les animaux sauvages et les oiseaux; Laudon confirme le fait pour les oiseaux, à part le coucou qui se nourrit de ces chenilles et en fait un grand carnage. L'endémie n'est, du reste, pas persistante et dans le fait qui m'est personnel, l'endémie dura environ trois ans et n'a pas reparu depuis dix-huit ans, du moins avec la même intensité. D'après Laudon, l'agent irritant serait constitué par certains poils, dits « poils du miroir », qui couvrent les petites taches noires situées sur le dos de la chenille. Ces poils sont extrêmement petits et ne dépassent pas $0^{mm}2$ de long sur une épaisseur de 3 à 6 μ. Ils sont constitués, non par un tissu, comme d'habitude chez les animaux, ou par une seule cellule, comme les poils des végétaux, mais par une sécrétion épidermique. Ils sont effilés à leur extrémité adhérente et barbelés à barbes dirigées vers la grosse extrémité. Ils sont creux et paraissent contenir un liquide. On conçoit que cette forme barbelée leur permette de pénétrer assez profondément dans l'épiderme, surtout à la faveur des pressions et des frottements. Le venin des poils de processionnaire serait, d'après Goossens et Girard, de la cantharidine. Laudon pense plutôt, avec Will et Gorup, que c'est de l'acide formique et il constate que les nids de chenilles sont fortement acides. Du reste, ce venin peut se conserver très longtemps, pendant plus de dix ans (Trousseau et Pidoux).

Divers *troubles nerveux* peuvent être souvent la cause de l'urticaire. Chez un individu prédisposé, une émotion peut servir de cause occasionnelle à une poussée comme chez cette malade de M. Vidal (26) qui, à la suite d'une violente colère, vit se développer une vaste plaque d'urticaire sur l'abdomen. D'autres fois, les troubles nerveux constituent la prédisposition. Un malade de Barduzzi (27), devenu neurasthénique à la suite de violents chagrins, eut des attaques d'urticaire œdémateuse qui se répétèrent à des intervalles variables tant que durèrent les troubles neurasthéniques et qui disparurent en même temps que ces derniers. Rappelons que les individus qui présentent le phénomène de l'urticaire factice sont des névropathes.

Certaines maladies paraissent agir par l'intermédiaire du système nerveux. De ce nombre, sont les affections utérines. Des malades atteintes d'ovaro-salpingite présentent

de l'urticaire chronique qui disparaît lorsque la maladie génitale a été guérie par l'ablation des annexes utérines ou autrement. Frank (28), Barduzzi (loc. cit.), Pick (29) ont rapporté des cas de ce genre.

Dans le cas de Pick, l'éruption apparaissait à chaque période menstruelle et ne guérit qu'après l'ablation des annexes. E. Wilson (30) cite un cas d'urticaire extraordinairement tenace, survenu à la suite d'une grossesse et qui disparut soudain à l'apparition des règles. On connaît des cas d'urticaire liée à la grossesse (Hebra) et Börner (31) a signalé la coïncidence d'œdèmes aigus circonscrits avec la menstruation et la ménopause.

La dentition agit encore de la même façon et une vieille tradition attribue le strophulus à cette cause. Il est certain que, chez beaucoup d'enfants, souvent prédisposés par des troubles digestifs, des poussées de strophulus marquent l'éruption de chaque dent.

Les *intoxications* capables de provoquer l'urticaire présentent, au plus haut degré, cette variabilité suivant les individus que nous signalions plus haut. Parmi les substances usitées comme aliment ou comme médicament, il n'en est presque aucune qui ne puisse, chez un individu donné, déterminer une éruption d'urticaire. Parmi les médicaments, le santal, la quinine, l'iodure de potassium, etc., ont parfois causé cet accident; nous n'avons pas la prétention de les citer tous, il faudrait de longues recherches pour faire une liste probablement incomplète et certainement dépourvue d'intérêt. Il n'est presque pas de médicament qui ne puisse provoquer des éruptions et, comme l'a montré M. Besnier, chacun fait son éruption médicamenteuse à sa façon, suivant sa prédisposition personnelle et non suivant le médicament. Parmi les aliments, même variété, plus grande encore peut-être. Certains d'entre eux, cependant, provoquent l'urticaire assez fréquemment pour qu'il soit nécessaire au moins de les signaler, tels sont les fraises, les crustacés, le poisson de mer, les coquillages et surtout les moules. L'écrevisse, le homard et la moule sont, en somme, les aliments les plus dangereux sous ce rapport; mais bien d'autres aliments ont pu être incriminés, même parmi les plus inoffensifs d'habitude, tels que les œufs ou la viande de veau. Le plus souvent, l'éruption est le seul symptôme de l'intoxication, elle apparaît quelques minutes ou un petit nombre d'heures après l'ingestion et présente son maximum d'abondance dès la première poussée. Elle peut persister plusieurs jours ou disparaître au bout de quelques heures, soit d'une façon définitive, soit pour se montrer de nouveau les jours suivants. Son abondance n'est pas moins variable que sa localisation, car tantôt elle est très discrète, tantôt confluente; tantôt l'urticaire est exclusivement cutanée, tantôt elle atteint les muqueuses primitivement ou consécutivement. Dans certains cas, l'éruption cutanée s'accompagne de phénomènes gastro-intestinaux qu'il est difficile d'attribuer à une urticaire interne et qui sont plutôt symptomatiques d'une indigestion violente ou d'un véritable empoisonnement. Cela se voit surtout avec les moules qui, dans certaines conditions, déterminent des empoisonnements graves, voire mortels, sans qu'il puisse être question d'urticaire.

Depuis longtemps, on a signalé l'apparition de l'urticaire à la suite de la ponction des kystes hydatiques du foie. M. Dieulafoy a montré qu'elle peut apparaître dans le cours de la maladie, sans qu'il y ait eu de ponction. Elle peut survenir également à la suite de la rupture d'un kyste hydatique dans le péritoine. J'en ai moi-même observé un cas dans le service de M. Straus, dont j'étais l'interne. Un jeune homme, atteint de kyste hydatique du foie, se heurta violemment le ventre contre l'angle d'un meuble, il sentit une violente douleur dans le côté, remarqua que sa tumeur avait diminué de volume et, quelques heures après, il entrait à l'hôpital Tenon avec une éruption d'urticaire confluente qui disparut au bout de quelques jours. Il était naturel de supposer qu'il s'agissait d'une intoxication par le liquide hydatique épanché dans le péritoine, cependant l'insuccès des expériences tentées dans de mauvaises conditions par divers auteurs empêchait d'admettre cette hypothèse jusqu'à ce que la preuve en ait été fournie par M. Debove, qui a réussi à provoquer de l'urticaire locale, généralisée ou même muqueuse, par l'injection sous-cutanée à l'homme sain du liquide hydatique pur et filtré (32).

On peut rapprocher de l'urticaire par intoxication celle qui est consécutive à des troubles digestifs aigus ou chroniques. Une indigestion quelconque, un embarras gastrique passager peut s'accompagner d'une urticaire qui durera quelques jours. On conçoit qu'il est alors fort difficile de dire si l'éruption est due à tel ou tel aliment ou simplement le résultat d'une intoxication par les produits anormaux d'une digestion mal faite. La distinction a du reste un médiocre intérêt pratique, vu que, dans l'un et l'autre cas, un bon purgatif fera disparaître la cause et l'effet.

Plus fréquemment peut-être, l'urticaire chronique est causée par un trouble digestif également chronique. C'est même là la cause la plus habituelle de ces urticaires chroniques si désespérément tenaces. Dès la première enfance, l'urticaire papuleuse est très souvent liée à une alimentation défectueuse; elle serait même, d'après M. Comby (33), toujours la conséquence d'une alimentation vicieuse actuelle ou passée et se traduisant par une dilatation de l'estomac. Chez l'adulte, cette relation n'est pas moins fréquente et il est très habituel de trouver des troubles digestifs plus ou moins marqués chez les individus qui se plaignent d'urticaire chronique. Souvent les troubles digestifs ne font que créer la prédisposition et l'éruption est déterminée par une cause occasionnelle quelconque, telle que le froid. D'autres fois, l'éruption apparaît périodiquement sans cause déterminante appréciable, par exemple après le repas ou la nuit. Du reste, comme nous l'avons déjà fait remarquer, un certain nombre de ces urticaires nocturnes sont provoquées par le contact de l'air froid sur des régions du corps habituellement couvertes ou par le contact de vêtements de nuit plus rudes que le linge de jour.

L'urticaire chronique, liée à une dyspepsie chronique, est aussi bien due à une intoxication que l'urticaire aiguë de l'indigestion. Dans quelques cas, cités par Elliot (34) et par Joseph (35), l'urticaire était due à l'usage de l'alcool et a guéri par la suppression de toute boisson alcoolique.

Certaines maladies générales agissent de la même façon. Les maladies du foie et notamment l'ictère, l'urémie lente de la néphrite interstitielle s'accompagnent de prurit et quelquefois d'urticaire qui n'est peut-être que le résultat du traumatisme des ongles.

On sait qu'un grand nombre de *maladies infectieuses* peuvent déterminer des éruptions variées, généralement érythémateuses. On a quelquefois signalé l'urticaire parmi ces éruptions. Hoffmann (36) a signalé l'urticaire à la suite de la grippe; Seitz (37), à la suite de la rubéole; M. Morris (38), à la suite de la vaccine. Ce sont là des faits accidentels et presque isolés, mais il n'en est pas de même de l'urticaire consécutive à l'infection paludéenne. Cette dernière est remarquable par sa fréquence, par sa ténacité en dehors du traitement spécifique, et par les difficultés du diagnostic. Cette question a été surtout étudiée par MM. Verneuil et Merklen (39) qui en ont trouvé bon nombre de cas épars dans la littérature médicale, et leur mémoire a provoqué plusieurs publications sur ce sujet. L'éruption peut coïncider avec l'accès; dans les cas de Cristiani (40) elle débutait avec le stade de chaleur et disparaissait à la fin du stade de sueurs; son intensité était en rapport avec celle de l'accès fébrile lui-même. Parfois, au cours d'un accès fébrile plus ou moins violent, il apparaît une légère éruption d'urticaire qu'il faut chercher pour la voir. D'autres fois, c'est l'éruption qui domine la scène, elle survient périodiquement, avec le type quotidien ou le type tierce, et s'accompagne à peine d'un léger accès fébrile, voire d'un simple malaise qui suffit souvent cependant pour mettre sur la voie du diagnostic. Enfin, l'urticaire peut être le seul symptôme de l'impaludisme et constituer une forme des plus intéressantes de fièvre larvée. L'urticaire peut être intermittente, quotidienne ou tierce d'une façon régulière, ou bien elle n'offre aucun type périodique. M. Lardier (41) a observé sur lui-même de l'urticaire survenant par poussées sous l'influence du froid et qui ne guérit que par le sulfate de quinine. La forme éruptive qui est le plus souvent observée est la forme classique de l'urticaire, cependant il est probable que l'on trouvera là toutes les formes

possibles. Dans quelques observations d'œdème circonscrit on trouve signalés des antécédents d'impaludisme (Vogel). Cristiani signale une teinte cyanotique des plaques. J'ai dernièrement observé, chez un jeune homme, un cas d'urticaire papuleuse qui, après avoir résisté sans modification sensible à divers traitements locaux et généraux, après avoir duré plusieurs mois, a disparu en deux jours par le sulfate de quinine. Il faut ajouter que le malade était originaire d'un pays paludéen où il allait tous les ans passer les vacances.

Au-dessus de toutes les causes que nous venons de signaler, la plupart des auteurs placent l'arthritisme. Mais cette expression d'un vague si compréhensif mérite d'être un peu précisée. Il est certain que les individus goutteux, hémorrhoïdaires, migraineux, sont plus enclins à l'urticaire que les autres ; que c'est parmi eux qu'on rencontre le plus souvent ces personnes qui ont de l'urticaire à propos du plus léger écart de régime, pour une écrevisse, pour une assiette de fraises ou pour un verre de vin blanc ; ils ont de l'urticaire comme d'autres auront de la migraine ou une attaque d'asthme pour des causes aussi futiles, mais il faut remarquer qu'un grand nombre d'entre eux sont dyspeptiques ou uricémiques, ils sont donc prédisposés à l'urticaire par une auto-intoxication habituelle. D'autres sont des névropathes, chez qui les réactions nerveuses sont souvent exagérées. Il n'est plus possible de comprendre l'arthritisme avec le sens précis que lui donnait Bazin, comme une maladie définie au même titre que la syphilis, c'est une résultante qui n'est caractérisée que par ses manifestations et surtout par leur ensemble. Nous ne connaissons que ces manifestations et nous groupons sous une formule commode cet ensemble de phénomènes, parce qu'il est fréquent de les voir coïncider ou se succéder chez certains individus ou dans certaines familles. L'arthritisme est formé par le groupement d'un certain nombre de troubles fonctionnels ou de maladies organiques, dont plusieurs peuvent donner naissance à l'urticaire.

Cette notion est très importante au point de vue du traitement, car celui-ci devra être dirigé, non contre l'arthritisme dont nous ne savons rien, mais contre la cause plus immédiate de l'urticaire, contre la dyspepsie ou la gravelle, contre la goutte ou la neurasthénie, qui tient l'urticaire sous sa dépendance.

VII

Ce que nous avons dit de l'étiologie nous permettra d'être bref sur le *traitement*. Il faut se proposer un double but : le premier, contingent, consiste à procurer au malade un soulagement immédiat mais momentané, c'est le traitement symptomatique ; le second, plus essentiel et plus difficile, se propose de supprimer la cause même de l'éruption.

Le traitement symptomatique peut être quelquefois négligé, mais il peut avoir une grande importance, par exemple dans les cas d'urticaire interne avec symptômes alarmants, ou bien dans les cas où l'on se borne à un traitement purement symptomatique en attendant d'avoir pu poser un diagnostic étiologique. Lorsque, par exemple, il existe des accidents de congestion pulmonaire ou d'œdème laryngé, que l'on croit pouvoir attribuer à une urticaire interne, il sera très utile de rappeler l'éruption à la peau par des frictions sèches ou des flagellations, voire par de l'urtication artificielle, telle qu'en détermine la flagellation avec des orties. On pourra aussi donner un bain de pieds chaud, sinapisé ou non, pour faire de la dérivation ; cela seul a suffi, dans quelques cas, à faire disparaître des accidents.

Le prurit peut être calmé par divers moyens généraux ou locaux. Parmi les premiers, se trouve, en première ligne, l'antipyrine, qui suffira souvent à faire disparaître la démangeaison (42). Les narcotiques peuvent également être utiles : ainsi le chloral, la morphine et surtout le bromure de potassium.

Les moyens locaux sont plus usités. Les bains sont généralement inefficaces. Certains malades s'en trouvent bien, d'autres s'en trouvent mal, la plupart n'en retirent aucun bénéfice. On peut faire des lotions avec du vinaigre aromatique phéniqué (vinaigre aromatique 300, acide phénique 10) ou du vinaigre de Pennès étendu de une, deux ou trois parties d'eau. Après cette lotion et sans essuyer, on fait un poudrage avec de la poudre de talc additionnée de 1 p. 100 d'acide salicylique. Cela suffit, dans bien des cas, pour procurer un soulagement très marqué, en supprimant la démangeaison dès le début et en empêchant le malade de multiplier son éruption par le grattage. Ces lotions vinaigrées sont particulièrement utiles dans le strophulus des enfants. Une lotion faite au moment du coucher leur permet souvent de dormir, alors qu'ils passaient auparavant toute la nuit à crier et à se gratter. D'autres fois, on obtient des effets remarquables avec le menthol (43). Au moment où le prurit apparaît, le malade, au lieu de gratter les premières élevures ortiées, y fait une friction avec de l'huile d'amandes douces additionnée de 5 à 10 p. 100 de menthol, ou même avec une solution alcoolique de menthol dont l'action est plus rapide. Le prurit est promptement calmé et remplacé par une sensation de froid accompagné quelquefois d'un peu de brûlure. Il faut, du reste, remarquer que les effets du menthol sont assez variables suivant les individus. Tantôt, c'est la sensation de froid, tantôt, la sensation de brûlure qui domine ; l'analgésie est très accusée chez certaines personnes, chez d'autres, elle est à peine sensible. Bien d'autres moyens locaux peuvent être employés et il est nécessaire d'en avoir toujours un stock à sa disposition dans des affections quelquefois aussi rebelles. C'est ainsi que l'on peut employer des lotions de chloral, de cocaïne, d'alcool, de coaltar saponiné ou encore des savonnages avec du savon de goudron qu'on laisse sécher sur le corps. Je me borne à indiquer ceux que j'ai employés avec quelque résultat.

Tous ces moyens ne sont, au fond, que des palliatifs, ils calment la démangeaison et voilà tout. Cela est cependant beaucoup et l'axiome *principiis obsta* s'applique bien à l'urticaire : en ôtant au malade l'envie de se gratter au début de la poussée, on l'abrège considérablement.

Le traitement de la cause est plus important et plus efficace, mais des indications plus variables sont aussi beaucoup plus difficiles à trouver. Il n'est pas possible d'entrer ici dans tous les détails que ce sujet comporte, d'autant plus que ce serait répéter le chapitre de l'étiologie.

L'urticaire aiguë ou subaiguë, consécutive à une indigestion ou à l'absorption d'un aliment nuisible, disparaîtra promptement à la suite de l'administration d'un purgatif salin qui balaiera toutes les toxines contenues dans l'intestin.

Lorsque l'urticaire est due à l'impaludisme, quelques doses de sulfate de quinine en auront promptement raison. Il semble que certaines urticaires périodiques peuvent être guéries par le sulfate de quinine, sans pour cela être dues au poison paludéen, mais ce fait aurait besoin d'être vérifié et confirmé par des observations où l'impaludisme serait sûrement hors de cause.

Les cas les plus difficiles à traiter sont les urticaires chroniques, mais toute la difficulté est dans le diagnostic, car un diagnostic étiologique précis comporte avec lui l'indication thérapeutique. Il faudra rechercher avec soin toutes les maladies générales ou locales capables de provoquer l'urticaire, l'impaludisme, les affections utéro-ovariennes, les troubles dyspeptiques, les erreurs de régime habituelles et souvent un traitement dirigé contre une constipation habituelle ou une dilatation de l'estomac, la suppression du vin ou de tel autre aliment dont un interrogatoire minutieux ou une observation attentive du malade aura montré la nocivité, seront le seul moyen de venir à bout d'une urticaire durant quelquefois depuis fort longtemps.

Si l'on ne trouve rien du côté de l'appareil génital ou digestif, il faudra examiner le système nerveux : l'on trouvera que le malade est neurasthénique et certains moyens, comme les douches froides, nuisibles dans tout autre cas, pourront trouver leur indication.

Chez les malades goutteux, graveleux ou simplement un peu uricémiques, qui ont du sable ou un dépôt briqueté dans leurs urines, on pourra obtenir de très bons résultats par une modification du régime et par les alcalins. On diminuera s'il y a lieu l'usage de l'alcool, du café et de la

viande, voire même en supprimant complètement les viandes noires, on recommandera une alimentation plus abondamment végétale et un exercice proportionné à l'alimentation, enfin on donnera de l'eau de Vichy, non au repas où elle ne fait que provoquer la sécrétion acide du suc gastrique, mais à jeun. Un demi-verre ou un verre, pris deux ou trois fois par jour, une heure ou une demi-heure avant le repas, donnent des résultats qu'on aurait vainement attendus des doses beaucoup plus considérables prises en mangeant. Comme nous l'avons vu, la plupart des arthritiques rentrent dans un des groupes que nous venons de passer en revue. Chez quelques-uns cependant, les indications sont moins précises, et l'on pourra essayer l'iodure de potassium recommandé par Stern (44), ou diverses stations thermales à eaux faiblement minéralisées. L'acide phénique à l'intérieur a été également recommandé dans le strophulus des enfants (Tenneson).

En somme, le traitement de l'urticaire, comme de toutes les éruptions à étiologie variable, est avant tout une question de diagnostic. Tout le problème est là, tant qu'il n'est pas résolu le traitement reste purement symptomatique et ses résultats ne sont que momentanés. Il n'y a donc pas un traitement de l'urticaire, il y en a une foule et chacun sera bon ou mauvais, suivant les cas. Il faut, dans chaque cas particulier, chercher la lésion organique ou le trouble fonctionnel qui tient l'urticaire sous sa dépendance, et, quand on l'a trouvé, diriger sa thérapeutique dans ce sens. Il est certainement des cas où l'on n'y parvient pas, mais ces cas sont, en somme, des défaites scientifiques et tous nos efforts doivent tendre à en restreindre le nombre.

Bibliographie. — (1) C. Bœck. Urticaria perstans, *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, 1888; *Deuts. Med. Zeit.*, 1889, n° 3. — (2) Colcott Fox. On urticaria of infancy and childhood, *Brit. Journ. of dermat.*, 1890. — (3) Milton. Giant urticaria, *Edinburgh Med. Journ.*, déc. 1876, p. 513. — (4) Quincke. Akutes umschriebenes Hautœdem, *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1882. — (5) Max Joseph. Ueber akutes umschriebenes Hautœdem, *Deuts. dermat. Gesells.*, 1884, p. 248. — (6) G. Riehl. Zwei Fælle von akutem umschriebenem Œdem, *K. K. Gesells. d. Ærzte in Wien*, 3 juin 1887; *Viertelj. f. Dermat.*, 1887, p. 1016. — (7) Barduzzi. Della identità dell' edema acuto della pelle con l'orticaria edematosa, *Giorn. ital. d. mal. ven. e della pelle*, 1890, p. 247. — (8) Lovett. Acute circumscribed œdema, three cases affecting the hands, *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1890, t. II, p. 409. — (9) Osler. *Amer. Journ. of Med. Sc.*, 1888. — (10) Salle. Œdème circonscrit arthritique, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, nov. 1885. — (11) E. Rapin. De quelques formes rares d'urticaire; urticaire géante, urticaire interne, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 15 nov. 1886. — (12) Lasègue. *Traité des angines.* — (13) Laveran. Urticaire œdémateuse, localisation sur la muqueuse de l'isthme du gosier, Soc. méd. des hôpit. de Paris, *Gaz. des hôpit.*, 20 août 1891. — (14) Blachez. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 8 nov. 1872. — (15) J.-J. Pringle. Recurrent hæmatemesis with urticaria, *The Lancet*, 1885, t. I, p. 110. — (16) Davies Pryce. Urticarial asthma, *The Lancet*, 1886, t. I, p. 968. — (17) Cayla. Urticaire aigue fébrile avec crises laryngées et gastriques, *Congrès de dermatologie*, Paris 1889, p. 780. — (18) Kingsbury. Urticarial asthma, *Brit. Med. Journ.*, 1885, t. I, p. 278. — (19) Intoxication hydatique, Soc. méd. des hôpit. de Paris, 9 mars 1888. — (20) Lichtheim, Ueber periodische Hæmoglobinurie, *Volkmann's Samml. klin. Vortr.*, n° 134 (cité d'après M. Joseph). — (21) Unna. *Beitræge zur Anatomie und Pathogenese der Urticaria simplex und pigmentosa. Dermatologische Studien*, Hamburg 1887; Vorlesungen über die allgemeine Pathol. der Haut, *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1889, t. II. — (22) Neisser. Discussion à la suite de la communication de Joseph. *Deuts. dermat. Gesells.*, 1889, p. 253. — (23) Negel (de Jassy). Œdèmes éphémères de nature arthritique, *Progrès méd.*, 1884, p. 846. — (24) F. Lalesque. Sur le prurigo de la processionnaire, *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 25 avril 1890, p. 275. — (4) Laudon. Einige Bemerkungen über die Processionsraupe und die Ætiologie der Urticaria endemica, *Virchow's Arch.*, Bd. CXXV, p. 220. — (26) Vidal. Cité par Crouslé, loc. cit. — (27) D. Barduzzi. Loc. cit. — (28) Frank. Zusammenhang von Genitalleiden mit Hautaffektionen, *Prag. Med. Wochens.*, 1890, n° 6. — (29) J. Pick. Urticaria menstrualis gonorrhoïca, *Deuts. dermat. Gesells.*, 1889, p. 283. — (30) Erasmus Wilson. *Lect. on Dermat.*, 1871-1873. — (31) Börner. *Volkmann's Samml. klin. Vortr.*, n° 312. — (32) Achard. De l'intoxication hydatique, *Arch. gén. de méd.*, 1888, t. II, p. 410. A la fin du mémoire se trouve une bibliographie complète de l'urticaire hydatique. — (33) Comby. L'urticaire chez les enfants, Soc. méd. des hôpit., oct. 1889. — (34) G.-T. Elliot. Acute circumscribed œdema, *Med. Record*, 1891, t. I, p. 559. — (35) M. Joseph. Ueber akutes umschriebenes Hautœdem, *Deuts. dermat. Gesells.*, 1889, p. 248; *Berlin. klin. Wochens.*, 1890. — (36) Hoffmann. Ein Beitrag zu den Influenzaexanthemen, *Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1890, t. II, p. 199. — (37) Seitz. *Corresp. f. Schw. Ærzte*, 1890, n° 12, anal. in *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1890, t. II, p. 220. — (38) Malcolm Morris. On vaccination eruptions, *Brit. Med. Journ*, 29 nov. 1890. — (39) Verneuil et Merklen. Manifestations cutanées du paludisme, *Ann. de dermat.*, 1883. — (40) A. Cristiani. Urticaria malarica pirettica, *Lo Sperimentale*, 1888, p. 595. — (41) Lardier. Trois observations d'urticaire paludique, *Ann. de dermat.*, 1883, p. 214. — (42) Nitot. Traitement de l'urticaire nerveuse chronique par l'antipyrine, *Journ. de méd. de Paris*, 1889, p. 345. — (43) W. Dubreuilh et P. Archambault. De l'emploi du menthol dans les affections prurigineuses de la peau, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10-17 août 1890; Colombino. Il mentolo nelle malattie pruriginose della pelle, *Giorn. ital. delle malat. ven. e della pelle*, 1892, p. 100. — (44) Edm. Stern. Jodkalium ein Heilmittel der Urticaria, *München. Med. Wochens.*, 1890,, n° 40, p. 687.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Association française pour l'avancement des sciences a reçu d'un donateur anonyme une somme de 600 francs, destinée à récompenser, sous la forme de deux prix : l'un de 400 francs, l'autre de 200 francs, les auteurs du meilleur travail sur la question suivante :

Étudier, d'après les documents locaux, la fréquence de la rage et les mesures prophylactiques en vigueur dans un département, la Seine exceptée, ou une région (deux ou trois départements) de la France et de l'Algérie. Les chiffres statistiques devront porter au moins sur dix années et comprendre les résultats de 1892.

Les manuscrits devront être envoyés, avant le 31 mars 1893, à M. le Secrétaire du Conseil de l'Association, 28, rue Serpente, Paris.

Conditions du concours. — Afin d'assurer une certaine uniformité dans les travaux, uniformité nécessaire pour que l'on puisse comparer les diverses régions entre elles et tirer de cette composition des résultats pratiques, voici les points les plus importants qui doivent fixer l'attention des auteurs :

1° Indiquer, par année, le nombre des cas de rage chez les animaux, aussi exactement que possible. Donner le nombre des chiens de la région (ce qui est facile avec la perception de la taxe).

2° Indiquer le nombre des personnes mordues et mortes de la rage et celles qui ont été vaccinées à l'Institut Pasteur.

3° Lorsqu'une grande ville existe dans le département, séparer complètement les cas de rage qui s'y produisent de ceux qui ont lieu dans le reste du département.

4° Indiquer les mesures de police sanitaire en vigueur dans les villes et à la campagne, leur effet et les difficultés rencontrées dans leur application.

5° Discuter les causes de la plus ou moins grande fréquence de la rage dans la région et l'influence que peuvent exercer les départements limitrophes.

6° Il est particulièrement intéressant d'examiner à quoi peuvent tenir les différences marquées que présente la proportion des personnes qui viennent se faire vacciner à l'Institut Pasteur dans des départements contigus. Par exemple, tandis que la Sarthe, la Mayenne, Eure-et-Loir offrent un minimum de personnes vaccinées, des départements voisins, Seine-et-Oise, Oise, en présentent un assez grand nombre.

7° Dans les départements frontières, il sera bon d'indiquer les mesures prophylactiques en vigueur dans la partie limitrophe du pays étranger, avec quelques renseignements, si possible, sur la fréquence de la rage.

— La vingt-deuxième session de l'Association française pour l'avancement des sciences se tiendra en 1893, à Besançon, sous la présidence de M. le professeur Bouchard.

— Le Conseil municipal du Havre vient de décider que le nom du docteur Piasecki, mort victime de son dévouement pendant l'épidémie cholérique, serait donné à une rue de la ville.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bodereau (du Mans).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique, sous la direction de M. le docteur Brault, chef des travaux, commenceront le lundi 7 novembre 1892.

MM. les étudiants, pourvus de douze inscriptions régulières (la douzième ayant été prise en juillet 1892), sont priés de se faire inscrire, pour lesdits travaux, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours, à partir du lundi 17 octobre 1892 jusqu'au samedi 26 novembre inclus, et de midi à trois heures. Ils peuvent demander leur inscription par écrit. Des lettres de convocation leur seront adressées à domicile. Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas of clinical medicine, by Byrom Bramwell, M.-D. Assistant physician to the Edinburgh royal Infirmary. Vol. II, 1re partie. — Prix du volume : 40 francs. — Edinburgh, MM. Constable, University Press.

Démonstrations d'anatomie, par le docteur Pierre Sébileau, prosecteur à l'École d'anatomie des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, G. Steinheil.

Précis de diagnostic chirurgical, par le docteur A.-F. Plicque, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté et des hôpitaux. 1 vol. petit in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Steinheil.

Les médecins et chirurgiens de Flandre avant 1789, par le docteur A. Faidherbe. In-8° avec pl. — Prix : 7 francs. — Paris, A. Coccoz.

Traité des maladies des voies urinaires de l'homme et de la femme. Hygiène et traitement pratique des maladies de l'urèthre, de la vessie, des reins, calculs, spermatorrhée, diabète, etc., par le docteur Henri Picard. 1 vol. in-18 jésus de 360 pages avec figures, cartonné. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Neurasthénie (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par le docteur Albert Mathieu. 1 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

La thérapeutique antiseptique (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par le docteur E. Trouessard. In-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Le choléra, ses causes, moyens de s'en préserver, par le docteur G. Daremberg, correspondant de l'Académie de médecine. 1 vol. broché. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Recherches sur la toxicité de l'urine normale et pathologique, par MM. Mairet et Bosc. Broch. in-4° avec 2 planches. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

De l'influence des accès isolés d'épilepsie sur la température, par MM. Mairet, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et Bosc, chef de clinique médicale. Broch. in-8° avec tableaux. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

5

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

46

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

50

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux.

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

Phie VIRENQUE, 8, place de la Madeleine, et phies.

99

ASTHME

POUDRE DU Dr LEFEBVRE

Cette poudre, employée en fumigations, calme immédiatement les crises d'asthme et d'oppressions.

Dépôt général : Phie CHIRON, 39, rue de l'Arcade.

39

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 3 francs par semaine. Gaz, 2 f. 50 le ballon de 30 litres. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, **130** fr. Phie LIMOUSIN, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

66

LE VIN DE QUINIUM

D'ALFRED LABARRAQUE, membre de l'Académie de médecine de Paris, est le vin de quinquina à son maximum de puissance et de concentration.

Le Quinium, découvert par Delondre et Labarraque, collaborateurs de Pelletier et Caventou, les inventeurs de la quinine, est un extrait total dosé et titré de quinquina.

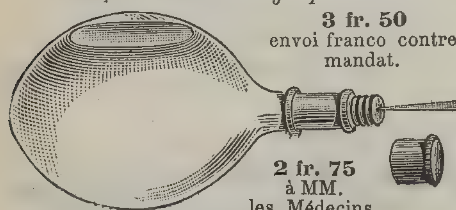
Le **Vin de Quinium de A. Labarraque** contient, par litre, 1 gr. 50 des alcaloïdes réunis et 3 gr. des autres principes toniques et aromatiques.

NOTA. — *En raison de son énergie et de la capacité des flacons, ce vin est d'un prix modéré et moins cher que la plupart des produits similaires. Il suffit, en général, d'en prendre un verre à liqueur après chaque repas. Prix : 6 francs la bouteille et 3 francs la demi-bouteille. Depuis 1860, le Vin de Quinium est préparé par la maison L. Frere, A. Champigny et Cie, succes., 19, rue Jacob, Paris, qui a obtenu les plus hautes récompenses décernées aux produits pharmaceutiques aux Expositions univers. de Paris et de l'Étranger.*

42

CHLORÉTHYLE DU Dr BENGUÉ

anesthésique local et analgésique instantané.



3 fr. 50 envoi franco contre mandat.

2 fr. 75 à MM. les Médecins.

Dr BENGUÉ, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

43

BULLES GLUTINEUSES

de Ch. CORNU

Ces bulles sont inaltérables et n'irritent pas le tube digestif.

PROCÉDÉ BREVETÉ S. G. D. G.

BULLES IODURÉES

à 0gr25 d'iodure de potassium pur **en solution**
Prix : 4 fr. le flacon.

BULLES A L'IODURE DE FER

à 0gr05 d'iodure de fer pur **en solution**, correspondant à une demi-cuillerée à bouche de sirop d'iodure de fer du Codex. — *Prix : 3 fr. le flacon.*

BULLES CRÉOSOTÉES

à 0gr15 de créosote pure de hêtre, parfaitement assimilable, sans irritation du tube digestif.
Prix : 4 fr. le flacon.

BULLINES AU BICHLORURE D'HYDRARGYRE

à 0gr01 de bichlorure d'hydrargyre **en solution.**
Prix : 3 fr. le flacon.

BULLES IODURÉES COMPOSÉES

contenant 0gr005 de bi-iodure d'hydrargyre et 0gr25 d'iodure de potassium **en solution**, correspondant ainsi à une demi-cuillerée de sirop de Gibert. — *Prix : 4 fr. 50 le flacon.*

USINE : 41, rue de Vanves, Paris.
DÉPÔTS : 35, rue Bourg-Tibourg ; P. MEULEY, 133, rue St-Antoine, et WARIN, pharm., 6, rue Guilleminot, à Paris, et toutes pharmacies.

11

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie**, la **Chlorose**, la **Gastralgie**, les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge, etc.**

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux à trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, phien, 41, Bard Haussmann, et ttes phies.

73

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :

0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,

exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles**, etc.....

DOSES. — Enfants : 1 cuillerée à café ;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,

avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

99

LABORATOIRE DE PRODUITS PHYSIOLOGIGUES

LIQUIDES D'EXTRAITS D'ORGANES

TESTICULAIRE

SUBSTANCE GRISE, ETC.

préparés selon la méthode

BROWN-SÉQUARD, D'ARSONVAL

(*solution au 10e*)

Chaque boîte de 12 ampoules : **20** fr. contre mandat-poste

ACCOMPAGNÉ DE LA CARTE DU MÉDECIN TRAITANT

CHAIX et RÉMY



Rue de l'Orne, 10, PARIS

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

14

MALADIES DE POITRINE

Bronchites chroniques, catarrhes pulmonaires, laryngites, exctinctions de voix, etc., etc.

TRAITEMENT RATIONNEL PAR LE

Sirop balsamo-sulfureux Le Brun

monosulfure de sodium chimiquement pur.
Goudron, Tolu et Alcoolature de racine d'aconit. 3f.
Dépôt : Phie Cie, 50, fg Montmartre, Paris et Phies.

62

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

65

IODOL

Nouvel antiseptique succédané de Iodoforme sans odeur et sans action toxique.

Dépôt à Paris chez Martin REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie et chez les drogtes.

52



Débilité, Anémie, Maladies de l'enfance,

sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, à base d'algues marines, remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés, sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

92

OREZZA EAU MINERALE FERRUGINEUSE GAZEUSE

CHLORO-ANÉMIE — GASTRALGIES

N° 122. — MARDI 25 OCTOBRE 1892. 65e ANNÉE. MARDI 25 OCTOBRE 1892. — N° 122

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 24 octobre 1892.

Dans une lettre publiée dans le dernier numéro du *Progrès médical*, un « anonyme » élève une protestation contre une irrégularité qui aurait eu lieu à la dernière séance du concours de l'internat. En général, il ne faut guère tenir compte de ces protestations anonymes d' « un *lecteur assidu* », elles sont souvent dictées par des inimitiés ou des rancunes personnelles; mais dans le cas particulier, l'anonymat se comprend et s'excuse. La protestation peut émaner d'un candidat et il faut avouer que, s'il se démasquait, il aurait mauvaise grâce à se présenter, dans la suite, devant des juges qu'il vient de dénoncer.

Voici le fait :

Un candidat, M. X..., interne provisoire, aurait altéré ou supprimé quelque passage de la copie qu'il lisait devant le jury. L'un des juges connaissait le passage incriminé, le jury n'a pu ignorer la faute et malgré cela le candidat aurait obtenu une note enviable, lui permettant d'espérer sa nomination.

Le protestataire soulève en terminant une grosse question de principe que nous allons discuter, mais, dans le cours de sa lettre, l'un des juges, désigné par la première lettre de son nom, se trouve directement pris à partie.

Nous ne voulons pas savoir qui a pu donner au protestataire des détails si précis, nous ne chercherons pas comment un candidat, si candidat il y a, a pu savoir ce qui s'était passé dans une délibération secrète, pour venir accuser publiquement l'un des juges. Le fait, bien que donnant lieu à nombre de suppositions, n'a guère d'importance dans l'espèce, car le point obtenu par le candidat n'a pu l'être qu'à la majorité des voix, c'est-à-dire au moins par quatre sur sept. Il est même probable que les trois autres juges, en admettant qu'ils fussent trois, ont cru licite et valable la délibération prise par leurs collègues, sans quoi, s'ils avaient admis qu'un principe inviolable avait été méconnu, ils se fussent retirés en motivant leur démission. En d'autres termes, tout le jury est responsable et non pas seulement l'un des juges ; aussi cette petite question de personne qui s'est glissée dans la lettre du candidat (?) protestataire disparaît, et la question se pose purement et simplement en ces termes : Un candidat ayant altéré sciemment une partie de sa composition, peut-il avoir un point honorable, le maintenant sur la liste des concurrents, ou doit-il être exclu du concours par une note qui le marque à jamais d'une façon indélébile ?

A cette question, notre réponse est précise : le jury est seul juge de la gravité de la faute commise, et, seul, il a qualité pour l'apprécier et la punir. Dans l'espèce a-t-il sagement agi ? Nous ne pouvons répondre, n'ayant aucun document précis pour apprécier le cas. Mais, sans nous restreindre au fait particulier, et envisageant les choses à un point de vue plus général, nous pouvons dire qu'une faute de la nature de celle qui a été commise par le candidat doit *toujours* être punie. Excuser une telle faute, c'est compromettre le bon recrutement de l'internat de nos hôpitaux parisiens. Le candidat qui devrait sa nomination à de tels procédés ne saurait plus tard apporter dans ses fonctions toute la dignité, toute l'honorabilité que nos internes ont su conserver à un si haut degré. Aussi notre conclusion est-elle la suivante : Un candidat qui a faussé et altéré tout ou partie de sa composition doit être exclu du concours.

Mais sa faute doit-elle être rendue publique et doit-il être exclu à jamais de tout concours ? Ici, il convient de mesurer la faute et d'y proportionner la peine. Au concours dernier, quelques candidats avaient, à la connaissance du jury, changé quelques mots à leur composition. Aucun de ces candidats n'a coiffé la calotte de l'interne. Une note, au-dessous de la note d'admissibilité, les prévenait que leur faute avait été reconnue et sévèrement jugée ; le président mandait le coupable et l'avertissait de ne pas avoir à se présenter à l'épreuve orale.

Telle est la conduite qui fut adoptée par la majorité du jury, mais il faut avouer que quelques juges plus intransigeants proposèrent de ne point noter ou de marquer d'un zéro la composition de l'élève coupable. Cette opinion est fort soutenable, quoique, dans certains cas, la punition puisse excéder la faute.

Il peut être parfois excessif de fermer pour toujours les concours à un malheureux candidat surmené et inconscient, qui a eu un instant d'égarement regrettable. Le code n'a-t-il pas prévu cette réhabilitation possible des coupables, en faisant la remise de la peine, aux condamnés qui, jusqu'alors, avaient un passé honorable ? Ne soyons donc pas plus sévères pour le candidat coupable que le juge ne l'est pour le malfaiteur, et l'on peut admettre que le jury de l'internat, sans manquer à l'honneur, peut, à sa

façon, appliquer la loi Bérenger. Il n'y a donc pas de règle fixe et absolue, et le jury reste seul maître de ses arrêts.

Toutefois, la répétition trop fréquente de pareilles incorrections chez les candidats est peu faite pour engager les juges à la clémence. Il est bon que les candidats soient prévenus que changer un seul mot de leur composition est une faute grave, devant être sévèrement punie; il n'est pas mauvais que le candidat qui la commet sache qu'il joue sa réputation et son avenir, et un bon exemple, rappelant les oublieux à la saine appréciation de leur devoir, serait actuellement bien accueilli de la grande majorité des candidats.

Tous les chasseurs savent combien il est fréquent que des ixodes (vulgairement tiques) s'attachent aux oreilles des chiens et y vivent à l'état de parasites. Beaucoup plus rarement, ils se fixent sur l'homme. M. Desnos a eu l'occasion d'en constater un cas; il s'agissait, d'après M. Laboulbène, de l' « ixodes reduvius » (Société médicale, 21 octobre). Ces parasites pourraient, d'après des faits publiés en Espagne, pénétrer quelquefois sous le derme et donner lieu à des accidents généraux (fièvre, malaise général) et à de l'urticaire.

M. Albert Mathieu fait une communication sur les crises de vomissement chez les malades atteints de rein mobile. Depuis deux ans, il en a observé sept cas : en admettant même qu'il ait rencontré une série particulièrement riche, cela démontre tout au moins qu'il ne s'agit pas de faits exceptionnels, mais de faits avec lesquels tout médecin doit avoir à compter un jour ou l'autre.

Ces crises, qui surviennent plus ou moins brusquement, sont caractérisées par des vomissements répétés, une intolérance très grande pour les aliments et des douleurs gastralgiques souvent intenses. Les vomissements alimentaires, muqueux ou bilieux, peuvent se reproduire six à dix fois par jour et plus. Ils se font en fusée, comme les vomissements nerveux, et ne sont pas précédés de nausées; ils succèdent souvent à des crises douloureuses.

Ces crises, provoquées surtout par le retour de la menstruation, les émotions et les fatigues, peuvent durer de quelques jours à quelques semaines, être séparées par des intervalles de quelques semaines à dix et vingt ans.

Elles font penser volontiers aux crises gastriques du tabes, aux vomissements hystériques, à l'ulcère rond, etc., et le diagnostic reste en suspens jusqu'au moment où on a l'idée de rechercher la néphroptose par une technique convenable, avec la patience et la persistance voulues.

Ces crises de vomissement de la néphroptose sont plus fréquentes, naturellement, chez les femmes que chez les hommes; elles surviennent chez des malades nerveuses, dyspeptiques depuis longtemps. Elles amènent, quand la dyspepsie antérieure est marquée déjà, quand elles se répètent, quand elles sont prolongées, un état de dépérissement qui, joint au nervosisme et aux crises gastriques, a quelque chose de particulier qui doit appeler l'attention sur le rein mobile.

Le traitement réclame le repos absolu au lit, le port d'une ceinture abdominale, l'usage des calmants gastriques et un régime spécial. Dans les cas graves, on serait autorisé à faire appel au bistouri et à faire pratiquer la néphrorrhaphie. Cette opération a amené la guérison dans plus de la moitié des cas et n'a causé qu'une très faible mortalité opératoire, d'après les chiffres fournis par Sulzer et M. Tuffier.

M. Le Gendre rapporte, à ce propos, l'observation d'une malade chez laquelle on avait à tort diagnostiqué un cancer de l'estomac. Il y avait des vomissements répétés et une dilatation marquée de l'estomac. Il s'agissait, en réalité, d'un rein mobile.

M. Debove croit qu'il faut rapprocher ces crises de vomissement des crises gastriques névropathiques indépendantes de toute lésion de l'axe cérébro-spinal. Des crises semblables sont souvent méconnues et attribuées, par exemple, à des crises frustes de coliques hépatiques. L'ictère se rencontre parfois, du reste, chez les malades atteints de néphroptose, ainsi que M. Rendu en rapporte un cas, ce qui rend plus délicate encore l'interprétation pathogénique.

Quant à la dilatation de l'estomac, M. Debove la croit rare; il croit que souvent on est amené à admettre à tort un clapotage gastrique qui n'existe pas. Ce prétendu clapotage, d'après des expériences qu'il a récemment faites, ne serait qu'un borborygme gazeux de l'intestin. Un bruit gazeux se passant dans l'intestin donne ainsi le change pour un bruit de liquide secoué dans l'estomac. M. Debove promet à la Société de faire devant elle l'expérience en question.

TRAITEMENT DU CHOLÉRA

DANS LES DIVERSES ÉPIDÉMIES QUI ONT ENVAHI LA FRANCE

Par le docteur A. Marfan (de Castelnaudary).

Il nous a paru intéressant de donner, dans un rapide aperçu, le résumé des diverses médications qui ont été employées depuis 1832 pour combattre le choléra.

Épidémie de 1832. — C'est un document officiel qui va nous procurer les renseignements sur les méthodes de traitement employées à cette époque (1).

Choléra léger. — Le repos au lit; les boissons adoucissantes, mucilagineuses, végétales plutôt qu'animales, froides plutôt que chaudes, telles que l'eau gommée, l'eau gazeuse, la glace pure, ou des sortes de sorbets à l'eau purement sucrée, ont été très salutaires. En général, il y a avantage à donner des boissons en petite quantité.

Chez les personnes jeunes, robustes, de constitution pléthorique, disposées, d'ailleurs, aux phlegmasies, les émissions sanguines par la lancette et par les sangsues ont eu de grands succès.

Choléra moyen; tendance à l'algidité. — Des bains chauds ou de vapeur; des sachets remplis de sable chaud ou de son chauffé; des bouteilles de grès pleines d'eau bouillante, ont été très utiles.

Il faut, en outre, ranimer les forces vitales en employant les excitants spiritueux, les toniques diffusibles, le punch à la glace; les vins généreux, le malaga surtout; des potions cordiales dans lesquelles on a fait entrer l'éther, l'acétate d'ammoniaque, l'ammoniaque.

S'il existe des signes d'embarras gastrique il est bon de prescrire l'ipécacuanha. On a vu souvent les vomissements liquides, blanchâtres, floconneux, se changer en vomisse-

(1) *Rapport et instruction pratique sur le choléra-morbus*, rédigé et publié d'après la demande du Gouvernement par l'Acad. royale de méd. — Membres de la Commission : MM. Guéneau de Mussy, présid.; Biett, Husson, Chancel, Andral, Bouillaud et Double, rapporteur.

ments bilieux; la diarrhée prendre le même caractère, ou même cesser entièrement; la transpiration s'établir, les forces se ranimer, et le malade entrer en convalescence.

Choléra grave; algidité confirmée. — On doit, tout d'abord, produire des excitations violentes de la peau et, spécialement, sur la colonne vertébrale à l'aide de sinapismes, de liniments calmants et térébenthinés, ammoniacaux, de vésicatoires, d'eau bouillante ou de marteaux brûlants.

Quelques praticiens ont eu recours aux émissions sanguines, soit générales, soit locales, dans le fort de la période algide; et quand le sang a pu couler, soit par l'ouverture de la lancette, soit par la piqûre des sangsues, on a vu quelquefois les mouvements se ranimer à la circonférence, la transpiration s'établir, et la maladie marcher progressivement vers la convalescence.

Dans certaines circonstances, on a pu faciliter, provoquer l'écoulement du sang, à la suite de la saignée, en plongeant le bras ou la jambe dans l'eau chaude, en dirigeant sur la totalité du membre une douche de vapeur, ou, même, en appliquant des cataplasmes sinapisés au-dessus et au-dessous de la saignée.

Le rapport énumère ensuite les moyens à mettre en usage contre la violence de certains symptômes :

Vomissements et cardialgie : sangsues au creux de l'estomac, révulsifs et glace.

Diarrhée : opiacés, charbon végétal, sous-nitrate de bismuth, lavements avec amidon et laudanum.

Crampes : ligature circulaire des membres, frictions calmantes ou térébenthinées; avec la glace; massage des membres; saignées.

Il ajoute comme conclusion :

Un assez grand nombre de médicaments ont été employés isolément dans les périodes diverses du choléra. Les faits et le temps manquent à l'appréciation de ces moyens, aussi l'Académie veut-elle à peine les indiquer, tels entre autres, la tartre stibiée, l'hydrochlorate de soude, le musc, la valériane, l'oxygène, le chlore, le protoxyde d'azote introduits dans les voies aériennes, l'électro-puncture, le galvanisme.

Moreau (de Gonnès) communique à l'Académie de médecine (11 juin 1832) une note sur l'injection de solutions salines dans les veines des cholériques :

« Le docteur Thomas Latta vient d'injecter avec succès, dans six cas de choléra grave, des quantités énormes de solutions salines légères (six livres pour un adulte). Il a répété plusieurs fois ces injections dans les vingt-quatre heures. La solution employée consiste en deux gros de carbonate de soude dans soixante onces de liquide à la température de 43 à 44 degrés centigrades. L'appareil employé pour l'injection était une seringue commune de Reid avec une canule assez petite pour être introduite dans l'ouverture d'une saignée. »

Séance du 30 juillet 1832 : on donne lecture de la lettre suivante, écrite d'Edimbourg le 4 juin dernier à M. Delpech, par le professeur Lizars :

« ...Nous avons mis en dernier lieu votre proposition à exécution. Il y a en tout trente malades du choléra parvenus à l'état de collapsus qui ont eu les veines injectées et, dans tous, ce remède a réussi *pro tempore*. Le liquide d'injection était ainsi composé :

Eau.	5 livres.
Chlorure de sodium	2 gros.
Carbonate de soude.	1 —

Il était porté à la température de 105 degrés Farenheit.

Quelques médecins ont mêlé du blanc d'œuf et même de la quinine aux sels alcalins, mais ces moyens n'ont pas eu du succès. »

D'après cette communication, il ne paraît pas douteux que ce soit Delpech, qui ait suggéré, aux médecins écossais, l'idée d'injecter dans les veines des cholériques un liquide analogue au sérum sanguin.

Le célèbre chirurgien de Montpellier avait été, en effet, étudier le choléra en Écosse et en Angleterre. Il publia la relation de son voyage en 1832.

Épidémie de 1849. — La thérapeutique se débat dans les mêmes errements qu'en 1832. Elle ne vise que la marche de la maladie et la prédominance symptomatique.

Gendrin fait des leçons sur le choléra, et expose les recherches de l'anatomie pathologique. Dans le traitement de la maladie, il accorde une grande utilité aux émissions sanguines : « Sous l'influence d'une émission sanguine au début, chez la plupart des sujets, s'il n'y a pas contre-indication, la maladie est arrêtée net. On arrive donc par une sage expérience à consacrer l'usage de la saignée au début du choléra. »

« ...Pendant la période algide, émissions sanguines mais petites et réitérées (1). »

Il recommande l'opium pour combattre les vomissements et la diarrhée (phlegmorrhagie), les stimulants externes et internes pendant la période algide.

Chomel ne conseille pas d'autre médication.

Piorry étudie par la plessimétrie le changement de volume des organes. Il s'étend très peu sur le traitement. Il vante, toutefois, l'application de la glace sur l'abdomen, tandis que les autres parties du corps sont environnées de corps très chauds.

Serres emploie le sulfate de mercure et l'onguent napolitain.

Burq a amené la cessation immédiate des crampes par les armatures métalliques dans les divers hôpitaux, où on a voulu lui laisser faire l'essai de sa méthode.

Briquet et Goupil, Colson, Hérard et Duchaussoy emploient les injections intra-veineuses de sérum artificiel, sans produire des statistiques.

Épidémie de 1853-1854. — La saignée trouve encore des partisans. Cayol s'en fait le défenseur; il lui donne le nom de saignée anti-asphyxique. Il la pratique au moment où il reconnaît, par l'aggravation des symptômes et la petitesse du pouls radial, que la maladie va passer à la période algide. Les sangsues sont aussi diversement employées, tantôt pour compléter une saignée insuffisante, tantôt pour agir localement sur un organe.

Gendrin, dans des leçons très écoutées, fait un exposé magistral de l'anatomie pathologique de la maladie cholérique. Le chapitre du traitement est très écourté. Néanmoins, c'est encore un fervent de la saignée : « Pour moi, dit-il, l'ancre de salut des malades est la saignée. » Il la pratique à toutes les périodes de la maladie (2).

Le froid et le chaud sont diversement utilisés. Les remèdes internes sont à peu près les mêmes que ceux employés dans les épidémies antérieures. Mais, il en est deux

(1) Gendrin. *Gaz. des hôpit.*, 5 avril 1849.
(2) Gendrin. *Gaz. des hôpit.*, 17 déc. 1853.

auxquels la majorité des praticiens accorde la préférence :

L'élixir de Strogonoff, dont voici la formule :

P. Teinture de valériane. . . . . } 4 grammes.
Liqueur anodine d'Hoffmann. . }
Teinture de noix vomique. . . } 2 —
Teinture d'arnica. . . . . . . }
Teinture d'opium . . . . 3 —
Essence de menthe. . . . . . . 1 —

Mêlez.

et l'élixir parégorique dont tout le monde connaît la composition.

On recommande à nouveau l'élixir de la Sœur de charité, vanté par Cayol et Récamier en 1849, et dont voici la formule :

P. Racine d'angélique . . . . . }
— de calamus aromaticus. } 30 grammes.
— de grande aunée . . . }
— de gentiane . . . . . }

Faites macérer pendant trois ou quatre jours dans un litre d'eau-de-vie de genièvre.

Toutefois, une médication nouvelle a le don de passionner le public médical. Celle-ci a pour but de secouer violemment le système nerveux, de tétaniser par action réflexe le système circulatoire défaillant. C'est Abeille, médecin de l'hôpital du Roule, qui la préconise.

Le 19 juin 1854, il adresse une note à l'Académie de médecine, où il relate vingt-deux observations de malades arrivés à la période cyanique-algide, avec suppression de pouls radial, et traités par la strychnine. Dix de ces malades auraient guéri.

Dans un article adressé à la *Gazette des hôpitaux* (22 juillet 1854), il explique l'action de la strychnine, sur le système nerveux, sur le cœur et la circulation. Il cherche à pallier les effets funestes que pourrait avoir le remède, par une médication accessoire : les sangsues à la base du thorax et la saignée. Il la donne comme souveraine dans les cas où la chaleur est encore conservée et où la circulation se fait assez librement. Il l'administre à la dose de 15 milligrammes à 3 centigrammes dans 60 grammes de julep gommeux, et la fait prendre en quatre heures par quart de potion.

Cependant, on s'émut de quelques faits où la mort paraissait devoir être attribuée à la strychnine, le malade ayant succombé avec tous les symptômes d'un empoisonnement par cet alcaloïde. Une polémique s'ensuivit; des observations pour ou contre furent produites; elles laissèrent le public médical dans le doute sur la valeur de cette médication.

M. Sée en fit l'expérience et ne lui attribua pas une action plus efficace qu'aux autres méthodes de traitement.

Enfin, l'Académie de médecine, par l'organe de Girardin, jugea assez sévèrement la communication d'Abeille. Elle ne porta aucun jugement sur sa médication; mais elle critiqua vivement la manière dont les observations avaient été prises et groupées.

Le mémoire du médecin de l'hôpital du Roule donna lieu à une courte discussion dans laquelle j'ai relevé cette réflexion de Bouillaud : « Ce qu'il faudrait enfin, ce serait de trouver le vaccin du choléra (1). »

(1) *Gaz. des hôpit.*, 7 sept. 1851.

Épidémie de 1865-1866. — L'épidémie n'avait pas encore atteint la France, que le docteur Burq adressait à l'Académie des sciences une note sur le traitement du choléra par le cuivre. Dans la première partie de sa communication, il donne les résultats d'une enquête à laquelle il s'est livré pour prouver que les ouvriers, employés à l'industrie du cuivre, n'ont pas été frappés par le choléra dans les précédentes épidémies. Dans la seconde, il donne les formules des applications thérapeutiques de ce métal.

Préservation : prendre deux ou trois fois par jour, dans un peu d'eau sucrée, II, III, V et X gouttes, suivant tolérance, de la solution suivante :

P. Acétate de cuivre cristallisé . . 5 grammes.
Laudanum de Rousseau . . . . 1 —
Eau commune . . . . 20 —

Mêlez.

Si l'estomac rejette le liquide, l'introduire par le rectum.

Traitement : aussitôt en présence d'un cholérique, lui administrer III à X gouttes de la solution à l'acétate de cuivre, et mettre en contact avec le corps le plus de cuivre possible. Burq est sans expérience relativement aux bains de sulfate de cuivre dont l'action lui paraît devoir être très salutaire.

Formule : 4 litres de liquide de Bareswil pour un bain.

Pidoux expérimenta ce traitement à l'hôpital Lariboisière. Il ne répondit pas aux espérances de son promoteur.

Dans la séance du 7 août 1866, M. Colson, membre correspondant de l'Académie, fait une communication sur les injections intra-veineuses de sérum artificiel chez les cholériques. Elles n'ont pas réussi. Briquet et Héral ont expérimenté ce mode de traitement : les résultats n'ont pas été encourageants.

Moissenet emploie les évacuants, Chauffard les combat.

Richard et Mesnet prescrivent l'ipéca.

Worms fait usage de la limonade sulfurique, 5 à 10 grammes d'acide par litre et de la glace en même temps.

Poggioli soumet les malades à l'électricité statique.

Guyon opère la flexion forcée des membres pour faire cesser les crampes.

En Angleterre on se sert de l'huile de cajeput à l'intérieur et à l'extérieur.

La grande majorité des médecins s'en tient à la thérapeutique courante des précédentes épidémies.

Épidémie de 1883-1884. — Burq poursuit sa campagne en faveur du cuivre et modifie un peu son traitement. Il prescrit des pilules d'oxyde de cuivre.

M. Mégnin cite plusieurs passages d'une brochure sur l'épidémie de choléra, dans l'arrondissement de Montbéliard, qui contient un grand nombre de faits absolument opposés à l'opinion soutenue par Burq.

MM. Bochefontaine et Laborde, se basant sur leurs expériences, regardent comme très dangereux l'emploi du cuivre dans les maladies cholériques (1).

Le 18 novembre 1884, M. Hayem communique à l'Académie le résultat de ses observations sur les injections intra-veineuses de sérum artificiel, chez les cholériques. Le traitement a été conduit avec la rigueur scientifique que le savant professeur apporte à ses recherches. Il a modifié le manuel opératoire.

(1) Soc. de biol., *Gaz. des hôpit.*, 8 avril 1884.

Le liquide injecté est composé de :

Eau distillée	100 grammes.
Chlorure de sodium	5 —
Sulfate de soude pur. . . .	8 —

Sur 100 cas des plus graves, il a obtenu 25 guérisons. Il injecte de grandes quantités de liquide et recommence les injections si le malade retourne vers le collapsus.

MM. Bottard, Vallin et Coron, délégués par l'administration préfectorale pour soigner les cholériques à Yport, ont fait des injections sous-cutanées avec l'eau de mer albumineuse.

Voici leur formule :

P. Eau de mer filtrée	100 grammes.
Blanc d'œuf	n° 1
Sulfate de soude	50 centigrammes.

Battez et filtrez.

Ils ont injecté 50 grammes à la fois. Sur 5 malades traités à la période asphyxique, 2 ont guéri.

Ramon de Luna prétend avoir eu des succès certains chez les algides, en leur faisant respirer, avec prudence, de la vapeur hypo-azotique mêlée à l'air.

Les absorptions d'abondantes quantités de liquide sont conseillées par quelques médecins. La médication antérieure n'est guère modifiée. Les émissions sanguines ne sont employées, par quelques praticiens, que dans les réactions violentes.

Dans ce court résumé, nous avons laissé de côté les remèdes sans nombre qui, depuis l'ail jusqu'à la tisane de truffes, avaient le privilège immérité d'inscrire leurs formules et leurs prétendus succès sur nos publications périodiques. Nous n'avons parlé que des médications rationnelles qui, en l'absence d'un spécifique, cherchaient à seconder les efforts de la *nature médicatrice*, à supprimer ou, tout au moins, à diminuer les symptômes dont la persistance devenait un danger.

Quoi qu'en disent les sceptiques, ces médications ont certainement leur utilité. Mises en œuvre avec à propos et énergie, elles ont, dans beaucoup de cas, enrayé la marche de la maladie avant qu'elle eût atteint la zone dangereuse. Cela est si vrai que, dans une enquête faite en 1849, croyons-nous, il fut démontré que les décès par le choléra étaient moins nombreux dans les hôpitaux que dans la population civile. La raison en était que, dans les hôpitaux, les malades sont soumis à des traitements raisonnés, basés sur l'analyse clinique et dirigés vers les besoins les plus pressants.

Deux médications seules donnèrent quelques espérances pour combattre le choléra arrivé à la période ultime de son évolution : les injections intra-veineuses et l'emploi de la strychnine.

Elles seules raniment l'économie défaillante et peuvent, à ce moment où le malade froid, *sine pulsu*, se débat dans les angoisses de l'asphyxie, opérer sa réviviscence et le conduire vers la convalescence. La première est aujourd'hui en honneur; la seconde est oubliée. Cependant nous lui devons quelques résurrections. Il faut dire que la réaction qu'elle produit est souvent très violente et que, pour en modérer les écarts, la saignée devient indispensable.

Épidémie de 1892. — Nous traversons la sixième grande épidémie. La thérapeutique du choléra s'enrichira-t-elle d'un traitement plus en harmonie avec sa nature? Nous l'espérons. Une nouvelle voie est ouverte à l'expérimentation et aux recherches des cliniciens. Déjà, en 1884, Koch avait découvert le microbe de la maladie. M. Cornil et ses élèves en avaient confirmé l'existence. M. Bouchard en étudiait les toxines et parvenait à produire tous les symptômes du choléra chez les animaux auxquels il les injectait. Ce savant professeur créait, en même temps, l'antisepsie intestinale, dont les heureuses applications se multiplient tous les jours. Ces découvertes autorisent à penser qu'il sera possible de trouver une médication bactéricide, agissant surtout sur le bacille virgule, en modifiant, par l'antisepsie, le milieu dans lequel il vit et se reproduit.

L'incontestable efficacité de l'acide lactique dans la diarrhée verte bacillaire avait déjà, en 1890, inspiré à M. Hayem l'idée de l'utiliser dans les diarrhées cholériques. On l'expérimente aujourd'hui sur une large échelle; les plus récentes observations permettent de le regarder comme définitivement acquis à la thérapeutique rationnelle du choléra.

Les idées du jour sur les indications et le traitement du choléra sont résumées dans une étude remarquée de M. Albert Mathieu (1).

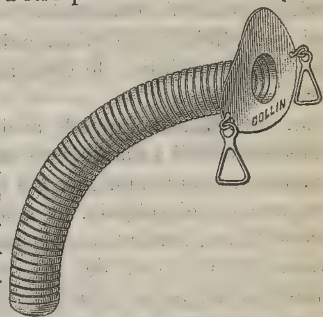
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 octobre 1892. — Présidence de M. Chauvel.

COMMUNICATIONS

De quelques cas difficiles de trachéotomie. — M. Verneuil rappelle que, dans les cas de tumeur de la région cervicale, il existe souvent une déviation du larynx et de la trachée, qui n'ont plus leurs rapports avec les organes voisins. Il en résulte parfois des accès de suffocation qui nécessitent la trachéotomie.

Cette opération présente alors des difficultés inhérentes, d'une part, à l'épaisseur des tissus qu'il faut traverser pour arriver à la trachée, et, d'autre part, à la courbure que décrit cet organe autour de la tumeur; il importe d'être prévenu de cette disposition pour atteindre le canal et ne pas blesser les organes voisins, les vaisseaux et, en particulier, le tronc brachio-céphalique.



Une autre conséquence de cette courbure du canal trachéen est la dificulté de trouver une canule qui puisse s'y adapter. M. Verneuil a eu l'idée d'en faire confectionner une particulière à l'occasion du fait suivant :

Une vieille femme était atteinte d'un goître énorme et arrivée à une période cachectique. En examinant la région cervicale, M. Verneuil put reconnaître que la trachée semblait située sur une ligne prolongeant le bord postérieur du maxillaire. Il fit l'opération au thermocautère et, comme il avait prévu la courbure de la trachée, il s'était muni d'une canule dont le pavillon ne différait pas des autres, mais dont le canal, au lieu d'être fixe et rigide, était souple et pouvait s'incliner en différents sens; c'était une sorte de canule à ressort doux. Son application en fut très facile et, grâce à elle, la malade survécut quelques jours.

Il y a quelque temps, il a pu de nouveau appliquer cette canule chez un homme de quarante ans, porteur d'un énorme sarcome thyroïdien, qui provoquait des accidents de suffocation. Il s'était, en vain, servi d'une canule de Krishaber; la suffocation continuait

(1) Albert Mathieu. *Gaz. des hôpit.*, 15 sept. 1892.

et elle ne prit fin que lorsque la première canule fut remplacée par une canule souple.

L'application de cette dernière paraît donc subordonnée à la condition suivante : déviation du larynx et de la trachée, décrivant une courbure plus ou moins prononcée, par le fait d'une tumeur située en avant ou sur les parties latérales.

Anesthésie par le bromure d'éthyle et le chloroforme. — **M. TERRIER** rappelle qu'en 1880 M. Terrillon fit, à la Société, une communication sur l'emploi du bromure d'éthyle comme anesthésique. L'anesthésie ainsi obtenue est très rapide mais de très courte durée. Cependant, M. Terrillon se félicitait des résultats qu'il avait obtenus, ce moyen lui paraissant avantageux pour les petites opérations. Ce qui frappe surtout chez les individus anesthésiés par le bromure d'éthyle, ce sont des signes d'asphyxie, une certaine congestion des veines, de la dilatation des pupilles. En présence de ces phénomènes, M. Lucas-Championnière, prenant part à la discussion qui suivit la communication de M. Terrillon, émit seul l'opinion que l'on pourrait trouver quelque avantage à commencer l'anesthésie avec le bromure d'éthyle et à l'achever avec le chloroforme. C'est cette idée, exprimée par M. Lucas-Championnière, que M. Hartmann vient de mettre à exécution dans le service de M. Terrier. Soixante-sept malades ont été ainsi anesthésiés ; on leur fait d'abord respirer du bromure d'éthyle et l'anesthésie est obtenue en moins d'une minute, puis lorsqu'on voit apparaître les phénomènes déjà signalés, congestion de la face et du cou, dilatation des pupilles, on substitue le chloroforme au bromure d'éthyle. Il suffit alors de très peu de chloroforme pour continuer l'anesthésie. Les résultats obtenus chez ces soixante-sept malades ont été excellents et on gagne ainsi beaucoup de temps.

M. RICHELOT rappelle que, depuis longtemps, M. Poitou du Plessis a eu l'idée de recourir à cette association du bromure d'éthyle avec le chloroforme. On a proposé divers moyens pour éviter les accidents réflexes du début de la chloroformisation ; c'est ainsi que, pendant deux ans, M. Richelot a employé les piqûres d'atropo-morphine sans le moindre succès d'ailleurs, c'est pourquoi il a accueilli favorablement la proposition que lui a faite alors M. Poitou du Plessis, d'essayer de l'association du bromure d'éthyle avec le chloroforme et, depuis, il emploie ce moyen dont il se trouve très bien, mais seulement chez certains malades. Il y en a, en effet, chez lesquels il y a grand avantage à rendre plus facile le début de l'anesthésie, les cardiaques, par exemple, ceux qui sont atteints d'affections pulmonaires, les gens âgés. Dans ces cas, cette association de deux anesthésiques rend de grands services.

M. TERRILLON rappelle avoir présenté une trentaine de cas dans lesquels il a employé ce procédé d'anesthésie. Il a continué pendant dix-huit mois, puis il y a renoncé, ayant été frappé de ces menaces d'asphyxie. Ce mode d'anesthésie a été ensuite repris à Nancy, surtout pour les accouchements. En Angleterre, en Amérique, il y a eu des cas de mort. M. Terrillon s'en tient au chloroforme, qui ne lui a jamais donné d'accidents mortels.

M. TERRIER laisse de côté l'argumentation de M. Terrillon dans laquelle il s'agit de l'emploi du bromure d'éthyle seul. Quant à M. Richelot, il n'endort qu'incomplètement ses malades avec cet agent, tandis que M. Terrier les endort tout à fait et ne lui substitue le chloroforme qu'après que l'anesthésie a déjà été obtenue. Il n'a pas eu d'accidents jusqu'à présent, mais il admet qu'il faut faire des réserves.

Gastro-entérostomie. — **M. SCHWARTZ** a pratiqué une gastro-entérostomie sur un malade atteint d'accidents aigus tels que l'opération pouvait être considérée comme faite *in extremis*, et, en effet, la mort survenait au bout de quatre jours. Malgré cet insuccès, expliqué par la généralisation du cancer stomaco-hépatique, M. Schwartz estime que cette intervention, qui peut être assez rapide, est indiquée dans les cas où le pylore est imperméable, à part, bien entendu, les circonstances où la pylorectomie est possible.

Relativement au siège où l'incision de l'estomac doit être effectuée, on peut, comme l'ont avancé quelques chirurgiens, se demander s'il n'est pas préférable de choisir la face antérieure, qui expose moins à la blessure des vaisseaux et dont l'accès est plus aisé; toutefois, M. Schwartz a pu plusieurs fois facilement arriver sur la face postérieure de l'organe.

Le lavage préventif de l'estomac, s'il n'est pas inutile, n'a pas une très grande importance, car, en général, il est aisé de protéger la cavité péritonéale. Pour cette opération, qui réclame toujours un certain temps dans son exécution, le chloroforme est bien préférable à la cocaïne.

M. RECLUS a déjà donné les raisons pour lesquelles l'incision de la face antérieure de l'estomac peut être pratiquée ; il a dit également que, si les lavages de l'organe ne sont pas fatigants, il y a intérêt à les faire, car il y a moins de chances d'inoculer le péritoine. Quant à l'emploi de la cocaïne, c'est dans le but d'éviter les vomissements du chloroforme.

M. TERRIER, dans un cas, s'est trouvé en présence de plusieurs difficultés, le lavage de l'estomac ayant été imparfait ; il croit donc qu'il est utile de ne pas le négliger, bien que l'opération soit pour ainsi dire extra-péritonéale. Il ne lui paraît pas y avoir de règles absolues à formuler touchant le point de l'organe, qui doit être incisé : il faut inciser là où c'est le plus facile. Quant à l'anesthésie, il est partisan du chloroforme, car il n'est pas prouvé qu'il soit l'unique cause des vomissements après l'opération. Chez sa malade, les vomissements qui existaient avant l'opération ne se sont pas renouvelés après.

M. POZZI a pratiqué, il y a sept ans, une gastro-entérostomie sans éprouver aucune difficulté à atteindre la face postérieure de l'estomac et à l'unir au jéjunum. Il croit qu'il est préférable d'inciser en arrière plutôt qu'en avant, car on évite ainsi la formation d'une poche stomacale, où peuvent s'amasser et séjourner quelques substances alimentaires pouvant amener du ballonnement du ventre.

M. TERRIER ne pense pas que ce soit là la cause de ces accidents.

M. RECLUS ajoute que son cas vient à l'appui du doute émis par M. Terrier ; il a ouvert la face antérieure de l'estomac et, malgré cela, la dilatation énorme pré-existante a disparu.

M. POZZI répond à M. Terrier que son cas ne prouve qu'une seule chose, c'est que l'ouverture a été suffisante pour lutter contre la rétention des matières fermentescibles.

Traumatisme du crâne ; trépanation ; guérison. — **M. PEYROT** rapporte l'observation d'un terrassier qui, à la suite d'un coup de manivelle sur le pariétal du côté droit, présenta, deux mois après, de la contracture des membres du côté gauche avec crises épileptiformes répétées, fièvre, etc.

Au niveau de la cicatrice tégumentaire, au-dessous de laquelle il n'y avait ni enfoncement, ni fissures, M. Peyrot a appliqué quatre couronnes de trépan ; la dure-mère était saine. Cette dernière incisée, il a constaté une certaine tendance des circonvolutions à faire hernie et, sur le trajet des vaisseaux, des traînées blanchâtres d'apparence méningitique. En trois points différents un bistouri, à lame étroite, a été plongé dans la substance cérébrale, mais aucune de ces ponctions n'a donné issue à du pus.

Bien que cette intervention n'ait rien fait trouver, tous les accidents ont disparu en quatre jours et, depuis, la guérison s'est maintenue.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Résection du genou. — **M. QUÉNU** présente un jeune homme qu'il a opéré, il y a quatre ans, d'une résection du genou. Le sujet marche bien avec un appareil.

Exstrophie de la vessie. — **M. POIRIER** présente un homme qu'il a traité d'une exstrophie de la vessie. Le résultat obtenu est satisfaisant, malgré la persistance d'un trajet fistuleux.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur Verneuil fera sa leçon d'adieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, samedi prochain, 29 octobre, à huit heures et demie du soir.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Un concours pour une place de médecin des hôpitaux s'ouvrira, le 20 mars 1893, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

— *Hôpitaux de Rouen.* — Le concours de l'internat en pharmacie s'ouvrira, le 8 décembre 1892, à neuf heures du matin.

Le registre d'inscription restera ouvert à la direction, enclave de l'Hôpital général, jusqu'au 23 novembre, dernier délai.

— Morlaas, près Pau, vient d'inaugurer, sur la place de la mairie, le buste de M. le professeur Depaul, ancien président de l'Académie de médecine.

— M. le docteur Goulard est élu membre du Conseil général du Nord, pour le canton de Solre-le-Château.

— La Société française d'hygiène a offert, jeudi soir, un banquet à son secrétaire général, M. le docteur de Piétra-Santa, fondateur de la Société, à l'occasion du cinquantenaire de sa réception au doctorat.

— L'Université de Liège célébrera le 19 novembre prochain, le 75e anniversaire de sa fondation. Les étudiants des Universités étrangères seront invités à cet anniversaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Oserat (de Busset).

— M. le docteur Ch. Fournel commencera le lundi 31 octobre 1892, à une heure, à sa clinique particulière, rue Sainte-Anne, 65, un cours gratuit de gynécologie opératoire, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. — S'inscrire à la clinique.

— M. le docteur Auvard commencera à sa clinique, 15, rue Malebranche, un cours de gynécologie, le mardi 8 novembre à quatre heures et demie et le continuera les jeudis, samedis et mardis à la même heure.

Ce cours public et gratuit sera complet en quinze leçons.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 123. — JEUDI 27 OCTOBRE 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 27 OCTOBRE 1892. — N° 123

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On se rappelle les travaux de M. Zambaco tendant à rattacher à la lèpre les lésions décrites sous le nom de maladie de Morvan. M. Magitot vient de faire, à l'Académie, une intéressante présentation de moulages et de dessins figurant des déformations particulières qu'il vient d'observer récemment, dans le pays de Béarn, sur des individus qui portent le nom de « cagots ». Rapprochant ces lésions de celles décrites par M. Zambaco, M. Magitot semble disposé à les considérer comme de nature lépreuse. Ce serait donc là un nouvel exemple de survivance atténuée de la vraie lèpre, si répandue dans cette région du treizième au seizième siècle.

Cette communication de M. Magitot va devenir le point de départ d'une discussion, plusieurs membres s'étant déjà fait inscrire pour prendre la parole. M. Zambaco, si compétent en matière de lèpre, ne manquera certainement pas de faire connaître son opinion.

M. Béchamp a communiqué la première partie d'un travail sur les matières albuminoïdes dans l'état de santé et dans l'état pathologique. Il confirme cette opinion, émise par M. Germain Sée, M. Millard et d'autres, au cours de la discussion pendante sur l'albuminurie, qu'il existe une albuminurie physiologique, qu'on observe dans l'état de santé normal, aussi bien dans la plus tendre enfance que dans l'extrême vieillesse, et qui peut atteindre jusqu'à 3 grammes de matières albuminoïdes par litre.

Le reste de la séance a été presque entièrement occupé par la lecture du rapport officiel de M. Hervieux sur la vaccine.

Nous avons aussi à signaler la lecture de M. Leroux sur l'impétigo des enfants, qu'il considère comme une affection contagieuse, inoculable et microbienne, ainsi qu'une note de M. Nicaise relative à des néoplasies simples survenant dans la tuberculose articulaire.

La fête de la Toussaint tombant mardi prochain, l'Académie de médecine tiendra séance lundi au lieu de mardi.

CLINIQUE DE LA VILLE

Note sur un cas de paralysie puerpérale généralisée (polynévrite puerpérale).

Par le docteur E. SOTTAS et J. SOTTAS, interne des hôpitaux.

Les accidents paralytiques survenant au cours de la grossesse, ou dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, sont assez rares. Les troubles moteurs ou sensitifs, signalés dans les ouvrages d'obstétrique, sont considérés par les auteurs comme le fait soit de lésions cérébrales en foyer, ramollissement ou hémorrhagie, ou de lésions médullaires, soit de compression du plexus sacré [Lefebvre] (1); certains états paralytiques sont attribués à l'anémie, à l'urémie, à une maladie infectieuse concomitante, ou même à une action réflexe partie de l'utérus. Mais il est une interprétation plus moderne, reposant sur l'étude récente des lésions des nerfs périphériques dans les maladies infectieuses, qui permet de regarder bon nombre de ces paralysies comme la conséquence de névrites parenchymateuses périphériques.

Les premiers auteurs qui avaient eu l'idée de donner des paralysies puerpérales une classification établie sur la pathogénie, n'admettaient pas tout d'abord que les nerfs périphériques pussent être lésés par un état général infectieux ou une intoxication. C'est ainsi que Leyden, qui, depuis, a tant fait pour l'étude des névrites, séparait autrefois les paralysies en deux classes :

1° Les unes relevant de lésions locales portant sur les troncs nerveux : compression au moment de l'accouchement ou propagation d'une inflammation utérine;

2° Les autres dues à un état général infectieux déterminant une altération de la moelle.

Kast (2), le premier, cite un cas de paralysie puerpérale qu'il considère comme due à une névrite primitive.

Möbius (3), dans un certain nombre de publications, établit l'existence d'une névrite parenchymateuse périphérique dans un bon nombre de cas de paralysies puerpérales, et les assimile aux cas connus de névrites d'origine toxique ou infectieuse.

(1) LEFEBVRE. Th. de Paris, 1878.
(2) KAST. Ueber primare degenerative Neuritis, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1886, Heft. 1.
(3) MÖBIUS. Neuritis puerperalis, *Munch. Med. Wochens.*, 1887, n° 9; — Beitrag zur Lehre von der Neuritis puerperalis, loc. cit., 1889, n° 14.

Mme Déjerine-Klumpke, dans sa thèse (1), ne parle pas de l'état puerpéral parmi les causes qui peuvent produire une altération des nerfs périphériques; mais si l'on a bien compris l'idée générale de l'auteur, on admettra facilement que l'état puerpéral est compris implicitement dans la rubrique : *névrites infectieuses* et *névrites toxiques*, qui est la base de la classification admise par Mme Déjerine-Klumpke.

La névrite puerpérale se partage naturellement, d'après l'étendue topographique des symptômes paralytiques, en *forme localisée* et *forme généralisée.* Cette division est adoptée par M. Tuilant (2) dans sa thèse, qui est le travail d'ensemble le plus récent traitant de la question. Les cas les plus nombreux ressortissent au premier type; au contraire, la forme généralisée se présente beaucoup plus rarement, et M. Tuilant n'en rapporte que deux observations. La première a été communiquée par MM. Desnos, Joffroy et Pinard dans une note lue à l'Académie de médecine (3); la deuxième est due à Whitfield (4).

L'un de nous ayant eu l'occasion de rencontrer, dans sa clientèle, un cas de paralysie généralisée succédant à une grossesse difficile, nous avons cru intéressant d'en donner l'observation.

Observation. — Mme L..., trente ans, sans profession.

Antécédents héréditaires. — La mère de Mme L... a été mariée deux fois; elle a aujourd'hui soixante-huit ans et jouit d'une excellente santé. Elle eut de son premier mari deux enfants : un garçon, qui est d'une intelligence médiocre, et une fille, actuellement internée dans un asile d'aliénés. De son second mari, deux enfants, dont l'un est mort en bas âge d'hydrocéphalie, et l'autre, Mme L..., fait l'objet de cette note.

Le père, d'un caractère violent, était alcoolique, et a succombé à une péritonite tuberculeuse.

Antécédents personnels. — Mme L..., qui est brune et de petite taille, est d'une nature impressionnable et irascible; elle ne se rappelle avoir eu, dans sa jeunesse, aucune maladie; elle a été réglée à onze ans et demi, et les menstrues ont toujours été chez elle faciles et régulières.

Elle s'est mariée à dix-huit ans et, neuf mois plus tard, accouchait d'un garçon qui fut emporté à sept mois par une entérite. Deux ans après, elle accouchait d'une fille qui vit encore aujourd'hui, et fut prise, à la suite de cette deuxième couche, d'accidents d'infection puerpérale avec phlegmatia alba dolens double; elle garda le lit trois mois et marcha ensuite avec des béquilles, à cause de l'enflure persistante des jambes; mais il ne parut pas alors y avoir de paralysie. Elle éprouva à cette époque, pendant quelques semaines, des accès de suffocation que le médecin qui la soignait considéra comme des phénomènes d'allure hystérique.

Depuis lors, la santé de Mme L... resta toujours chancelante, ce qui ne l'empêcha pas d'avoir successivement trois autres enfants, à dix-huit mois ou deux ans d'intervalle.

Le troisième enfant, une fille, mourut à trois ans de méningite; le quatrième vint mort, la cinquième est encore vivante.

Il est à noter que toutes ces grossesses ont été très pénibles, qu'à chaque fois la malade a été tourmentée par des vomissements persistants jusqu'à la délivrance, et qu'elle devait garder le lit presque tout le temps de la gestation.

Maladie actuelle. — Au mois de mai de l'année dernière, elle devint enceinte pour la sixième fois. Cette grossesse, comme les précédentes, s'annonça par des vomissements très pénibles, qui rendirent l'alimentation très aléatoire et amenèrent une telle faiblesse que la malade devait garder le lit presque continuellement.

Au mois de décembre dernier, la malade fut prise d'un mal de gorge très douloureux, à la suite duquel la voix s'éteignit presque complètement. La malade dit avoir expectoré des peaux, mais aucun médecin n'ayant été appelé à cette époque, il ne peut y avoir de certitude sur la nature de cette angine qui n'a, d'ailleurs, entraîné à sa suite aucune paralysie du voile du palais.

La grossesse approchait tant bien que mal de son terme; la malade se levait tous les jours une heure ou deux et faisait quelques pas dans l'appartement. Dans les premiers jours de février, la faiblesse était grande et la malade fit une chute sur le siège, ce qui ne l'empêcha pas toutefois, les jours suivants, de se livrer à son petit exercice quotidien.

Le 12 février, elle éprouva dans la matinée des contractions utérines et l'accouchement eut lieu à trois heures de l'après-midi sans incident notable. Il est bon de noter que, au moment de l'accouchement, il n'existait pas de paralysie des membres inférieurs, que la malade voulait accoucher debout et que la sage-femme dut elle-même la placer de force sur le lit.

Dans les premiers jours qui suivirent l'accouchement, il y eut un peu de fièvre, le thermomètre marquait 39 degrés. Comme on faisait à la malade des injections vaginales quotidiennes, on s'aperçut, le quatrième jour, que ses jambes remuaient difficilement, et l'on constata que le pied tendait à s'abaisser et les orteils restaient fléchis. Presque en même temps apparurent des douleurs en ceinture et des douleurs lombaires; les jambes étaient également le siège de douleurs lancinantes, les mollets en particulier; la malade éprouvait des fourmillements, surtout à la plante des pieds; il existait une hyperesthésie marquée des téguments, et si l'on essayait de relever le pied, la malade se plaignait d'une sensation très pénible de tiraillement dans le tendon d'Achille. A ce même moment, la voix s'obscurcit et l'aphonie devint presque complète.

Deux à trois jours plus tard, la paralysie gagna le bras gauche et atteignit rapidement un degré très prononcé. Les muscles du tronc se prenaient en même temps, la malade ne pouvait se lever sur son séant.

Huit jours après, ce fut le tour du bras droit, qui conserva cependant un certain degré de force musculaire, tandis que le bras gauche était absolument inerte. Des phénomènes douloureux se manifestèrent dans les bras avec les mêmes caractères qu'aux jambes. A mesure que la paralysie s'étendait aux parties supérieures du corps, elle s'accentuait dans les parties primitivement touchées, les douleurs s'installaient presque aussitôt et revêtaient les caractères que nous avons indiqués.

Notons que les muscles de la face, en particulier les muscles des yeux, sont restés absolument indemnes, ainsi que les muscles de la respiration et l'appareil de la déglutition; la malade n'a jamais présenté de dyspnée. Mais on constatait quelques irrégularités du côté des sphincters, d'abord un peu de paresse vésicale avec faible rétention, puis rapidement tendance à l'incontinence des urines et des matières fécales; ces symptômes, toutefois, n'ont pas tenu; ils se sont montrés pendant une quinzaine de jours, puis ont disparu. Nous verrons qu'ils ont repris de l'importance dans la période plus avancée de la maladie.

L'affection a suivi une marche rapidement progressive. En deux semaines, la paralysie avait atteint son maximum et, environ un mois après l'accouchement, on constatait l'état suivant :

La malade est étendue sur son lit, absolument affalée, qu'on nous passe l'expression; la tête est inclinée sur l'épaule, les bras reposent inertes sur le lit, étendus le long du corps, les membres inférieurs allongés dans une position indifférente et immobiles. Les bras sont dans la pronation, les doigts dans la demi-flexion, le pouce fléchi dans la main. Les pieds sont dans l'extension, les orteils fléchis, la voûte plantaire est exagérée.

La malade ne présente d'ailleurs aucune prostration, l'œil est vif, elle répond bien aux questions. Si on lui demande d'exécuter

(1) Mme Déjerine-Klumpke. *Des polynévrites en général et des paralysies et atrophies saturnines en particulier*, Th. de Paris, 1889.

(2) Tuilant. Th. de Paris, 1891.

(3) Séance du 27 novembre 1888.

(4) Whitfield. Peripheral neuritis due to the vomiting of pregnancy, *The Lancet*, 1889, t. I, p. 13.

quelques mouvements pour montrer ce qu'elle peut faire, elle fait rouler mollement sa tête à droite à gauche sur l'oreiller, soulève légèrement les épaules, remue un peu le bras droit et fléchit lentement les jambes en traînant le talon à la surface du lit.

Etudions maintenant en détail l'état des différentes parties du corps.

Motilité. — Les muscles de la face, avons-nous dit, sont indemnes; le jeu de la physionomie est conservé, les paupières et les muscles des yeux fonctionnent normalement, les mouvements de la langue et du cou sont irréprochables, la malade boit très correctement un verre de lait, pourvu qu'on la maintienne et qu'on porte le verre à ses lèvres. Il n'en est pas de même des muscles du larynx, et on constate tous les signes d'une paralysie totale de la glotte : la voix est aphone, la toux a un caractère particulier, les muscles expirateurs fonctionnent bien, mais l'occlusion de la glotte ne se faisant pas, la secousse de toux est remplacée par une expiration soufflante, brusque, mais non saccadée et sonore comme dans l'état normal.

Les muscles du cou sont peu touchés et les mouvements se font presque tous avec une certaine vigueur, en particulier les trapèzes ont conservé presque toute leur énergie.

Pour le tronc, les muscles extenseurs et fléchisseurs du tronc, les muscles compresseurs de l'abdomen, sont fortement atteints : la malade ne peut s'asseoir sur son séant, la paroi abdominale est flasque. Toutefois, si l'on asseoit la malade en inclinant un peu le tronc en avant, et en la maintenant dans la position que l'on donne aux malades pour l'auscultation de la poitrine, elle reste assez bien en équilibre, ce qui indique qu'il reste encore dans la masse des muscles du tronc et des hanches assez de vigueur pour maintenir la fixité du bassin et de la colonne vertébrale.

Des deux membres inférieurs, le gauche est beaucoup plus pris, il est complètement paralysé et ne présente aucun mouvement propre; l'épaule seule est légèrement soulevée par les contractions du trapèze; si l'on soulève le bras, la main retombe en flexion et en pronation, les doigts se courbent. Du côté droit, le coude peut se lever un peu au-dessus du plan du lit, le poignet restant appuyé; ou bien la malade esquisse un mouvement de flexion, mais l'avant-bras retombe aussitôt en pronation. Les muscles extenseurs de la main sont absolument inertes des deux côtés; les doigts exécutent quelques mouvements très peu étendus dans le sens de la flexion et de l'extension, mais ils restent recourbés.

Pour les membres inférieurs, le seul mouvement possible est une esquisse de flexion de la cuisse sur le bassin. Dans ce mouvement, le genou se ploie, le talon traîne sur le lit, mais bientôt le membre retombe latéralement en rotation externe ou interne.

Le pied ne peut être relevé en flexion dorsale; les mouvements des orteils sont nuls.

Si maintenant on détermine dans les membres des mouvements passifs, la malade se plaint de vives douleurs.

Les réflexes tendineux sont abolis partout, la percussion des tendons est d'ailleurs douloureuse. A ce moment l'excitabilité mécanique des muscles est très peu marquée; la percussion des masses musculaires, destinée à provoquer des contractions, est du reste très pénible pour la malade. Les contractions idio-musculaires existent dans les muscles de la région antéro-externe de la jambe droite; elles sont nulles à gauche. Il n'existe pas de tremblement fibrillaire.

Examen électrique des muscles. — Faute d'appareil à courant galvanique, nous n'avons pu explorer la réaction qualitative des muscles, et en particulier rechercher s'il existait une réaction de dégénérescence; mais nous avons trouvé, avec un appareil faradique, une diminution quantitative très accentuée de la réaction électrique musculaire.

Dans le petit appareil de Gaiffe, on peut utiliser de deux façons le courant faradique :

1° Au moyen d'un interrupteur spécial, on peut produire le passage d'un courant induit unique et alternatif qui produit une secousse musculaire brève;

2° Avec l'interrupteur automatique ou trembleur, on utilise un courant induit prolongé qui détermine dans le muscle une contraction prolongée tétanique. Ce courant induit prolongé agit, d'ailleurs, plus énergiquement que le précédent sur le muscle pour une même intensité de courant.

Dans l'exploration, nous avons employé le courant maximum fourni par l'appareil, et nous avons obtenu les résultats suivants :

	Courant bref.	Courant prolongé.
Bras gauche :		
Extenseurs.	0	0
Fléchisseurs et pronateurs. .	0	0
Thénar.	0	0
Biceps.	0	Réaction faible.
Bras droit :		
Extenseurs.	0	0
Fléchisseurs et pronateurs. .	0	Réaction faible.
Thénar	Réaction faible.	Réaction faible.
Biceps.	0	Réaction faible.
Cuisse droite :		
Région antérieure.	Réaction faible.	Réaction faible.
Région postérieure	Réaction faible.	Réaction faible.
Cuisse gauche :		
Région antérieure.	0	0
Région postérieure	0	Réact. tr. faible.
Jambes droite et gauche :		
Extenseurs.	0	0
Mollet	0	0

Sensibilité; phénomènes subjectifs. — Depuis le début de l'affection, la malade éprouve des douleurs extrêmement accentuées. En dehors de fourmillements et de picotements siégeant surtout au niveau de la plante des pieds, il existe de véritables crises qui apparaissent subitement, mais se prolongent plus longtemps que les douleurs fulgurantes des ataxiques; ces accès surviennent surtout dans la soirée.

Les douleurs lancinantes siègent autour de la poitrine, à la région lombaire, dans la continuité des membres : « Ça m'arrache les bras, ça m'arrache les jambes, s'écrie la malade; c'est comme si on me tirait l'intérieur des mains. »

Il existe, de plus, des douleurs persistantes aux saillies osseuses, qui pressent d'une façon continue sur le plan du lit, au niveau du talon, de l'épitrochlée par exemple.

Il n'existe, d'autre part, aucune sensation de douleur interne ou viscérale.

Sensibilité objective. — Le sujet perçoit parfaitement le moindre contact; il existe même une hyperesthésie très marquée à la pression et aux excitations même légères, surtout à la plante du pied; mais la perception est très manifestement retardée; c'est ainsi que la piqûre, le pincement de la peau sont sentis très vivement avec un retard de deux à trois secondes, et ce retard augmente à mesure qu'on s'éloigne de la racine du membre.

La sensibilité thermique est normale.

Le réflexe cutané plantaire est aboli.

L'exploration mécanique des nerfs sciatique, médian, cubital, détermine une vive douleur au niveau de la pression. Cette hyperesthésie des troncs nerveux nous a même empêchés de les électriser et de noter les résultats objectifs de cette exploration.

Le *sens musculaire* paraît touché; c'est ainsi que si l'on croise la jambe gauche de la malade sur la jambe droite, elle ne se rend pas compte de la position exacte : « Je sens bien, dit-elle, que mon genou droit, qui est froid, touche ma jambe gauche, mais je ne sais comment mes jambes sont mises. »

Il n'y a rien à signaler du côté de la *sensibilité spéciale*.

Troubles trophiques et déformations. — Il existe un amaigrissement très marqué de tout le corps, les muscles sont flasques et

ont perdu même leur tonicité normale. La cuisse est aplatie d'avant en arrière, sa face antérieure est concave. La crête du tibia se dessine, la face antéro-externe de la jambe forme un méplat qui tend à devenir concave. La voûte plantaire est exagérée par suite de la chute du pied et de l'atrophie du groupe interne des muscles de la plante.

Du côté du membre supérieur, la face dorsale de l'avant-bras est aplatie, le thénar gauche est déjà atrophié et le premier métacarpien a tendance à se mettre sur le même plan que les quatre autres.

Il n'existe, d'ailleurs, aucun trouble trophique cutané ni escharres.

Les sphincters, à cette époque, fonctionnent bien; il existe seulement un peu de diarrhée résultant peut-être du régime lacté et de l'administration de la liqueur de Fowler.

Tels étaient les phénomènes que présentait l'affection à sa période d'état; mais le sujet n'offrait pas un terrain propice à une évolution favorable de la maladie. Il existait, en effet, des symptômes de tuberculose pulmonaire : râles humides aux deux sommets et signes cavitaires au sommet gauche; on constatait, de plus, l'existence d'une affection cardiaque se manifestant par un trouble systolique à la pointe.

Dans cet état, les phénomènes paralytiques restèrent stationnaires, la faiblesse musculaire était toujours aussi grande; l'examen électrique, pratiqué deux mois après le début, ne dénotait aucune amélioration. Seules, les douleurs spontanées s'étaient un peu amendées. L'incontinence de l'urine et des matières fécales reprit et s'accentua progressivement. Au bout de deux mois et demi, cependant, malgré l'état de délabrement de la santé générale, la paralysie semblait diminuer, la malade remuait un peu mieux ses jambes et surtout son bras droit, qui avait été le dernier et le moins touché. Mais la gravité des phénomènes généraux ne laissait que peu d'espoir; il survint bientôt du délire, de la fièvre hectique, une anorexie persistante accompagnée de vomissements et de diarrhée verte infantile; l'expectoration devint plus difficile, l'alimentation de plus en plus insuffisante, et la malade succomba le 14 mai, trois mois après le début de la paralysie.

En résumé, il s'agit d'une femme à antécédents névropathiques, d'une santé générale mauvaise, ayant eu successivement plusieurs grossesses difficiles et qui, à la suite d'une nouvelle grossesse pénible, est prise presque immédiatement d'une paralysie ascendante et rapidement envahissante des muscles des membres et du tronc. Il ne se produit pas de symptômes céphaliques, la face reste intacte, mais la glotte est prise. Cette paralysie est accompagnée de douleurs vives sans grande altération de la sensibilité objective, d'une atrophie musculaire très marquée et d'une disparition presque complète de la contractilité faradique dans les muscles atteints. Il existe, de plus, quelques irrégularités du côté des sphincters. La maladie arrive à sa période d'état en trois semaines; elle reste stationnaire près de deux mois, et, au moment où les symptômes paralytiques commençaient à s'amender, la malade, atteinte de lésions tuberculeuses du poumon très avancées, succombe trois mois après le début de l'affection paralytique.

Il ne nous a pas été permis de faire l'examen nécroscopique du système nerveux de notre malade, cette femme étant morte en ville, et nous avons été ainsi malheureusement privés d'un précieux document, car la preuve anatomo-pathologique reste encore à donner de l'interprétation de la paralysie puerpérale telle qu'on la comprend aujourd'hui.

Quoi qu'il en soit, en présence des symptômes que nous venons d'énumérer, le diagnostic ne pouvait être hésitant qu'entre deux affections : une *polynévrite* à forme de *paralysie générale spinale antérieure subaiguë* de Duchenne (de Boulogne) ou une *myélite centrale diffuse.*

Nous laissons de côté la *paralysie ascendante aiguë* ou *maladie de Landry*, affection encore mal déterminée dans ses symptômes comme dans ses lésions. Encore nous serait-il peut-être permis de la faire rentrer dans les formes possibles de la paralysie puerpérale et de la considérer comme un *syndrome* relevant à la fois d'une névrite parenchymateuse généralisée à marche suraiguë, telle qu'elle s'est montrée d'ailleurs dans les cas de Déjerine, Pitres et Vaillard, et d'une sidération du système nerveux central par un poison virulent ou toxique. Néanmoins, ce syndrome s'éloigne du type que nous considérons par l'absence ordinaire de l'atrophie musculaire, de modifications électriques et de troubles sensitifs. Enfin, la paralysie envahit rapidement les muscles de la respiration, et la mort arrive en quelques jours par asphyxie.

Restent la myélite centrale diffuse et la polynévrite. La séparation, au point de vue clinique, entre ces deux affections, est souvent presque impossible; mais, dans notre cas, il y a plusieurs particularités qui plaident en faveur d'une névrite périphérique : c'est d'abord l'intensité des phénomènes douloureux et surtout la vive douleur déterminée par la pression des troncs nerveux, l'extension rapide de la paralysie à tous les muscles du tronc, des membres et de la glotte, sans qu'il en résulte d'accidents menaçant la vie de la malade. Si, en effet, la moelle avait été prise dans toute sa hauteur jusqu'au centre qui commande les mouvements de la glotte, cet envahissement n'aurait pas été sans donner lieu à des symptômes graves du côté des muscles respiratoires. De plus, il n'existait aucun trouble trophique cutané grave, aucune escharre profonde, cortège habituel de la myélite. Enfin, il est un facteur qui a la plus grande valeur pour la distinction des deux affections, c'est la curabilité ordinaire de la polynévrite. Dans notre cas, l'amélioration commençait à se manifester lorsque les progrès d'une affection concomitante ont amené la mort de la malade.

Restent à expliquer les symptômes observés du côté des sphincters. « Les sphincters sont peut-être un peu plus souvent touchés dans la myélite centrale aiguë, écrit Mme Déjerine-Klumpke, bien que nous n'en soyons pas bien sûre. » Mais ils peuvent être également pris dans la polynévrite.

Si nous cherchons dans les antécédents pathologiques de notre malade les facteurs étiologiques qui ont pu intervenir, nous trouvons deux symptômes qui se sont également rencontrés dans les cas de M. Desnos et de Whitfield, et qui jouent, pour M. Tuilant, un rôle indiscutable, ce sont les vomissements incoercibles et les suites de couches fébriles.

Si nous tentons maintenant d'établir la pathogénie de l'affection que nous avons observée, nous constatons que l'état général du sujet était plus que médiocre, que son système nerveux était sans doute un lieu de moindre résistance, étant donné ses antécédents névropathiques héréditaires et un champ tout ouvert à une imprégnation résultant d'une hétéro-infection produite à la suite de l'accouchement.

L'action semble avoir porté surtout sur le système nerveux périphérique; mais il n'est pas illogique d'admettre que la moelle a été aussi touchée, quoique légèrement et d'une façon tout accessoire. Il est, en effet, illusoire de vouloir chercher une limite tranchée entre la polynévrite et la myélite centrale diffuse; il nous paraît plus naturel

d'admettre l'opinion que Mme Déjerine-Klumpke formule en ces termes : « Faut-il séparer nettement ces deux affections si semblables au point de vue des symptômes, de la marche et de l'étiologie? Ne faut-il pas plutôt, en raison même de leur étiologie, les considérer comme deux affections extrêmement voisines résultant de l'action, tantôt sur le système nerveux périphérique, tantôt sur le système nerveux central, d'un seul et même agent pathogène, virulent, infectieux ou toxique? »

Nous ajoutons que cette action peut porter à la fois sur les deux systèmes avec prédominance sur l'un ou l'autre, suivant les cas. Celui que nous présentons offre précisément des signes comme les troubles des sphincters, qui peuvent être regardés comme des troubles médullaires; mais il n'en reste pas moins un type de *polynévrite puerpérale*, étant donné la prédominance des symptômes névritiques.

THÉRAPEUTIQUE

Action de l'aconitine dans les névralgies.

Par le docteur X. Delmis.

Les faits cliniques relatifs aux propriétés antinévralgiques de l'aconitine cristallisée, signalés dans ces dernières années, ont attiré l'attention des thérapeutistes, et depuis, l'excellent travail de M. le docteur Oulmont (1), médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, est venu confirmer les résultats énoncés.

« L'aconitine, dit M. Oulmont, réussit parfaitement dans certaines formes de névralgie faciale essentielle, c'est-à-dire qui ne sont pas liées à d'autres lésions, sans intermittence ni périodicité bien marquées, névralgies congestives, comme les appelle Gubler, survenant le plus souvent à la suite de refroidissements. L'aconitine produit, dans ces cas, des guérisons d'une rapidité extrême. J'ai vu un cas de névralgie faciale datant de sept jours, sans périodicité bien marquée et qui avait résisté au sulfate de quinine, céder instantanément et définitivement à l'azotate d'aconitine.

Le succès est plus net et plus rapide dans les névralgies récentes que dans les névralgies anciennes; on cite cependant de ces dernières qui ont guéri assez rapidement. L'aconitine n'est pas sans action sur les névralgies ou les hyperesthésies secondaires, comme celles qu'on observe dans les caries dentaires, les caries du rocher, l'otite interne, les paraplégies, etc.

Le rhumatisme articulaire aigu, traité par l'aconitine, nous a donné de beaux résultats. Chez quatre individus auxquels ce médicament a été administré à dose progressive, la guérison est arrivée une fois en huit jours, les autres fois en dix jours. La température, de 39 degrés à 38 degrés, est descendue à 36°2 et 36°1, et le pouls est tombé dans les mêmes proportions. Dans les autres cas, la guérison a été obtenue un peu plus lentement. L'action apyrétique fut également bien évidente. »

Les résultats obtenus par Gubler sont tout aussi remarquables (Thèse de M. Franceschini, p. 52 et suivantes). Sur quatre observations qui ont été publiées et dans lesquelles les malades ont été traités par l'aconitine à la dose de 1/5 de milligramme, portée graduellement jusqu'à quatre doses par jour, la guérison eut lieu le sixième, le neuvième, le douzième et le treizième jour. L'action sur la douleur a été très rapide; sur la fièvre, elle a été plus lente, mais non moins manifeste.

« Dans les névralgies du trijumeau, dit le professeur Gubler (2), ses effets sont véritablement merveilleux. »

(1) Oulmont. *De l'aconit, de ses préparations, et de l'aconitine considérée au point de vue thérapeutique*, Paris 1877; — Académie de médecine, séance du 29 janvier 1878.

(2) Gubler. *Leçons de thérapeutique faites à la Faculté de médecine*, Paris 1877.

M. le docteur Oulmont termine son travail par cette conclusion que l'aconitine, de provenance certaine, est un médicament bien défini, qui agit d'une manière sûre et régulière; mais, à cause de son énergie, il faut ne l'employer qu'à très petites doses et largement espacées.

Fréquemment, les névralgies sont accompagnées d'accidents intermittents et périodiques bien marqués. Pour combattre cette complication, le docteur Moussette emploie des pilules très exactement dosées, contenant chacune un cinquième de milligramme d'aconitine et 5 centigrammes de quinium, dont l'indication est nette dans ces sortes d'affections.

En raison de l'action énergique de l'aconitine, il est bon de tâter la susceptibilité du malade et de commencer le premier jour par trois pilules : une le matin, une à midi et une le soir.

Si le premier jour on n'obtenait pas une sédation marquée, on pourrait augmenter graduellement d'une pilule par jour, jusqu'à six dans les vingt-quatre heures; on se tiendra à cette dose jusqu'à cessation des douleurs, et, à moins de cas exceptionnels, il sera bon de ne pas aller au delà; s'il survenait un peu de diarrhée on diminuerait la dose de ces pilules.

En résumé, les études physiologiques et les observations cliniques ont démontré que l'action sédative que les pilules Moussette exercent sur l'appareil circulatoire, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les névralgies du trijumeau, les névralgies congestives, les affections rhumatismales, douloureuses et inflammatoires, etc., etc.

A la Société médicale des hôpitaux de Paris (séance du 22 octobre 1880), le docteur Desnos, à propos d'une communication du docteur Empis, cite le cas d'un malade atteint d'aortite, dont les souffrances étaient notablement calmées par l'aconitine. Mais il fait remarquer que le changement de l'aconitine donne des résultats tout à faits différents.

M. le docteur Constantin Paul trouve qu'il est indispensable de toujours spécifier la provenance du médicament. « On obtient, dit-il, des effets très variables avec l'aconitine, suivant la provenance de cette substance. »

Il est donc bien important, pour le malade et le médecin, que le médicament employé soit toujours identique dans sa composition et d'un dosage rigoureusement exact; à cet égard, on peut employer les véritables pilules Moussette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 octobre 1892. — Présidence de M. Regnauld.

COMMUNICATIONS

Cagots et lépreux. — **M. Magitot** met sous les yeux de l'Académie des moulages et des dessins, représentant des déformations particulières qu'il a récemment observées chez un assez grand nombre d'individus originaires et habitants d'une région limitée du pays de Béarn, où ils portent le nom de cagots. Ces déformations occupent l'extrémité des doigts des mains et des pieds, qui présentent les ongles soulevés ou arqués, des fissures et gerçures parfois ulcéreuses de l'épiderme et de la matrice unguéale, une réduction particulière de quantité des cheveux et des poils, plus rarement certaines déformations des phalanges et quelques plaques cutanées anesthésiques.

M. Magitot, après étude faite de ces lésions comparées à celles qu'a décrites M. Zambaco, se fondant, en outre, sur des documents historiques, des traditions locales et sur quelques autres preuves étymologiques et philologiques, serait disposé à considérer les déformations qu'il décrit comme de nature lépreuse, représentant dans la région pyrénéenne un exemple de survivance très amoindrie, très atténuée de la vraie lèpre, si répandue dans le sud-ouest de la France, du XIIIe au XVIe siècle.

Arthrite tuberculeuse avec hypertrophie fibro-plastique et graisseuse de la synoviale. — **M. Nicaise** lit une note re-

lative à des néoplasies simples survenues dans la tuberculose articulaire. Voici le résumé de sa communication :

Il existe un processus particulier qui donne lieu à la formation de tuméfactions, de tumeurs; mais sous des influences diverses, ces hyperplasies sont susceptibles de disparaître, soit spontanément, soit par un traitement approprié.

Ce processus néo-formateur établit une transition entre le processus inflammatoire simple et le processus formateur de tumeurs.

Parmi les causes qui peuvent donner lieu à ces hyperplasies, se trouve le virus tuberculeux (bacille et nodule). Au niveau des articulations, il peut former des hyperplasies fibro-plastiques considérables, pouvant s'infiltrer de graisse.

De l'impétigo chez les enfants. — M. LEROUX a fait une série de recherches sur 750 cas d'impétigo qu'il a observés au dispensaire Furtado-Heine : 220 fois, sur ce nombre de cas, l'affection s'est nettement transmise par contagion. La contagion s'exerce également entre les enfants de familles différentes, entre les enfants et les adultes. Sur 220 cas de contagion, 179 sont relatifs à l'impétigo aigu (1 sparsa, 1 figurata, 1 larvalis), 41 cas à l'impétigo ancien ou compliqué (1 eczémateux, 1 suppuré, etc.).

L'impétigo est inoculable. Sur 120 inoculations, on obtient 79 résultats positifs, 41 négatifs, soit 65,8 p. 100 de succès. Il est inoculable en séries. On atteint quelquefois la sixième série. Il est inoculable également aux enfants et aux adultes qui en sont indemnes, à ces derniers plus rarement. Il perd ses caractères de contagiosité et d'inoculabilité en vieillissant.

L'impétigo est une maladie microbienne.

Les recherches récentes ont démontré, dans l'impétigo spontané, l'existence des diverses variétés du staphylococcus, l'aureus, l'albus, plus rarement le citreus. Les recherches de M. Leroux l'ont conduit aux mêmes résultats; cependant, on y décèle, mais difficilement, des streptocoques.

En étudiant l'impétigo expérimental, inoculé en séries sur des enfants, les résultats sont différents. Dans le liquide de la vésicule de l'impétigo inoculé, on trouve des microcoques, des diplocoques, des streptocoques, mais pas de staphylocoques.

Les cultures sur gélatine, sur agar, dans du bouillon, développent des colonies de streptocoques qui ne liquéfient point la gélatine. En inoculant à l'enfant le bouillon de culture chargé de streptocoques, on reproduit 4 fois sur 15 inoculations une vésicule, puis une croûtelle d'impétigo. Cette croûtelle cultivée donne les mêmes streptocoques. En s'appuyant sur cette gamme expérimentale, répétée fréquemment dans les mêmes conditions, l'orateur se croit autorisé à conclure que l'impétigo est dû à un microbe spécial qui, inoculé, reproduit l'éruption primitive. Il le désigne sous le nom de « streptocoque de l'impétigo ».

Les staphylocoques, agents de suppuration, sont des éléments surajoutés, qui semblent se substituer rapidement aux streptocoques de l'impétigo et provoquer, par infection secondaire, des manifestations multiples, les unes superficielles : tourniole, ecthyma, abcès, kératite, conjonctivite, etc.; les autres profondes : ostéomyélite, néphrite, broncho-pneumonie infectieuses.

RAPPORT

Vaccine. — M. HERVIEUX commence la lecture de son rapport général sur les vaccinations en France, en 1891.

COMMUNICATION

Albuminurie physiologique. — M. BÉCHAMP communique la première partie d'un travail sur les substances albuminoïdes dans l'état de santé et dans l'état pathologique.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour la lecture de rapports de prix.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 17 octobre 1892, M. le professeur Des Cloizeaux, admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé professeur honoraire au Muséum d'histoire naturelle.

— Par décision ministérielle, en date du 23 octobre 1892, ont été désignés pour les postes ci-après désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Lippmann, pour le 5e régiment du génie; — Mussat, pour l'hôpital militaire de Belfort; — Dubois (H.-J.-L.), maintenu à l'hôpital militaire de Cambrai.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Favier, pour le 151e d'infanterie; — Tisserant, pour le 42e d'infanterie; — Séguin, pour le 90e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Munschina, pour les hôpitaux militaires de Tunisie; — Feuillade, pour le 2e groupe de l'artillerie de la 40e division d'infanterie; — Licht (L.-F.), pour le 3e chasseurs d'Afrique; — Chevassu-Périgny, pour le 6e cuirassiers; — Bouchet, pour le 7e chasseurs à cheval; — Wenzinger, pour le 6e d'artillerie; — Ducurtil, pour le 2e spahis.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Chabrut, pour le 25e dragons; — Friant, pour le 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Busquet, pour le 57e d'infanterie; — Vielle, pour le 49e d'infanterie; — Payerne, pour le 38e d'artillerie; — Ramally, pour le 97e d'infanterie.

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Bayrac, pour l'hôpital militaire de Lille; — Cordier, pour l'hôpital Villemanzy, à Lyon.

— *École annexe de médecine navale à Rochefort.* — Sont nommés étudiants en médecine à ladite École : MM. Bireaud, Brinon, Drouillard, Brunet, Chagnolleau, Chapeyron, Colin, Damond, Damotte, Dasque, Dorizon, Gabrielle, Geanducheau, Guillon, Lagriffe, Lalo, Lartigue, Lemesle, Lemoine, Lowitz, Maury, Mayer, Meissan, Mielvaque, Nouvat, Oré, Payen, Proust, Prouvost, Pujol, Robilliard, Servel, Thomas-Derevoge, Vayssié, Vincent, Régnier, Sacaze-Badic, Roussel.

— La Faculté de médecine de Montpellier vient de présenter, pour la chaire de chimie médicale vacante : en première ligne, M. Ville, agrégé de chimie; en seconde ligne, M. Lecercle, agrégé de physique.

— M. le docteur Poirier est élu conseiller d'arrondissement du Loiret, par le canton de Châteaurenard.

— M. le docteur Rebatel, conseiller général du Rhône, est nommé membre du Conseil académique de Lyon, en remplacement de M. Nohot, démissionnaire.

— M. le docteur Marie, médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés d'Évreux, est chargé d'organiser et de surveiller la colonie familiale établie par le département de la Seine à Dun-sur-Auzun (Cher).

— La Société française de dermatologie reprendra ses séances le jeudi 10 novembre à neuf heures du matin, au Musée de l'hôpital Saint-Louis, salle des conférences.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Le Dentu commencera son cours de clinique chirurgicale le vendredi 4 novembre 1892, à l'hôpital Necker, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Opérations : les mardis et vendredis après la leçon.

Opérations abdominales : le jeudi à neuf heures, au pavillon de gynécologie.

Visite des malades à neuf heures : les lundis, mercredis et vendredis, salle Malgaigne (hommes); les mardis et samedis, salle Lenoir (femmes).

— M. le professeur Cornil commencera son cours d'anatomie pathologique le vendredi 4 novembre, à cinq heures (petit amphi-

théâtre de la Faculté), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis à deux heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (deuxième étage). — Objet du cours : Organes génitaux de la femme ; système nerveux.

— M. le professeur Gabriel Pouchet commencera son cours de pharmacologie le samedi 5 novembre 1892, à deux heures de l'après-midi (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Alcaloïdes, glucosides, anesthésiques.

— M. le professeur Dieulafoy commencera son cours de pathologie interne le samedi 5 novembre 1892, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Maladies de l'appareil respiratoire.

— M. le professeur Mathias-Duval commencera son cours d'histologie le samedi 5 novembre, à quatre heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Les tissus conjonctif, cartilagineux et osseux ; le système musculaire ; les épithéliums et les glandes ; la peau et ses annexes.

— M. Ricard, agrégé, commencera des conférences de pathologie externe le samedi 5 novembre, à quatre heures (petit amphithéâtre), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Objet : Maladies chirurgicales des membres inférieurs, des organes urinaires et des organes génitaux de l'homme et de la femme.

— M. Maygrier, agrégé, commencera des conférences d'obstétrique le samedi 5 novembre, à cinq heures (grand amphithéâtre), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Objet : La grossesse ; accouchement normal.

— M. le professeur Guyon reprendra son cours de clinique des maladies des voies urinaires le mercredi 9 novembre 1892, à neuf heures, à l'hôpital Necker, et le continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

— La policlinique de chirurgie des femmes de M. le docteur Berrut (151, rue de Grenelle-Saint-Germain) est ouverte du 1er novembre au 31 août de chaque année : le jeudi, à neuf heures, leçon ; à dix heures : consultations.

La première leçon aura lieu le jeudi 3 novembre.

On s'inscrit tous les jours de trois à cinq heures.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Traité de chirurgie, publié sous la direction de MM. Simon Duplay et Paul Reclus. Tome VIII et dernier. 1 vol. gr. in-8° avec 207 figures, — Prix : 22 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 124. — SAMEDI 29 OCTOBRE 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 29 OCTOBRE 1892. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

Le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles,

Par M. le docteur Jules Chéron,
Médecin de Saint-Lazare.

Le drainage de la cavité utérine consiste à faciliter la sortie, hors de l'utérus, des sécrétions pathologiques qui prennent naissance dans sa cavité. Il a pour résultat de tarir en grande partie ces sécrétions, lorsqu'elles sont trop abondantes, et de produire un certain nombre de phénomènes physiologiques sur lesquels nous aurons à insister tout à l'heure.

Il fut d'abord pratiqué d'une façon plus ou moins inconsciente par les gynécologistes qui, à l'exemple de Sims, de Simpson, de Valleix, de Greenhalgh, etc., employaient les tiges intra-utérines rigides, dans le traitement des flexions de la matrice. Ces auteurs, en effet, rétablissaient la perméabilité du canal cervico-utérin et rendaient ainsi plus facile l'issue des sécrétions utérines, en faisant disparaître l'angle qui, dans les flexions, existe au niveau de l'isthme.

Mais si la pratique du drainage est, en réalité, assez ancienne, il faut bien dire que ce n'est que dans ces dernières années qu'on l'a appliqué d'une façon méthodique.

Le premier travail important sur la question qui nous occupe remonte à 1883, et il est dû au docteur Schwartz [de Halle (1)], qui, après avoir essayé, sans succès, les drains de verre imaginés par Fehling et les cylindres en caoutchouc creux de Ahfeld, préconisa le drainage capillaire à l'aide d'un pinceau mince de fils de verre introduit et laissé à demeure dans l'utérus. Cet auteur obtint de bons résultats surtout dans le catarrhe utérin, dans la dysménorrhée et dans l'aménorrhée, avec ou sans sub-involution.

Deux ans plus tard, en 1885, le docteur Wylie [de New-York (1)] préconise de nouveau le drainage dans le traitement de l'endométrite. Il conseille, pour maintenir la béance du canal cervical après la dilatation, un drain courbe, en caoutchouc durci, renflé en bulbe à son extrémité utérine, de manière à tenir facilement en place, et muni d'une rainure latérale destinée à assurer le drainage de la cavité.

Un distingué gynécologiste de Bruxelles, le docteur Walton (2), comme complément de sa méthode de traitement des pelvi-péritonites par la dilatation forcée et le curetage, décrit, en 1888, le mode de drainage qu'il emploie lorsque le pus d'un abcès tubaire se vide dans l'utérus après l'opération. « Du moment que l'on constate que le liquide contenu dans le kyste tubaire, dit-il, pénètre dans l'utérus, rien n'est plus facile que de placer un fort drain dans la cavité utérine, de faire plonger son extrémité libre dans un flacon d'eau sublimée à 1/1000, et d'enregistrer ainsi d'une façon mathématique la quantité et la qualité du pus qui s'écoule. Cette fermeture hydrostatique empêchera l'air extérieur de pénétrer dans la cavité de l'abcès. Le sublimé, dans lequel le pus tombe goutte à goutte, détruit au fur et à mesure tous les organismes néfastes qu'il renferme et qui, autrement, pourraient se répandre dans l'air ambiant ou contaminer l'entourage. »

Un peu plus tard, M. Doléris (3) préconise dans les mêmes conditions, c'est-à-dire après l'usage de la dilatation, dans le but de provoquer l'évacuation des kystes tubaires dans la cavité utérine, le drainage de cette cavité à l'aide de bandelettes de gaze iodoformée. Rappelons, à ce sujet, que Fritsch (4) emploie, depuis 1882, le tamponnement de la cavité utérine à la gaze iodoformée, dans le traitement de l'endométrite blennorrhagique.

Plus récemment encore, M. Lefour [de Bordeaux (5)] est venu apporter une solution élégante au problème du drainage par les tiges intra-utérines. Il se sert d'une tige en aluminium plein de 5 millimètres de diamètre, présentant à sa surface et dans le sens de sa longueur, qui doit toujours être inférieure de 5 millimètres à la longueur totale

(1) Schwartz. Drainage des nicht puerperalen Uterus, *Centralbl. f. Gynæk.*, 13 mars 1883.

(1) Wylie. Soc. obstétr. de New-York, séance du 17 fév. 1885.

(2) Walton. *Du drainage de la cavité utérine en cas d'abcès pelvien*, Gand 1888.

(3) Doléris. *C. R. de la Soc. de biol.*, 21 déc. 1888, et *Journ. de méd. de Paris*, 1889, nos 7 et 9.

(4) Fritsch. *Deuts. Chir. Liefer.*, 1885, n° 56, p. 438.

(5) Lefour. Nouveau procédé de contention des tiges intra-utérines, Soc. obst. et gynécol. de Paris, mai 1891.

du canal cervico-utérin, quatre cannelures opposées deux à deux et destinées à assurer l'écoulement du sang menstruel et des produits de sécrétion de l'organe. Ses deux extrémités sont mousses et, à 5 millimètres de l'une d'elles, se trouve un petit canal transversal qui servira tout à l'heure à fixer la tige. L'utérus ayant été dilaté et désinfecté, le périnée est déprimé, l'utérus abaissé, et on monte, sur un porte-aiguille, une fine aiguille courbe munie d'un fort crin de Florence. La tige ayant été mise en place, on traverse le col de part en part ainsi que le canal transversal de la tige à l'aide de l'aiguille ; l'un des chefs du crin de Florence pend alors dans le cul-de-sac latéral gauche et l'autre dans le cul-de-sac opposé ; on noue solidement ces deux chefs au-devant de l'orifice externe et la tige est définitivement suspendue dans la cavité utérine.

Ces jours-ci, M. Polk (1) recommandait, dans l'endométrite simple ou compliquée de salpingite, le drainage de la cavité utérine, pratiqué, après curetage, avec de la gaze aseptisée à l'aide du sublimé en solution à 1/500 et lavée à l'eau chaude. Il a obtenu de très bons résultats à l'aide de ce tamponnement qui, dit-il, est habituellement bien toléré, mais détermine quelquefois de vives douleurs et une légère élévation de la température.

Enfin, il est un autre procédé de drainage que j'ai moi-même imaginé, en 1884, et expérimenté, depuis lors, dans un très grand nombre de cas, je veux parler du drainage à l'aide de drains en crin de Florence.

L'innocuité de ce nouveau procédé, la facilité extrême de son emploi méritent, je crois, d'attirer l'attention de tous ceux qui s'intéressent à la gynécologie.

J'ai consigné mes premières recherches, à ce sujet, dans la thèse de M. Reilhac [1886 (2)] ; tout récemment (3), j'ai complété mon étude du drainage de la cavité utérine à l'aide des drains en crins de Florence par la publication d'un travail, dont nous allons résumer ici les points les plus importants.

I

C'est avec le pinceau de fils de verre préconisé par Schwartz (de Halle) que je fis mes premières recherches. Mais je dus bientôt renoncer à ce genre de drain, les pinceaux de fil de verre produisant une irritation excessive de l'utérus et du vagin, avec écoulement leucorrhéique très abondant et démangeaisons insupportables à la vulve.

J'essayai alors successivement et sans succès des pinceaux de fils d'amiante, de soies de sanglier, de crins de cheval, de catgut, de poils de blaireau, les drains en caoutchouc, etc. Tous les drains ainsi construits furent irritants pour l'utérus et aucun d'eux ne put être toléré par cet organe.

Le crin de Florence me donna, au contraire, complète satisfaction. Lavé à l'éther, rendu aseptique par macération de cinq à six jours dans une solution aqueuse d'acide picrique à 10 p. 1000, qui, en même temps, augmente sa fermeté, le crin de Florence se prêta parfaitement à la constitution de drains de forme variée.

Deux types de drains permettent de remplir toutes les indications du drainage : le drain en anse et le drain en érigne. Voici la description de ces drains :

Drain en anse. — Le drain en anse est constitué par un nombre variable de 20 à 100 brins de crins de Florence, d'une longueur de 14 à 15 centimètres, repliés sur eux-mêmes de façon à former une grande boucle oblongue que sa grande tendance à revenir à la forme elliptique maintient dans la cavité utérine sans violence. Les chefs des crins de Florence sont fortement assujettis dans le cylindre creux *a* placé au centre d'un plateau très léger, en celluloïd, qui, vu de face, a la forme d'un anneau à bords mousses de 1 centimètre et demi de diamètre extérieur. Ce drain a généralement une longueur de 6 centimètres et demi, une fois que les crins de Florence ont repris leur forme elliptique. Le plateau étant très léger ne tend nullement à entraîner par son poids le drain hors de l'utérus ; grâce à ses bords mousses, il ne peut nullement blesser la muqueuse des lèvres du col, même lorsque celles-ci sont recouvertes d'un ectropion. Étant indissolublement relié au drain qui est dans la cavité utérine, le plateau suit forcément le col dans tous ses déplacements, en avant et en arrière, déterminés par les alternatives de plénitude et de vacuité de la vessie. Il joue ainsi un véritable rôle protecteur pour les ectropions qu'il soustrait aux frottements contre les parois du vagin (fig. 1).

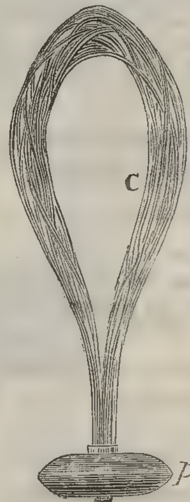


Fig. 1.
Plateau vu de face et plateau monté.
Drain en anse, à plateau, grandeur naturelle.

Drain en érigne. — Le drain en érigne est constitué par un certain nombre de brins de crins de Florence, d'une longueur de 8 centimètres, fixés par une de leurs extrémités sur le plateau précédemment décrit, tandis qu'à leur extrémité opposée, ils sont recourbés sur une longueur de 8 à 10 millimètres, de façon à former une sorte d'érigne divergente à griffes multiples qui, en s'écartant, empêchent la chute du drain mis en place.

La figure 2 représente mon drain primitif, car actuellement je ne me sers plus que de drains à plateau. Le drain en anse étant celui qui est à préférer dans presque tous les cas, il suffit d'avoir à sa disposition des drains en anse, qu'on transformerait, au besoin, en drains en érigne. Sectionnez, en effet, en leur milieu, les crins de Florence du drain en anse et recourbez chaque brin à une distance de 1 centimètre de son extrémité libre et vous aurez fait, séance tenante, un drain en érigne.

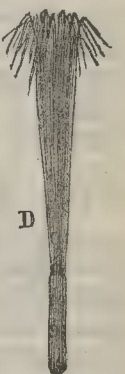


Fig. 2.
Drain en érigne.

Porte-drain. — Des divers modèles de porte-drain que j'ai fait construire, le plus simple et le plus commode est celui qui est représenté figure 3.

C'est un tube métallique (*P*), légèrement courbé à son extrémité utérine, dont le côté convexe porte une fente longitudinale (*f*) de 8 à 9 centimètres de longueur, tandis que l'extrémité opposée, légèrement évasée

(1) Polk. *New-York Journ. of Gyn. and obst.*, févr. 1892.
(2) Reilhac. *Le drainage de la cavité utérine*, Th. de Paris, 1886.
(3) Chéron. *Le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles*, Paris 1892, Soc. d'édit. scientif.

pour recevoir le mandrin (*R*), est munie de deux petites barres d'appui. Le tube creux du porte-drain possède un calibre intérieur calculé de façon à laisser facilement passer le drain, et réciproquement la gouttière circulaire creusée dans le plateau du drain est assez large pour que le plateau puisse glisser sans frottement dur le long du porte-drain.

Le mandrin, représenté en *R*, est une simple tige métallique, terminée, à son extrémité libre, par une petite plaque destinée à propulser la partie centrale du drain, et, à l'extrémité opposée, par un embout qui remplit exactement le pavillon du porte-drain, et qui est muni lui-même d'un bouton.

Mandrin et porte-drain sont complètement métalliques et peuvent, par conséquent, être facilement aseptisés par l'eau bouillante ou mieux par le flambage sur la lampe à alcool.

Quant au drain, déjà aseptisé par sa macération dans la solution d'acide picrique, il est bon de le garder dans un flacon de liqueur de Van Swieten soigneusement bouché, où il restera jusqu'au moment d'en faire l'usage.

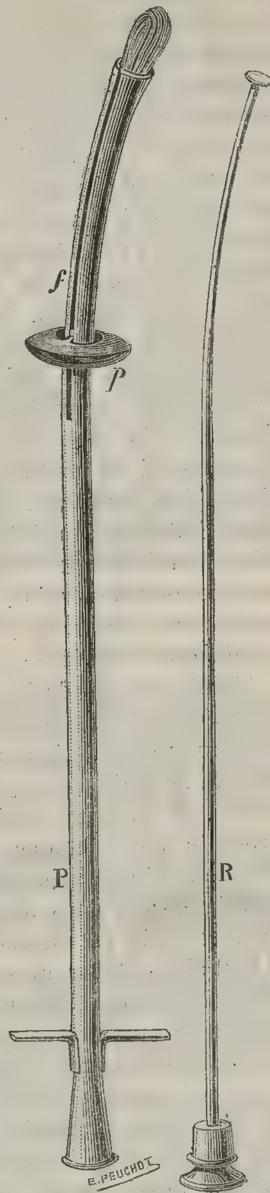


Fig. 3.

P. Porte-drain garni du drain prêt à être porté dans la cavité utérine.
R. Mandrin.

Mise en place du drain. — Il va sans dire qu'avant de placer un drain dans l'utérus, on doit faire l'antisepsie de la région. On soumettra donc au préalable la malade aux lotions vulvaires antiseptiques, aux injections vaginales antiseptiques, aux tamponnements à la gaze iodoformée et on nettoiera et on lavera la cavité utérine pendant plusieurs jours consécutifs. Si le canal cervical était étroit, on ferait, en même temps que le tamponnement vaginal, quelques séances de dilatation progressive avec les dilatateurs métalliques. Je dois ajouter que, dans la majorité des cas, le drain peut être mis en place sans dilatation préalable. Le manuel opératoire est d'ailleurs des plus simples.

Les instruments ayant été aseptisés de même que les mains de l'opérateur, le tampon iodoformé placé la veille est retiré, on donne une dernière injection vaginale, puis on met le col utérin à découvert à l'aide du spéculum. Le canal cervico-utérin est nettoyé avec de l'ouate enroulée autour d'un applicateur de Playfair, puis le porte-drain muni de son drain, comme dans la figure 3, est porté jusqu'au niveau de l'isthme. Maintenant alors en place le porte-drain tenu de la main gauche, l'opérateur pousse le mandrin avec la main droite et fait tomber le drain dans la cavité utérine. A mesure que le drain progresse dans cette cavité, on retire peu à peu le porte drain, les deux mains faisant un mouvement en sens inverse. Le plateau du drain doit affleurer l'orifice externe du col. On n'a plus qu'à placer un tampon de gaze iodoformée sur le col et à retirer le spéculum.

II

Il ne faudrait pas croire que, quand on laisse à demeure un drain dans la cavité utérine, tout se borne à une issue facile des sécrétions qui prennent naissance dans cette cavité. L'action physiologique du drainage est complexe, ainsi que nous allons le voir.

Cette action physiologique n'est, du reste, que l'exagération des phénomènes qu'on observe lorsqu'on introduit un hystéromètre dans la cavité utérine et lorsqu'on agace la muqueuse pendant quelques instants en agitant un peu la sonde dans tous les sens, de façon que son extrémité vienne toucher les divers points accessibles de la cavité. L'expérience est facile à répéter, et les résultats sont toujours les mêmes. Sous l'influence de l'excitation produite par le bec de la sonde, on voit d'abord le col pâlir progressivement, surtout lorsqu'il était congestionné au moment de l'expérience; en même temps l'utérus se contracte et diminue de volume, si bien que l'on sent bientôt que l'hystéromètre ne se meut qu'avec difficulté dans la cavité utérine rétractée. La sensibilité de l'organe ne tarde pas à être éveillée sous forme de coliques accusées par les malades. J'ai souvent constaté, en outre, que, dans le cas d'endométrite, il y avait, à la suite de cet agacement de la muqueuse, un abaissement de la température intra-utérine pouvant atteindre 5 dixièmes de degré. Enfin, les sécrétions des glandes du corps et du col sont légèrement exagérées, surtout dans les cas morbides.

Après l'application d'un drain dans l'utérus, on observe les mêmes phénomènes, avec une intensité plus marquée.

L'éveil de la sensibilité peut être assez vif les premiers jours, et il se produit quelquefois des coliques assez intenses pour qu'il soit nécessaire de faire garder le repos au lit pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, si l'on veut éviter que le drain soit expulsé prématurément. Mais bientôt la tolérance s'établit, si bien qu'après les premiers jours, les malades n'ont plus conscience de la présence du drain et peuvent sans inconvénient reprendre leur vie habituelle. Les malades qui sont soumises au drainage dans mon service, à Saint-Lazare, ne gardent ordinairement le lit que les premiers jours, et dès le cinquième ou le sixième jour, elles vont et viennent dans les salles, font elles-mêmes leur lit, se promènent dans les cours, sont occupées à divers travaux de couture, etc., en un mot suivent exactement le même règlement que les autres malades. J'en ai même vu souvent occupées à cirer consciencieusement les salles avec les infirmières. C'est dire que les drains en crins de Florence sont facilement tolérés.

La décoloration du col, assez marquée au moment même de l'introduction du drain, dure seulement quelques heures; les jours suivants, on constate que le col a repris la teinte violacée qu'il avait avant le drainage; mais, peu à peu, les vaisseaux se contractent de nouveau et le col revient à sa teinte physiologique.

En même temps que se produit la décongestion de l'utérus, la température intra-utérine s'abaisse progressivement. C'est ainsi que, pour prendre un chiffre moyen, dans la

plupart des cas d'endométrite que j'ai traités par le drainage, la température de la cavité utérine était de 38°4 avant la mise en place du drain, et cette température s'abaissait à 37°8 ou 37°9 au moment de l'expulsion du drain. Ces derniers chiffres représentent, du reste, la température normale de la cavité utérine.

La mensuration du col à l'aide du cervicimètre (1) et de l'hystéromètre démontrent la diminution très nette de volume du col et du corps produite par le drainage; cette réduction de volume peut être considérable dans les subinvolutions utérines de date récente.

Quant à ce qui concerne l'action topique du drain en crin de Florence, voici ce qu'on observe :

Le premier jour, les sécrétions continuent à être ce qu'elles étaient auparavant, puis le deuxième ou le troisième jour survient un écoulement, séro-sanguinolent avec le drain en anse, franchement sanguin avec le drain en érigne, qui, pour cette raison qu'il est plus irritant, doit être réservé au traitement des aménorrhées et de la dysménorrhée membraneuse, d'après mes observations. Au bout d'un temps variable de trois à cinq jours, l'écoulement devient séro-purulent, puis séro-muqueux et enfin, au bout de trois à six semaines, il finit par se tarir. Il est bon de dire que le drain ne crée pas la purulence quand elle n'existait pas auparavant, mais il exagère incontestablement les sécrétions cervico-utérines. Celles-ci deviennent parfois très abondantes pendant la deuxième et la troisième semaine qui suivent la mise en place du drain, puis elles diminuent peu à peu pour se tarir complètement lorsque le drain est resté en place pendant un laps de temps suffisant.

C'est, en général, de la quatrième à la sixième semaine que l'utérus est tout à fait décongestionné, que les sécrétions cessent ou diminuent notablement; à cette époque, on voit reparaître les douleurs des premiers jours, sous la forme de coliques expulsives, et le drain est alors chassé spontanément de l'utérus, à moins qu'on ne le retire, pour éviter à la malade ces douleurs expultrices.

La présence du drain pendant la période menstruelle ne présente aucun danger; bien plus, comme nous le verrons bientôt, il facilite la sortie du sang cataménial et supprime les douleurs, dans le cas de dysménorrhée mécanique.

III

Les *indications thérapeutiques* du drainage se déduisent facilement de l'exposé qui précède.

Et d'abord, le drainage peut rendre des services dans toutes les variétés d'*endométrite chronique*, en favorisant l'écoulement des sécrétions exagérées du canal cervico-utérin, en décongestionnant d'une façon permanente la muqueuse malade, de même que le parenchyme utérin presque toujours soumis, dans les cas d'endométrite, à une stase sanguine que la coloration violacée du col démontre à l'examen au spéculum. Si l'endométrite s'accompagne de *subinvolution* utérine, cette dernière complication n'est qu'une indication de plus de recourir à un moyen susceptible de dégorger l'utérus et de réduire son volume, quelquefois dans une large mesure. Ce sont surtout les endométrites catarrhales ou purulentes qui peuvent être rapidement modifiées, si elles ne sont pas trop anciennes, par le drainage de la cavité utérine. Quant aux endométrites hémorrhagiques, elles réclament habituellement le curetage, et ce n'est qu'après avoir pratiqué cette petite opération qu'on pourra mettre un drain dans la cavité utérine. Le drainage après curetage est encore très nettement indiqué dans les endométrites compliquées de lésions des annexes assez légères pour guérir sans ablation, suivant la méthode imaginée par M. Walton (de Bruxelles); on voit assez souvent, dans les dix à quinze jours qui suivent un curetage avec dilatation forcée, des kystes tubaires se vider dans l'utérus; la possibilité de ce fait a été niée à tort; des observations de MM. Walton, Doléris, mes observations personnelles, les expériences de M. Delbet, etc., en montrent, au contraire, la réalité. Pour ma part, j'ai encore vu tout dernièrement le pus d'une volumineuse pyo-salpingite s'évacuer dans l'utérus à la suite de la dilatation et du curetage. C'est pourquoi, si on veut se mettre à l'abri de toute récidive, c'est-à-dire empêcher les réinoculations de l'endomètre après l'intervention, il faut, dans les cas dont nous parlons, faire le drainage de l'utérus, soit avec des bandelettes de gaze iodoformée qu'on renouvelle tous les deux ou trois jours, soit d'une façon plus simple et plus facile en mettant à demeure un drain en crin de Florence.

L'indication du drainage se rencontre encore dans certaines variétés d'*aménorrhée congestive*, mais, dans ces cas, c'est au drain en érigne qu'il faut donner la préférence. On placera le drain deux jours avant l'époque présumée des règles, de manière à faire coïncider la petite hémorrhagie produite par le contact irritant de cette variété de drain avec le molimen menstruel. Une seule application du drain en érigne suffit dans un certain nombre de cas. Plus rarement le drain est expulsé sans que les règles reparaissent. Il faut alors placer un second drain au moment de l'apparition des signes prémonitoires de la menstruation; l'écoulement cataménial se produira franchement, cette fois-ci, et presque toujours la guérison sera définitive. Quant aux aménorrhées dépendant d'un développement insuffisant de l'utérus (utérus infantile), elles sont plus rebelles au drainage et jusqu'ici les résultats ne sont pas aussi satisfants ni surtout aussi rapides. On sait, du reste, combien nous sommes peu armés pour combattre les arrêts de développement des organes génitaux internes et, par suite, l'aménorrhée qui est la conséquence de cet arrêt de développement (aménorrhée par absence de maturation utéro-ovarienne).

Dans la plupart des *dysménorrhées*, le drainage est efficace. Il peut suffire à lui seul dans les dysménorrhées liées à une légère antéflexion ou à une sténose facilement dilatable de l'orifice externe. La dysménorrhée liée à la rétroflexion réclame avant tout la réduction bi-manuelle de l'utérus en position normale. Quant aux sténoses très étroites avec rigidité du col, on doit les traiter d'abord par le débridement bi-latéral du col et le drain n'est appliqué que pour maintenir les résultats de l'opération. Il en est de même *a fortiori* des atrésies du canal cervical ou de ses orifices, le placement du drain devant être précédé forcément de la restauration du canal cervical. Enfin, la dysménorrhée membraneuse ou endométrite exfoliante est-elle susceptible de guérir par le drainage de la cavité utérine? Trois faits personnels démontrent la possibilité de cette guérison à la suite du drainage, surtout si on emploie le drain en érigne

(1) Le cervicimètre est un instrument qui permet de mesurer exactement le diamètre transversal et le diamètre antéro-postérieur du museau de tanche; il ne fait donc pas double emploi avec l'hystéromètre.

seul, assez irritant pour produire une inflammation adhésive de la muqueuse aux tissus sous-jacents.

Les *contre-indications* du drainage sont faciles à prévoir : c'est d'abord la sensibilité exagérée de l'utérus (utérus irritable), qui ne permettrait pas la tolérance du drain; c'est enfin tout état inflammatoire aigu ou subaigu de l'utérus et des annexes ne réclamant pas une intervention immédiate. La salpingo-ovarite aiguë, la pelvi-péritonite ou la cellulite pelvienne aiguë, de même que la métrite aiguë contre-indiquent donc le drainage dans la plupart des cas. Il y a lieu, cependant, de faire une exception, à mon avis, pour certaines métro-péritonites puerpérales aiguës ou subaiguës, je veux parler de celles qui semblent prendre un caractère assez grave pour nécessiter le curetage de la cavité utérine, comme M. Doléris l'a fait le premier avec succès. Si on intervient, dans ces conditions, malgré ou plutôt à cause même de la présence d'accidents aigus, il est formellement indiqué de faire, aussitôt après le curetage, le drainage avec la gaze iodoformée qui, dans ce cas spécial, doit être préférée au drain en crin de Florence. On voit que si les indications du drainage de l'utérus sont nombreuses, les contre-indications de ce moyen thérapeutique sont, au contraire, très restreintes.

IV

Nous connaissons la technique du drainage, nous venons de passer en revue les indications et les contre-indications de ce moyen thérapeutique, nous devons maintenant dire quelques mots des *soins consécutifs* nécessaires après le placement du drain dans l'utérus.

Ces soins consécutifs sont évidemment très variables, suivant qu'on applique le drainage d'emblée ou comme complément d'une opération telle que le curetage ou le débridement du col.

Le drainage complémentaire ne modifie en rien le traitement post-opératoire habituel du curetage ou de la discission du col; quant au drainage primitif, il réclame certains soins spéciaux que nous allons énumérer.

Le repos au lit est indispensable, pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent l'introduction du drain. Le décubitus horizontal suffit à lui seul, dans beaucoup de cas, pour empêcher les coliques utérines de prendre une acuité assez grande pour provoquer l'expulsion rapide du drain. Si les douleurs sont persistantes, on les calme facilement par l'administration du bromure de potassium à la dose fractionnée de 2 grammes par jour; au besoin, on place un sac de glace en permanence sur la région hypogastrique pendant les premiers jours. Beaucoup de malades, n'éprouvant aucun malaise, demandent à se lever au bout de quarante-huit heures; j'estime cependant qu'il est plus prudent de leur faire garder un repos à peu près complet pendant une semaine. Au bout de ce temps, on peut leur permettre de reprendre leur vie habituelle, en proscrivant toutefois les rapports sexuels, les fatigues exagérées, et en conseillant le repos pendant la période menstruelle.

Pendant tout le temps pendant lequel le drain reste dans l'utérus, la malade est soumise aux injections vaginales et aux lotions vulvaires antiseptiques et on place, tous les trois ou quatre jours, un tampon de gaze iodoformée dans le vagin. Les pansements secs suffisent dans bien des cas, mais quelquefois ils sont mal tolérés, on les remplace alors par des tampons de gaze iodoformée fortement imbibés de glycérine boriquée. Ces soins consécutifs sont donc d'une grande simplicité; ils pourraient se résumer en deux mots : repos relatif de la malade et asepsie de la région.

V

Il me reste maintenant à démontrer quels sont les résultats thérapeutiques qui ont été obtenus par le drainage de la cavité utérine à l'aide des drains en crin de Florence.

Je ne puis avoir la prétention d'exposer ces résultats d'une façon complète, dans une Revue du genre de celle-ci, et je dois renvoyer le lecteur à mon mémoire cité plus haut (1), pour les observations détaillées. Je me bornerai donc à donner les conclusions que comporte l'analyse de chaque groupe de faits en coupant, çà et là, cet exposé trop aride, d'une observation résumée.

A. *Aménorrhée.* — J'ai appliqué le drainage (drain en érigne) dans huit cas d'aménorrhée qui se répartissent de la façon suivante :

1° Deux cas d'aménorrhée en rapport avec une sub-involution utérine et datant de cinq mois, dans la première observation, et de seize mois dans la seconde; retour rapide des règles et grande amélioration de la sub-involution;

2° Quatre cas d'aménorrhée congestive : le premier, chez une chlorotique ; le deuxième, chez une malade affaiblie par des accouchements répétés; le troisième, par choc physique, et le quatrième, par choc moral. Succès rapide et complet dans les quatre cas;

3° Deux cas d'aménorrhée par absence de maturation utéro-ovarienne pour lesquels les résultats se sont montrés incomplets, bien qu'on ait obtenu une légère augmentation de volume de l'utérus.

Voici le résumé de la deuxième observation de ce groupe :

Marie G..., vingt-sept ans, lingère, entre le 14 août 1884, dans mon service.

Un enfant, il y a deux ans.

Pertes blanches abondantes depuis la puberté, devenues jaunâtres depuis l'accouchement.

Aménorrhée complète depuis seize mois.

Utérus lourd et volumineux, col gros, laissant passer difficilement un muco-pus épais et visqueux. Hystéromètre 85 millimètres. Température utérine 38°4.

Application d'un drain en érigne. Écoulement sanguinolent pendant neuf semaines, puis quatre jours de règles peu abondantes.

Seconde époque menstruelle, durant quatre jours, trente et un jours après la première.

Troisième époque menstruelle, vingt-huit jours plus tard; règles fortement colorées durant cinq jours.

Quinze jours après, on enlève le drain dont l'expulsion spontanée était commencée.

Les pertes blanches sont insignifiantes; la cavité utérine a diminué de 1 centimètre et demi; la température intra-utérine est de 37°9.

B. *Dysménorrhée.* — Douze cas de dysménorrhée ont été traités par l'application du drainage, savoir :

1° Six cas de dysménorrhée en rapport avec des valvules du canal cervical; guérison complète en un temps variable, de six semaines à deux mois;

---

(1) Chéron. Loc. cit.

2° Deux cas de dysménorrhée en rapport avec une sténose de l'orifice externe; disparition des accidents dysménorrhéiques dès la première application du drainage;

3° Quatre cas de dysménorrhée congestive; guérison rapide.

Observation résumée :

Sténose congénitale de l'orifice externe avec conicité du col. Les règles ont toujours été douloureuses; elles sont régulières et durent cinq jours chaque mois. Col violacé; écoulement leucorrhéique.

Application d'un drain en anse dix jours après la menstruation survenue depuis l'entrée dans le service. Pas d'écoulement sanguinolent, mais écoulement muco-purulent peu marqué. Dix-neuf jours plus tard, les règles surviennent sans douleur.

Col décongestionné et rosé, écoulement leucorrhéique très faible. On retire le drain, un mois environ après son introduction. Règles suivantes non douloureuses.

C. *Métrite chronique à la période d'infiltration.* — Dans les sept cas rangés sous ce titre, l'application d'un drain en anse a fait disparaître les sensations de pesanteur et de douleur abdominale, a fait cesser la congestion utérine et a ramené la température de l'organe à l'état normal.

D. *Sub-involution et endométrite hémorrhagique.* — J'ai soumis treize cas de ce genre au drainage d'emblée, sans curetage préalable. Dans dix de ces cas, une seule application du drainage (drain en anse) a permis d'obtenir la disparition définitive des ménorrhagies et de ramener l'utérus à des dimensions qu'on peut considérer comme à peu près normales chez des multipares; dans trois cas seulement, il fallut faire deux applications successives du drainage pour obtenir une réduction suffisante de l'utérus. Le temps nécessaire pour l'expulsion du drain a varié, dans ce groupe de faits, de quarante à soixante jours; la diminution de volume de l'utérus a été notable et a atteint 1 centimètre et demi dans quelques cas. Quand il existait un degré d'abaissement plus ou moins marqué de la matrice, cette complication s'améliorait parallèlement à la sub-involution.

En voici un exemple résumé :

Léocadie R..., vingt-trois ans, entrée le 10 février 1886.

Réglée à treize ans. Deux accouchements (à seize ans et demi et à dix-huit ans et demi), repos insuffisant, pas d'allaitement.

Pertes blanches. Règles profuses durant neuf jours, avec des avances de six jours chaque mois. Douleurs dans le ventre, sensations de pesanteur et de tiraillement au niveau des aînes.

Sub-involution (8 centimètres et demi); abaissement, col violacé, muqueuse utérine mollasse et un peu hypertrophiée (curette d'exploration).

Drain en anse. Écoulement muco-purulent abondant.

Le 23 février, surviennent les règles qui durent huit jours, sans douleurs.

Diminution de l'écoulement purulent. La marche devient facile.

Du 23 mars au 29, règles peu abondantes, non douloureuses.

Le 10 avril, expulsion spontanée du drain.

A cette époque, l'abaissement a disparu, l'utérus est allégé et ne mesure plus que 7 centimètres et demi.

Règles le 21 avril, peu abondantes, ne durent que six jours.

Exeat le 29 avril.

E. *Sub-involution et endométrite purulente.* — Seize cas d'endométrite purulente, avec sub-involution, ont été soumis, par moi, au drainage qui a constamment donné de bons résultats, après un temps variable de cinquante à soixante-cinq jours. Dans deux cas, le premier examen avec la curette d'exploration avait permis de constater la présence de fongosités utérines qui n'ont plus été retrouvées après le drainage. L'écoulement, dans ces deux cas, avait été très abondant.

F. *Sub-involution et rétroflexion.* — Six améliorations. Je n'insiste pas sur cette catégorie de faits qui rentre beaucoup plus dans le cadre de la réduction bi-manuelle et du massage, ainsi que je le disais plus haut. Je me propose, du reste, d'associer le drainage et le massage dans les rétroflexions que j'aurai l'occasion de traiter à l'avenir, comme je l'ai fait récemment.

G. *Endométrite cervicale.* — Les résultats n'ont été rapides que dans les endocervicites liées à une congestion intense avec lésions peu accentuées de la muqueuse. Lorsqu'il existe des ectropions volumineux, le drainage ne peut suffire à produire la guérison.

H. *Drainage après opération de sténose.* — Neuf observations, neuf succès. Je conseille, dans les cas de ce genre, de placer des drains en anse plus volumineux que ceux qui servent dans les autres états morbides que nous venons de passer en revue, ou bien encore de placer, côte à côte, deux petits drains.

C'est ce qu'on fit avec succès dans le cas suivant :

Mme X..., trente-deux ans, vint me consulter au mois de février 1886.

Réglée à treize ans, mariée à vingt ans, a eu deux enfants, le dernier il y a huit ans. Accouchements naturels et faciles, suites de couches normales. Depuis ce temps, douleurs lombaires dans le bas-ventre et dans les aînes. Dysménorrhée intense.

A été soignée à plusieurs reprises. Il y a six mois, on lui a fait un débridement (aux ciseaux ou au bistouri, elle ne peut spécifier) pour une sténose du col.

On constate que la sténose s'est reformée; les règles sont toujours très douloureuses.

A la fin du mois de mars, excision conoïde au galvanocautère.

Vers le milieu du mois d'avril, huit jours après les règles qui n'ont pas été douloureuses, je place deux petits drains en anse dans la cavité du col agrandie par l'opération. Suites normales.

Les règles suivantes s'étant très bien passées, on retire les drains après avoir constaté, par le toucher, que le canal cervical a bien gardé la forme en entonnoir.

Deux ans après (1888), on pouvait introduire, sans peine, l'extrémité unguéale de l'index dans la cavité cervicale. Deux mois sans règles. Grossesse probable.

I. *Drainage après curetage.* — Résultats constamment favorables (35 cas), comme il est facile de le comprendre. Le drainage a remplacé les injections et les cautérisations intra-utérines. Tantôt, on introduisait le drain dans l'utérus aussitôt après le curetage, tantôt quelques jours après seulement. Les malades n'ont signalé aucune douleur, alors même que le drain (drain en anse naturellement) était placé immédiatement après l'abrasion de la muqueuse. Le drain était retiré, en général, au bout de six semaines, soit à l'apparition des premières règles, soit immédiatement après, et, dans ce dernier cas, on n'a jamais noté de dysménorrhée. Dans aucun de ces cas, il n'y eut de récidive.

J. *Dysménorrhée membraneuse.* — J'ai eu la bonne fortune d'obtenir trois guérisons par le drainage répété; c'est un succès très remarquable et très encourageant, car on sait

combien les endométrites exfoliantes sont rebelles aux méthodes ordinaires de traitement. C'est le drain en érigne que je préconise comme étant seul assez irritant pour produire une inflammation adhésive de la muqueuse avec le parenchyme utérin.

Voici le résumé de l'une de mes observations de dysménorrhée membraneuse :

A l'âge de vingt-deux ans, accouchement à terme.

Deux ans après, poussée inflammatoire du côté de l'utérus, les règles deviennent douloureuses, puis sept à huit mois plus tard, la malade voit, dans le sang des règles, des lambeaux de membrane utérine, dont elle fait vérifier l'existence par son médecin.

Pendant les années suivantes, cautérisations intra-utérines de toutes sortes, crayon de nitrate d'argent à demeure dans l'utérus, aucun résultat.

La dysménorrhée datait déjà de six ans, lorsque je vis pour la première fois cette malade, âgée de trente ans, et que je constatai une sub-involution (8 centimètres et demi) et l'existence de l'endométrite exfoliante.

10 janvier 1888, application d'un drain en érigne. Pansement iodoformé. Repos de huit jours au lit. Pas de coliques. Écoulement séro-muqueux.

Les règles sont douloureuses comme à l'ordinaire et s'accompagnent de l'expulsion de membranes entraînant avec elles l'expulsion du drain.

Aussitôt la fin des règles, deuxième drain en érigne.

Les secondes règles (2 mars) sont beaucoup moins douloureuses et s'accompagnent de l'expulsion de quelques lambeaux, mais le drain reste en place.

Aux troisièmes règles (30 mars), aucune douleur, aucune expulsion de membranes.

Le drain est retiré après les règles.

La guérison s'est maintenue; la malade a été revue à la fin de 1889.

VI

Conclusion. — Le drainage de la cavité utérine à l'aide des drains en crin de Florence que j'ai imaginé, en 1884, auquel je suis arrivé après beaucoup de tâtonnements, et que j'ai perfectionné depuis cette époque, est une méthode thérapeutique absolument exempte de danger, facile à mettre en œuvre et qui a, depuis quelques années, déjà fait ses preuves.

Deux types de drains : le drain en anse et le drain en érigne, permettent de remplir toutes les indications.

L'exagération des sécrétions utérines et leur issue facile hors de l'utérus, la décongestion de l'utérus, la réduction de son volume, l'abaissement de la température intra-utérine jusqu'à la normale, représentent l'action physiologique de ce mode de drainage. Il faut ajouter à ces phénomènes la production d'un léger écoulement sanguin, pendant les premiers jours qui suivent l'application du drain, quand on se sert du drain en érigne.

Les précautions à prendre pour l'application du drainage se résument de la façon suivante : antisepsie préalable et complète de la région, repos relatif de la malade et asepsie de la région après la mise en place du drain.

Le drainage est indiqué dans la sub-involution utérine et dans toutes les variétés d'endométrite, surtout dans les endométrites catarrhales. Il constitue un bon complément du curetage dans les endométrites hémorrhagiques et il est formellement indiqué après la dilatation forcée et le curetage (méthode de Walton) pour salpingite. Il est encore indiqué dans certaines variétés d'aménorrhée et dans les dysménorrhées congestives, aussi bien que dans les dysménorrhées liées à une légère antéflexion ou à une sténose facilement dilatable de l'orifice externe. Il est très utile après le débridement bilatéral du col pour sténose étroite avec rigidité du col. Enfin il m'a donné des résultats très encourageants dans la dysménorrhée membraneuse. Le drain en anse est celui qui est indiqué dans tous les cas, sauf dans l'aménorrhée et la dysménorrhée membraneuse qui réclament l'emploi du drain en érigne.

Les contre-indications du drainage résident dans une sensibilité exagérée de l'utérus ou dans un état inflammatoire aigu ou subaigu de l'utérus ou de ses annexes.

Les résultats thérapeutiques que j'ai obtenus, depuis huit ans, à l'aide du drainage avec le drain en crin de Florence, doivent encourager les gynécologistes à expérimenter à leur tour ce procédé de drainage.

Index bibliographique. — Schwartz. Drainage des nicht puerperalen uterus, *Centralbl. f. Gynak.*, 13 mars 1883. — Wylie. Société obstétricale de New-York, 17 février 1885. — Fritsch. *Deutsch. chir.* (*Lieferung* 56, p. 438, 1885). — Reilhac. *Drainage de l'utérus, son application thérapeutique.* Thèse de Paris, 1886. — Walton. *Du drainage de la cavité utérine en cas d'abcès pelviens.* Gand, 1888. — Doléris. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 21 décembre 1888, et *Journ. de méd. de Paris*, 1889, nos 7 et 9. — Wylie. The importance of drainage in treatment of disease of uterus, *Amer. journ. of obstetr.*, janvier 1890. — Lefour. Nouveau procédé de contention des tiges intra-utérines, *Bul. et mém. de la Société obstétr. et gynéc. de Paris*, mai 1891. — Jules Chéron. *Le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles*, Paris 1892, Société d'éditions scientifiques. — Polk. Drainage de la cavité utérine par les tamponnements de gaze, *The New-York Journ. of Gynœcol. and Obstetrics*, février 1892.

DES ABCÈS DU FOIE

Par M. Moty,

Médecin-major de première classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Les faits communiqués par M. Tuffier sont trop intéressants pour rester sans écho ; il faut, selon moi, faire une différence entre les hépatites aiguës suppurées des pays chauds et les abcès chroniques consécutifs, véritables kystes purulents, que l'on observe dans nos climats.

Dans la première catégorie se rangent :

1° Les abcès qui surviennent brusquement chez les dysentériques, et que l'on opère quelquefois le jour même de l'entrée : ces abcès sont petits, souvent multiples, contiennent une bouillie rougeâtre et ont, le plus souvent, une issue fatale.

2° Les hépatites aiguës à forme abortive, en face desquelles il est fort difficile de dire s'il y a, oui ou non, du pus dans le foie.

3° Les foyers latents d'hépatite en voie d'évolution ou de régression, qui sont quelquefois l'aboutissant de la forme abortive et qui, sans doute, servent de point de départ aux abcès tardifs ; sur 47 autopsies faites au Tonkin, j'ai trouvé six fois de ces foyers latents colorés du rouge au jaune, suivant leur degré d'évolution. L'examen d'un de ces foyers, pratiqué six heures après la mort, a montré des bactéries et des vibrions en grand nombre.

Si l'on envisage la marche clinique de ces abcès ou hépatites, on trouve toujours de la fièvre, même dans les formes abortives ; de plus, l'origine de la maladie est toujours infectieuse, puisqu'elle résulte de la dysenterie ou du pa-

ludium exerçant leur action sur un foie surmené; enfin, la fréquence des pleurésies de voisinage et la présence de micro-organismes, constatée quelquefois dans le pus; toutes ces raisons permettent de considérer ces abcès comme de nature primitivement infectieuse au même titre que les autres phlegmons.

Cette opinion n'est pas en contradiction avec les faits de M. Tuffier, car il est parfaitement admissible, d'après les travaux de Metchnikoff sur la phagocytose, qu'un foyer d'inflammation septique aboutisse à du pus stérile.

Est-ce le cas pour les abcès du foie? L'absence de péritonite après l'ouverture transpéritonéale de ces abcès, même quand une petite quantité de pus a certainement passé dans le péritoine, ne le prouve pas d'une manière certaine, car les expériences de Rinn ont démontré, d'autre part, que le péritoine tolère fort bien l'injection de cultures pyogènes, à condition qu'elles soient pures, et comme il se présente encore de temps à autre des péritonites consécutives à l'opération de Little, il faut les attribuer, soit à des fautes de technique antiseptique, soit au passage d'une trop grande quantité de pus dans le péritoine, car si ce pus ne contient plus de germes, il n'en renferme pas moins des toxines. Les faits de M. Tuffier montrent combien est grande la tolérance de cette séreuse; mais il ne faudrait pas, cependant, la mettre à une trop rude épreuve.

Je saisis l'occasion de faire remarquer à quelles déceptions nous ont conduits en Extrême-Orient les espérances que nous fondions sur les premières statistiques de l'opération de Little; sur onze cas observés au Tonkin j'en ai vu guérir trois, dont un seulement après incision par la méthode du chirurgien de Shanghaï, et les résultats obtenus par mes collègues dans l'intérieur du pays n'étaient pas meilleurs; ce n'est pas la méthode qu'il faut en accuser, mais la gravité des dysenteries, causes premières des abcès; l'opération soulageait un instant le malade, mais au bout de peu de jours il était enlevé par ce que l'on pourrait appeler la cachexie dysentérique.

Dans les ports de débarquements les résultats sont également mauvais et ils ne deviennent favorables que pour les cas tardifs d'abcès apyrétiques; le fait même que l'abcès survient tardivement prouve, en effet, que le malade a un tube digestif relativement intact puisqu'il a pu survivre à sa dysenterie.

La seconde forme d'abcès s'observe précisément dans ces cas tardifs qui ressemblent beaucoup aux abcès d'Algérie, et ici la marche de la maladie est quelquefois si lente que, dans l'une de mes observations, le malade avait été considéré comme un dyspeptique avec dilatation de l'estomac. Contrairement à ce qui se passe en Indo-Chine où la maladie se juge en quatre ou cinq jours, on a du temps devant soi, et c'est pour cette forme de grands abcès formant souvent tumeur, que l'on est en droit d'attendre de la méthode de Little les résultats qu'en ont obtenus son auteur et beaucoup de nos collègues d'Algérie.

Je dirai, pour conclure, que les abcès aigus primitifs du foie évoluent avec les caractères d'une inflammation septique et qu'ils renferment probablement des micro-organismes dans la majorité des cas.

Que les abcès chroniques ou consécutifs paraissent aseptiques et le sont, en effet, chirurgicalement parlant, pour de petites quantités de liquide.

Que la mortalité des premiers est d'au moins 50 p. 100, quelle que soit la méthode employée, tandis que les seconds ont largement bénéficié de la méthode de Little, surtout quand ils ont été opérés sans retard.

MÉDECINE LÉGALE DES ACCIDENTS DE LA FOUDRE (1)

Par le docteur Vincent, de Guéret (Creuse),
Lauréat de l'Académie de médecine, de la Société de médecine du Nord et de la Société des langues romanes de Montpellier.

XII

II. Lésions des habits. — Nous pouvons considérer l'étincelle fulgurante comme un projectile fluide qui perfore les habits pour atteindre le corps, parcourt ce dernier dans sa totalité ou une partie de la longueur en s'étalant sur sa surface plus ou moins, et, arrivé à son extrémité inférieure, se concentre de nouveau pour perforer une deuxième fois le vêtement et s'écouler dans le sol qui l'attire.

Nous aurons donc ici à étudier les effets de la foudre à son ouverture d'entrée, dans son parcours et à son ouverture de sortie, et cela, lorsqu'il y aura lieu, dans les deux modes de fulguration indiqués plus haut et principalement dans le premier, et dans les deux espèces de lésions produites qui sont les *brûlures* et les *déchirures*. Enfin, nous consacrerons un dernier article aux effets sur les métaux que l'individu foudroyé porte sur lui.

1. *Ouverture d'entrée : coiffure.* — Bien que la foudre puisse pénétrer jusqu'au corps qui l'attire par des points bien différents, c'est surtout des lésions de la coiffure qu'il sera question ici :

A. *Brûlures.* — Chez Conchon, le parapluie et le chapeau présentent l'un et l'autre un *trou rond* à bords brûlés, capable de recevoir le pouce. A part les dimensions qu'on a vues varier entre un trou à peine perceptible et une ouverture de trois pouces de diamètre, ce genre de lésion est le plus fréquent et appartient au premier mode de fulguration. Ce que nous dirons plus loin du deuxième mode, s'applique à la coiffure comme aux autres pièces du vêtement.

B. *Déchirures.* — Souvent cette ouverture ne présente pas trace de brûlure sur ses bords qui peuvent être dentelés, taillés en barbe ou en étoile et, phénomène singulier, les dentelures, barbes, pailles ou filaments de l'étoffe, sont fréquemment dirigés en haut, comme si l'explosion avait eu lieu dans le chapeau et l'avait fait éclater : effet qui, selon toute apparence, doit appartenir à la foudre ascendante.

Dans quelques cas, au lieu d'une seule ouverture, il en existe plusieurs, produites, sans doute, par l'étincelle divisée.

Comme pour les autres vêtements, on a vu les chapeaux, les bonnets et autres genres de coiffures de l'un et l'autre sexe, déchirés en un plus ou moins grand nombre de morceaux projetés ou non, coupés d'une manière plus ou moins nette ou simplement décousus.

C. *Brûlures et déchirures réunies.* — Il arrive fréquemment qu'aux fragments de la coiffure adhèrent des cheveux plus ou moins roussis et nombreux.

Kirsh parle d'un bonnet de nuit roussi à l'intérieur sans présenter trace de la foudre à l'extérieur; les cheveux étaient également flambés dans l'endroit correspondant.

« Enfin, chez des individus portant perruque, on a vu cette coiffure postiche rester intacte, quoique les cheveux eussent été brûlés par derrière » (S. M.).

Ces deux derniers cas rentrent évidemment dans celui des brûlures des parties profondes des vêtements dont nous aurons à nous occuper plus loin.

J'ai à peine besoin de dire que les ouvertures d'entrée, se produisant sur d'autres parties du corps, présentent des désordres analogues; je n'y insisterai pas.

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1104.

2. *Parcours* : A. *Brûlures* (*première forme*). — C'est encore ici la lésion la plus fréquente et la plus caractéristique. Le fluide électrique, circulant à la surface du corps, se trouve en rapport immédiat avec les parties les plus profondes des vêtements, celles qui touchent la peau, c'est-à-dire la chemise ou le gilet de flanelle, le caleçon (vêtement rarement porté pendant la saison des orages), les bas et chaussettes et, par suite, ce sont ces parties profondes qui sont brûlées, souvent à l'exclusion des vêtements les plus extérieurs qui restent intacts.

Chez Conchon, que nous avons présenté comme un type, l'électricité a brûlé le col de la chemise à l'exclusion de la cravate et le bas de laine du pied droit; ces deux brûlures des habits existent juste au niveau de celles du corps, qui présentent le degré le plus intense. La chemise de Bouchonnet offrait aussi des plaques roussies au niveau des brûlures en plaques de la peau. La même pièce du vêtement, chez le jeune homme de Parsac, était criblée de petits trous comme si le courant électrique, parcourant la surface de la peau, avait laissé, à la manière d'un fer rouge sortant de la fournaise, une multitude d'étincelles. Le nombre des cas rapportés par MM. Sestier et Méhu et puisés à des sources diverses, est trop considérable pour les bornes étroites assignées à ce mémoire; je renvoie le lecteur à leur livre.

Par la même raison, la doublure des vêtements peut être brûlée et le drap épargné; la face interne de celui-ci atteinte et la face externe indemne.

C'est, on peut le dire, la lésion type produite par la foudre sur les habits. Comme on le voit, elle est des plus rationnelles et ne présente rien qui motive l'étonnement des observateurs, qui y ont vu une singularité de la foudre à laquelle on en a tant prêtées. Dans tous les cas, elle est caractéristique, puisque la foudre seule peut produire des effets semblables.

Si ce genre de lésions est la règle, cependant cette règle générale souffre de nombreuses exceptions, surtout en ce qui concerne les rapports de la brûlure de la peau et de la brûlure des habits.

Ainsi la surface du corps peut être épargnée et les habits seuls offrir des traces de brûlure : la foudre enleva à un matelot une bande de deux pouces de large de la manche de la chemise, depuis l'épaule jusqu'au poignet, sans léser la peau. Une jeune fille de dix-huit ans eut son bas entier brûlé sans que la peau fût endommagée.

Réciproquement, la surface du corps peut présenter des brûlures profondes et étendues et la partie des habits qui y correspond, rester complètement indemne : dans le cas cité par Th. Néole, les mains auraient été brûlées jusqu'aux os dans des gants restés intacts.

Le *degré* de brûlure est très variable : tantôt les tissus sont légèrement roussis, comme la chemise de Bouchonnet, ou ne présentent que des maculations noirâtres; tantôt, quoique simplement roussis en apparence, si on les froisse entre les doigts ils tombent en poussière. Exemple : le bas de Conchon.

L'*aspect* des tissus brûlés varie, du reste, selon leur nature : ainsi on a vu les ceinturons de deux soldats ratatinés comme s'ils avaient été exposés à un grand feu.

Quant à l'*étendue* de la brûlure, elle est très variable : quelquefois, on ne trouve que des points, des taches, des raies qui, dans quelques cas, sembleraient produits par un mince fil de fer appliqué brûlant sur l'étoffe, des plaques limitées; d'autres fois, elle embrasse une partie considérable, voire même la totalité des vêtements, comme cela est arrivé chez un laboureur cité par Ramazzini.

Il est vrai que, dans des cas analogues, cette brûlure n'est pas toujours le fait de la foudre, mais bien celui de l'incendie qu'elle allume. Alors la combustion est quelquefois extrêmement rapide et paraît attaquer simultanément les vêtements de tout le corps. Ainsi, un homme s'était mis à l'abri sous un chêne lorsqu'il fut tué par la foudre; ses vêtements, dit Withering, furent mis en feu à la fois et non progressivement. Cette combustion indirecte des vêtements peut certainement altérer les caractères de celle indirectement produite par la foudre, soit sur les vêtements, soit sur le corps de la victime.

B. *Brûlures* (*deuxième forme, éclair divisé en étincelles*). — Nous en avons assez parlé à propos des lésions ponctiformes observées à la surface de la peau ; seulement, on n'a pas toujours affaire à cette multitude de petits trous qui, pour atteindre la peau, perforent les habits dans toute leur épaisseur, de manière à les faire ressembler à une écumoire et simuler une charge de grains de plomb lancés par une arme à feu. Bien souvent ces brûlures des habits sont plus superficielles, offrent un aspect différent, voire même certaines particularités qu'il est bon de faire connaître ici. Ainsi :

« Une foudre en globe avait pénétré dans une chambre où se trouvaient deux dames; de nombreuses étincelles rejaillirent sur leurs robes et y occasionnèrent des taches de brûlures » (S. M.).

On a vu l'étincelle, après avoir percé le vêtement extérieur d'un petit trou, se diviser subitement en un grand nombre de rayons qui vont cribler de petits trous les vêtements plus profondément placés et, quelquefois même, produire une brûlure étendue à la peau.

Quelquefois, dans la superposition des habits, une nature d'étoffe mauvaise conductrice est percée et une autre, meilleure conductrice, épargnée. Tel est le fait rapporté par Boudin, d'un homme qui fut brûlé aux deux bras : les manches de sa chemise en *toile* étaient intactes et les manches de deux gilets, placés l'un au-dessus de la chemise et l'autre au-dessous, furent percées de plusieurs trous. Or, d'après les physiciens, la laine est un mauvais conducteur au même titre que la soie, tandis que le coton, le lin et, sans doute aussi, le chanvre et autres textiles végétaux, sont d'assez bons conducteurs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 octobre 1892. — Présidence de M. CHAUVEL.

DISCUSSION SUR LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

M. TERRIER communique l'observation d'une femme atteinte d'un rétrécissement pylorique, d'origine cancéreuse, qui entra dans son service dans un état des plus graves ; elle avait des vomissements incessants, elle avait eu des hématémèses, elle était amaigrie, ne pouvant plus rien garder et n'avait que 16 grammes d'urée par litre d'urine. M. Potain, qui avait vu cette malade, avait diagnostiqué un cancer du pylore. On sentait, en effet, au niveau de la région hypogastrique, une tumeur manifeste. Cette malade présentait, en outre, un caractère qu'a déjà constaté plusieurs fois M. Terrier chez de semblables malades et sur lequel il insiste, c'est l'existence de contractions extrêmement douloureuses de l'estomac, contractions si violentes qu'on peut les voir se produire à travers la paroi abdominale.

M. Terrier opéra cette malade le 5 juillet 1892; il fit une incision médiane, arriva sur le péritoine, sentit très nettement une néoformation du pylore se prolongeant du côté de la grande courbure. Le diagnostic se trouvant confirmé par l'incision exploratrice, il se décida aussitôt à faire la gastro-entérostomie. Il pénétra à travers l'épiploon, arriva facilement sur le jéjunum, un aide maintenant l'estomac relevé, et il put très aisément mettre en contact le jéjunum avec la face postérieure de l'estomac. M. Terrier ne se servit d'aucune pince pour arrêter le cours des matières. Il fit d'emblée une première suture séro-séreuse entre la paroi de l'estomac et celle de l'intestin, suture à points séparés et portant sur une étendue de 10 à 12 centimètres. Puis il fit une seconde suture d'attente, comprenant également les deux parois stomacale et intestinale en dehors de la première suture; une pince fut placée aux deux extrémités et sur l'anse de ces fils simplement passés mais non serrés. M. Terrier ouvrit alors l'intestin qui ne contenait rien, il ouvrit ensuite l'estomac qui donna issue à des matières, ce qui l'obligea à boucher momentanément

cette ouverture stomacale, puis très rapidement il serra ses fils d'attente.

Le résultat de l'opération fut très satisfaisant, il n'y eut pas de shock; l'opération, y compris l'anesthésie, avait duré une heure quarante minutes. Dès le soir même la malade cessa de vomir, elle n'eut plus de douleurs, plus de contractions douloureuses. Elle quitta le service au commencement de septembre. A ce moment elle pesait 140 livres, maintenant elle en pèse 175.

Pendant quelque temps, M. Terrier soumit cette malade à l'alimentation lactée exclusive. Un jour elle prit un œuf et sa température s'éleva. Une autre fois, malgré M. Terrier, elle prit de la viande et sa température monta à 39 degrés. Elle fut donc, pendant un certain temps, exclusivement soumise au lait, puis au lait et aux œufs; maintenant elle mange de la viande. Rentrée chez elle, elle a eu un petit accès de cholérine dont elle a très bien guéri. Son état est actuellement aussi satisfaisant que possible.

La gastro-entérostomie donne donc de bons résultats. M. Terrier ne croit pas aux dangers des auto-intoxications par l'existence du cul-de-sac résultant de l'abouchement de l'intestin à l'estomac, cul-de-sac qui, d'après certains auteurs, deviendrait un réceptacle de matières putrides ou de bile capables d'intoxiquer l'organisme. Il ne croit donc pas qu'il soit nécessaire, pour éviter cela, de pratiquer secondairement la suture du jéjunum ou duodénum; d'ailleurs la dilatation stomacale, dont cette malade était atteinte avant l'opération, n'existe plus.

Lorsque M. Monod, en 1889, faisait un rapport sur la gastroentérostomie, il considérait cette opération comme exceptionnelle et en restreignait singulièrement les indications. Deux ans après, M. Reclus déclare qu'on doit la pratiquer dans tous les cas d'obstruction pylorique. Si M. Monod restreignait trop les indications de cette opération, M. Reclus va peut-être un peu trop vite en les généralisant ainsi. M. Terrier pense que, dans bon nombre de cas, les chirurgiens seront autorisés à la pratiquer et il croit que cette tendance à admettre de plus en plus la nécessité de cette opération ira en augmentant. Mais actuellement on doit s'en tenir à un juste intermédiaire entre le presque jamais de M. Monod et le presque toujours de M. Reclus.

M. RECLUS accepte les réserves de M. Terrier mais il fait, cependant, observer que toutes les fois qu'il y a menace d'obstruction du pylore, la gastro-entérostomie s'impose comme opération d'urgence.

M. TERRIER n'a voulu critiquer ni l'opinion de M. Monod, ni celle de M. Reclus. Il a signalé simplement la divergence de leurs opinions pour montrer combien la question a fait de progrès depuis deux ans. Mais elle n'est pas aussi simple qu'elle le paraît à plusieurs chirurgiens. Cette opération ne lève pas l'obstacle à l'obstruction; c'est une opération palliative. Il y a lieu de se demander, lorsque l'on interviendra de bonne heure, s'il ne vaudrait pas mieux enlever complètement l'obstacle et recourir à la pylorectomie. Il faut tenir compte aussi de l'état psychique du monde médical. Les médecins n'acceptent pas si facilement encore cette opération et ne la croient applicable qu'à titre exceptionnel. A plus forte raison pour la pylorectomie. Il y a donc lieu de réserver le jugement définitif à porter sur cette question qui sera posée de nouveau ultérieurement.

DISCUSSION SUR LES ABCÈS DU FOIE

M. MOTY, à propos de la communication faite récemment par M. Tuffier, donne lecture de la note suivante. (Voir plus haut, p. 1167.)

COMMUNICATIONS

Hernie enkystée de la grande lèvre. — M. BERGER communique l'observation d'une femme de quarante-cinq ans, qui, depuis vingt-six ans, portait une hernie de la grande lèvre gauche. Cette hernie était réductible en partie. M. Berger proposa la cure radicale qui fut acceptée. Après avoir ouvert le trajet inguinal, il tomba sur un tissu dartoïque qui entourait le sac, preuve qu'il s'agissait d'une hernie congénitale; puis il trouva une cavité kystique en avant de l'intestin hernié; c'était une cavité close; au fond de cette cavité, se trouvait le sac qui fut incisé. La malade guérit très bien.

Ce qu'il y a de particulier dans cette observation, c'est l'existence d'un grand kyste occupant toute la grande lèvre, remontant très haut et dans lequel venait faire saillie le sac herniaire. Il n'y avait pas d'épanchement dans ce kyste.

M. Berger fait suivre cette observation de réflexions sur ces hernies congénitales, chez la femme et chez l'homme, se rencontrant dans des kystes, avec ou sans épanchement.

M. RECLUS a observé un fait analogue. Il s'agissait d'une femme portant à la grande lèvre une tumeur d'un volume invraisemblable. Il avait cru à une hydrocèle; il fit l'incision, donna issue à une quantité énorme de liquide et trouva au fond une masse épiploïque oblitérée.

M. ROUTIER cite un cas à peu près semblable de tumeur de la grande lèvre gauche chez une femme qui fut prise d'accidents d'étranglement herniaire. Il fit la kélotomie; il trouva un sac avec du liquide et une portion d'épiploon étranglée par un rétrécissement de ce sac; il dégaga l'étranglement et trouva, au-dessus, un nouveau sac dans lequel se trouvait de l'intestin grêle. Il leva ce second étranglement, réduisit et réséqua le sac.

Dans un second cas, M. Routier avait diagnostiqué un kyste de la grande lèvre; il ouvrit, trouva, en effet, un kyste séreux, puis au fond, une hernie dont il ne put faire la cure radicale, la malade s'y étant refusée.

M. TUFFIER a observé une tumeur de la grande lèvre chez une jeune femme de vingt-cinq ans. Il s'agissait d'une hernie paraissant irréductible. Il fit la cure radicale : il trouva un kyste séreux siégeant dans la grande lèvre et adhérent, du côté du péritoine, par un cordon fibreux qu'il lia et coupa; au-dessus, se trouvait une petite hernie inguinale.

M. BERGER fait observer que ces cas se rencontrent plus fréquemment qu'on ne le croit généralement.

RAPPORT

Kyste hydatique de la rate. — M. BOUILLY fait un rapport sur une observation adressée par M. Mordret fils (du Mans). Il s'agit d'un kyste hydatique de la rate qui fut traité par la laparotomie et qui fut guéri.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le cours de médecine légale pratique (M. Brouardel, professeur) commencera, à la Morgue, le mercredi 9 novembre 1892, à deux heures du soir, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. — Les mercredis, M. le professeur Brouardel; les vendredis, M. le docteur Descouts; les lundis, M. le docteur Vibert.

Des conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf). Elles auront lieu les mardis, jeudis et samedis, à partir du samedi 5 novembre 1892, dans l'ordre suivant : les jeudis, à quatre heures, M. le docteur Descouts; les mardis, à trois heures, M. le docteur Vibert; les samedis, à trois heures, M. Ogier.

MM. les docteurs en médecine et MM. les étudiants ayant subi le troisième examen de doctorat seront seuls admis à suivre ce cours et ces conférences, sur la présentation d'une carte qui leur sera délivrée, après inscription, au secrétariat de la Faculté.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Fouchard (de la Cambe).

— M. le docteur Barth commencera, à l'hôpital Broussais (rue Didot, 96), le vendredi 4 novembre, à dix heures, une série de conférences de séméiotique élémentaire et de propédeutique médicale, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivonts, à la même heure. Les autres jours, les élèves seront exercés à l'examen des malades. — Le nombre des auditeurs étant limité, on est prié de s'inscrire d'avance.

— M. le docteur Lavaux, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours sur les affections des voies urinaires, à l'École pratique (amphithéâtre Cruveilhier), le mardi 8 novembre, à huit heures du soir, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Traitement de la fièvre typhoïde (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par le docteur Juhel-Rénoy. 1 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Étude clinique sur la cardio-sclérose (cardiopathies artérielles, artério-sclérose du cœur), par le docteur Huchard. 1 br. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan.

Les troubles de la marche dans les maladies nerveuses (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par le docteur P. Blocq. In-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 2 novembre 1892.

Samedi dernier, M. le professeur Verneuil faisait ses adieux à ses élèves dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Ce fut un spectacle grandiose et touchant que la vue de cet amphithéâtre bondé de médecins et d'étudiants qui étaient venus une dernière fois entendre la parole du maître. La Faculté était représentée par son doyen et ses plus éminents professeurs. Une grande partie du corps chirurgical des hôpitaux avait tenu à honneur de venir se ranger aux côtés du professeur si aimé et si respecté.

Ce fut avec une grande émotion, au milieu des acclamations unanimes de l'assistance, que notre vénéré maître commença son discours. A le voir tenir, sous le charme de sa parole fraîche et vibrante, tout cet immense amphithéâtre, à l'entendre développer, avec cette fine diction qui lui est si particulière, les différents points de son discours, on ne se douterait guère que M. Verneuil vient annoncer qu'il se retire de l'Enseignement. Toujours, il porte avec lui cette éternelle jeunesse admirée de tous.

Nous aurions voulu pouvoir reproduire ces adieux du maître, mais malgré nos instances, il n'a pas voulu d'une publicité qu'il trouve déjà trop grande.

Toutefois, si plus tard il rassemble ses notes et rédige « son testament scientifique », nous avons la bonne promesse de pouvoir le communiquer alors à nos lecteurs.

M. Verneuil ne voulait pas se retirer sans dire adieu à ses élèves, sans leur donner une dernière fois la bonne parole et leur dire comment il avait compris ses devoirs de chirurgien, en soignant ses malades avec cette douceur bienveillante et ce dévouement qui lui ont valu tant de reconnaissance dévouée, comment il avait compris ses devoirs de professeur et d'homme de science et, rapidement, il nous a dit ce qui toujours l'avait guidé dans ce demi-siècle qu'il a consacré à la science, à ses élèves et à ses malades. Sa formule a toujours été la même : bonté, honnêteté, justice. C'est en suivant avec persévérance cette ligne droite, qu'il s'était tracée dès le début de sa carrière, que M. Verneuil est arrivé à sa haute situation scientifique, la première en France.

Le maître se retire, mais non pas pour se désintéresser des choses de la science, « un pareil abandon serait pour lui la mort ». M. Verneuil quitte les fatigues considérables d'un service de clinique chirurgicale pour pouvoir se consacrer, avec plus de loisir, à l'étude de ses questions favorites. Son bistouri et sa plume sont encore aussi vaillants et le repos relatif qu'il va prendre lui permettra, en ménageant ses forces, de se consacrer avec plus de fruit à ses travaux et à ses malades.

Pour nous, qui avons vécu depuis longtemps dans l'intimité du maître, nous savons ce que la Faculté perd en perdant un tel professeur si bon, si juste, si honnête et si savant. Aussi nous associons-nous, de tout cœur, aux paroles émues que le doyen a lues au nom de la Faculté et aux acclamations enthousiastes des milliers d'assistants qui sont venus donner au professeur Verneuil cette dernière preuve de profonde estime et de sincère affection.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Ainsi que nous l'avions prévu, la communication faite dans la dernière séance par M. Magitot, sur les cagots du Béarn, est devenue le point de départ d'une nouvelle discussion sur la lèpre. Les cagots ne sont-ils que des lépreux atténués? Suffit-il, pour admettre le diagnostic de lèpre, de se trouver en présence de certaines altérations unguéales d'une physionomie particulière? Ne peut-on, au contraire, affirmer l'existence de cette affection qu'après avoir constaté la présence du bacille de la lèpre tuberculeuse? Telles sont les diverses questions qui ont été discutées tour à tour, dans cette séance, par MM. Zambaco, Vidal, Lagneau, Magitot et Lancereaux.

M. Zambaco incline à penser, avec M. Magitot, que les cagots qu'il a observés dans le Béarn sont bien des lépreux. Il ajoute, d'ailleurs, que la présence du bacille n'est pas nécessaire pour affirmer la lèpre et rappelle les nombreux exemples de lèpre bien avérée qu'il a montrés et dans lesquels les recherches les plus attentives n'ont pas permis de trouver le bacille.

M. Vidal se sépare complètement de MM. Magitot et Zambaco et ne reconnaît pas la lèpre chez les cagots du Béarn. Pour lui, ces altérations unguéales, constatées par M. Magitot, dépendent de toute autre cause, soit du rhumatisme, soit de l'action même des sources salines, soit uniquement de la saleté légendaire de ces cagots. Quant à l'atténuation

de la lèpre, M. Vidal n'y croit pas; il demande qu'on lui montre la filiation entre la lèpre d'il y a cinq ou six siècles et les accidents actuellement observés dans le Béarn.

M. Lagneau, qui a fait l'article CAGOTS dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, et qui y a apporté son érudition habituelle, est également intervenu dans le débat et a soutenu l'opinion de M. Magitot. En lisant cet important article, on y voit que ce n'est pas d'aujourd'hui que se pose la question que s'est posée M. Magitot. En effet, en 1600, le Parlement de Toulouse ordonna qu'une commission, composée des plus éminents médecins et chirurgiens de l'époque, examinât vingt-deux cagots à l'effet de déclarer s'ils devaient être considérés comme atteints de maladie contagieuse, de la lèpre, et si l'on devait continuer à les tenir séparés « de la compagnie des autres hommes et personnes saines ». Le résultat de cet examen fut que ces vingt-deux cagots ne présentaient aucune affection contagieuse, qu'ils étaient sains de corps et qu'il n'y avait aucune raison de les tenir éloignés des autres. On comprend toute l'importance de ce jugement quand on songe que ces malheureux individus, sous le coup d'un mépris immérité et d'une étrange réprobation, ainsi que le fait observer M. Lagneau, étaient soumis aux prescriptions les plus humiliantes, obligés de vivre séparément et de ne se marier qu'entre eux.

Bien qu'aujourd'hui l'opinion admise par M. Magitot soit loin d'avoir, pour les cagots, les mêmes fâcheuses conséquences qu'autrefois, il n'en est pas moins intéressant de savoir si, oui ou non, il s'agit de lèpre.

M. Lancereaux, sans se prononcer sur la question en litige, présente une observation générale qui a bien son importance : Ces lésions unguéales, sur laquelle a été appelée l'attention de l'Académie, ne sont que des lésions secondaires; or, on ne saurait baser un diagnostic sur leur présence seule. Il faudrait constater la lésion primitive et tenir compte également de l'évolution de la maladie. M. Lancereaux accorde encore plus d'importance à ces constatations qu'à celle du bacille.

Au début de la séance, la parole a été donnée à M. Ricard pour une intéressante communication sur un nouveau traitement chirurgical qu'il propose pour les luxations récidivantes de l'épaule. Dans les deux cas où il y a eu recours, le résultat obtenu a été des plus satisfaisants, puisque ses deux opérés jouissent de tous les mouvements de leur épaule et n'ont plus vu se reproduire leur luxation. On trouvera plus loin la description de l'ingénieuse opération de M. Ricard.

Signalons enfin une lecture de M. Laugier sur un cas de fracture de l'humérus produite par un rebouteur, auquel ce méfait n'a coûté que 500 francs d'amende et six jours de prison.

A quatre heures trois quarts, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Hayem sur le prix Desportes.

Les médecins qui ont eu à soigner les cholériques dans les établissements hospitaliers vont sans doute apporter successivement, à la Société médicale des hôpitaux, le résultat de leurs observations et de leur thérapeutique. M. Galliard a ouvert le feu dans la dernière séance (28 octobre). C'est du reste dans son service, au Bastion 36, qu'ont passé le plus de malades; il en a soigné 397.

198 ont guéri, 199 sont morts; la mortalité a donc été exactement de 50 p. 100. C'est la mortalité totale donnée par toutes les épidémies antérieures. Il en résulte que si l'hygiène a pu faire quelque chose pour diminuer la contagion, le système thérapeutique mis en œuvre par M. Galliard n'a pas eu le pouvoir de modifier, d'une façon bien sensible, la proportion des morts. Il en résulte aussi que si l'épidémie de 1892 n'a pas eu une grande expansibilité, si elle n'a frappé qu'un nombre relativement restreint de personnes, sa gravité symptomatique n'a guère été inférieure à la gravité symptomatique des épidémies précédentes. M. Galliard divise les cas qu'il a observés en trois catégories : la *forme foudroyante*, qui tue en vingt heures au plus; la *forme galopante*, qui dure en moyenne cinq jours, et, enfin, la *forme lente*, qui dure plus longtemps. La forme galopante aurait été la plus commune dans la dernière épidémie.

L'énumération des symptômes donnée par M. Galliard ne fait qu'établir l'analogie absolue des cas observés avec ceux que l'on a vus dans les autres épidémies; elle n'ajoute rien d'essentiel à la description du choléra.

Passons à la thérapeutique. La transfusion veineuse de sérum artificiel de M. Hayem (eau distillée 1000, chlorure de sodium 5, sulfate de soude 10 grammes) a été, dans les cas graves, le moyen héroïque employé; 178 cholériques ont été ainsi transfusés, c'est-à-dire qu'ils ont reçu dans la saphène 1500 à 2000 grammes de sérum artificiel à la température de 38 degrés. Plusieurs ont été transfusés deux fois; 2 l'ont été jusqu'à six fois.

M. Galliard a la conviction d'avoir guéri, par ce procédé, 30 malades; 3 rentraient dans la catégorie du choléra foudroyant, l'un d'eux même était venu à l'hôpital en état de mort apparente; 34 étaient atteints de choléra galopant.

La transfusion n'a jamais eu d'effet nuisible; elle a presque toujours remonté momentanément les forces du malade et souvent prolongé son existence de quelques jours.

M. Galliard a rejeté les injections hypodermiques de sérum artificiel, que d'autres médecins ont employées avec un certain avantage; nous aurons certainement l'occasion d'y revenir.

A l'exemple de M. Hayem, il a donné l'acide lactique à haute dose (20 à 30 grammes par jour) en solution à 15 p. 1000. Il a usé souvent, contre l'adynamie cardiaque, des injections de caféine. Les autres moyens employés par lui étaient connus déjà et n'ont rien de bien caractéristique. Disons seulement que, dans quelques cas, il a fait, sans aucun succès, des injections de liquide de Brown-Séquard.

A la même séance, M. Babinski a montré plusieurs malades atteints de formes différentes de paralysie faciale de nature hystérique. L'un d'eux présente exactement la combinaison opposée à celle que présentait un malade montré récemment par M. Ballet. Quand il parle, quand il siffle, il n'a ni paralysie, ni parésie faciale, mais il ne peut relever la commissure des lèvres du côté droit comme il le fait du côté opposé; c'est encore là un mode de paralysie systématique. M. Babinski a vu plusieurs fois l'abaissement de la commissure se produire du côté même de l'hémiplégie chez des hystériques; mais il tend à penser que cet abaissement est dû, non à un état parétique, mais à un état spasmodique des muscles de la face. Enfin, il pense que, dans la paralysie faciale hystérique, il y a toujours quelque bizarrerie qui ne cadre pas avec la paralysie non hystérique : ces anomalies doivent éveiller dans l'esprit le soupçon de l'hystérie.

M. Le Gendre, qui a assisté à l'expérience annoncée par M. Debove dans la dernière séance, pense que, lorsqu'on comprime assez brusquement avec la main des intestins lavés, liés aux deux bouts et vides de liquide, on détermine un bruit de gargouillement et non de clapotement. Pour un médecin exercé, il n'y aurait pas de cause d'erreur, et l'origine intestinale du bruit perçu se reconnaîtrait facilement.

M. Albert Mathieu a rencontré un nouveau cas de crises gastriques chez une malade atteinte de rein mobile. Chez cette femme, il existe un notable degré d'hyperchlorhydrie. C'est la première fois qu'il relève l'hyperchlorhydrie dans ces conditions.

DE L'OPPORTUNITÉ DE LA TRÉPANATION PRÉVENTIVE

OBSERVATION DE FRACTURE DE L'OCCIPITAL AVEC ENFONCEMENT ET ATTRITION DU CERVEAU ; TRÉPANATION ; GUÉRISON

Par A. Demmler,
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

L'opportunité de la trépanation du crâne, dans les cas de fracture avec enfoncement, est, depuis l'avènement de la chirurgie antiseptique, généralement admise. On ne croit plus aux anathèmes lancés contre ceux qui trépanaient en pareils cas et je pense que si cette question était actuellement portée devant l'Académie de médecine, elle rencontrerait encore plus de partisans qu'elle n'en trouva lors d'une discussion restée célèbre dans les annales de notre première société savante.

Néanmoins, on ne peut pas dire que cette opération soit admise, sans conteste, par tous les chirurgiens. Pour le plus grand nombre, les fractures du crâne avec enfoncement sont une des indications les plus nettes et les plus urgentes de la trépanation, celles où l'intervention du chirurgien est le plus justement autorisée et récompensée des résultats les plus brillants et les plus manifestes, aussi bien au point de vue du succès immédiat que des résultats ultérieurs. Mais pour d'autres plus timides, l'indication n'est absolue que si les signes de commotion sont tels qu'on puisse, sans conteste, admettre une compression du cerveau par une esquille ou un épanchement, ou bien si, au bout de quelques jours, se déclarent des symptômes alarmants indiquant la nécessité de l'intervention. S'il m'est permis de donner mon opinion à côté de celles de maîtres aussi illustres, je n'hésiterai pas à me ranger dans les rangs des premiers.

En présence de l'innocuité de la trépanation faite avec toutes les précautions antiseptiques, je mettrai en parallèle les dangers que font courir, au malade, la présence sous la fracture de sang épanché, l'infection à peu près certaine du foyer par les microbes pénétrant par la voie qui leur est ouverte, l'incertitude de l'étendue de la lésion, des désordres qu'a pu produire le traumatisme (hémorrhagie abondante ou issue de matière cérébrale). Attendre que des symptômes alarmants viennent confirmer le diagnostic et donner un appui nouveau à l'intervention, c'est diminuer les chances du succès opératoire, en ne permettant plus au chirurgien de réaliser une asepsie complète, en ne lui laissant la latitude d'agir que sur des tissus déjà infectés. Je dirai plus : est-il réellement bien rationnel — si l'on songe, je ne veux pas dire à l'innocuité absolue de l'opération faite antiseptiquement, mais tout au moins aux succès presque constants obtenus par tous ceux qui l'ont pratiquée sous le couvert de pareilles précautions — de laisser courir au malade tous les risques d'encéphalite chronique auxquels il sera exposé dans l'avenir ?

Quand on lit les nombreuses observations de trépanations pratiquées pour troubles cérébraux, on peut s'assurer combien sont fréquentes les fractures qui leur ont donné naissance, parce qu'au début, elles n'avaient pas été traitées par l'intervention. On m'objectera qu'en pareil cas, il eût été plus simple de relever les esquilles. Outre que cela n'est pas toujours facile et que, dans le cours de ces essais, on peut être disposé à enlever l'esquille, si peu qu'on rencontre quelque difficulté à la relever ; je ne crois pas qu'il y ait une très grande différence entre la perte plus ou moins grande de la matière osseuse par suite de l'ablation de cette esquille ou par la trépanation.

Observation. — X..., cavalier au 25e régiment de dragons, est jeté à terre pendant un exercice de manège et reçoit un coup de pied, lancé par le cheval de son voisin, sur la face postérieure du crâne, à 5 centimètres au-dessus du milieu d'une ligne allant du conduit auditif à la bosse occipitale. Il ne perd pas connaissance, mais présente, aussitôt, des phénomènes d'épistaxis et de vomissement. Pas d'écoulement de sang par les oreilles. On le transporte aussitôt à l'hôpital, où nous allons le voir une demi-heure à peine après l'accident. Nous trouvons le blessé très pâle, avec un pouls petit ; il répond lentement et difficilement aux questions, quoique ayant toute son intelligence. On ne constate aucun trouble de la motilité ou de la sensibilité, aucune perte de l'ouïe ou de la vision. En résumé, les symptômes de contusion ou de compression cérébrale ne sont pas très manifestes ; le shock peut expliquer la dépression observée, mais on peut craindre que les accidents n'augmentent, car, depuis la chute, la dépression est devenue plus manifeste au dire du médecin du corps, M. Perrin, qui a bien voulu nous accompagner et nous assister. Au niveau de la région indiquée, on voit une plaie linéaire de 5 à 6 centimètres, laissant écouler peu de sang. Toute la région environnante est occupée par une bosse sanguine volumineuse, présentant, au centre, une dépression manifeste, dont la plaie des téguments occupe le milieu. Quoique toutes les probabilités soient en faveur d'un enfoncement ou fente sans aucune mobilité, on peut rester dans le doute quand on songe combien souvent les hématomes de la région offrent ces phénomènes de dépression centrale au point de la contusion pouvant simuler la présence d'un enfoncement. Quoique notre opinion soit à peu près faite sur l'existence de cet enfoncement, nous décidons immédiatement d'intervenir, avec la pensée, en mettant à nu le foyer de la contusion, d'intervenir s'il y a lieu ou de nettoyer simplement la plaie si aucune fracture n'existe.

Le malade étant chloroformé prudemment et à moitié en raison du shock, je pratique une incision courbe de 10 centimètres, partant de la base de l'apophyse mastoïde et allant rejoindre le foyer de l'hématome et comprenant, dans son trajet, toute la plaie des téguments. On tombe immédiatement sur le périoste déchiré : un stylet, introduit par cette fente, permet de sentir un sillon osseux qui est le trait de la fracture. En décollant le périoste dans une plus grande étendue, on met à nu le siège de la lésion qui se présente sous forme de fracture étoilée, déprimée au centre et constituée par deux grandes esquilles. Immédiatement, par les fissures, s'échappe une certaine quantité de matière cérébrale mêlée à du sang. Par une de ces fissures, je cherche à relever les esquilles, mais ne pouvant y parvenir, je n'insiste pas et, prenant la pince-gouge, je mords les bords de la substance osseuse dans la saillie laissée entre l'esquille enfoncée et la portion du crâne faisant saillie, et je parviens ainsi à pratiquer une ouverture par laquelle il m'est facile d'enfoncer un élévatoire qui me permet de faire basculer l'esquille supérieure, longue de 2 centimètres, et de l'enlever. Avec la pince-gouge, j'agrandis l'ouverture ainsi pratiquée et j'obtiens une couronne

de trépan de 3 centimètres. L'esquille inférieure, qui semble encore adhérente, est laissée en place, après m'être assuré qu'elle tient assez solidement par son extrémité inférieure.

La dure-mère m'apparut alors, mais je ne pus trouver le siège de la déchirure par laquelle s'écoulait encore un peu de matière cérébrale. Elle devait se trouver sous l'esquille adhérente et, naturellement, je ne fis aucune tentative pour la découvrir, me contentant de désinfecter soigneusement la dure-mère en la touchant avec une éponge imbibée de solution phéniquée à 1/20 et en faisant couler un filet de solution sublimée sur toute la surface dénudée. Après avoir soigneusement désinfecté le lambeau cutané, je réunis la plaie par plusieurs points de suture.

Avant de la fermer, je fis une dernière injection phéniquée et suturai ensuite, sans mettre de drain.

Les suites furent des plus régulières; les fils coupés le dixième jour et la plaie complètement cicatrisée au bout de quinze jours.

Sauf quelques douleurs dans la région temporo-pariétale, le malade ne présenta aucun trouble cérébral, si ce n'est quelques sensations de vertige en marchant.

Le 8 mars, il sortait de l'hôpital pour se rendre chez lui en attendant l'obtention d'une pension de retraite.

On voit, par la lecture de cette observation, que je suis intervenu, quoique les symptômes de compression ne fussent pas complets. Les lésions notées au cours de l'opération montrent que ma conduite a été justifiée, car il y a lieu de croire que si je n'avais pas soigneusement désinfecté la plaie, la matière cérébrale et le sang épanchés sous la boîte cranienne eussent infecté la plaie cérébrale et donné lieu à une encéphalite généralisée. Comme je l'ai dit, c'est en raison de cette possibilité de lésions et des dangers qu'elles font courir, comparés aux succès de la trépanation primitive, qu'on est autorisé à intervenir dans les cas de fracture du crâne avec enfoncement. Le fait relaté plus haut est donc une nouvelle preuve à l'appui de cette assertion.

Une dernière remarque, que je crois utile de faire ressortir, est cette facilité de la trépanation pratiquée uniquement au moyen de la pince-gouge. On peut toujours mordre le rebord saillant de la fracture et, à la longue, on finit par creuser une voie, qui permet soit de libérer les esquilles si elles existent, soit d'agrandir l'ouverture sans se servir du trépan et, par conséquent, sans craindre de blesser la dure-mère. Je n'avais à ma disposition qu'une tréphine; j'ai préféré suivre les conseils de M. Lucas-Championnière et me frayer une voie avec la petite pince gouge, qu'il emploie habituellement.

Nota. — J'ai revu le malade au commencement de septembre, c'est-à-dire huit mois après l'opération. Il allait bien, mais se plaignait de quelques vertiges, en se levant.

THÉRAPEUTIQUE

Les bains chauds dans le traitement du choléra. — De divers côtés on a recommandé les bains chauds dans le traitement du choléra; on leur attribuait le triple avantage de calmer les crampes douloureuses, de réchauffer le malade et d'exciter la diurèse. Nous les avons nous-même employés (38 degrés), et dans plusieurs cas, nous avons eu à nous en louer. Toutefois, plusieurs faits nous ont appris qu'il ne fallait pas les donner sans distinction et à toutes les périodes de la maladie. En effet, à trois reprises, nous avons vu des convulsions cloniques survenir au sortir de la baignoire. M. A. Siredey nous a dit avoir vu deux fois les mêmes accidents, dans les mêmes conditions.

Il s'agissait de malades qui n'urinaient point, qui avaient de la dyspnée et d'autres signes d'urémie cholérique. L'urémie cholérique, qui se traduit par de la dyspnée, de l'agitation, souvent du myosis, paraît donc devoir être une contre-indication à l'emploi des bains chauds. On doit les réserver à la première période, où ils sont très utiles contre les crampes douloureuses. A. M.

Traitement du nystagmus des houilleurs. — M. le docteur H. Romiée recommande le traitement suivant, dans les « Annales d'oculistique » :

Trois à 5 milligrammes de sulfate de strychnine par jour; une instillation d'une goutte du collyre suivant :

Sulfate d'ésérine.	3 centigrammes.
Eau distillée	10 grammes.

Instiller dans les yeux une goutte le matin en se levant, une goutte en rentrant et une goutte en se couchant.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 octobre 1892. — Présidence de M. Regnauld.

COMMUNICATIONS

Fracture de l'humérus déterminée par un rebouteur. — M. LAUGIER communique l'observation d'une malade qui était atteinte d'une ankylose du coude et chez laquelle un rebouteur, en voulant faire le redressement forcé, produisit une fracture de l'humérus à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. Ce rebouteur fut condamné à 500 francs d'amende et à six jours de prison. (Comm. : MM. Verneuil et Brouardel.)

Du traitement des luxations récidivantes de l'épaule par la suture de la capsule. — M. RICARD. Les luxations récidivantes de l'épaule constituent une réelle infirmité. Les procédés jusqu'ici employés, pour y remédier, sont insuffisants et incomplets dans leurs résultats; s'ils donnent à la jointure quelque solidité, c'est aux dépens de son bon fonctionnement et de sa mobilité.

M. Ricard a eu, dans deux cas, recours à une nouvelle opération qui lui a donné d'excellents résultats. Voici en quoi elle consiste :

Incision de 12 centimètres environ sur l'interstice pectoro-deltoïdien. On prolonge ensuite l'extrémité supérieure de l'incision en la coudant à angle aigu, de façon à suivre le contour de l'insertion du deltoïde sur la clavicule et l'acromion. Le deltoïde est détaché dans toute l'étendue de l'incision et rabattu en dehors et en arrière.

L'on reconnaît alors le muscle coraco-brachial, qui est fortement relevé par un aide de façon à découvrir le muscle sous-scapulaire au niveau de son insertion humérale. L'opérateur libère les bords supérieur et inférieur de ce muscle de façon à bien mettre à nu la capsule. Le bras est mis alors en rotation forcée en dedans; la paroi antérieure de la capsule articulaire est, de ce fait, relâchée.

M. Ricard passe alors dans toute la hauteur de cette paroi, à travers la capsule et dans l'épaisseur du muscle sous-scapulaire, trois fils de grosse soie plate, verticalement dirigés et placés à 2 centimètres environ l'un de l'autre. Les extrémités libres de ces fils sont liées deux à deux, de façon à réduire cette paroi antérieure à un moignon épais, résistant et rigide. Au-devant de l'interligne articulaire, se trouve, après constriction des fils, un plan résistant que le doigt ne peut plus déprimer. Il est essentiel que pendant ce temps le bras soit porté fortement en dedans.

Après hémostase, les insertions du deltoïde sont restaurées par un surjet au catgut. Puis suture de la peau, sans drainage.

Cette opération a donné d'excellents résultats. Les deux malades ont conservé tous les mouvements de leur articulation et leur force. Le premier malade était un véritable infirme, il se luxait l'épaule à l'occasion du moindre mouvement, en levant un seau, en mettant son paletot et même, dans les derniers temps,

son épaule se luxait la nuit en dormant. Depuis neuf mois qu'il est opéré, ce malade a été gardé comme brancardier dans les salles, où il se livre aux plus rudes travaux. Jamais la luxation ne s'est reproduite.

Le deuxième malade est un épileptique, qui se luxait fréquemment l'épaule, à l'occasion de mouvements minimes ou bien à l'occasion de ses crises convulsives. La réduction était souvent difficile à obtenir et nécessitait l'anesthésie chloroformique. Depuis trois mois que l'opération a été pratiquée, et malgré le retour de crises épileptiques, la luxation ne s'est pas reproduite.

DISCUSSION SUR LES CAGOTS ET LA LÈPRE

M. **ZAMBACO** rappelle que M. Magitot a cherché à établir deux points : 1° que les cagots des Pyrénées sont des descendants des lépreux; 2° que les déformations des ongles, que l'on constate chez quelques-uns d'entre eux, sont des reliquats de la lèpre.

M. Zambaco appuie sans restriction la première proposition qui vient à l'appui de la thèse qu'il soutient. Quant à la seconde, elle lui semble possible et même probable. Du reste, ces deux questions sont connexes, car si les cagots n'étaient pas positivement des descendants de lépreux, il n'y aurait pas de raison probante pour rattacher leurs déformations unguéales à la lèpre.

D'ailleurs, l'histoire montre que leur contact était évité jadis à l'égal de celui des lépreux et qu'ils étaient soumis à des règlements aussi sévères.

M. Zambaco considère, non comme prouvée, mais comme probable, la seconde proposition de M. Magitot. En effet, il a rencontré, très souvent, les troubles trophiques des ongles, tant sur les lépreux discrets que sur des lépreux complets. Il n'a pas, il est vrai, observé la conformation vicieuse qu'a montrée M. Magitot, mais la lèpre est un véritable protée, au même titre que la syphilis.

En outre, l'hérédité de ces altérations plaide également en faveur de la thèse soutenue par M. Magitot. On lui objectera de n'avoir pas constaté, chez les cagots, le bacille de la lèpre; mais, ce bacille, dont la présence est facile à démontrer dans la lèpre tuberculeuse, fait, en général, défaut dans les autres formes de la maladie, les plus accusées, les plus évidentes. Est-ce une raison pour refuser de diagnostiquer la lèpre jusqu'à ce que les progrès de la bactériologie permettent de trouver le bacille? Évidemment non.

De même que la syphilis, à laquelle elle ressemble, la lèpre est une maladie constitutionnelle, héréditaire, susceptible d'éprouver de grandes transformations par sa répétition dans la descendance, parfois en perdant de sa force, et de son type primitif. Par les croisements, surtout, elle tend à devenir de plus en plus méconnaissable, atténuée, fruste.

Aujourd'hui que les grands États tendent à absorber les petits — pathologiquement parlant — comme le prouvent ces grandes et heureuses divisions de l'herpétisme, de la scrofulose, de la syphilose, etc., M. Zambaco pense qu'il y aurait lieu de créer aussi un chapitre pour la léprose. Il embrasserait, tout en accordant quelques autonomies à ses tributaires, plusieurs affections qui se ressemblent infiniment et qui paraissent avoir eu le même point de départ, primitivement. Il ferait rentrer dans ce chapitre de la léprose les diverses formes d'éléphantiasis, ainsi que l'aïnum, la sclérodermie, et peut-être encore plusieurs autres états désignés aujourd'hui sous le nom de trophoses, tropho-névroses, dénominations qui ne peuvent pas constituer une entité morbide, pas plus que la toux, la diarrhée ou l'albuminurie.

M. **VIDAL** fait observer que les altérations des ongles, dont M. Magitot a présenté les dessins et les moulages ne sont pas celles que l'on constate ordinairement chez les lépreux. Il s'agit là, pour M. Vidal, de lésions banales de nature hypertrophique.

Cette affection n'est pas rare chez les rhumatisants, elle est héréditaire; elle se trouve dans bien d'autres manifestations que la lèpre; elle ne saurait donc être considérée comme pathognomonique.

M. Vidal ne suivra pas M. Magitot sur le terrain de l'histoire; il veut s'en tenir uniquement au côté scientifique de la question. Or, il ne croit pas à l'atténuation de la lèpre invoquée par M. Magitot; il ne voit pas les lésions intermédiaires entre la lèpre anesthésique et les caractères présentés par les cagots de Salies-de-Béarn. Dans l'article « cagots », fait par M. Lagneau dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, on voit que, déjà en 1600, le Parlement de Toulouse charge une Commission composée des médecins et des chirurgiens les plus éminents de l'époque d'examiner 22 cagots et de décider si ces cagots devaient être séparés du reste des humains, comme atteints d'une affection contagieuse. Or, cette Commission déclara qu'ils étaient sains de corps et n'étaient atteints d'aucune affection contagieuse.

Ces individus, ajoute M. Vidal, sont, on le sait, d'une très grande saleté; celle-ci peut être pour quelque chose dans les altérations unguéales qu'ils présentent.

En outre, ils se trouvent en rapport constant avec les sources salines du pays. La malpropreté, d'une part, et le sel, d'autre part, peuvent intervenir comme causes de ces altérations que M. Vidal ne croit pas pouvoir être rapportées à la lèpre.

Répondant à M. Zambaco, M. Vidal rappelle que le bacille de la lèpre a été constaté par MM. Leloir, Quinquaud et autres, dans les plaques de la lèpre anesthésique.

M. Kalindéro, ayant appliqué un vésicatoire chez des malades atteints de lèpre anesthésique, a trouvé le bacille dans la suppuration qui en résultait; toutefois M. Vidal déclare avoir lui-même cherché ce bacille sans l'avoir trouvé.

Quoi qu'il en soit, il ne croit pas que les cagots du Béarn soient des lépreux dégénérés, et il demande à M. Magitot de lui montrer la filiation qui, selon lui, réunirait la lèpre du xve siècle aux accidents qu'il vient d'observer.

M. **ZAMBACO** tient à faire remarquer qu'il n'est pas besoin de la présence du bacille pour diagnostiquer la lèpre, il invoque les nombreux exemples de lèpre avérée, qu'il a soumis à l'Académie et dans lesquels les recherches les plus attentives n'ont permis de trouver aucun bacille.

M. **BÉCHAMP** dit que le bacille de la lèpre doit exister puisque le microzyma de la lèpre existe, ainsi qu'il l'a constaté. De même que l'on trouve des lésions tuberculeuses sans bacille mais avec microzyma, de même on peut trouver des lésions lépreuses sans bacille.

M. **LAGNEAU** dit que ce n'est pas seulement dans les Pyrénées, mais encore en Espagne, en Guyenne, en Bretagne et dans le pays de Galles qu'on trouve, désignés sous différents noms, des sujets relégués et traités en parias, comme les cagots. On a voulu tour à tour voir, dans les cagots, des descendants des Juifs, des Sarrasins, des Goths. C'est là, suivant lui, une erreur, car jamais, dans le midi de la France, les descendants de ces races n'ont été traités en parias.

M. Lagneau croit surtout, à cause de l'isolement dans lequel on a toujours maintenu les cagots, qu'il s'agit bien, non pas de lépreux véritables, mais de descendants dégénérés de lépreux.

M. **LANCEREAUX** dit que dans la lèpre on observe des lésions de deux ordres : les unes directes, anatomiques, primitives; les autres secondaires, subordonnées à ces lésions primitives.

Or il n'est pas possible d'établir un diagnostic précis sur la constatation seule de ces lésions secondaires.

Il faut, pour affirmer la lèpre, le bacille ou, mieux encore, la lésion primitive à laquelle M. Lancereaux attache beaucoup plus d'importance. Il a rencontré ces altérations des ongles des pieds dans le cours d'une simple sciatique ou encore chez des rhumatisants chroniques.

Pour rattacher ces lésions à la lèpre, il faut donc qu'on les constate en même temps que les lésions anatomiques primitives, ou bien que l'on ait pu suivre l'évolution de la maladie.

M. **MAGITOT** se déclare tout d'abord incompétent en matière de dermatologie, le hasard, l'occasion l'ont mis en présence de faits particuliers qui lui ont paru intéressants; il lui a semblé reconnaître, dans ces troubles trophiques des ongles, des cheveux, des caractères rappelant ceux du mal de Morvan que l'on

s'accorde, aujourd'hui, à considérer comme d'origine lépreuse. D'autre part, lorsque l'on interroge l'histoire de ces cagots et de la lèpre qui a sévi avec une telle intensité du XIIIe au XVIe siècle dans le pays du Béarn, il lui semble qu'on peut établir une filiation entre les lépreux d'autrefois et ces cagots.

M. Magitot fait observer à M. Vidal que le sel ne saurait être invoqué ici en aucune façon, attendu que les cagots soumis à son observation n'avaient pris aucune part au travail des salines.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 octobre 1892, les médecins stagiaires, dont les noms suivent, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans le corps de santé militaire, pour prendre rang à la même date. Par décision ministérielle dudit jour, ces médecins militaires ont reçu les affectations ci-après indiquées, savoir :

MM. de Bovis, à l'hôpital Saint-Martin; Besson, au laboratoire de bactériologie de l'École du Val-de-Grâce; Dettling, au 89e d'infanterie; Tostivint, au 157e d'infanterie; Denoy, à l'hôpital de Toulouse; Pécheux, au 74e d'infanterie; Muller, à l'hôpital de Versailles; Vallet, à l'hôpital Villemanzy; Le Mitouard, au 7e d'artillerie; Terse, à l'hôpital de Marseille; Viguié, au 5e d'infanterie; Lefort, au 8e bataillon de chasseurs à pied; Lions, au 3e d'infanterie; Bronner, à l'hôpital Saint-Martin; Beauxis-Lagrave, à l'hôpital de Vincennes; Saltet, au 19e bataillon de chasseurs à pied; Roqueplo, à l'hôpital de Nice; Coupry, au 1er d'infanterie; Vidal, au 108e d'infanterie; Le Roux, au 47e d'infanterie.

MM. Parant, au 8e hussards; Crapet, au 19e dragons; Jaulmes, au 11e bataillon de chasseurs à pied; Job, au 2e dragons; Visbecq, au 67e d'infanterie; Rémond, au 56e d'infanterie; Pégurier, à l'hôpital Villemanzy; Capillery, à l'hôpital de Bayonne; Sourrat, au 85e d'infanterie; Faure, à l'hôpital de Vincennes; Azais, à l'hôpital de Versailles; Marie, au 90e d'infanterie; Albouze, au 75e d'infanterie; Tourtarel, au 60e d'infanterie; Dreyfus, au 35e d'artillerie; Malaval, au 4e d'infanterie; Dercle, au 26e bataillon de chasseurs à pied; Rouquette, au 137e d'infanterie; Finot, au 23e dragons; Fournial, à l'hôpital de Vincennes.

MM. Mac-Auliffe, au 19e d'infanterie; Raynaud, à l'hôpital de Perpignan; Boucabeille, à l'hôpital de Versailles; Bonnette, au 161e d'infanterie; Dellac, à l'hôpital de Lille; Lhomer, à l'hôpital de Nancy; Marrel, à l'hôpital de Chambéry; Eybert, à l'hôpital de Rennes; Caenens, au 25e bataillon de chasseurs à pied; Silvestre, à l'hospice de Besançon; Chanaud, à l'hôpital de Nancy; Bizouard, à l'hôpital de Bourges; Rocheron, au 148e d'infanterie; Voulgre, au 48e d'infanterie; Vernet, au 2e bataillon de chasseurs à pied; Castaing, à l'hôpital du camp de Châlons; Merlin, au 150e d'infanterie; Fohanno, à l'hospice d'Épinal; Fontaine de Prelle, à l'hospice de Lunéville; de Libessard, à l'hospice de Verdun.

— Par décret, en date du 27 octobre 1892, les pharmaciens stagiaires dont les noms suivent ont été nommés au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe dans le corps de santé militaire, pour prendre rang à la même date. Par décision ministérielle dudit jour, ces pharmaciens militaires ont reçu les affectations ci-après indiquées, savoir : MM. Nanta, aux hôpitaux de Tunisie; Lesclaux, aux hôpitaux de la division d'Alger.

— Par décret, en date du 27 octobre 1892, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Porterie, Aubiban, Samanos, Juppé, Ernous, Foulliaron, Jacquemart, Piogey, Guerrier, Franceschi, Fouché, Mordagne, Lesur, Lallemant, Meunier, Prévost, Godard, Fatin, Lambert, Drapier, Helleu, Meilhon, Naury, Boiteux, Wendling, Duron, Blaising, Boisleux, Mulette, Gautier, Clochon-Latouche, Vuillemin, Thoinot, Sprane, Sacquin.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Schmidt, Bottmer, Cazeneuve, Guerbet.

— Par décret, en date du 28 octobre 1892, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur du service de santé. — M. Auffret, médecin en chef.

Au grade de médecin en chef. — MM. les médecins principaux Bertrand et Manson.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Vantalon, Ortal et Riche.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe L'Honen, Suard, Grognier et Babolain.

— Par divers décrets, ont été nommés officiers de l'Instruction publique : MM. les professeurs Gaulard (de Lille), et Ledouble (de Tours).

— *Hôpitaux de Rouen.* — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Blondel et Lefebvre, internes titulaires.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. Mauclaire et Morestin sont nommés prosecteurs.

Sont maintenus dans les fonctions de chef de clinique : MM. Vaquez, Lion et Lyon, clinique médicale; Lyot, clinique chirurgicale; Hudelo, clinique des maladies cutanées et syphilitiques; Pactet, clinique des maladies mentales; Dutil, clinique des maladies nerveuses.

Sont institués chefs de clinique les docteurs dont les noms suivent : Clinique médicale, M. Belin; clinique chirurgicale, MM. Demoulin, Thiéry et Villemin; clinique obstétricale, MM. Demelin et Lepage; clinique ophtalmologique : M. Rochon-Duvigneaud; clinique des maladies des voies urinaires : M. Leguen; clinique des maladies des enfants : MM. Aviraguet, Boulloche.

MM. Paul Delbet, Glantenay, Walch, Bouglé et Wassilieff sont nommés aides d'anatomie; M. Bracquehaye est délégué dans les fonctions d'aide d'anatomie.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Castex, agrégé, est nommé chef des travaux pratiques de physique. — M. Bayrac, agrégé, transféré de Lyon à Lille, est chargé des fonctions de chef des travaux pratiques de chimie. — M. Leclercq est nommé aide-préparateur de physique.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Audry, chef de clinique chirurgicale, est chargé d'un cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques; — M. Bard, agrégé, est maintenu dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire d'anatomie pathologique; — M. Meurer, chef de clinique ophthalmologique, est prorogé pour un an dans ses fonctions.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Blaise, agrégé, est institué chef des travaux d'histologie et d'anatomie pathologique du laboratoire des cliniques de la Faculté.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Duffner est institué chef de clinique chirurgicale.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Bézy, chargé des fonctions d'agrégé, est maintenu dans les fonctions de chargé du cours de clinique des maladies des enfants.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bousquet-Lagrange (de Mustapha), Cluzet (d'Isle-Bouzon), Ozouf (de Paris), Sénac (de Vichy).

— M. le professeur G. Pouchet commencera, au Muséum, son cours d'anatomie comparée, le mardi 8 novembre 1892, à neuf heures trois quarts du matin, rue de Buffon, 55, et le continuera les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, à la même heure.

Les mardi et jeudi, leçon ; le samedi, conférence pratique, à laquelle on doit se faire inscrire à l'avance au laboratoire.

— M. le docteur Baratoux commencera ses conférences sur les maladies des oreilles, du nez et du larynx, à la clinique française, 30, rue d'Assas, le mardi 8 novembre à quatre heures et demie, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Traité des rétrécissements de l'urèthre, par le docteur P. Hamonic, précédé d'une préface par M. le professeur Tillaux. 1 vol. in-8° de 632 pages avec 107 figures dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

Paralysies et contractures hystériques, par le docteur Paul Richer. 1 vol. in-8° de 225 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 126. — SAMEDI 5 NOVEMBRE 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 5 NOVEMBRE 1892. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des attitudes du corps et principalement de l'attitude « relevée » pour l'examen, le diagnostic et le pronostic des maladies du cœur.

Par le docteur Léon AZOULAY.

On ne peut être étonné que de tous temps les médecins aient cherché les moyens les plus divers pour reconnaître les maladies du cœur et en prévoir les suites, surtout si l'on songe aux nombreuses difficultés dont leur diagnostic et leur pronostic se trouvent entourés.

L'auscultation est l'un de ces moyens, le plus précieux, le plus délicat et le plus sensible. Malgré tous les progrès dont elle s'est enrichie depuis Laënnec du fait de la clinique et des instruments à son usage, bien souvent elle reste cependant impuissante à découvrir, à déterminer d'une façon précise une maladie du cœur, que les symptômes fonctionnels ou d'autres moyens d'investigation font présumer ou même affirmer. C'est dans ces cas que tous les maîtres conseillent d'examiner toujours les malades dans diverses attitudes, debout, assise et couchée, afin d'arriver, grâce aux variations d'intensité produites par elles, à mieux se rendre compte de la lésion ou à la déceler. Quoi qu'il en soit de cet appoint, le diagnostic reste encore difficile, sinon impossible, dans un grand nombre de cas. Et c'est pour diminuer ce nombre encore trop considérable de cas insolubles ou vaguement déterminés, que nous avons imaginé une attitude nouvelle, plus active que celles employées jusqu'alors, que nous avons précisé, ce qui n'avait jamais été fait, quelles étaient les conditions d'auscultation des bruits anormaux du cœur, qui exigeaient telle ou telle attitude, et qu'enfin nous avons appliqué, pour la première fois à l'épreuve du fonctionnement de l'organe central de la circulation et au pronostic de ses maladies, le procédé des attitudes.

Cette Revue générale contiendra donc l'étude de la question des positions du corps pour l'examen, le diagnostic et le pronostic des maladies du cœur. On examinera donc successivement : I. les moyens employés jusqu'à présent pour donner à l'auscultation une plus grande pénétration et précision; II. les stades historiques de l'emploi des attitudes dans l'examen du cœur; III. la pratique des attitudes connues et nouvelles, leurs effets sur l'intensité et la fréquence des bruits normaux et pathologiques du cœur, en général; IV. l'emploi des attitudes suivant l'intensité et la fréquence des bruits du cœur; V. les éléments diagnostics qu'elles fournissent dans chaque maladie du cœur en particulier; VI. les procédés imaginés pour porter un pronostic sur les maladies du cœur et l'étude des positions du corps comme moyen de pronostic des lésions du cœur et de diagnostic des myocardites; VII. enfin un aperçu physiologique des effets des diverses attitudes sur le cœur et la circulation, ce qui permettra de connaître comment agissent les attitudes sur la fréquence et l'intensité des bruits du cœur

I

Lorsqu'on étudie les divers procédés d'auscultation du cœur, imaginés pour vaincre ses difficultés, on arrive aisément à cette conclusion que les uns favorisent l'auscultation, en facilitant la transmission des bruits nés au niveau du cœur, tandis que les autres ont pour but d'augmenter l'intensité à leur émission. Les premiers sont des moyens physiques, les seconds des moyens physiologiques.

Nous n'avons pas pour projet d'examiner les avantages et les inconvénients de tous les stéthoscopes simple, bi-auriculaire, renforçateur, cardiophonique de Boudet (de Paris), construits depuis celui de Laënnec. Ce sont eux qui constituent les moyens physiques. Il est évident *a priori*, et la pratique le démontre, que, si perfectionné soit-il, un stéthoscope ne peut parvenir à rendre manifeste une lésion à peine naissante, ou dont le bruit révélateur a disparu par suite du repos ou de toute autre cause.

Parmi les moyens physiologiques, il y a à distinguer les moyens physiologiques proprement dits et les moyens médicamenteux. On sait l'action de ces derniers, c'est-à-dire de la digitale, de la caféine, du strophantus, de la spartéine, de la convallarine, etc., sur les bruits du cœur. Ils deviennent plus réguliers, plus énergiques et plus lents, excellentes conditions pour l'auscultation, puisque l'émission se trouve elle-même renforcée; c'est sur ces propriétés que, lors d'un diagnostic douteux, on administre l'un de ces médicaments. Mais nous ne croyons pas qu'il y ait beaucoup de médecins qui, pour résoudre un diagnostic, emploient ce moyen en dehors de l'*asystolie* où il est à la fois thérapeutique.

Reste à examiner les moyens physiologiques proprement dits. Par cela même qu'ils sont physiologiques, ils sont d'un emploi et d'un effet immédiat, ce qui, en général, les rend plus pratiques. On n'a pas besoin avec eux d'instruments complexes, coûteux, d'une longue attente, et c'est ce qui les fait adopter plus facilement.

Tous ceux que l'on a employés jusqu'à ce jour ont pour but, les uns de rendre les bruits du cœur plus forts par augmentation d'intensité à l'émission; les autres, au contraire, de les rendre moins intenses, moins tumultueux. La marche un peu rapide, l'ascension d'escaliers, les mouvements d'abaissement et d'élévation des membres supérieurs, les mouvements de salutation répétée à l'aide du tronc le malade étant assis, enfin l'attitude couchée, augmentent l'intensité des bruits du cœur. Malheureusement, tous ces moyens, excepté l'attitude couchée, ont comme résultats, outre l'augmentation d'intensité des bruits normaux et anormaux du cœur, et même assez souvent l'apparition d'un bruit anormal non entendu au repos, une préci-

pitation constante du rythme et très souvent l'irrégularité des battements cardiaques. De sorte que, d'ordinaire et pour les oreilles qui ne sont pas très exercées, l'auscultation, après ces différents modes d'agitation, n'est d'aucun secours. Le bruit pathologique est plus fort en apparence, c'est vrai, mais comme le cœur bat vite et irrégulièrement, il est difficile de le bien saisir et de le bien localiser.

Comme l'ont montré presque en même temps Cuffer (1) et Waldenburg (2), l'inspiration, surtout forte, accentue les bruits du souffle, tandis que l'expiration les atténue.

Le repos que l'on emploie souvent quand le cœur est tumultueux, pour diminuer la fréquence des battements, a contre ou pour lui, suivant les circonstances, l'affaiblissement de l'intensité des bruits du cœur, et tous les médecins se rappellent les cas où ils n'ont plus perçu un bruit de souffle ou un bruit de galop, après douze à vingt-quatre heures de repos du malade. On est alors obligé de le faire courir ou marcher pour réentendre ce qui existait la veille. C'est faute de cette précaution qu'on a commis souvent de grossières erreurs, et que bien des médecins ont affirmé au malade l'intégrité absolue de son cœur.

Nous arrivons maintenant aux attitudes comme moyens physiologiques de modifier l'intensité des bruits normaux et anormaux du cœur. Mais avant d'entreprendre leur étude nous ferons remarquer qu'aucun des moyens précédents ne réunit à la fois les conditions suivantes qui peuvent le rendre pratique : 1° être facile à exécuter et sans nulle éducation spéciale pour l'oreille; 2° faire varier immédiatement l'intensité et la fréquence des bruits du cœur, suivant les cas ; 3° augmenter l'intensité des bruits du cœur à leur émission et ralentir le rythme du cœur, ce qui, dans la majorité des cas, est le plus grand desideratum d'une bonne auscultation. Si le moyen, qui possède ces qualités, permet en outre de se rendre compte de l'état de suffisance ou d'insuffisance du cœur, on peut être assuré qu'il est éminemment pratique. Nous croyons que la méthode des attitudes, telle que nous l'avons établie et d'après l'accueil très favorable que lui a fait le public médical, remplit toutes ces conditions.

II

Historique. — Elliotson (3), quelques années après l'apparition du *Traité de l'auscultation médiate*, de Laënnec, rapporte dans ses leçons cliniques qu'il avait remarqué chez plusieurs malades une augmentation sensible de l'intensité et même l'apparition des bruits anormaux du cœur en position couchée, alors qu'en position assise ou debout les bruits étaient faibles ou nuls. Aussi examinait-il tous les cardiaques dans ces trois positions.

Hope (4) et Skoda (5) ont fait de semblables remarques.

Stokes (6) dit avoir observé que les souffles qu'il entendait pendant le cours des fièvres, et en particulier dans un cas de typhus et un autre de rhumatisme aigu, diminuaient ou disparaissaient en position debout ou assise.

A cette époque déjà on savait que très souvent les frottements péricardiques augmentent d'intensité en position assise et penchée en avant.

Büchner (7) observa deux malades chez qui le souffle systolique à l'aorte se comportait de façon opposée. Chez l'un, le souffle disparaissait en station debout, tandis que, chez l'autre, il augmentait au contraire. En décubitus dorsal c'était l'inverse.

Schmidt (8) rapporta une observation très détaillée d'un souffle mitral du premier temps, qui constamment était plus intense en position couchée que debout. Les *Constatt's Jahrbucher*, qui donnent le résumé des observations de Schmidt et de Büchner, indiquent bien qu'elles firent sensation dans le monde médical de l'époque.

Sydney Ringer (1) étudia avec méthode et d'une façon suivie la question des attitudes sur un grand nombre de malades. Il conclut que, *règle presque générale*, les bruits du cœur sont plus forts, plus vibrants, plus nets en position couchée que debout ou assise. Les lésions mitrales sont celles qui sont le plus modifiables par l'attitude. Il vit, en effet, des souffles mitraux disparaître totalement en station debout et prendre une très grande intensité en décubitus dorsal. Il est le premier à reconnaître par l'auscultation les modifications simultanées de fréquence du rythme cardiaque par les attitudes, le cœur battant plus vite en position debout qu'en position assise, et en position assise qu'en position couchée. Mais, en admettant que le maximum d'intensité des bruits systoliques de la pointe est à la fin de la systole et que l'intensité des bruits du cœur est invariable quand la fréquence du pouls ne change pas par les attitudes, il commet deux erreurs, que les expériences de Marey, et les recherches de Gowers, Schapiro et les nôtres démontrent aisément.

M. le professeur Potain (2) enseignait déjà en 1869, d'après ce que nous apprend la thèse de Choyau (3), que les souffles extra-cardiaques étaient éminemment modifiables par les attitudes, à tel point qu'un souffle qui disparaissait totalement ou presque en position assise, et qui, au contraire, augmentait beaucoup dans le décubitus dorsal, ne pouvait être qu'un bruit extra-cardiaque.

Il est donc curieux de faire remarquer que, presque à la même époque, Hutchinson (4) et Walshe (5) crurent trouver dans les variations d'attitude les mêmes éléments de diagnostic entre les souffles anémiques et organiques du cœur. C'était là une théorie erronée, que les travaux des auteurs antérieurs ne permettaient pas, et que ceux des suivants n'eurent pas de peine à détruire.

Gowers (6) étudia plus spécialement l'influence des attitudes sur le souffle présystolique; il le fit avec une véritable ingéniosité. Il ausculta les malades debout, penchés en arrière à 45 degrés et couchés. Il observa alors que beaucoup de souffles présystoliques, facilement perçus en position couchée, disparaissaient entièrement en station debout. La diminution d'intensité étant graduelle depuis le décubitus jusqu'à la station debout, très souvent le bruit disparaissait quand le malade était penché en arrière, son corps faisant avec l'horizon un angle de 45 degrés. Ces mêmes souffles disparus réapparaissaient quand on faisait passer le malade de la station debout à la position couchée, à peu près au moment où il était penché à 45 degrés, puis ils augmentaient d'intensité peu à peu, jusqu'au décubitus dorsal, où ils étaient maximum. Nous avons refait ces expériences, non seulement sur les souffles présystoliques, mais sur tous les autres, et pu ainsi établir la parfaite exactitude des faits avancés par Gowers. Cet auteur, contrairement à Sydney Ringer, ne vit pas l'invariabilité du rythme entraîner forcément l'invariabilité d'intensité des bruits normaux ou anormaux du cœur. Nous y reviendrons.

On trouve, à l'article Cœur du *Dictionnaire encyclopédique*, une étude critique des attitudes. Pour MM. Potain et Rendu, les bruits anormaux déterminés par les lésions d'orifice s'entendent également dans l'attitude assise et couchée; au contraire, les souffles extra-cardiaques disparaissent ou s'atténuent considérablement dans la position assise et debout, tandis qu'on les entend mieux quand le malade est étendu sur le dos. C'est là, disent-ils, un moyen de diagnostic commode. Malheureusement, disent-ils aussi, la règle souffre des exceptions, et des bruits de souffle cer-

(1) Cuffer. *Progrès méd.*, 1877.
(2) Waldenburg. *Charité Annalen*, 1877.
(3) Elliotson. *Guy's Hosp. Rep.*, 1828 et suiv.
(4) *Traité des maladies du cœur*, 1831.
(5) Skoda. *Traité de percussion et d'auscultation*, trad. Aran, 1854.
(6) Stokes. *Traité des maladies du cœur*, trad. Sénac, 1854.
(7) Uber das Werschwinden der Herzgeraücshe und der Eutstehung des ersten Herztones, *Deuts. Klin.*, 1855.
(8) Schmidt. *Constatt's Jahrbucher*, 1855.

(1) Ringer. On the influence of change of posture on the characters of endocardial murmurs, *Edinburgh Med. Journ.*, 1861.
(2) Potain. Bruits extra-cardiaques, *Semaine méd.*, 1881 et 1885.
(3) Choyau. Th. de Paris, 1869.
(4) Hutchinson. On the diagnosis anæmic murmurs, *Amer. Journ. of Med. Sc.*, 1872.
(5) Walshe. *Diseases of the heart*, 1872.
(6) Gowers. On the influence of posture on presystolic cardial murmurs, *Practitioner*, 1873.

tainement organiques, se modifient et s'atténuent ou disparaissent quand on fait asseoir le malade.

Cuffer (1), en 1877, montra dans un travail très complet sur la question des attitudes, par la comparaison des observations faites par lui sur des souffles organiques et des souffles extra-cardiaques, que les souffles d'insuffisance mitrale, de rétrécissement mitral, d'insuffisance tricuspide, disparaissent ou s'atténuent en position assise et penchée en avant, apparaissent ou augmentent d'intensité en position couchée, tout aussi bien ou *un peu moins* que les souffles extra-cardiaques.

Mezbourian (2), Baudisson (3), Rabion (4) étudièrent aussi l'influence des attitudes sur les bruits extra-cardiaques sans apporter rien de nouveau que des observations.

Zeehuissen (5) remarque que souvent, chez les enfants atteints de rhumatisme articulaire aigu, il a entendu des souffles systoliques et diastoliques en position couchée, qu'il ne percevait pas du tout en position assise ou debout.

Enfin, tout récemment, au Congrès de médecine interne de Leipzig, Gerhard (6) a montré la nécessité d'ausculter dans différentes attitudes, et surtout dans l'horizontale, les malades atteints d'insuffisance des valvules de l'artère pulmonaire, à cause de l'augmentation d'intensité des souffles.

En dehors de ces travaux particuliers, on trouve indiqué dans les traités de pathologie médicale, par Friedreich, Rosenstein, Gerhard, Eichhorst, le conseil fondé sur des observations personnelles et d'autrui, de toujours changer l'attitude des malades pendant l'auscultation.

Un ancien professeur de clinique à La Rochelle (7), M. de Maisonneuve, examinait toujours ses malades en leur faisant lever les bras; il prétendait entendre les bruits du cœur d'une façon plus nette. Il aurait rapporté cette pratique de ses voyages en Angleterre.

Nous avons de même appris par M. le docteur P. Raymond, ancien interne des hôpitaux, qu'en plusieurs endroits d'Angleterre, on faisait élever le bras droit, le malade étant en position couchée, et cela seulement dans l'auscultation des cas d'insuffisance aortique.

Le docteur Andral [de Menton] (8) nous a dit qu'il auscultait ses malades avec grand avantage, en les faisant placer en position genupectorale sur les genoux et les mains, lui-même ayant l'oreille sous la poitrine du malade.

Enfin, il paraîtrait qu'il y a deux ans, à une policlinique de Genève, on employait pour toutes les maladies du cœur le plan incliné. Le malade, placé sur cet appareil, était basculé de façon à avoir la tête bien plus basse que le tronc.

En résumant les données fournies par ces renseignements historiques, nous voyons :

1° Que l'attitude a des effets marqués sur la force des souffles intra-cardiaques et des bruits extra-cardiaques (souffles extra-cardiaques et frottements péricardiques et pleuro-péricardiques).

2° Tous les auteurs admettent que les bruits anormaux sont plus intenses en position couchée qu'en position assise ou debout, à de très rares exceptions près.

3° Les uns admettent que le cœur se ralentit toujours en position couchée, et que, lorsqu'il ne modifie pas son rythme d'une position à l'autre, l'intensité des bruits n'est pas non plus modifiée; les autres (Gowers), qu'il peut se précipiter et que, malgré cela, les bruits sont plus énergiques.

4° Les attitudes employées sont la station debout, assise et penchée en avant (péricardite), couchée avec traversin seul, ou traversin et oreiller sous la tête, couchée avec un ou deux bras élevés, la genu-pectorale et le plan incliné.

5° Aucun auteur n'a dicté les règles qui doivent présider à l'emploi de telle ou telle attitude, suivant les cas.

III

Pratique des attitudes et de l'attitude dite « relevée » en particulier, ses indications et contre-indications. — On peut dire, en général, que l'intensité des bruits du cœur, normaux ou pathologiques, s'accroît, et que la fréquence des battements cardiaques diminue quand on passe successivement de la position debout à la position assise, couchée, couchée avec un ou deux bras relevés, en décubitus, tout à fait horizontal et tête en bas. L'accentuation des bruits anormaux peut être telle que des bruits, imperceptibles ou nuls en position debout, peuvent prendre une intensité très grande et apparaître souvent très forts dans la position couchée et surtout tête en bas.

Malheureusement cette dernière est impraticable, surtout chez les cardiaques, où elle pourrait amener de graves accidents. Mais il est possible de donner au corps humain une attitude qui s'en rapproche, sans en avoir les inconvénients; c'est celle que nous avons appelée *relevée*, et qui est intermédiaire entre la position couchée et la position verticale tête en bas. Elle est complète ou mitigée.

Voici comment on pratique la position relevée complète :

1° Le malade est couché le plus horizontalement possible, la tête touchant le chevet du lit;

2° On lui relève fortement la tête, *la tête seule* sans les épaules, avec un traversin seulement, de façon que le menton soit proche du sternum;

3° On lui relève verticalement les bras étendus et parallèles, et le malade doit les maintenir ainsi contre le chevet du lit, appuyés ou fixés de manière à ne pas les fatiguer ni à faire d'effort;

4° On met un ou deux coussins sous le siège, pour placer celui-ci à un niveau supérieur à la région cardiaque;

5° On fait relever par un aide qui soutient les talons, par une chaise placée sur le lit, par une sangle fixée en un point supérieur et passant sous les talons, ou par tout autre moyen disponible, les membres inférieurs étendus et parallèles, et cela à 40, 50, 60 degrés et plus, au-dessus du plan du lit, *sans que le malade fasse d'effort* pour les soulever ou les maintenir. L'individu ainsi placé a pris vaguement la forme d'U.

Que l'on s'aide ou non des différents stéthoscopes et de la méthode des respirations superficielles ou profondes, imaginée par Waldenburg, cette attitude est, de toutes celles qui sont pratiquées, la seule qui renforce et ralentisse autant les bruits normaux et anormaux du cœur. C'est parce qu'elle est excessive et énergique, qu'il ne faut l'employer que lorsque le bruit recherché ainsi est très faible dans les autres positions, et surtout pour faire l'*épreuve des valvules* du cœur et de l'*état du myocarde*, comme nous le verrons plus tard. On peut affirmer presque en toute certitude, que si on n'entend rien d'anormal dans cette attitude, c'est que le cœur est parfaitement sain au point de vue fonctionnel, et ce n'est pas petite chose, certes, que de pouvoir porter ce diagnostic, quand il s'agit du service militaire, de la réforme des soldats et des assurances sur la vie.

Mais en réalité, l'attitude mitigée est celle que nous employons le plus couramment, c'est celle que dans les hôpitaux de Paris, et même dans leur clientèle privée, les médecins mettent déjà en pratique parce qu'elle est de *facile et rapide exécution*, qu'elle ne choque pas le malade, même quand c'est une femme.

Voici en quoi elle consiste :

1° Coucher le malade le plus horizontalement possible, la tête touchant le chevet du lit.

2° Lui relever fortement la tête, *la tête seule*, sans les épaules, avec un traversin seulement, de façon que le menton soit proche du sternum.

3° Faire relever verticalement, par le malade lui-même, mais doucement, sans effort, ses bras étendus et parallèles. Le malade doit les maintenir ainsi appuyés ou fixés au chevet du lit sans fatigue.

---

(1) Cuffer. Des causes qui peuvent modifier les bruits intra et extra-cardiaques, *Progrès méd.*, 1877, nos 12, 15, 17, 18, 24, 27, 29.

(2) Mezbourian. *Diagnostic des bruits de souffle extra-cardiaques*, Th. de Paris, 1874.

(3) Baudisson. *Pathogénie et diagnostic des bruits extra-cardiaques*, Th. de Paris, 1879.

(4) Rabion. *Id.*, Th. de Paris, 1885.

(5) Zeehuissen. Influence de la position du corps sur la position du cœur et l'intensité des bruits anormaux, *Nederl. Tidjs. von Geneesk.*, 1889.

(6) Gerhard. XIe Congr. de méd. interne à Leipzig, 1892.

(7) Communication orale de M. le professeur Bédard (de Lille).

(8) Congr. de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences, session de Pau, sept. 1892.

4° Faire placer par le malade lui-même et sans qu'il se découvre, soit de ses vêtements, soit de ses couvertures, les genoux tenus l'un contre l'autre, de façon que les talons soient aussi près que possible des ischions.

Cette manœuvre semble longue à exécuter au premier abord, mais il suffit de l'avoir appliquée une ou deux fois pour se rendre compte du contraire.

Pour en obtenir tous les bons résultats, il est nécessaire encore d'observer les précautions suivantes :

1° Le malade doit effectuer les mouvements qui l'amènent à l'attitude relevée, *doucement et sans effort brusque*.

2° Une fois dans l'attitude relevée, il doit *détendre tous ses muscles*, ne faire désormais *aucun effort* et n'être gêné par rien.

3° Il faut *attendre une à deux minutes avant de pratiquer l'examen*.

En agissant ainsi on élimine autant que possible l'action de l'effort et du mouvement sur le cœur, c'est-à-dire l'accélération des battements cardiaques, que Cuffer avait déjà remarquée dans le passage de la position assise au décubitus dorsal. On comprend qu'il faille chercher à l'éviter le plus possible, puisque le but est de mieux entendre grâce au ralentissement du cœur, et de ne pas perdre son temps puisque, plus le malade se sera agité, plus le cœur mettra de temps à se calmer.

Rien n'est plus facile que de faire la démonstration expérimentale du ralentissement et du renforcement des bruits du cœur par l'attitude relevée. Un aide suffit pour cela. Déjà en faisant passer le malade de la position couchée ordinaire à la position horizontale parfaite avec tête relevée, celui qui ausculte, par exemple, à la pointe, et dont l'oreille va rester fixée au même point durant toute l'expérience, perçoit nettement les deux phénomènes indiqués. Parfois même il commencera à percevoir un bruit anormal qui n'existait pas dans le décubitus dorsal ordinaire. A un moment donné, toujours pendant qu'il ausculte et se rend compte de la force et de la fréquence des battements du cœur, l'examinateur dit au malade d'élever verticalement ses bras sans effort et de les tenir sans fatigue contre le chevet du lit et à l'aide de prendre les membres inférieurs par les talons et de les élever graduellement à 30, 40, 50 degrés et plus au-dessus du plan du lit. Dans ces conditions, il perçoit avec la plus grande netteté l'accroissement graduel de l'intensité, et la diminution de fréquence des bruits du cœur. Plus souvent que dans la position horizontale il lui arrivera d'entendre, pour la première fois, un bruit anormal. L'examinateur ordonnant maintenant de ramener graduellement tous les membres à la position horizontale perçoit la diminution de l'intensité et l'augmentation de fréquence d'une façon graduelle. Mais souvent le retour au *statu quo ante* ne se fait qu'au bout de une à deux minutes.

C'est parce que nous avons observé bien des fois l'utilité grande d'exécuter, même ne fût-ce qu'en partie, cette manœuvre, que nous conseillons de toujours en pratiquer la partie possible chez les malades qui ne jouissent pas entièrement de la liberté de leurs articulations, tels que les rhumatisants, les hémiplégiques, etc.

Mais de même que Büchner et Sydney Ringer ont observé des cas rares, il est vrai, où l'attitude couchée, au lieu de renfoncer certains bruits anormaux, les avait, au contraire, atténués, de même, nous avons remarqué quelquefois une absence de renforcement et même une diminution d'intensité en attitude relevée. Un cas de Büchner et plusieurs des nôtres ont trait au souffle systolique du foyer aortique. Une seule fois, sur plus de quarante malades, le souffle diastolique de l'aorte s'est montré plus faible en position relevée. Il faut bien se rappeler ces rares exceptions dont nous donnerons l'explication dans la suite.

Quand on a eu l'occasion d'observer les effets dyspnéiques vraiment surprenants de l'attitude relevée chez certains cardiaques, en particulier chez ceux qui sont sous la menace d'asystolie, on ne peut s'empêcher de conseiller quelque prudence dans son application à un petit groupe de malades, tels que les asystoliques, ceux qui sont sous la menace de l'asystolie, ceux qui ont une lésion pulmonaire concomitante ou surajoutée à la lésion cardiaque, dans les cas d'endocardite aiguë grave, d'endocardite ulcéreuse, de dégénérescence graisseuse du cœur, chez les vieillards très athéromateux, dans les anévrysmes de l'aorte à poche peu résistante, quand on peut le présumer, dans les cas où il y a des hémoptysies, des épistaxis, des hémorrhagies dans une région quelconque du tronc. Ce sont là des contre-indications possibles mais non formelles, car nous avons pu pratiquer l'attitude relevée mitigée dans tous ces cas, sans observer le moindre accident, mais cela en l'exécutant avec lenteur, graduellement, comme pour y accoutumer l'organisme du malade, en faisant l'examen rapidement, en cessant la manœuvre aussitôt que nous nous apercevons que le malade étouffe, que le cœur s'affole trop. Alors nous faisons asseoir le malade et tout rentre dans l'ordre. *En aucun de ces cas on ne doit établir ou cesser brusquement l'attitude relevée.*

IV

Emploi des attitudes suivant l'intensité et la fréquence des bruits du cœur. — Maintenant que nous connaissons bien la technique et l'influence des diverses attitudes du corps, nous devons chercher à établir quels sont les cas qui demandent l'usage de l'une plutôt que de l'autre. C'est précisément ce que l'on n'a jamais fait jusqu'à présent. On essaye indifféremment les attitudes pour bien se rendre compte du bruit que l'on veut saisir et définir ; on ne sait pas exactement celle qui donnera les meilleurs résultats et, en agissant ainsi, on perd du temps, on fatigue inutilement son malade et surtout l'on se prive de l'unique moyen, peut-être, que nous avons *d'interpréter* les bruits pathologiques.

Voici sur quoi doit reposer l'usage logique des diverses attitudes :

Leurs effets physiologiques étant tels que, de la station debout à l'attitude relevée, les bruits normaux et anormaux du cœur augmentent d'intensité à leur émission en même temps que la fréquence du pouls diminue, il est naturel de penser que, suivant l'intensité et la fréquence des bruits qu'on aura entendus, en position couchée, position ordinaire des malades, il faudra se servir d'une attitude qui diminue l'intensité ou la fréquence, ou, au contraire, d'une attitude qui augmente ces deux phénomènes. D'où résultent les règles suivantes :

1° Si, dans la position première où on a ausculté, on n'entend rien d'anormal, il faut se rapprocher de la position relevée et la pratiquer même. Si, malgré l'intensité et le ralentissement des bruits qu'elle a provoqués, on n'entend rien, c'est que le cœur est sain au point de vue fonctionnel ; c'est ce qui constitue l'*épreuve des valvules*.

2° Il en est de même si, le bruit anormal étant faible ou inconstant, on veut le déterminer d'une façon plus précise, ou le faire entendre à des personnes peu exercées à l'auscultation ou dont l'ouïe est peu fine.

Dans ces deux cas, on se trouvera très bien quelquefois de faire agiter auparavant le malade en lui faisant faire des salutations répétées à l'aide du tronc ou des mouvements des bras, et aussi en le faisant respirer tantôt profondément, tantôt superficiellement.

3° Si le bruit anormal est trop fort, trop propagé, ce qui en rend la localisation difficile sinon impossible, il faut, au contraire, se rapprocher de la station debout, d'autant que le bruit est plus intense. Le malade, assis ou debout, doit s'incliner un peu sur son côté droit. De la sorte, le cœur s'éloigne de la paroi thoracique, les bruits deviennent en même temps plus faibles par transmission, et on évite autant que possible le bruit auriculo-métallique des cœurs qui battent vigoureusement, bruit si désagréable et si incommode ; c'est surtout là qu'il faut faire respirer le malade superficiellement ou pas du tout.

4° Si la fréquence du rythme cardiaque est si grande, qu'on puisse difficilement localiser dans la révolution cardiaque le bruit entendu d'ailleurs très mal, il est nécessaire d'employer une attitude, telle que la relevée, pour rendre les battements plus lents.

5° S'il existe plusieurs bruits anormaux au même temps ou à des temps différents, qui, par l'intensité de l'un ou la fréquence des battements cardiaques, soient difficiles à bien distinguer l'un de l'autre, à bien localiser aux foyers et

dans les temps du cœur, on doit d'abord chercher à déterminer le plus fort grâce à la station debout; ensuite on saura mieux reconnaître les autres plus faibles par le décubitus dorsal ou l'attitude relevée. C'est cette dernière qui aidera le plus à faire savoir à quel temps du cœur se trouvent les bruits anormaux entendus.

En résumé : l'attitude *couchée* doit suffire, quand on entend bien les bruits anormaux, eu égard à l'intensité et à la rapidité; quand il n'y a pas la moindre hésitation sur l'existence des bruits pathologiques, leur nature, leur siège.

L'attitude *relevée* doit être employée :

Quand les bruits du cœur ne laissent rien entendre d'anormal alors qu'il existe des troubles fonctionnels d'origine cardiaque;

Quand les bruits anormaux sont faibles, peu distincts, inconstants, difficilement entendus par le plus grand nombre;

Quand ils sont confondus avec d'autres bruits physiologiques ou non, par suite de la trop grande vitesse des battements cardiaques;

Quand les signes de palpation, frottement, frémissements, battements expansifs sont faibles ou nuls;

Quand on veut éprouver les orifices en apparence sains. S'ils sont réellement sains on n'entend rien de pathologique bien qu'ils soient intensifiés; s'ils sont malades on perçoit à leur niveau un timbre anormal, qui met en doute l'intégrité de l'orifice ou permet d'établir sûrement sa lésion.

L'attitude *assise ou debout*, penchée ou non en avant, dans laquelle il arrive souvent que les bruits normaux soient plus forts par transmission à cause du contact plus intime du cœur et de la paroi thoracique, peut être utilisée quelquefois avec l'élévation des bras et la compression des fémorales, quand cela est possible, pour renforcer les bruits à leur émission. En tous cas, elle doit servir lorsque les bruits anormaux sont très intenses, lorsqu'ils se propagent partout ne permettant pas de diagnostic précis du siège, ni de distinction dans les bruits se produisant au même temps, enfin, quand on soupçonne la péricardite, et alors il faut *pencher* le malade *en avant*.

Tous les cas ne peuvent être prévus ainsi, mais leurs éléments le sont. Aussi, connaissant les diverses modalités imprimées aux bruits normaux et pathologiques du cœur par les attitudes, pourra-t-on les employer isolées ou combinées, suivant les cas et les différents points du diagnostic que l'on veut éclaircir, mais toujours en subordonnant leur usage à l'état du malade et à la possibilité de les pratiquer. De plus, *on ne doit pas être exclusif* et l'usage des variations respiratoires, des stéthoscopes renforçateurs, de l'agitation ou des médicaments cardiaques, etc., doit venir encore aider la méthode des attitudes pour la solution des cas difficiles.

V

Diagnostic des lésions du cœur. — Si maintenant nous voulons nous rendre compte des moyens diagnostics fournis par les attitudes dans les diverses lésions du cœur, nous voyons que, tantôt ces moyens sont fournis par la modification dans l'intensité et tantôt par la plus grande lenteur des battements du cœur. Le but des attitudes, en particulier celui de la relevée, est de donner aux lésions cardiaques leur aspect, leur rythme le plus complet, le mieux défini, tant au point de vue de l'auscultation que de la palpation comme on va le voir.

Dans l'*insuffisance mitrale*, la règle des attitudes est constante. Sydney Ringer, Cuffer et d'autres ont nettement observé le renforcement et même l'apparition des souffles du premier temps, en position couchée. L'attitude *relevée* amène toujours, elle aussi, un renforcement notable du souffle entendu en position couchée. Elle provoque souvent l'apparition du souffle soit peu intense mais net, soit tout d'un coup en jet de vapeur et même piaulant. Elle peut changer le timbre d'un souffle et le rendre encore plus caractéristique ou plus facile à percevoir. En allongeant la systole elle aboutit au même résultat et permet d'affirmer que *le souffle commence exactement avec le premier temps*, ce qui le différencie du souffle extra-cardiaque qui ne commence qu'après. En augmentant dans l'arythmie le nombre des systoles vigoureuses et efficaces, elle permet d'entendre plus souvent le souffle révélateur de la lésion mitrale. Quand les souffles sont très intenses, trop propagés, l'auscultation *debout* permet, dans le plus grand nombre des cas, de bien localiser le souffle, quoique le cœur batte rapidement. L'auscultation en arrière, dans le dos, facilite alors le diagnostic.

Pour le *rétrécissement mitral* on n'a jamais besoin de la station assise ou debout, les souffles et les dédoublements n'étant jamais très intenses. Comme Gowers l'a montré, le souffle présystolique s'accroît en intensité à mesure qu'on se rapproche de la position *couchée*. Beaucoup n'apparaissent même que dans cette dernière. Le souffle est rendu plus net. Le thrill peut aussi n'apparaître qu'en position couchée. D'après nos observations, le roulement diastolique et le dédoublement du deuxième temps deviennent aussi plus apparents en position couchée, de sorte que le rythme est plus complet. L'attitude *relevée* est encore plus puissante sur la manifestation et l'accentuation des différents bruits qui constituent le rétrécissement mitral. Là où très souvent, en position couchée, il n'existe qu'un dédoublement du deuxième temps avec un souffle présystolique nul ou si peu apparent qu'on pense à un simple dédoublement physiologique, l'attitude relevée fait apparaître un souffle présystolique net, bien détaché du premier bruit, et évite l'erreur de diagnostic. Elle complète aussi le rythme imparfait d'un rétrécissement en y ajoutant le roulement et souvent le thrill. En général, elle accentue tous les caractères de la lésion et fait entendre, au lieu d'un rétrécissement en miniature en position couchée, des bruits très intenses, très espacés et bien frappés.

Quand, malgré l'attitude relevée, il reste encore quelque doute sur les signes du rétrécissement, il est bon, au préalable, de faire exécuter au malade quelques salutations avec le tronc, car nous avons observé, sans que nous puissions nous en rendre compte, que dans les lésions mitrales il apparaissait soudain, à la suite d'un mouvement même peu violent, des bruits anormaux assez ou très intenses, qui ne disparaissent que très longtemps après le premier examen. On auscultera de préférence pendant de fortes inspirations.

C'est surtout lorsqu'il y a *double lésion mitrale* que la position couchée et surtout l'attitude relevée rendent des services et facilitent le diagnostic. Il est fréquent que le souffle du premier temps à la pointe soit assez intense pour ne pas permettre de distinguer le souffle qui le précède et qui est confondu avec lui par une trop grande vitesse du cœur. Dans ces cas, l'attitude *relevée*, bien qu'elle rende le souffle du premier temps plus intense, en permet le diagnostic, parce que le cœur en se ralentissant détache le souffle présystolique du souffle systolique et l'accentue ou le fait apparaître. Quand les bruits des deux lésions sont peu intenses ou à peine indiqués en position couchée, il est bien entendu que l'attitude relevée en accroît la force, et permet de diagnostiquer les deux lésions à la fois.

L'*insuffisance aortique* est, avec les lésions mitrales, la lésion que les attitudes influencent le plus. Le souffle diastolique de la base, au foyer de l'aorte, est assez rarement seul, le plus souvent il est précédé d'un souffle systolique dû au rétrécissement aortique ou plus souvent à l'aortite athéromateuse. Or, on sait que ce premier souffle est d'ordinaire très rude, prolongé, couvrant le souffle diastolique faible et peu net. Aussi, dans ces cas, affirme-t-on l'existence de l'insuffisance, bien plus d'après le souffle systolique que d'après le souffle diastolique.

Quoi qu'il en soit, toujours le souffle diastolique augmente d'intensité, dans la position couchée et surtout dans la relevée. C'est dans cette position seule que souvent il nous a été permis d'affirmer l'insuffisance aortique. Le timbre peut changer. Comme le souffle est mieux dessiné, qu'il commence exactement avec la diastole, on le distingue plus facilement qu'en position couchée du souffle extra-cardiaque méso-diastolique, dont le foyer maximum est à gauche.

Quant au *rétrécissement aortique*, il est si rare que nous n'en avons observé qu'un cas où le souffle très rude était devenu musical et plus intense. Aussi nous ne pouvons rien en

déduire encore ; ce qui est certain, c'est que la plupart des doubles lésions aortiques que nous avons observées présentaient, en position couchée et surtout en relevée, le phénomène singulier de l'*atténuation du soufffe systolique et du renforcement du souffle diastolique*.

Cuffer est le premier à avoir montré l'influence remarquable de l'attitude sur l'*insuffisance tricuspidienne*. Dans plusieurs cas, il a vu le souffle systolique de l'appendice xyphoïde apparaître en position couchée et disparaître en position assise et penchée en avant. De même une forte inspiration produit l'accentuation, tandis que l'expiration agit en sens contraire. Tous les cas que nous avons observés par l'attitude relevée nous ont révélé des phénomènes semblables. Mais alors que la position couchée ne faisait pas réapparaître le souffle, l'attitude relevée réussissait parfaitement, et qui mieux est, si on la continue quelque temps on voit apparaître le pouls veineux des jugulaires. Une remarque intéressante et très utile en pratique est celle-ci : Tant que, par l'attitude relevée ou même la position demi-couchée avec bras élevés, on peut faire *réapparaître* le souffle tricuspidien, non entendu autrement, on peut assurer que le retour à la compensation n'est pas encore définitif et agir en conséquence. Le diagnostic du souffle tricuspidien d'avec le souffle de l'insuffisance mitrale est facilité par ce fait que les bruits sont mieux localisés ; le souffle mitral se propage avec plus d'intensité que d'ordinaire vers l'aisselle.

Les cas de *rétrécissement pulmonaire* que nous avons observés, possédaient des souffles si intenses, que nous n'avons pu déterminer exactement les modifications imprimées par les variations d'attitude.

Les *bruits de galop*, en particulier celui du mal de Bright, ont leur rythme de plus en plus complet et net à mesure qu'on se rapproche de l'attitude *relevée*. Nous avons pu ainsi dans plusieurs cas, chez des chlorotiques et des anémiques, faire apparaître ou renforcer le claquement présystolique du ventricule droit, décrit par M. le professeur Potain, et entendre ce redoublement du premier temps exclusivement à la pointe et surtout près du bord gauche du sternum. De même, il nous a été possible de faire réapparaître, chez des brightiques, des bruits de galop disparus de la veille ou depuis plusieurs jours, et de faire entendre comme bruit de galop ce qui n'en était que la tendance. Mais pour cela il faut souvent attendre que l'attitude relevée ait produit, depuis quelques (2-5) minutes, ses effets sur le cœur.

Nous ne prétendrons pas qu'à l'aide des attitudes seules on puisse arriver à reconnaître les *anévrysmes de la crosse de l'aorte*, puisque dans un cas typique il était impossible d'entendre le moindre souffle tant en position couchée qu'en relevée. Cependant, le fait que, dans un autre cas où, en position couchée, il n'existait qu'un souffle systolique avec des battements expansifs assez faibles, alors qu'en position relevée on entendait, en outre, un souffle diastolique très net, au foyer aortique, les autres signes s'étant beaucoup exagérés, nous fait conclure qu'il ne faut jamais se contenter d'ausculter un malade soupçonné d'anévrysme en station debout seulement ; il faut aussi l'ausculter couché et en attitude relevée. C'est cette manière de faire qui permettra de mettre en évidence les signes de palpation et d'auscultation de l'anévrysme.

Bruits extra-cardiaques. — C'est presque uniquement à ces bruits, qu'en France on applique les attitudes. Dans la *péricardite sèche*, on enseigne que les bruits de frottements augmentent d'intensité quand on passe du décubitus dorsal à la position assise ou plutôt debout et penchée en avant. On comprend qu'en effet, dans cette dernière attitude, le cœur porté en avant contre la paroi thoracique détermine, par ses mouvements, des frottements plus énergiques entre les deux feuillets rugueux du péricarde. Plusieurs praticiens, après Stokes (1) et Sibson (2), rendent ces frottements encore plus énergiques par la compression du thorax avec le stéthoscope. Il semblerait donc, *a priori*, que l'attitude relevée ne serve pas dans la constatation de la péricardite sèche et dans son diagnostic. Il n'en est rien, si l'on songe que les battements du cœur sont plus énergiques et plus lents qu'en position couchée. Étant plus énergiques et plus amples, les battements du cœur font, qu'en position relevée, les bruits de frottements sont plus intenses ; ils se détachent mieux des bruits normaux ou anormaux intra-cardiaques ; en outre, ils se font entendre sur une surface beaucoup plus grande, même sur toute la région précordiale, ce qui est exceptionnel pour les souffles intra-cardiaques. Leur caractère de frottement est plus accusé et, le plus souvent, ce n'est que dans l'attitude relevée, grâce au ralentissement du cœur, qu'on peut nettement affirmer que les bruits sont *méso-systoliques* et *méso-diastoliques*, ce qui, pour M. le professeur Potain, constitue un des meilleurs éléments du diagnostic. Quand le frottement méso-systolique ou diastolique manque ou est faible, l'attitude relevée le fait réapparaître ou le renforce. Ainsi, par les attitudes, voici comment on peut faire le diagnostic des frottements de la péricardite sèche ; ce sont des bruits anormaux qui augmentent d'intensité quand on passe de la position couchée à la position assise ou debout et penchée en avant et à la position relevée. Dans cette dernière attitude, ils sont nettement ou plus nettement méso-systoliques et méso-diastoliques ; ils se font entendre sur une plus grande surface, avec presque la même intensité. Le frottement du deuxième temps est généralement plus faible, plus doux, plus court que celui du premier, et simule parfois un dédoublement du deuxième temps.

Nous arrivons aux *souffles extra-cardiaques* ou *cardio-pulmonaires* de M. le professeur Potain. Ces souffles, que le maître et ses élèves ont étudiés et vulgarisés, et qui semblent se confondre avec les *souffles anémiques* des auteurs, paraissaient, dans la première période de leur étude, devoir se diagnostiquer facilement par les attitudes, grâce à un caractère qu'on leur croyait spécial ou du moins bien plus accusé chez eux. Le souffle extra-cardiaque de la pointe par exemple, outre que d'ordinaire il siège au-dessus de celle-ci, dans le troisième espace intercostal gauche serait atténué beaucoup plus que le souffle de l'insuffisance mitrale dans le passage de la position couchée à la position assise et penchée en avant ; souvent même, il aurait disparu, ce qui serait exceptionnel pour le souffle intra-cardiaque. Il fallut en rabattre quand, en étudiant de plus près l'influence des attitudes sur les souffles organiques, on s'aperçut que ceux-ci aussi s'atténuaient et même disparaissaient en position assise ou debout. C'est M. Cuffer surtout qui, dans l'étude que nous avons citée, réagit vivement contre cette tendance à l'erreur, en démontrant que les attitudes influent sur les souffles intra-cardiaques à peu près autant que sur les extra-cardiaques.

Cependant, on peut conclure avec M. Cuffer, d'une part, que les souffles extra-cardiaques sont, en général, plus modifiés, et, d'autre part, qu'on ne peut établir de diagnostic entre ces souffles *d'après les modifications d'intensité* produites par les variations d'attitudes.

Ce moyen de diagnostic si commode étant sujet à caution, on a eu recours à un caractère des souffles extra-cardiaques, bien plus précis mais aussi très délicat à reconnaître. Les souffles extra-cardiaques sont *méso-systoliques* à la pointe, d'où ordinairement ils ne se propagent pas à l'aisselle, et *méso-diastoliques* à la base, surtout au foyer pulmonaire. C'est certainement l'élément diagnostic le meilleur. Malheureusement, les individus qui présentent les souffles de ce genre ont, en général, un cœur qui bat avec une fréquence telle que, souvent, il est impossible, sauf aux médecins très exercés, de bien les localiser dans le temps. Ces difficultés sont évidemment la raison pour laquelle bien des médecins refusent de croire à la réalité de ces souffles extra-cardiaques. Cependant ils sont parfaitement réels et nous pensons contribuer, pour une faible part, à les faire reconnaître par la méthode des attitudes.

Quand on rencontre, chez un individu dont le cœur bat lentement, un souffle extra-cardiaque, ce qui n'est pas très fréquent, rien n'est plus facile que de déterminer le moment où on entend le souffle. Il est produit nettement après le premier bruit à la pointe et le deuxième bruit à la

(1) Stokes. Loc. cit.
(2) Sibson. *Med. Times and Gaz.*, 1853.

base. Ce qu'il faut donc chercher, c'est d'obtenir chez un malade qui a un souffle extra-cardiaque, mais dont le cœur bat vite, un ralentissement de ce cœur. L'attitude relevée nous fournit ce moyen, puisqu'elle permet d'obtenir un ralentissement pouvant aller à 7, 10 et même plus de 15 pulsations à la minute ; en même temps, les battements sont plus énergiques et plus amples, conditions les meilleures pour la genèse des souffles extra-cardiaques. Donc, pour faire le diagnostic des souffles extra-cardiaques, il faudra, après avoir ausculté le malade en position couchée, constater, si c'est possible, les différents caractères du souffle (siège à la pointe ou au-dessus d'ordinaire, ou à la base et d'ordinaire à gauche, timbre doux et humé souvent intense, méso-systolique à la pointe et non propagé à l'aisselle, méso-diastolique à la base); ausculter ensuite assis et penché en avant et aussi couché sur le côté droit, positions dans lesquelles l'intensité s'atténue en même temps que la localisation devient difficile, à cause de la plus grande fréquence du pouls ; ausculter enfin en position relevée et penchée à gauche, où le souffle devient plus intense, son timbre plus net, plus aspiratif, son siège plus précis, de même que le moment de son apparition.

Nous remarquerons que le souffle extra-cardiaque se distingue des frottements péricardiques, en ce que ceux-ci s'accentuent au lieu de s'atténuer en position assise ; qu'en attitude relevée, le frottement est généralement double et bien plus étendu en surface ; il frotte et n'est pas humé. Il se distingue du souffle de l'insuffisance mitrale, surtout par le moment de la révolution cardiaque auquel il survient et accessoirement par sa non-propagation à l'aisselle et son timbre qui n'est pas en jet de vapeur.

Est-il possible de faire le diagnostic des *myocardites chroniques* à l'aide des attitudes ? Aucun auteur n'en parle et on ne sait comment se comportent les cœurs lésés de la sorte. Il est possible, cependant, de porter ce diagnostic quand le cœur qu'on examine possède des bruits très sourds en décubitus dorsal et toujours aussi sourds même en attitude relevée, quoique plus distincts et plus nets. La position debout ou assise ne modifie pas du tout ce caractère. En outre, l'attitude relevée permet presque seule d'établir la coexistence d'un souffle organique.

Quant aux *endocardites aiguës* qui, par l'état même du malade, se prêtent peu à l'examen par les attitudes, nous pouvons affirmer que, pendant la période d'état et au déclin de l'affection, il nous a été possible de diagnostiquer plusieurs jours à l'avance, par l'attitude relevée exécutée avec toutes les précautions nécessaires, les lésions reconnues ultérieurement.

VI

Pronostic des lésions du cœur. — C'est là une question très importante que, de tous temps, on a cherché à élucider, car l'on sait combien il est difficile de se prononcer dans beaucoup de cas. Ce n'est que par un long usage des malades que l'on parvient à se former une idée sur ce que deviendra une lésion. Le plus souvent, c'est en consultant le passé du malade, en suivant jour par jour sa maladie, que l'on peut porter un pronostic. L'intensité des bruits anormaux ne fournit que des renseignements erronés. Aussi, à cause de ces lenteurs, de ces difficultés, a-t-on proposé des procédés rapides, expérimentaux, pour ainsi dire. C'est ce qu'on appelle les procédés d'épreuve du cœur. Celui de M. Bloch (1), à cause de l'emploi d'instruments chronographiques, est forcément relégué dans la classe des recherches de laboratoire. Celui de Handfield Jones (2) est fondé sur ce que plus un individu est cardiaque, plus son pouls est vite, irrégulier et influencé par les mouvements respiratoires, après une marche assez longue et un peu rapide. Ce procédé, plus facile, comprend un sphygmographe, une marche longue et cela a suffi pour que, malgré ses avantages, il ne se soit pas répandu.

(1) Bloch. Étude dynamométrique du cœur dans les affections cardiaques, Soc. de biol., 1885.
(2) H. Jones. A plea for the employement of the dynamic test more frequently in examination of the heart, *The Lancet*, 1878.

Schapiro (1), en 1881, a touché de très près la solution pratique de ce problème. Pour lui, toutes les fois que le cœur est insuffisant, c'est-à-dire non compensé, ou près de tomber en asystolie, la compression digitale des deux artères fémorales sur le pubis amène, en position couchée, une accélération des battements du cœur; au contraire, lorsque le cœur est sain et bien compensé, cette compression produit le ralentissement du cœur. Cardarelli (2) fit aussi la même observation par un procédé analogue et tous deux proposent cette méthode de pronostic. Nous l'avons vérifiée plusieurs fois et avec quelques réserves que nous énoncerons bientôt, la chose est très exacte. Nous dirons, entre parenthèses, que la compression des fémorales amène le renforcement des bruits du cœur, ce que les auteurs ne semblent pas avoir vu. Malheureusement, cela n'est pas commode.

Donc, jusqu'à présent, il n'existe pas de procédé rapide et pratique pour le pronostic des lésions cardiaques.

Les attitudes nous le fourniraient-elles ? On peut le présumer d'après les documents indirects des auteurs.

Graves (3) est le premier qui, chez les cardiaques, ait recherché l'influence des attitudes sur la fréquence du pouls. « Je n'ai trouvé, dit-il, que six cas faisant exception à la loi des attitudes ; ces malades avaient une dilatation hypertrophique du cœur. »

Cette loi des attitudes, ou du ralentissement du pouls quand on passe de la position debout au décubitus dorsal, était admise sans conteste par tous les auteurs antérieurs à Guy (4), par Robinson (5), De Haen (6), Falconer (7), Blackley (8), Knox (9), Mac Donnell (10), Gorham (11). Guy montra, en effet, que cette loi souffrait des exceptions assez nombreuses chez les gens sains, le pouls restant invariable ou même s'accélérant en position couchée.

Sydney Ringer (12) avait certainement trouvé des cardiaques dont le cœur ne modifiait pas son rythme par les attitudes, puisqu'il énonce le principe, faux d'ailleurs, que tout cœur, dont les battements ne changent pas de fréquence par les attitudes, a des bruits invariables en intensité. Mantegazza (13) avait aussi observé l'absence de ralentissement en position couchée. Il avait observé, en outre, la précipitation des battements et cela, chez des malades atteints de lésions valvulaires. Gowers (14) a fait des remarques semblables et n'admet pas du tout la règle de Sydney Ringer. Cuffer (15) se range à l'avis de ce dernier et ne croit pas que le cœur puisse battre plus vite, en position couchée, chez les cardiaques. D'ailleurs il aurait *toujours* constaté du ralentissement. Spengler (16) et Luzzato (17) confirment, par de nombreuses recherches, que les cœurs hypertrophiés sont insensibles aux attitudes et que les lésions valvulaires non compensées subissent quelquefois de l'accélération du pouls en position couchée.

Ces contradictions sont dues sûrement à ce que ces au-

(1) Schapiro. Influence de la compression des artères sur l'énergie du cœur, *Vratch*, 1881.
(2) Cardarelli. Congr. de méd. interne à Rome, 1888.
(3) Graves. *Leçons cliniques*, trad. Jaccoud, 1862, et *Dublin Hosp. Rep.*, 1830.
(4) Guy. *Guy's Hosp. Rep.*, 1838, et *Todd's cyclopædia*, art. Pulse.
(5) Robinson. *A treatise of animal economy*, 1734.
(6) De Haen. *De ratione medendi*, 1758.
(7) Falconer. *Observations respecting the pulse*, 1796.
(8) Blackley. *Dublin Journ. of med. and chir. Sc.*, 1834.
(9) Knox. *Edinburgh Med. Journ.*, 1835.
(10) Mac Donnell. British Association for the advancement of sciences, *Dublin meeting*, 1835.
(11) Gorham. On the effects of posture on the pulse, *London Med. Gaz.*, 1837.
(12) S. Ringer. Loc. cit.
(13) Mantegazza. D'après le *Manuel de clinique*, d'Eichhorst.
(14) Gowers. Loc. cit.
(15) Cuffer. Loc. cit.
(16) Spengler. Die Veænderungen des Radial pulses wæhrend und nach. Ændcrungen der Koperstellung, *Deuts. Med. Wochens.*, 1887.
(17) Luzzato. Modificazione del polso a seconda le diverse posizione, specialmente nei malatie del cuore, *Riv. ven. de sc. med.*, 1880.

teurs n'ont pas fait la distinction essentielle que Schapiro et nous avons établie entre l'état de compensation et de non-compensation du cœur.

En effet, en étudiant l'influence comparée des attitudes relevée et couchée, chez les cardiaques, nous avons constaté que, le plus souvent, mais *non toujours*, les cœurs atteints de lésions valvulaires et devenus insuffisants se précipitent ou ne modifient pas leur fréquence en attitude relevée ; que cela a lieu aussi chez les malades dont le cœur est hypertrophié avec ou sans lésions valvulaires et en dehors de l'asystolie.

C'est dire que l'augmentation de fréquence dans une attitude qui devrait produire le contraire n'est pas un signe absolu d'insuffisance du cœur, de myocardite.

L'accélération du pouls en attitude couchée ou relevée n'est qu'un signe de présomption de l'insuffisance du cœur, quand on veut porter un pronostic d'après une seule expérience. Il n'en est plus de même si, faisant plusieurs jours de suite l'examen de la fréquence du pouls par les attitudes, on s'aperçoit que le cœur s'accélère ou se ralentit de plus en plus. On a, de la sorte, la presque certitude de la rupture de la compensation dans le premier cas ou de son retour dans le deuxième.

Ainsi, malgré tout, jusqu'à présent, la fréquence du pouls n'est pas un critérium de l'état du myocarde, et cela, parce que les auteurs n'ont pas remarqué ces deux faits très importants de l'apparition ou de l'augmentation de l'irrégularité du pouls et de la dyspnée chez les cardiaques insuffisants, quand on les éloigne de la station debout.

Ce qui prouve vraiment que l'augmentation de fréquence du pouls ne suffit pas pour le pronostic et qu'il faut tenir compte surtout de l'arythmie et de la dyspnée apparues ou augmentées par les attitudes, c'est que Stokes (1) et surtout M. le professeur Peter (2) montrent que l'irrégularité du cœur est un signe de *myocardite* (l'inégalité étant signe du début, et l'intermittence, d'une période avancée), *à laquelle est intimement lié le pronostic* de toutes les maladies du cœur et n'est pas, comme on le suppose encore, par erreur, un des caractères de l'insuffisance mitrale.

Aussi disons-nous : Si un malade, qui passe, *sans aucun effort*, de la position assise à la position couchée, ou de celle-ci à la position relevée, présente une fréquence plus grande de ses battements cardiaques, si ceux-ci deviennent en même temps irréguliers ou plus irréguliers ou intermittents, et si la respiration devient plus rapide, plus haletante, plus dyspnéique, on peut, en toute certitude, affirmer l'insuffisance du cœur, c'est-à-dire diagnostiquer une *myocardite aiguë* ou *chronique*. Dans cette dernière lésion, l'attaque d'asystolie sera d'autant plus prochaine que ces phénomènes seront plus accentués et qu'ils se produiront dans une attitude plus voisine de la station debout.

D'ailleurs, cet ensemble de symptômes n'est-il pas celui de l'asystolie confirmée? Il a donc suffi de soumettre le cœur insuffisant à une charge un peu forte, par l'attitude relevée, pour déterminer une véritable attaque d'asystolie temporaire. Et puisque l'attitude relevée a seule suffi à cela, ne doit-on pas penser, *a fortiori*, que si, par suite des occupations du malade, d'une lésion intercurrente quelconque, ou d'un obstacle à la circulation, il vient à se produire spontanément une charge trop forte et durable pour le cœur insuffisant, l'attaque d'asystolie va éclater et durer jusqu'à l'issue favorable ou fatale.

A l'hôpital, ces observations sont faciles à faire et on peut parfaitement prévoir le retour à la compensation par la disparition graduelle du souffle tricuspidien et des signes précédents.

Nous avons dit que l'insuffisance du cœur était d'autant plus grande et d'autant plus menaçante, que la fréquence, l'arythmie du pouls, la dyspnée se produisaient dans une attitude plus éloignée de la relevée et, cliniquement, la chose est vérifiée constamment. On sait qu'un cardiaque est d'autant plus atteint qu'il se tient, d'ordinaire, dans une attitude plus verticale. Guéneau de Mussy remarque, avec juste raison, que les mitraux sont surtout assis dans leur lit, tandis que les aortiques sont couchés. En général, cela est vrai, à condition de savoir que les mitraux bien compensés restent couchés aussi et que les aortiques non compensés se tiennent assis, souvent les jambes pendantes hors du lit et même debout, quand la compensation est troublée au maximum. Ceux qui sont compensés, non seulement restent couchés, mais se trouvent très bien de l'attitude relevée et nous en avons observé plusieurs qui, d'eux-mêmes, se tenaient dans cette attitude disant, qu'autrement, ils avaient des tiraillements au cœur et des battements trop forts dans la tête et les membres. Les mitraux, surtout dans l'insuffisance, se tiennent d'autant plus assis, que leur lésion est plus accentuée. Souvent, ils ne peuvent même pas élever les bras pendant quelques minutes, soit pour se coiffer, soit pour toute autre occupation, tant ils se trouvent oppressés ; leur cœur bat, en même temps, très fort et très irrégulièrement. Enfin on peut dire que les cardiaques qui ne peuvent se coucher que sur le côté droit sont plus atteints que ceux qui peuvent rester sur le côté gauche.

De cette étude sur le pronostic des maladies du cœur par les positions du corps, voici ce qu'on peut *conclure :*

Il y a *myocardite :* 1° quand les changements d'attitudes n'amènent pas de variations de fréquence du pouls (hypertrophie cardiaque, cœur scléreux); 2° quand une attitude, qui devrait ralentir le pouls, l'accélère ou ne le modifie pas, quand elle y détermine l'apparition ou l'augmentation de l'irrégularité ou des intermittences, quand elle occasionne une respiration plus difficile ou de la dyspnée (myocardites infectieuses, dégénérescence graisseuse du cœur).

Un cardiaque est d'autant plus compensé qu'il supporte plus aisément et pendant longtemps une attitude plus voisine de la relevée.

La compensation est d'autant plus troublée qu'il se fait une accélération de fréquence, une augmentation ou l'apparition d'arythmie et l'apparition ou l'augmentation de la dyspnée dans une attitude plus voisine de la station debout ou simplement par l'élévation des bras.

On peut prévoir la rupture de la compensation ou son retour par l'exagération ou l'atténuation de ces phénomènes.

Un malade qui présente, sans asystolie, les phénomènes prémonitoires de celle-ci, obtenus par l'attitude relevée ou couchée, est un malade toujours sous menace de rupture de compensation et, par conséquent, le pronostic est très réservé.

Un cardiaque qui, malgré l'attitude relevée, même après une marche rapide, ne présente ni accélération du pouls, ni irrégularité, ni dyspnée sensible, a une lésion légère ou qui restera encore longtemps en parfaite compensation.

VII

Physiologie normale et pathologique. — Quelle est l'explication que l'on peut fournir de l'influence des positions du corps sur l'intensité et la fréquence des battements du cœur ?

Pour ce qui est de l'*intensité dans les bruits intra-cardiaques*, les hypothèses les plus variées ont été émises. Schmidt admet que, dans l'insuffisance mitrale, les valves ont d'autant plus de peine à se fermer que le cœur est moins vertical, ce qui a lieu en position couchée, d'où augmentation de l'intensité. Sydney Ringer dit que les bruits sont plus intenses en position couchée, parce que la contraction cardiaque est plus énergique, ce qui n'est pas une explication. Hutchinson flotte dans les théories les plus vagues et les moins scientifiques. Gowers, pour le souffle pré-systolique, admet aussi les variations de forme de l'orifice mitral, suivant les positions. En position debout, le cœur est soutenu par le diaphragme, l'orifice est large et le souffle est faible ou nul. Dans le décubitus dorsal, le cœur n'est plus soutenu, l'orifice se rétrécit et le souffle s'accentue ou apparaît. Gowers ne se contente pas de cette explication, heureusement; le premier, il fait intervenir l'influence de la pesanteur, mais sur une toute petite échelle. En station debout, la pesanteur favorise l'écoulement du sang de l'oreillette dans le ventricule, et, par suite, celle-là n'a pas d'effort appréciable à faire pour chasser son contenu, d'où

(1) Stokes. Loc. cit.
(2) Peter. *Leçons de clinique médicale.*

faiblesse et non-existence du souffle présystolique. En décubitus dorsal, la pesanteur n'agit plus, et l'oreillette, livrée à ses propres forces, est obligée à un effort plus considérable en présystole. Le sang chassé violemment produit le souffle présystolique ou l'accentue. Cette explication est certainement très juste, mais Gowers n'a fait intervenir que l'influence de la pesanteur sur une colonne sanguine de 3 ou 4 centimètres, ce qui est bien insuffisant pour comprendre toutes les modifications produites par les attitudes. MM. Potain, Rendu et Cuffer avaient aussi supposé la déformation du cœur par les attitudes, et cela d'après des expériences faites sur des cœurs d'individus morts avec une insuffisance mitrale. Pour ces auteurs, c'est l'explication de Schmidt qui est la plus vraisemblable. En station debout, le cœur soutenu par le diaphragme a sa pointe refoulée, de sorte que l'implantation des tendons valvulaires s'éloigne moins de l'orifice et que la tendance à l'insuffisance est diminuée. En position couchée, le cœur n'étant pas soutenu, l'implantation des tendons se trouve plus éloignée de l'orifice, et les valves se ferment mal ou plus mal, le souffle augmente ou apparaît. Si cette explication était la bonne, elle devrait s'appliquer aux lésions aortiques, pulmonaires, au rétrécissement mitral; or, elle ne leur est pas applicable et M. Cuffer, par exemple, est obligé de chercher une autre explication par déformation pour le rétrécissement mitral. D'ailleurs, ils ont eu recours, en particulier M. Cuffer, à une autre hypothèse, celle-ci plus générale, s'adaptant à tous les faits : c'est celle des modifications de pression sanguine suivant les attitudes.

Tous les auteurs qui ont examiné la pression sanguine, soit chez l'homme, soit chez les animaux, sont d'accord pour affirmer que cette pression s'accroît graduellement, quand on passe de la position debout à la position verticale tête en bas. Ce premier point acquis, MM. Potain,

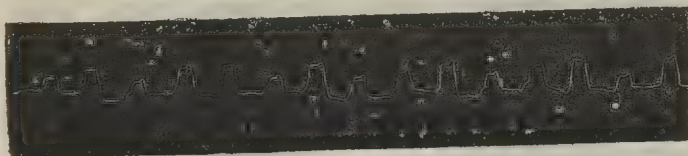


Fig. 1 (rétrécissement mitral). — Demi-couché.

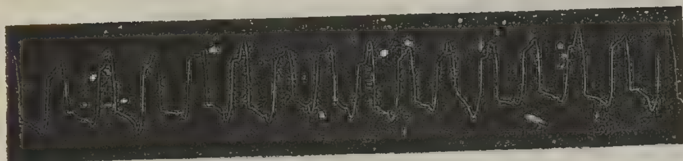


Fig. 2 (rétrécissement mitral). — Relevé entièrement.

Rendu et Cuffer admettent que, plus la pression cardiaque est forte, plus l'ondée est volumineuse et l'intensité des bruits augmentée. Cela est certainement vrai, mais jusqu'à présent il n'en a jamais été donné de preuve expérimentale à cause de la difficulté extrême d'enregistrer l'intensité des



Fig. 3 (insuffisance aortique). — Demi-couché.

bruits du cœur et ses variations. Nous croyons avoir donné cette preuve, d'une façon indirecte, au moyen du cardiographe enregistrant les mouvements de la pointe. Sachant que plus le choc précordial est intense, plus les bruits sont violents, nous avons enregistré le choc, dans la même position horizontale du cœur, c'est-à-dire en position couchée,



Fig. 4 (insuffisance aortique). — Relevé entièrement.

et en position relevée. Or, les tracés se sont montrés plus amples, plus étendus, plus détaillés et plus significatifs dans cette dernière attitude. Et la pression étant aussi plus forte qu'en décubitus dorsal, la conclusion est que, *en effet, plus la pression s'élève, plus les bruits s'accroissent en intensité.* Cette loi n'est que le corollaire de celle que M. Marey (1) a énoncée à propos des variations de fréquence du pouls. On

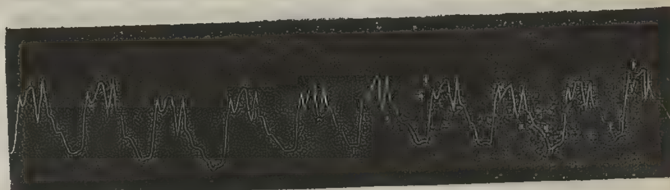


Fig. 5 (tracé cardiographique dans le troisième espace intercostal droit). Demi-couché.

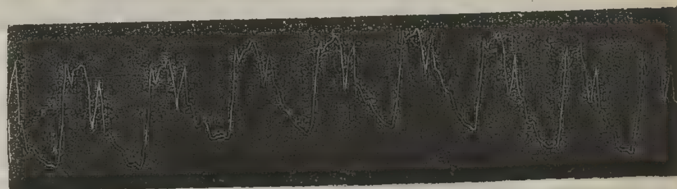


Fig. 6 (tracé cardiographique dans le troisième espace intercostal droit). Relevé, genoux pliés.

comprend d'ailleurs très bien, sans recourir à l'expérience, que, par exemple, en attitude relevée, le sang artériel qui ne peut arriver aux extrémités élevées et le sang veineux qui s'en écoule plus rapidement affluent en plus grande quantité que d'ordinaire dans les cavités gauches et droites du cœur, les obligent à un effort plus grand pour dilater les vaisseaux horizontaux du tronc, afin d'établir une circulation collatérale ou de suppléance. Il y a donc au cœur, pendant un certain temps, pression sanguine plus grande.

Cette notion de pression n'est pas suffisante encore pour expliquer les modifications d'intensité des bruits intra et extra-cardiaques provoquées par les attitudes. Il faut l'introduire dans les lois de MM. Chauveau et Marey sur la production des souffles cardiaques :

1° Il faut, pour qu'il y ait bruit de souffle, qu'un courant sanguin rapide se produise dans un point;

2° Pour que ce courant rapide se produise, il faut, en général, que le liquide passe d'une partie étroite dans une

(1) Marey. *Physiologie de la circulation*, 1881.

partie plus large où *il rencontre une pression inférieure à celle qui existait au-dessus du rétrécissement.*

Il s'ensuit que, plus le courant sera rapide, plus le souffle sera fort. Or cette rapidité étant fonction de la pression et d'autres éléments accessoires, plus celle-ci sera accrue, plus les souffles seront intenses. C'est donc par l'intermédiaire de l'accroissement de vitesse du courant direct ou rétrograde d'une cavité dans l'autre, que l'augmentation de pression causée par l'attitude couchée, relevée et tête en bas, produit l'apparition ou l'intensification des souffles intra-cardiaques, du bruit de galop, du dédoublement dans le rétrécissement mitral. Il sera facile à chacun d'expliquer ainsi toutes les particularités de chaque lésion. Les déformations des orifices ou du cœur par les attitudes ne nous semblent pas devoir intervenir, puisque, par elles, l'explication n'est pas univoque.

Quant au renforcement des *bruits extra-cardiaques*, il se trouve facilement expliqué par ce fait que, lorsque la circulation est entravée, les mouvements du cœur sont plus amples, plus énergiques, par suite de ses diastoles plus volumineuses et de ses systoles plus lentes et plus vigoureuses, d'où souffles plus intenses et frottements plus marqués et plus étendus qu'en position couchée.

Les *modifications de fréquence du pouls* par les attitudes ont exercé l'ingéniosité expérimentale et hypothétique des médecins et des physiologistes, depuis des temps très anciens, bien plus que l'intensité des bruits. Jusqu'à Marey, la cause du ralentissement du pouls, lorsqu'on passe de la position debout aux deux autres, était attribuée, par les uns, à la diminution graduelle de l'effort musculaire pour se soutenir, par d'autres, aux positions différentes du cœur et des valvules. Arnott (1), seul, admit l'influence de la pesanteur sur la circulation. Ceux qui, comme Graves, avaient observé des cas contraires, disaient que ces phénomènes étaient inexplicables. Marey partit de l'idée qu'en station debout, le sang artériel était favorisé dans les deux tiers inférieurs du corps par la pesanteur, alors qu'il ne l'est plus du tout en décubitus dorsal et que c'était à cette différence, uniquement, que tenait le ralentissement du cœur. Il montra alors que, chez les individus debout, le pouls se ralentit, en moyenne, de 8 pulsations à la minute, quand ils ont les bras élevés verticalement et sans effort. Il montra aussi que le cœur de tortue, isolé et mis en communication avec un tube artériel efférent, bat d'autant plus lentement que ce tube artériel est placé à un niveau plus élevé. Et c'est à la suite de ces différentes expériences, qu'il posa la loi suivante : *Le cœur bat d'autant plus vite qu'il éprouve moins de peine à se vider.* Cette loi fut vérifiée par un très grand nombre de physiologistes et de différentes façons, par les attitudes, par la compression des vaisseaux, aorte, fémorales, carotides, par la saignée qui, au contraire de la transfusion, amène l'accélération du pouls. Ainsi donc, là aussi, les attitudes n'agissent pas autrement que par les modifications qu'elles impriment à la tension sanguine. C'est ce qui explique le ralentissement croissant du cœur dans les attitudes debout, assise, couchée et relevée.

Sans entrer dans la discussion même des critiques qu'on a formulées contre la loi de Marey, telle que celui-ci l'a énoncée, nous dirons que les résultats, au point de vue spécial qui nous occupe, sont les mêmes si on accepte les conclusions suivantes de M. François-Franck (2) : la pression sanguine agit à la fois sur l'appareil nerveux extrinsèque (nerf pneumogastrique) et intrinsèque (ganglions) et sur la fibre cardiaque elle-même pour produire le ralentissement du cœur.

Peut-on donner une explication du phénomène de l'accélération du cœur chez les cardiaques dans une attitude qui aurait dû produire ce ralentissement? Peut-être, en supposant que, chez eux, le nerf modérateur qui, d'ordinaire, est prédominant, se trouvant épuisé par la fatigue que lui a imposée l'excès de tension produite par l'attitude, les nerfs accélérateurs intra et extra-cardiaques reprennent le dessus et le cœur s'accélère. Ce n'est là qu'une explication hypothétique. Elle a l'avantage de rendre compte de ce qui arrive chez les cardiaques, dont le cœur malade surmène à la fois son nerf modérateur et ses fibres musculaires. Chez eux, en effet, on observe plus souvent que chez les gens sains le fait bizarre d'un ralentissement jusqu'à une certaine attitude, puis une précipitation dans une attitude qui aurait dû provoquer un ralentissement encore plus marqué.

Quant à l'arythmie croissante à mesure que les attitudes s'éloignent de la station debout ou même à son apparition, nous ne pouvons que nous en rapporter aux expériences de M. François-Franck pour l'expliquer.

CONCLUSIONS. — Cet exposé montre que les attitudes fournissent dans l'auscultation du cœur des moyens précieux pour l'examen, le diagnostic et le pronostic des lésions intra et extra-cardiaques, moyens qui, en France du moins, ont été trop négligés, et qui, d'après l'étude que nous venons d'en faire, doivent rendre de grands services.

(1) ARNOTT. *Elements of physic.*

(2) FRANÇOIS-FRANCK. *Travaux du laboratoire de Marey*, 1877; — *C. R. de l'Acad. des sc.* et *de la Soc. de biol.*, 1877.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Vitrac, Cabannes, Brunet, Chavannaz, Fieux et Venot.

Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. 1. Legros, Verger, Demptos, Guyon, Degos, Autric, Audouin, Pujos, Belzer, Oraison, Daureillan, Ricaud, d'Alché, Armand, Bran, Foix, Pitance, Durand, Miquel, Sellier.

MM. 21. Triboudeau, Martin, Faget, Daroux, Texier, Adoue, Gibert, Barbe, Chalibert, Cognacq, Plazerd, Ponty, Delguel, Aurillaud, Lassort, Brial, Liaras, Faguet, Ducliou, Jannez.

MM. 41. Blancœur, Pitot, Gontier, Vassal et Veyrier.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Bérard, Nicolas, Sortais, Bert, Gerest, Aurand, Denis, La Bonardière, Alex, Bonne, Brian, Pillard et Chapuis.

— *Hôpitaux de Marseille.* — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. François et Bizard.

— *Hôpital Necker.* — Clinique des maladies des voies urinaires : service de M. le professeur Guyon. — *Cours complémentaires pratiques.* — M. le docteur Legueu, chef de clinique, commencera le lundi 5 décembre, à cinq heures et demie, un cours en dix-huit leçons, sur la clinique et la médecine opératoire des voies urinaires, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

M. le docteur Hallé, chef de laboratoire, commencera le mardi 6 décembre, à deux heures, un cours en quinze leçons, sur l'histologie et la bactériologie des voies urinaires, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

M. le docteur Chabrié, chef des travaux chimiques, commencera le lundi 19 décembre, à quatre heures, un cours en six leçons, sur la chimie urologique pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Les nombreux perfectionnements que M. le professeur Guyon a apportés au fonctionnement de la clinique de Necker, permettent d'y faire dorénavant une part beaucoup plus large que par le passé à l'instruction des élèves.

A partir du 5 décembre 1892, les docteurs et étudiants français et étrangers seront admis gratuitement à soigner les malades de la consultation externe, sous la direction de M. le docteur Janet.

On est prié de se faire inscrire d'avance pour la mise en séries.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les doc- Castagné (de Cahors), Lestyr (de Morlaix).

— M. le docteur Moricourt, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique du docteur Burq, reprendra ses conférences cliniques sur le traitement des maladies nerveuses et du diabète par la métallothérapie, le dimanche 6 novembre, de neuf à dix heures, et les continuera tous les dimanches à la même heure, 9, rue de Chanaleilles.

L'antipyrine, par le docteur Édouard RONDOT. 1 broch. in-8° de 61 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : D[r] E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 127. — MARDI 8 NOVEMBRE 1892. 65e ANNÉE. MARDI 8 NOVEMBRE 1892. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 7 novembre 1892.

Nous recevons la lettre suivante :

« Mon cher Directeur,

La question débattue dans la *Gazette des hôpitaux* du 25 octobre 1892, au sujet d'un candidat au concours de l'internat, n'est pas absolument nouvelle et s'est présentée bien des fois. Dans une circonstance, surtout, où un médecin eut l'habileté, d'autres diraient le toupet, de lire, à la place d'*une page* de composition écrite, où il avait accumulé fautes sur fautes, un passage admirablement rectifié. Un seul juge, très sourd, avait surpris le stratagème. Il le signala au Jury. Le fait fut constaté. Le candidat fut admonesté comme on le devait faire et classé tout à la fin des aspirants au grade supérieur. L'ostracisme dura de longues années et entrava l'avancement du sujet, ce qui est, sûrement, d'autant plus juste que les conditions actuelles des concours subissent déjà assez de protestations sans qu'il faille compter avec la déloyauté.

Le fait est ancien. Le candidat et le juge sont morts, mais l'exemple fut utile et mit pour longtemps un terme aux substitutions audacieuses. »

Nous avons tenu à publier cette lettre que nous recevons d'un de nos plus distingués correspondants de province; elle vient à l'appui de notre thèse, elle montre que le jury est tout-puissant dans l'appréciation de la faute commise et nous sommes heureux de faire connaître, à nos lecteurs, que le jury actuel de l'internat n'a pas agi autrement que celui de l'année précédente. Le candidat coupable, mandé devant lui, ne se présentera pas pour subir la deuxième épreuve.

Toutefois, ainsi que nous le disions dans ce précédent article, il est bon que de pareils faits ne se renouvellent plus. Pour cela, il est un moyen fort simple à notre avis ; ce moyen le voici :

Le candidat, pendant la lecture de sa copie, est surveillé par un autre candidat. Ce « gendarme » (ainsi le désigne-t-on habituellement dans la langue des concours) a pour mission, nous dirons *pour devoir*, de veiller à ce qu'aucune fraude ne soit commise; il doit suivre mot à mot la lecture du candidat et l'arrêter à la moindre erreur volontaire ou non.

Certains « gendarmes » s'acquittent mal de leur fonction, quelques-uns, même, affectent d'être complètement étrangers à ce qui se passe devant eux. C'est que, nous a-t-on objecté, peu de candidats consentiraient à se résoudre au rôle de dénonciateur.

Il nous semble que c'est là mal comprendre les choses. Le « gendarme » qui ne surveille pas trompe la confiance de tous ses camarades. Il n'agit point, en effet, pour son compte personnel, il est chargé des intérêts de tous et il est bien plus coupable de manquer à son mandat et à la confiance qui lui est accordée, quand il laisse prendre, par un indigne, une place qui est si ardemment disputée.

Si les choses doivent se passer de la sorte, le candidat gendarme est inutile, sa présence est ridicule, et s'il est entendu qu'il ne sert à rien, il faut le supprimer ; et, dans ce cas, il reste deux alternatives : ou bien on ne le remplacera par personne, ce qui sera déplorable pour les candidats honnêtes, ou bien on le remplacera par un employé de l'Assistance publique, ce qui nous paraît une mesure de nature bien autrement vexatoire pour la dignité des candidats.

S'il est établi que les candidats doivent continuer à se surveiller entre eux — ce que nous préférons — que celui qui est désigné tâche de remplir sa mission et, s'il s'en acquitte mal, qu'il soit considéré, jusqu'à un certain point, comme complice du falsificateur.

L'administration de l'Assistance publique ne demandera évidemment pas mieux que d'obéir aux vœux nettement formulés par les candidats. Il importe donc que ceux-ci manifestent leur volonté et qu'ils disent, *puisque la surveillance est indispensable*, s'ils préfèrent être surveillés par une personne étrangère ou par eux-mêmes. Mais il importe que la surveillance ne soit plus dérisoire comme elle l'est actuellement.

M. A. Siredey (1) a soigné, à l'Hôtel-Dieu annexe, 104 cholériques, 49 sont morts. Toujours à peu près cette même proportion de 50 p. 100, qui serait de nature à dissuader de toute intervention thérapeutique autre que celle qui se proposerait de soulager les malades ! Il faut remarquer cependant que, dans ce chiffre, sont compris des malades qui

(1) Société médicale des hôpitaux, 4 octobre 1892.

n'ont séjourné que fort peu de temps à l'hôpital, et qui n'ont pas pu être influencés par le traitement, tellement leur mort a suivi de près leur entrée.

Contrairement à M. Galliard, M. Siredey a souvent constaté la diarrhée prémonitoire. Trois fois il a vu le choléra sec, sans vomissement ni diarrhée. Il a vu huit fois ses malades tomber dans une sorte d'état marastique, semi-comateux, coupé quelquefois de crises convulsives, épileptiformes. C'est ce que les anciens auteurs appelaient la réaction méningitique. Mais à l'autopsie on ne trouve pas trace de méningite; il s'agit, en réalité, de quelque chose que l'on peut comparer à l'urémie, mais qui n'est pas l'urémie ordinaire, d'une auto-intoxication consécutive due sans doute à des infections secondaires.

Relevons les points les plus intéressants de la communication de M. Siredey, en ce qui concerne la thérapeutique. Il n'a pas retiré d'évident bénéfice de l'usage de l'acide lactique. Parmi les divers médicaments administrés, c'est l'élixir parégorique qui lui a paru le plus utile. Il se loue de l'emploi des bains chauds, de la transfusion de sérum artificiel, des injections hypodermiques de caféine et de sérum chloruré.

Les bains chauds ont été surtout utiles contre les crampes. Chez trois cholériques urémiques, on a vu les convulsions épileptiformes survenir à la sortie du bain. Nous avons nous-même observé trois fois le même accident, dans les mêmes conditions.

M. Siredey a vu l'injection intra-veineuse du sérum de M. Hayem (1) donner de bons résultats, tout au moins passagers.

Il trouve que l'injection dans la veine saphène se fait beaucoup plus facilement que dans la veine céphalique. Il pense que l'injection hypodermique de sérum, à la dose de 150 à 300 grammes, est réellement utile. C'est également l'avis de M. A. Mathieu, qui a fait ces injections à une dose plus élevée (400 à 800 grammes et même 1000 et 1200 grammes en vingt-quatre heures), soit en seconde ligne pour soutenir l'amélioration momentanée produite par la transfusion intra-veineuse, soit en première ligne lorsque la situation n'était pas assez grave pour rendre la transfusion urgente. Ces injections hypodermiques ont été faites facilement à l'aide de l'appareil de Burlureaux.

M. Bourcy a soigné ses malades par l'entéroclyse de Cantani : le grand lavage rectal par 2 à 6 litres d'eau bouillie, et le lavage de l'estomac. Sur 42 malades, il n'en a perdu que 14 (33 p. 100). Malheureusement, ces chiffres sont trop faibles pour être bien démonstratifs; mais il faut dire que des médecins étrangers ont obtenu des résultats analogues sur des séries beaucoup plus étendues. M. Bourcy se loue autant de la transfusion veineuse que les médecins qui ont pris la parole avant lui; pas plus qu'eux, il ne lui a trouvé d'inconvénient. Les bains chauds lui ont paru utiles pour calmer les crampes douloureuses.

M. Chauffard présente un malade atteint d'une atrophie musculaire qu'on prendrait facilement, à première vue, pour une atrophie musculaire du type Aran-Duchenne; l'erreur a, du reste, été commise dans un service d'hôpital. Il existe, en plus de la parésie du frontal, de la ptose bilatérale des paupières et un certain degré d'ophthalmoplégie externe, ce qui rend très complexe ce cas d'atrophie musculaire. Ce qui le rend plus complexe encore, c'est qu'il y a anesthésie à la douleur et à la chaleur, avec conservation de la sensibilité tactile : c'est la dissociation si souvent constatée dans la syringomyélie. Or, M. Chauffard pense, avec toute apparence de raison, qu'il s'agit d'un cas de lèpre contractée aux colonies. Il existe, en effet, un épaississement notable, vaguement noueux du nerf cubital : c'est un signe presque pathognomonique de lèpre.

Les médecins français ne doivent pas se désintéresser de la lèpre; en effet, nos troupes coloniales sont exposées à la prendre, et, d'autre part, il y a encore de la lèpre endémique en France. C'est ainsi que, pour Zambaco, la maladie de Morvan, relativement fréquente en Bretagne, ne serait qu'une forme de la lèpre, un résidu de la lèpre grave et généralisée du moyen âge.

(1) Eau, 1000; chlorure de sodium, 5; sulfate de soude, 10.

LE CHOLÉRA A BUDAPEST

Par M. le docteur Paul Bisch,
Chargé de mission scientifique en Autriche-Hongrie.

Vienne, le 1er novembre 1892.

Toutes les fois que le choléra a sévi en Europe, la ville de Budapest a dû payer son tribut à l'épidémie. C'est ainsi que, depuis 1832, cette malheureuse cité a été atteinte sept fois par le mal. Cette année encore, la capitale hongroise n'a pas été épargnée, bien que le reste de la Hongrie ne fût pas contaminé. On eût fait preuve de sagesse à Budapest si, tenant mieux compte du passé, on eût pris au préalable toutes les mesures nécessaires pour combattre énergiquement le choléra dès son apparition. Malheureusement on ne s'était pas figuré que, de Hambourg, il ferait un saut si brusque, et l'on a, pour ainsi dire, été pris au dépourvu.

Plusieurs causes expliquent cette prédisposition spéciale de Budapest : la position même de la ville au centre de l'Europe, sur les confins de l'Orient; le transit énorme qui s'y fait; enfin, et surtout, la misère d'une grande partie de la population. Un grand nombre d'ouvriers du port, soumis à des travaux de force continuels, habitent les faubourgs de la ville, mal nourris, mal vêtus, buvant de l'eau du Danube non filtrée, et vivant en promiscuité dans une saleté tout orientale.

On comprend qu'une maladie infectieuse trouve là des éléments de diffusion rapide, et qu'elle se propage surtout dans cette partie de la population. C'est précisément ce qui a lieu dans cette dernière épidémie : tous les individus atteints, sans exception, sont des gens misérables; et, le mal s'étant cantonné pour ainsi dire dans les quartiers insalubres, pas un seul individu de la classe aisée n'est tombé malade. Aussi trouvons-nous la ville, à notre arrivée, presque aussi animée que nous l'avions vue quelques semaines auparavant, bien qu'une bonne partie du monde élégant soit partie à la campagne.

Voici l'histoire de l'épidémie telle que nous avons pu la reconstituer sur place, avec des documents obligeamment fournis par le bureau de statistique et par le secrétariat du Barackenspital où M. le professeur Müller, directeur des hôpitaux, a bien voulu nous donner droit d'entrée pendant dix jours.

Quelques cas douteux avaient déjà été observés, lorsque le 26 septembre, à la suite d'une autopsie faite par les professeurs de clinique de la Faculté, la présence du choléra

fut officiellement constatée. On aurait dû s'attendre à cette nouvelle, étant donné les antécédents de la ville et la présence du choléra en plusieurs points de l'Europe; cependant, elle jeta tout le monde dans la consternation, parce qu'on avait négligé de prendre aucune mesure préventive, et que rien n'était prêt.

Pendant les premiers jours ce fut un véritable affolement. Les ordonnances de police sanitaire se succédaient les unes aux autres : les vieilles baraques de l'hôpital d'isolement furent réparées à la hâte; le nom des médecins des épidémies, et l'adresse des postes de secours furent affichés au coin de toutes les rues; enfin, on recruta le personnel subalterne chargé de la désinfection. Un médecin de nos amis reçut, pour l'accompagner dans les maisons contaminées, un employé qui ne savait rien, et qui, appelé à préparer une solution désinfectante, se brûla sérieusement les doigts en frottant des cristaux d'acide phénique, pour les faire fondre plus vite. Ce fut seulement lorsqu'il s'agit de transporter à l'hôpital les premiers malades, que l'on s'aperçut de l'absence complète de véhicules convenables. La Société de la Croix-Rouge offrit 75 voitures d'ambulance, insuffisamment fermées par des rideaux de toile, construites en vue de transporter des blessés, et non des cholériques. On s'en aperçut vite, et fort heureusement, car, pendant un transport, les déjections du cholérique s'écoulèrent de la voiture sur le sol, et infectèrent une des rues les plus fréquentées de la ville, qu'il fallut arroser au moyen de tonneaux d'eau phéniquée. On dut alors modifier ces voitures et les rendre utilisables. En même temps furent construits en grande hâte un certain nombre de véhicules, du modèle de ceux qui avaient déjà été préparés à Vienne, en prévision d'une épidémie. Ce sont de grands coupés, doublés intérieurement de zinc, ne présentant aucun angle pour que le nettoyage soit facilité, et dont les portières ferment hermétiquement grâce à des joints en caoutchouc. Il est très facile de les désinfecter, car on peut les laver à grande eau phéniquée, intus et extra.

Au début, lorsqu'un cas se produisait, on ne savait absolument pas à qui s'adresser pour faire transporter le malade à l'hôpital d'isolement, et le temps se perdait en formalités et en vaines démarches.

Voici comment les choses se passent maintenant. Lorsqu'un individu présente les premiers symptômes du mal, quelqu'un de son entourage se rend au poste téléphonique le plus proche, poste public ou privé (la liste en est affichée dans toutes les rues de chaque quartier), et avertit directement le service de l'Assistance publique, chargée des transports. Quelques minutes après arrivent le service de la désinfection, la voiture sanitaire, et le médecin des épidémies, qui vient confirmer le diagnostic, et décider si le malade sera conduit à l'hôpital, ou soigné à domicile. Car, dans quelques cas, sur la demande de la famille, et lorsque l'appartement était assez grand pour permettre l'isolement du malade dans sa chambre, l'autorisation a été donnée de soigner le cholérique chez lui. Disons tout de suite que le fait ne s'est produit que 40 fois sur près de 900 cas.

Le transport est-il décidé, le malade est emmailloté dans une grande toile caoutchoutée, puis dans d'épaisses couvertures de laine, et porté dans la voiture; un médecin s'assied à côté de lui pour lui donner des soins pendant le voyage.

Arrivé à l'hôpital, le malade est conduit dans un premier pavillon, où il donne, quand il est en état de le faire, des renseignements sur son état civil, puis porté dans le lit qu'il doit occuper.

Pendant ce temps la voiture est désinfectée, la toile caoutchoutée qui a servi à envelopper le cholérique est plongée dans une solution phéniquée, et le personnel qui a amené le malade ne peut quitter l'établissement qu'après s'être soumis, pendant cinq minutes, aux vapeurs phéniquées projetées par un puissant vaporisateur. La désinfection est facile et complète, car tous ceux qui doivent approcher des malades sont revêtus d'un grand sarrau de caoutchouc, qui protège tous les vêtements, et chaussés de bottes imperméables.

L'hôpital des épidémies, Fövarosi Kozkorhazak, se trouve relégué à une des extrémités de la ville, au bout du boulevard Ulloë. Il se compose d'un certain nombre de baraques en bois à un seul étage, distantes les unes des autres d'au moins quarante mètres, et construites dans un grand terrain vague clos d'une palissade de planches. Le terrain est tellement accidenté qu'il a fallu réunir les différents pavillons par des chemins planchéiés qui en rendent l'accès plus facile.

Chaque baraque contient 40 lits ou couchettes de fer, dont le matelas est protégé par une toile caoutchoutée; les murs sont blanchis à la chaux, et le plancher lavé plusieurs fois par jour. A une des extrémités de la construction sont aménagées trois petites pièces séparées; l'une sert de logement pour les infirmières; l'autre de salle de bains; la troisième de communs; c'est là qu'on désinfecte, avec de l'acide phénique, les déjections des cholériques. Il y a actuellement cinq pavillons semblables, qui ont suffi jusqu'ici à assurer le service. Cependant, on vient d'en aménager deux autres, pour parer à toute éventualité.

Le personnel médical se compose de deux « primarii », le professeur Angyan et le docteur Gerloczy, et de six « secundarii », logeant dans une baraque spéciale, au centre de l'hôpital, et passant tout leur temps, nuit et jour, au milieu de leurs malades. C'est une fonction toute de périls et de fatigues, car les heures de repos sont rares.

Le service intérieur est assuré par 28 infirmières, pauvres femmes chargées de la besogne la plus rebutante et la plus dangereuse : elles frictionnent les malades pendant leurs crampes, leur donnent les bains prescrits, les lavent quand ils se sont souillés. Nous ne dirons qu'un mot pour faire l'éloge de ce personnel : pendant les trois premières semaines de l'épidémie, deux de ces femmes ont payé de leur vie ce dévouement qu'elles semblent ignorer, et aucune des autres n'a demandé à quitter son poste.

Voici quel est le mode de traitement que nous avons vu employer dans les deux services de l'hôpital d'isolement.

M. le professeur Andyan, lors de l'épidémie de 1886, a eu l'occasion d'expérimenter un certain nombre de médications. C'est ainsi qu'il a mis à l'essai l'emploi des opiacés, du calomel, des alcalins, du salol, de l'acide muriatique et même de l'acide lactique, employé en France pendant l'épidémie actuelle. Mais il ne regarde, comme ayant véritablement quelque efficacité contre la diarrhée prémonitoire, que les opiacés et le bismuth. Il ordonne aussi fréquemment des lavements contenant 20 grammes de tannin et 2 grammes d'extrait d'opium par litre d'excipient; mais nous ferons remarquer que ces lavements ne peuvent atteindre que les bacilles du gros intestin. Pour arrêter les vomissements, il a recours à la glace, à l'eau de Seltz glacée et à une solu-

tion de 20 centigrammes de camphre, 8 grammes d'éther sulfurique dans 250 grammes d'infusion d'arnica.

Dans le service du docteur Gerloczy, on emploie dans le même but une solution de chloroforme à 5 p. 100, dont on donne deux cuillerées par heure. Contre les crampes douloureuses, les frictions à l'alcool camphré, et les bains très chauds fortement sinapisés, qui stimulent énergiquement le malade et combattent la tendance au refroidissement et au collapsus, donnent en général de bons résultats.

Pour le pronostic, on se base sur l'état du pouls et de la respiration, et sur la quantité d'urine émise.

Le plus souvent, l'urine est rare, albumineuse, très foncée en couleur; dans les cas qui doivent se terminer par la mort, l'urémie devient absolue. Chez les convalescents, la sécrétion urinaire se rétablit avec ses caractères habituels de limpidité et de quantité.

Dès que la quantité d'urine émise s'abaisse notablement, dès que le pouls devient faible, il faut remédier à l'énorme déperdition d'eau que le malade a faite par suite de la surabondance de ses déjections. Il y a peu d'années encore, on se contentait de faire avaler au patient, quand il le pouvait, la plus grande quantité de liquide possible, maintenant, et c'est là le seul véritable progrès que nous ayons réalisé dans la thérapie du choléra, on injecte directement dans l'organisme la quantité de sérum dont il a besoin.

Tandis qu'en France nous nous servons d'un sérum artificiel contenant 5 grammes de chlorure de sodium et 10 grammes de sulfate de soude par litre d'eau distillée, à Budapest la solution contient 4 grammes de chlorure de sodium et 3 grammes de carbonate de soude. L'injection se fait très rapidement et très facilement, en suivant la méthode de Ziemssen (de Munich). On se sert d'une simple seringue, comparable à celle de Pravaz, mais d'une contenance de 50 centimètres cubes, et terminée par un trocart de moyenne grosseur. On fait l'injection sous la peau, préalablement aseptisée, de la région abdominale, sous-claviculaire, ou interscapulaire. Puis, laissant l'aiguille creuse en place, on remplit de nouveau la seringue, et successivement, en moins de cinq minutes, on injecte de 600 à 1 000 grammes de sérum, maintenu à 40 degrés. Le liquide se résorbe assez rapidement, surtout si l'on a soin de faire quelques frictions légères au niveau de la piqûre.

Au début, on a essayé l'appareil de Cantani, dans lequel deux trocarts, enfoncés sous la peau, sont en communication, à l'aide de tubes de caoutchouc, avec le réservoir; on peut faire varier la pression du sérum qu'il contient en l'élevant ou en l'abaissant. Mais ce procédé est peu commode, car on laisse l'appareil en place pendant deux ou trois heures; il faut surveiller le malade pendant tout ce temps, et maintenir à la température convenable le liquide qui se refroidit.

On peut aussi, dans les cas pressés, faire l'injection directement dans une veine mise à nu, la veine céphalique ordinairement. Nous avons vu une dizaine de fois faire la transfusion veineuse d'un litre et demi ou deux litres de liquide chez des cholériques à la période d'algidité, complètement insensibles à toute excitation, avec un pouls imperceptible. C'était une véritable résurrection : le pouls se relevait sous le doigt qui l'explorait, le patient ouvrait les yeux, sortait de sa torpeur, répondait aux questions qu'on lui posait. Malheureusement, deux ou trois heures après, le malade retombait dans le collapsus, et la dyspnée s'accentuait de plus en plus jusqu'à la mort. Pas un de ces malheureux n'a pu être sauvé.

Le sérum introduit directement dans le torrent circulatoire est éliminé bien plus rapidement que lorsqu'on l'injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané; c'est pour cela que les injections faites sous la peau nous ont paru peut-être plus efficaces et avoir une action plus prolongée sur la diurèse.

Inutile de dire qu'on n'a pas essayé le traitement tenté dernièrement par un chirurgien d'Anvers qui ouvrit l'abdomen et l'intestin de deux de ses malades pour y faire passer une solution de sublimé à 1/3000, ce qui n'a pas empêché la mort des deux patients.

Il nous a été donné d'observer à peu près 300 cholériques; sur ce nombre, nous n'avons pas vu beaucoup de formes anormales, sauf 2 cas de mort par syncope, et l'autopsie ne fut pas faite. Un de ces malheureux, à peine soutenu par l'infirmière, venait de se mettre dans son bain, quand il mourut brusquement et tous les soins furent inutiles.

Nous n'avons pas rencontré l'emphysème sous-cutané décrit par Fræntzel et Galliard. Quelques cas revêtaient complètement l'allure de la fièvre typhoïde, à part la dyspnée plus accentuée; le diagnostic était du reste facile à cause de l'abaissement de la température.

Jusqu'ici, la mortalité a été de 48 p. 100, plus faible qu'en 1886, où il y a eu 586 morts sur 1 005 cas, soit une proportion de plus de 58 p. 100.

Nous allons maintenant passer en revue les principaux moyens prophylactiques employés pour éviter la diffusion du mal.

Dès qu'un malade a été emporté à l'hôpital, l'escalier de la maison et les environs immédiats (trottoir et ruisseau) doivent être immédiatement désinfectés, soit par le concierge soit par les voisins. A cet effet, il a été décrété que, dans la cour de chaque maison, il doit y avoir une provision de chaux, d'acide phénique, ou de sulfate de fer, placée bien en vue dans un endroit accessible. Et toute personne habitant ou non l'immeuble, le premier passant venu, a le droit, en cas de nécessité, de venir prendre la quantité de désinfectant dont il a besoin, en indiquant son nom et son adresse. La provision doit être constamment renouvelée par le propriétaire.

Tout l'entourage du malade est conduit alors à des baraques construites ad hoc Waïtznerstrasse. Là, chaque individu prend un bain de sublimé, revêt des habits spéciaux pendant qu'on désinfecte ceux qu'il portait, et est tenu en observation pendant deux ou trois jours. On profite de ce temps pour désinfecter complètement la chambre qu'il habitait ; les planchers sont grattés et lavés au sublimé ; les papiers arrachés et les murs badigeonnés à la chaux. Et quand plusieurs cas se sont produits dans une même maison on évacue complètement l'immeuble pour le désinfecter en entier.

Quant à la literie, si elle est neuve, on se contente de la faire passer à l'étuve. Si les matelas, les draps sont en mauvais état, le service de la désinfection les emporte et les brûle, ainsi que le lit, lorsqu'il est souillé par les déjections du malade. Un agent de la préfecture est chargé d'évaluer ce qui doit être détruit; le tout est remboursé dès le retour des locataires dans la maison.

Un certain nombre de mesures de police sanitaire ont été prises contre les industries insalubres. C'est ainsi, par

exemple, que les tanneries, les dépôts de chiffons, doivent être tenus hermétiquement fermés ; et les marchandises en magasin arrosées avec des solutions désinfectantes.

Défense a été faite aux marchands d'habits et aux chiffonniers de continuer l'achat et la vente de hardes ou de chiffons. Pendant ce chômage forcé la ville entretient ces individus et leur alloue une indemnité proportionnée au nombre de personnes qui sont à leur charge.

Les boulangers doivent faire leur pain avec de l'eau bouillie préalablement. Au sortir du four les pains sont enveloppés dans des sacs de papier et portés ainsi chez les clients.

Les Ecoles, l'Université ont été licenciées jusqu'à nouvel ordre. Les cafés et débits de vin sont fermés à dix heures. Les foires sont interdites temporairement.

Quant aux précautions prises pour empêcher la diffusion du mal dans les localités environnantes, elles nous paraissent complètement insuffisantes. Et le semblant de désinfection qu'on fait subir aux voyageurs partant de Budapest et à leurs bagages, est d'un effet illusoire. On pulvérise de loin un peu d'eau phéniquée sur les vêtements du voyageur forcé d'ouvrir sa malle ou sa valise au-dessus de laquelle on passe le jet du vaporisateur. En route, le conducteur fait deux ou trois rondes par heure dans les wagons, prêt à faire descendre à la première station tout voyageur indisposé.

Mais dans toute l'Autriche-Hongrie, quand on arrive d'un endroit contaminé, on est forcé d'en faire la déclaration, et pendant cinq jours on est soumis à la visite quotidienne et gratuite d'un médecin sanitaire. Cette mesure remplace très avantageusement les quarantaines; mais elle n'a pas empêché l'expansion du choléra dans quelques petites localités des environs immédiats de Budapest ; ce furent, il est vrai, des épidémies locales dont on est facilement venu à bout, grâce à la visite médicale obligatoire.

Un point intéressant dans l'histoire de l'épidémie actuelle, c'est la particularité qu'elle a présentée d'avoir un début très insidieux. Le premier cas a été constaté le 26 septembre ; le 27, il y avait 2 cas ; le lendemain, 3 ; le 29, 4 ; le 30, 2 cas seulement. De telle sorte que pendant ces cinq premiers jours il n'y a eu que 12 malades.

Si toutes les précautions avaient été prises à ce moment, il est permis de croire que la marche de l'épidémie aurait été enrayée ; mais, comme nous l'avons vu, pendant ces premiers jours tout allait à l'aventure, et le conseil municipal avait fait preuve d'une telle incurie que le Gouvernement a eu l'intention de le dissoudre d'office.

Puis les cas vont se multipliant, par bonds pour ainsi dire, 12, 20, 34, 40 malades sont reçus les jours suivants, et le onzième jour on amène aux baraques 51 cholériques. Mais la résistance était dès lors complètement organisée ; les services marchaient enfin régulièrement, et on put bientôt en voir les bons résultats. Jusqu'au 20 octobre il se produisait de 25 à 35 cas par jour ; maintenant il n'y en a guère qu'une vingtaine, et la mortalité de 48 p. 100 observée au début, tend à s'améliorer de plus en plus, comme à la fin de toutes les épidémies cholériques.

En somme, il y a eu à Budapest, en un mois, un millier de personnes atteintes ; et bien que cela ne soit pas à comparer avec l'horrible désastre de Hambourg, on voit qu'il y a eu là un foyer d'infection dangereux pour l'Europe, et plus sérieux que ne le laissaient supposer les notes officielles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 novembre 1892. — Présidence de M. Chauvel.

DISCUSSION SUR LES KYSTES DE LA RATE

M. Terrier communique l'observation d'une femme de trente-trois ans, qui fut prise d'une douleur dans le flanc gauche à la suite d'une douche. A partir de ce jour, la douleur persista et bientôt on sentit une tumeur mobile dans le sens transversal et paraissant profondément pédiculée. M. Terrier fit la laparotomie et trouva sous l'épiploon adhérent une tumeur fluctuante, développée au-dessous de la rate. Il fit une ponction qui donna issue à du sang liquide. Il vida le kyste et réséqua sa paroi, en laissant la rate en place. C'était un kyste séro-sanguin développé sous la capsule de Glisson. M. Terrier cautérisa au fer rouge l'intérieur de la cavité kystique, fixa les lèvres à l'incision cutanée et appliqua un drainage et un tamponnement iodoformé. La malade a bien guéri ; elle conserva toutefois quelques douleurs.

Ce fait prouve que des kystes sanguins peuvent reconnaître une origine traumatique. Dans ce cas, une ponction, suivie d'injection au sublimé, eût été inefficace, car, dans le liquide sanguin, se trouvait de la fibrine coagulée qui eût probablement obstrué la canule de l'instrument.

Les kystes de la rate sont rares. M. Terrier signale les faits rapportés par Lilois (1838), Leudet (1853), Péan (1867), Marcano (1874), Tortou et Spencer Wels.

Quant au traitement de ces kystes et plus particulièrement des kystes hydatiques, M. Terrier établit et sépare les kystes hydatiques suppurés des kystes hydatiques non suppurés.

Lorsque M. Ménars (de Bordeaux) a préconisé son traitement par les injections de sublimé, il n'a pas assez fait cette distinction.

Le procédé de M. Ménars diffère de celui de Baccelli et de celui de M. Debove. Baccelli retire une certaine quantité de liquide de la poche kystique et fait ensuite une injection de 30 centimètres cubes de bichlorure de mercure. M. Debove conseille d'enlever 500 grammes de liquide, de les remplacer par 500 grammes de liqueur de Van Swieten, puis, après malaxation de la poche, de retirer le tout. Ce sont là des méthodes différentes.

M. Monod fait connaître le résultat de l'examen du kyste suppuré de la rate qu'il a enlevé récemment. Cet examen a montré : 1° qu'il s'agissait bien d'une collection enkystée et suppurée siégeant dans l'épaisseur même de la rate ; 2° qu'il ne s'agissait pas d'un kyste hydatique ; 3° enfin que cette vaste poche suppurée ne contenait aucune espèce de microbes ni de bacilles tuberculeux.

M. Tuffier a observé un kyste hydatique de la rate chez une femme de vingt-cinq ans qui, depuis plusieurs années, éprouvait des douleurs et une pesanteur dans l'hypochondre gauche. Ces douleurs ont considérablement augmenté à la suite d'une attaque d'influenza. On sentait dans le flanc gauche une tumeur considérable à bord tranchant, ce qui, on le sait, est un des caractères des tumeurs de la rate. M. Fernet fit chez cette malade une ponction avec la seringue de Pravaz et vit qu'il s'agissait d'un kyste hydatique. Une seconde ponction donna issue à du liquide purulent. M. Tuffier fit alors une laparotomie latérale, trouva des adhérences, sutura entre elles les deux séreuses, ouvrit le tissu splénique, arriva sur le kyste, qu'il vida d'un grand nombre d'hydatides et de pus, et fit un drainage. Le malade guérit. MM. Chauffard et Chantemesse trouvèrent des bacilles dans ce liquide.

Quelques mois après, cette malade rentra à l'hôpital avec des douleurs dans le flanc droit et un foie volumineux. Pensant à un second kyste hydatique du foie, M. Tuffier fit une nouvelle laparotomie, trouva un foie irrégulier, volumineux, mais pas de kystes. Quelques jours après, la malade eut une vomique et rendit du liquide hydatique par la bouche. Il s'agissait donc probablement d'un kyste hydatique de la face postérieure du foie qui s'était ouvert dans les bronches, à travers le diaphragme.

M. Marchand rappelle qu'Adelmann, en 1887, a signalé un

cas de suppuration de la rate analogue à celui de M. Monod.

M. BOUILLY, répondant à M. Terrier, admet, comme lui, qu'il faut faire une distinction, au point de vue du traitement, entre les kystes hydatiques suppurés et les kystes hydatiques non suppurés. Mais l'idée de traiter les kystes hydatiques par les injections de sublimé n'en appartient pas moins à M. Ménars (de Bordeaux). Mais M. Bouilly a déjà pris soin de déclarer que ce mode de traitement ne convenait qu'aux kystes hydatiques simples, uniques, non suppurés.

M. MARCHAND fait observer que les injections de sublimé sont loin de donner toujours des succès, et il cite un cas dans lequel, quatorze mois après, il y eut une récidive d'un kyste suppuré.

M. POZZI rappelle un fait qu'il a publié en 1884, et dans lequel il s'agissait d'une femme chez laquelle, au cours d'une hystérectomie abdominale, il trouva une tumeur fluctuante qu'il prit pour une hydronéphrose suppurée; il fit une ponction, puis une injection de sublimé. Ce seul lavage au sublimé a suffi pour amener la guérison.

M. TERRIER persiste à déclarer que la méthode de M. Ménars ne saurait être considérée comme un procédé de choix pour le traitement des kystes hydatiques suppurés. Or c'est précisément pour un cas de ce genre que M. Ménars l'appliqua pour la première fois.

COMMUNICATION

Hernies de la grande lèvre. — M. TERRILLON, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Berger, rapporte les deux faits suivants :

Dans l'un, il s'agit d'une jeune femme, atteinte d'une tumeur de la région inguinale, qui fut prise de douleurs et de vomissements; la tumeur occupait la grande lèvre et remontait dans le canal inguinal, en offrant une forme bilobée. M. Terrillon l'opéra et trouva un sac à parois épaisses et fibreuses, qui contenait 50 grammes de liquide jaunâtre, et à sa partie supérieure, correspondant au trajet inguinal, une masse épiploïque. L'incision ayant été prolongée par en haut, il rencontra, au-dessus de l'épiploon, une anse intestinale étranglée; ces organes faisaient hernie dans la poche remplie de liquide et close à sa partie supérieure. Il termina l'opération par une cure radicale, non sans difficultés. La malade guérit.

Dans le second cas, il s'agissait d'une hernie analogue développée chez une femme très obèse. Il fit le même traitement et a également obtenu la guérison.

M. BERGER fait remarquer que les deux faits de M. Terrillon diffèrent du sien en ce sens qu'ils étaient accompagnés d'accidents qui l'ont déterminé à intervenir. Pour éviter toute erreur en pareil cas, il croit que le meilleur moyen est de fendre la paroi antérieure du canal inguinal dans toute son étendue.

RAPPORT

Hypertrophie considérable de la rate avec ascite et œdème des membres inférieurs; laparotomie exploratrice; guérison. — M. MARCHAND fait un rapport sur une observation adressée par M. Raymond (de Limoges). [Sera publié.]

M. TERRIER n'admet pas, quand on entreprend une ablation de la rate, qu'on ne soit pas renseigné sur l'état du sang du malade et sur ses antécédents paludéens. C'est, suivant lui, une grosse lacune dans l'observation de M. Raymond.

PRÉSENTATIONS

Scoliose. — M. REYNIER présente une jeune fille atteinte d'une scoliose traitée par le corset de Sayre. Le résultat obtenu est très bon.

Lipome capsulaire du rein. — M. MONOD présente un gros lipome capsulaire du rein (3600 grammes), qu'il a enlevé par la laparotomie.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 31 octobre 1892, ont été nommés :

Professeur de clinique chirurgicale près la Faculté de médecine de Paris, M. Tillaux, professeur de médecine opératoire près ladite Faculté.

Professeur de thérapeutique près la Faculté de médecine de Bordeaux, M. Arnozan, agrégé.

Professeur de médecine expérimentale près la Faculté de médecine de Bordeaux, M. Ferré, agrégé.

Professeur de chimie médicale près la Faculté de médecine de Montpellier, M. Ville, agrégé.

— *Hôpitaux de Nantes.* — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Chupin, Diet, Hugé, Ozo, Mignan, Aubry, Groleau, Mouillé, Mével.

Internes provisoires : MM. Rautureau, Raingeard, Rabineau, Sainz, Savatier.

Externes : MM. Rouleau, Sourisse, Rouger, Viaud-Grand-Marais, Arin, Reliquet, Duclos, Labour, Bonhommet, Follet, Brochet, Rivet, Priouzeau, Burot, Haie, Houiex de la Brousse.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1891-1892.

Première année : Médaille d'argent, M. Mage; mentions honorables, MM. Sicard et Brial.

Deuxième année : Médaille d'argent, M. Belzer; mention très honorable : M. Triboudeau.

Troisième année : Médaille d'argent, M. Crozet; mentions honorables, MM. Ziégler et Viguier.

Quatrième année : Médaille d'argent, M. Laurent.

Prix du conseil général : M. Matignon; mention honorable, M. Laurent.

Prix Godard : MM. Bitot et Lamacq.

Prix des thèses : Médailles d'or, MM. Binaud, Fromaget et Sérézé; médailles de bronze : MM. Ferrand, Laffite et Roudié.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Le concours pour une place de chef de clinique chirurgicale (service de M. le professeur Ollier) s'est terminé par la nomination de M. le docteur Loison.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Voici la liste des récompenses décernées pour l'année scolaire 1891-92.

1° *Faculté de médecine.* — Prix de première année (chimie, physique, histoire naturelle), M. Lahaussois; mention honorable, M. Beuvignon.

Prix de troisième année (sciences anatomiques et physiologiques), M. André; mention très honorable, M. Lévy.

Prix de quatrième année : 1° chirurgie, M. Jacques; 2° médecine, pas de prix; prix de l'internat fondé par le docteur Bénit, M. Etienne; mention honorable, M. Stroup; prix de thèses, fondé par le Conseil général de Meurthe-et-Moselle et la ville de Nancy, M. Lang; mentions honorables, MM. Kœhler, Vouillemin.

2° *Ecole supérieure de pharmacie.* — Première année : médaille d'argent et 30 francs de livres, M. Bloch; mention honorable, M. Geoffroy.

Deuxième année : médaille d'argent et 75 francs de livres, M. Grélot; mention honorable, M. Biémont.

Troisième année : médaille d'or d'une valeur de 300 francs, M. Ernst; mention très honorable, M. Jacobi.

Prix de travaux pratiques. — Première année : médaille d'argent, M. Geoffroy; médaille de bronze, M. Thouvenin.

Deuxième année : médaille d'argent, M. Grélot; médaille de bronze, M. Biémont.

Troisième année : chimie, M. Jacobi; micrographie, M. Ernst.

— M. le préfet de Meurthe-et-Moselle a remis une médaille d'honneur à M. Dupré, garçon du laboratoire de chimie à la Faculté des sciences et à l'Institut chimique de Nancy, en récompense de trente-sept années de bons services qui avaient été si-

gnalés à M. le président de la République, lors des fêtes de Nancy et de l'inauguration de l'Institut chimique.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi 10 novembre 1892, à cinq heures (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. — Dans la première leçon, le professeur résumera l'histoire de Celse et de la médecine à Rome.

M. le professeur A. Fournier commencera son cours clinique des maladies syphilitiques et cutanées, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 11 novembre, à neuf heures et demie, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, reprendra ses leçons cliniques de gynécologie, le 14 novembre, à deux heures, à sa clinique, 9, rue de Savoie, et les continuera les lundis suivants à la même heure. Les auditeurs sont admis à examiner les malades.

Vals Précieuse — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.*
Goudron Freyssinge (1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas). *Catarrhes, bronchites chroniques, épidémies.*
Phthisie — *Dragées Simb* (carbonate de gaïacol).
Dyspepsies — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 128. — JEUDI 10 NOVEMBRE 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 10 NOVEMBRE 1892. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Tous les ans, à pareille époque, l'Académie est obligée de consacrer la plus grande partie de ses séances à des rapports de prix. Elle n'en a pas entendu moins de cinq dans cette dernière séance : ce sont ceux de MM. Ollivier, pour le prix Vernois; Péan, pour le prix Huguier; d'Arsonval, pour le prix Buignet; Budin, pour le prix Capuron, et Constantin Paul, pour le prix Monbinne. Les conclusions de ces rapports ont été lues en comité secret.

Malgré cette abondance de documents officiels, la parole a pu être donnée à M. Semmola (de Naples) et à M. Hayem pour deux intéressantes communications.

Le premier a rappelé sa méthode de traitement du saturnisme par les courants continus. On trouvera, dans la *Gazette des hôpitaux* du 10 avril 1877, un premier travail de l'auteur sur ce sujet. Depuis, il a continué ses recherches et ses expériences, et les résultats qu'il a obtenus sur vingt-cinq nouveaux malades peuvent ainsi se résumer : guérison complète dans les cas de colique simple et paralysie des muscles extenseurs, amélioration dans les formes cachectiques avec albuminurie, mais sans altérations vasculaires apparentes, résultat nul dans la forme nerveuse encéphalique avec artério-sclérose et ses conséquences.

M. Hayem a donné la relation de l'épidémie cholérique à l'hôpital Saint-Antoine. Il s'est placé uniquement sur le terrain de la thérapeutique et il a fait connaître, en détails, les résultats qu'a obtenus, dans son service, M. Lesage, qui l'a remplacé pendant les vacances, de ces quatre principaux moyens : le lavage de l'estomac, l'acide lactique, les injections intra-veineuses de sérum artificiel et les bains chauds. La conclusion générale à tirer de la pratique de M. Hayem est que les injections intra-veineuses de sérum artificiel, faites selon les préceptes qui ont été relatés ici même par notre collaborateur, M. Albert Mathieu, ont donné des succès dans des cas absolument désespérés. La mortalité générale, dans le service de M. Hayem, n'a été que de 38 p. 100. C'est donc là un moyen précieux et qui semble constituer un réel progrès dans la thérapeutique, malheureusement si pauvre, du choléra. Il est seulement regrettable que ce moyen ne soit pas d'une application toujours facile, ni bien pratique en dehors de l'hôpital ; il exige, en effet, une surveillance constante de la part du médecin et de ses aides, car, en pareil cas, il faut agir en temps opportun, et l'indication de cette intervention peut surgir d'un moment à l'autre.

A la fin de la séance, M. Bergeon a présenté une malade phthisique dont l'état se trouve notablement amélioré par les lavements gazeux créosotés.

DU TRAITEMENT RADICAL DU SATURNISME CHRONIQUE

PAR L'ÉLIMINATION DU PLOMB PAR LES URINES SOUS L'INFLUENCE DU COURANT CONSTANT.

Par M. SEMMOLA,
Professeur à l'Université de Naples.

Le but de ma communication est d'appeler l'attention de l'Académie sur un traitement du saturnisme chronique que j'ai pratiqué la première fois, il y a un grand nombre d'années, en soumettant les malades à l'action du courant continu, dans le but d'activer les échanges nutritifs et de produire ainsi un mouvement de désassimilation qui aurait dû permettre, selon moi, l'élimination du plomb par la voie des urines, lorsque les reins sont en bon état pour permettre la dépuration organique.

Il n'y a pas besoin de rappeler ici tous les essais qui ont été faits pour obtenir l'élimination du plomb de l'organisme ou sa neutralisation : bains sulfureux, traitements purgatifs ou sudorifiques de différents genres : limonade sulfurique, etc.

Tous ces essais n'ont jamais abouti à des résultats bien concluants, pour différentes raisons qu'il est superflu de discuter ici ; on se rappelle aussi les grandes espérances qui furent fondées sur l'emploi de l'iodure de potassium pour éliminer le plomb sous forme d'un composé soluble à la suite de l'activité imprimée aux échanges nutritifs, par les iodures alcalins à haute dose.

Mais, quoique dans plusieurs cas, l'on ait bien observé l'élimination du plomb par les urines, sous l'influence du traitement iodique, néanmoins les cas de guérison réelle ne sont pas bien concluants et, en tous cas, la guérison serait arrivée très lentement.

On essaya plus tard la faradisation, en se proposant ainsi

le traitement local des paralysies. Mais il est évident que l'action du courant faradique appliqué localement n'est pas un traitement étiologique, si l'on songe, d'autant plus, que les muscles paralysés présentent une sensibilité bien petite, sinon nulle à l'action du courant induit.

En 1852, MM. les docteurs Verguier et Poey proposèrent d'employer le bain électrique dans un travail qui avait pour titre : « De l'application de l'électro-chimie à l'extraction des métaux introduits et séjournant dans l'organisme. »

C'était une espèce de galvanoplastie, mais aucun fait sérieux ne vint à l'appui de cette méthode et, par mes recherches personnelles publiées en 1877, je fus porté à confirmer les recherches négatives de M. le docteur Engel (Paris 1873), m'étant assuré que jamais on obtient, avec cette méthode, le dépôt du plomb sur les parois de la baignoire ou sa dissolution dans l'eau du bain qui, d'après les auteurs américains, était acidulée avec de l'acide nitrique, etc.

A cette époque, en me basant sur l'action physiologique du courant continu employé pour activer les échanges nutritifs de l'organisme et produire un mouvement de désassimilation plus considérable, j'eus l'idée de proposer la méthode de l'électrisation par l'action du courant constant appliqué, en plaçant, pendant la moitié de la séance, le pôle positif sur la langue et le pôle négatif soit au creux épigastrique et pendant l'autre moitié, en promenant le pôle positif sur les côtés de la colonne vertébrale et le pôle négatif sur l'abdomen.

Pour mieux réaliser mon idée, je priai le docteur Vizioli, professeur d'électrothérapie de l'Université de Naples, de vouloir m'aider de ses conseils et de sa pratique.

Il me proposa, en janvier 1877, de commencer les recherches par l'emploi d'une pile de Wollaston, avec dix grands éléments.

Dans les dernières années, je me suis servi d'un appareil à la Daniell avec pile Onimus, modifié par le professeur Vizioli.

La durée de chaque application variait entre dix et quinze minutes chaque matin.

Les malades supportaient très bien le courant, avec toutes les précautions nécessaires pour empêcher les effets locaux.

Les premiers malades traités par cette méthode étaient affectés par des coliques et des atrophies musculaires considérables des mains ; il existait un liséré gingival caractéristique et l'aspect général était toujours cachectique, avec apparence anémique des muqueuses labiales.

L'analyse des urines, faite avant de commencer le traitement, ne révéla jamais aucune trace de plomb. Après trois ou quatre jours de traitement, on put déceler nettement des traces de plomb dans les urines, la recherche étant contrôlée par un chimiste de l'université. La quantité de plomb éliminée alla toujours en augmentant pendant les premières quatre semaines du traitement, et, plus tard, elle alla en baissant lentement jusqu'à la disparition complète après quatre mois.

A la fin de la troisième semaine, le liséré gingival avait disparu et la nutrition des muscles atrophiés était considérablement améliorée.

Après une durée de traitement variable entre trois et quatre mois, les six malades qui avaient fait le sujet de ces applications furent tous guéris, et la *Gazette des hôpitaux*, du 10 avril 1877, publia un résumé des résultats que j'avais obtenus avec cette nouvelle méthode.

En Italie, le docteur Serafini, professeur à l'université de Padoue, confirma mes recherches et publia trois nouveaux cas de guérison obtenus avec ma méthode.

D'autre part, je continuais mes recherches sur le même sujet, en étendant les applications de la méthode à d'autres accidents du saturnisme chronique et je communiquais, au dernier Congrès de thérapeutique qui eut lieu à Paris, la suite des recherches dans lesquelles, en confirmant les résultats précédents, je faisais remarquer l'inutilité de ma méthode dans les accidents tardifs du saturnisme chronique, et principalement dans les encéphalopathies saturnines : soit à cause de la nature des intégrations plombiques dans la substance nerveuse; soit à cause des graves lésions rénales qui empêchaient la dépuration organique.

Puisque je pense que réellement ma méthode semble destinée à résoudre le problème du traitement définitif de l'intoxication saturnine chronique, je viens vous présenter les conclusions synthétiques de mes expériences ultérieures.

J'ai eu en traitement, depuis le commencement de mes expériences (1877), un total de vingt-cinq malades, qui peuvent se grouper ainsi :

1° Forme de colique simple et paralysie des muscles extenseurs : 15 cas;

2° Forme cachectique avec albuminurie à différents degrés, mais sans altérations vasales apparentes : 8 cas ;

3° Forme nerveuse encéphalopathique avec artério-sclérose et ses conséquences : 2 cas.

Ma méthode a produit la guérison complète et permanente des cas du premier groupe ; une amélioration générale considérable du second groupe avec diminution de l'albuminurie, mais jamais disparition complète ; enfin, aucun résultat bien remarquable dans les deux derniers cas qui ont été suivis de mort.

Je m'abstiens de faire, pour le moment, des considérations explicatives sur ces résultats pour les mettre en rapport avec la nature des différentes altérations anatomo-pathologiques et la possibilité plus ou moins grande d'obtenir dans les différents cas des améliorations ou la guérison complète des accidents saturnins.

Je désire seulement que les recherches d'autres expérimentateurs puissent étendre l'application de ma méthode et confirmer ainsi, d'un côté, les grands avantages qui peuvent résulter de l'électrothérapie, par son action chimique générale sur les échanges nutritifs qui représente, selon moi, son plus grand avenir, et, d'un autre côté, rendre un grand service à la classe ouvrière qui est très souvent victime de son métier.

HYPERTROPHIE CONSIDÉRABLE DE LA RATE

AVEC ASCITE ET ŒDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS. LAPAROTOMIE EXPLORATRICE. GUÉRISON.

(Rapport de M. MARCHAND sur une observation communiquée à la Société de chirurgie par M. RAYMOND, de Limoges.)

Il s'agit d'une femme âgée de trente-huit ans, dont la maladie datait de deux ans, et dont le ventre, depuis dix-huit mois, était distendu par une grosse ascite. On ne trouvait dans ses antécédents pathologiques aucun fait important, si ce n'est des accès de fièvre intermittente qu'elle aurait eus à l'âge de sept ou huit ans. L'auteur fait observer incidemment que, dans le Limousin, à cette

époque, la plupart des enfants présentaient des accidents relevant de l'intoxication palustre.

Quoi qu'il en soit, lors de son entrée à l'hôpital, la malade était très amaigrie, présentait un teint cachectique grisâtre. Le ventre était très volumineux; les membres inférieurs œdématiés, ainsi que les parois abdominales.

L'abdomen était très manifestement distendu par de l'ascite; et, du reste, plusieurs fois la paracentèse avait été pratiquée. Elle donnait issue à 12 ou 15 litres de liquide. L'observation ne relate pas le nombre de ces ponctions.

C'est à la suite de l'une d'elles, que la palpation permit de constater l'existence, dans l'hypochondre gauche, d'une tuméfaction volumineuse, aplatie, descendant au-dessous de l'ombilic, et paraissant mobile.

Bien que l'épaisseur des parois abdominales ne permît point de se rendre un compte exact de toutes les particularités relatives à cette tumeur, sa forme, sa situation dans l'hypochondre d'où elle procédait, ne permettaient guère de méconnaître qu'il ne s'agit, dans l'espèce, d'une rate très hypertrophique, ou tout au moins d'une affection néoplasique de cet organe.

Le foie paraissait de volume normal; les urines rares ne contenaient point d'albumine. L'appétit était absolument tendu; il existait un état fébrile continu qui élevait la température jusqu'à des maxima de 38°5 : pouls 110. La respiration était presque constamment gênée, car les ponctions ne procuraient plus qu'un soulagement précaire, durant quelques jours seulement.

C'est dans ces misérables conditions et devant l'imminence d'une terminaison fatale qui ne pouvait guère tarder, que notre confrère prit le parti d'intervenir par une laparotomie exploratrice d'abord, mais qui devait conduire à l'extirpation de la rate, si elle était possible.

L'ouverture de l'abdomen exécutée, on put se convaincre aussitôt que la tumeur était constituée par la rate hypertrophiée; que cette dernière avait conservé sa forme et son aspect normaux, n'était déformée par aucun néoplasme; mais, d'un autre côté, elle présentait de nombreuses et larges adhérences avec l'angle du côlon transverse, le grand épiploon, le diaphragme. L'épiploon put être libéré, ainsi qu'une bonne partie du gros intestin; mais, en présence de la ténacité et de l'étendue des adhérences diaphragmatiques, et dans la crainte que les déchirures qui devaient se produire ne déterminassent une hémorrhagie trop abondante, l'opérateur modifia son plan primitif et abandonna l'idée qu'il avait eue, d'extirper en sa totalité la tumeur splénique. Il s'y décida avec d'autant plus de facilité, qu'ayant reconnu qu'il s'agissait d'une simple hypertrophie, il connaissait les très médiocres résultats fournis par la splénoctomie, dans ces cas. Le péritoine fut très soigneusement et très largement lavé, au moyen d'une dizaine de litres d'eau boriquée à 40 p. 1000. Fait à remarquer, et qui a été observé dans diverses splénopathies, on vit que, pendant le lavage, il se faisait, sous le péritoine et dans l'épaisseur de la paroi abdominale, des suffusions sanguines, formant par place de véritables thrombus.

La friabilité des tissus et du péritoine, en particulier, ne permit point la réunion par la triple suture; on dut recourir à la suture profonde ordinaire. Dès le lendemain de cette intervention, un mieux très sensible se manifestait dans l'état de la malade : les urines redevenaient très abondantes; il y eut une véritable polyurie qui dura plusieurs jours.

L'œdème des membres inférieurs disparut progressivement, et la malade opérée le 15 avril pouvait quitter l'hôpital, le 8 mai, sans que le liquide se fût reproduit, conservant néanmoins sa tumeur splénique qui semblait quelque peu diminuée de volume. Revue le 19 juin, la guérison s'était non seulement maintenue mais accentuée. L'ascite ne s'était pas reproduite; la rate avait tellement diminué, qu'elle avait complètement réintégré l'hypochondre gauche.

La paroi abdominale était résistante, manifestement épaissie, mais nullement œdémateuse, cette consistance spéciale était vraisemblablement due, ainsi que le fait observer notre confrère, à la transformation des hémorrhagies interstitielles qui s'étaient formées sous ses yeux au cours même de l'opération.

Telle est l'intéressante observation que nous communique notre confrère de Limoges. Son intervention a été suivie d'un beau succès opératoire et thérapeutique qui se fût peut-être transformé en désastre, si, persistant dans son intention première, il eût quand même extirpé la rate.

L'ablation de la rate affectée d'hypertrophie, simple ou leucémique, reste encore, à l'heure actuelle, une opération entourée d'immenses périls. En 1887, Adelmann recueillait 19 observations d'ablation de rates leucémiques avec 1 seul succès, et encore convient-il de noter que, dans ce cas heureux, qui appartient à Franquelini, la rate ne pesait que 1576 grammes, que l'affection leucémique était à son début.

Sur 14 extirpations pour hypertrophie simple, il y eut 13 morts et 1 seule guérison, pour une rate un peu plus lourde et un peu plus volumineuse qu'un organe normal.

Cette statistique remonte à 1887 et, depuis lors, quelques cas heureux ont été publiés, mais trop peu nombreux encore pour que la splénectomie se soit relevée de la sorte de discrédit dans lequel elle était tombée.

Je n'entends parler ici que des rates hypertrophiques simples, leucémiques ou paludéennes, car les destructions étendues, expérimentales, accidentelles ou pathologiques du tissu splénique sain, chez des individus en bonne santé, sont compatibles avec l'intégrité complète des fonctions physiologiques, avec toutes les apparences de la santé la plus parfaite. Ces faits ont été établis expérimentalement depuis de longues années.

Aussi les ablations partielles de rates procidentes ou trouées d'une blessure de la paroi abdominale, l'extirpation *in tòto* de rates atrophiées par des kystes simples ou hydatiques, désorganisées par des suppurations plus ou moins étendues, ont-elles fourni de beaux succès immédiats et définitifs. Il en est de même pour les cas où la rate devient le point de départ des végétations pathologiques malignes. Ici, du reste, comme pour les autres régions ou organes, la chirurgie n'a rien de mieux à offrir à l'heure actuelle.

En admettant même (ainsi que quelques observations de ces dernières années tendent à le faire espérer) que certains perfectionnements de la technique opératoire atténuent l'effrayante léthalité de la splénectomie entreprise dans les cas que j'ai cités, les doutes que l'on pourra concevoir sur son utilité thérapeutique réelle retiendront longtemps encore bon nombre de chirurgiens; cela jusqu'à ce que la physiologie pathologique ait permis de fixer la part qui revient au parenchyme liénal dans les affections dyscrasiques au cours desquelles se montrent les altérations anatomiques sus-mentionnées, altérations que l'on avait supposées, bien à tort, comme leur cause génératrice unique.

Il faut bien l'avouer, à part le volume excessif de l'organe et les phénomènes d'ordre purement mécanique qui en peuvent dériver, aucun des éléments morbides dont la combinaison, l'ensemble, constituent l'appareil symptomatique des splénomégalies vraies, aucun ne semble devoir être influencé, d'une façon décisive, par l'ablation totale du parenchyme liénal.

En présence donc d'un bon diagnostic établissant l'origine hypertrophique simple, leucémique, paludéenne ou même secondaire d'une intumescence splénique, à moins de circonstances spéciales qu'il est difficile de prévoir, la plus grande réserve s'imposera au point de vue d'une

action chirurgicale qui, souvent, fut d'une utilité très restreinte, mais a présenté et présente encore une léthalité considérable.

Si, dans une situation grave, il subsistait des doutes sur la nature réelle d'une tumeur spécifique, l'exemple de M. Raymond prouve que la laparotomie exploratrice est une ressource dont il resterait à discuter l'opportunité et pourrait rendre des services sur lesquels il ne faudrait cependant pas trop compter.

On ne peut point toujours compléter, *in vivo*, un diagnostic qui autorise à rebrousser chemin, ou au contraire à marcher de l'avant.

Comment interpréter le résultat, d'autant plus heureux qu'il était plus inespéré, obtenu par notre confrère?

L'ouverture abdominale a montré deux faits importants. D'abord la tuméfaction splénique, de nature purement hypertrophique suivant toute vraisemblance, bien qu'à cet égard l'observation présente une lacune regrettable; je veux parler de l'examen du sang qui a été complètement négligé.

Il existait, de plus, de larges adhérences qui unissaient la rate altérée aux organes voisins.

Ces adhérences, relativement récentes puisqu'elles cédèrent avec facilité au niveau du côlon, témoignent de l'existence d'un état inflammatoire du péritoine, coïncidant avec l'affection splénique, sans qu'il soit possible de dire si cette péritonite chronique était la cause ou le résultat des autres altérations organiques.

Quoi qu'il en soit, et sans hasarder aucune hypothèse qui soit en contradiction avec les faits admis presque généralement aujourd'hui, on doit admettre que la destruction des adhérences intestinales, le lavage boriqué très soigné qui a complété l'opération, ont agi avantageusement sur l'état irritatif de la séreuse péritonéale, et que l'ascite qui en était la conséquence a dû disparaître avec lui.

Quelle part revient à la lésion splénique elle-même dans l'ensemble des faits précédents? C'est ce qu'il n'est guère possible de déterminer, à moins de recourir à des explications purement hypothétiques; je veux dire que nos connaissances actuelles sur la physiologie de cet organe ne peuvent encore justifier.

OBSERVATION D'UN CORPS ÉTRANGER DE L'OREILLE

Par le docteur Ed. Ménière.

Que n'a-t-on pas dit et écrit à propos des corps étrangers du conduit auditif externe? Et, cependant, il peut se présenter des cas curieux qui laissent encore le champ libre à des réflexions intéressantes sur ce sujet si rebattu.

Voici une nouvelle observation :

En avril 1891, une jeune personne de vingt-deux ans, étrangère, me fut amenée par sa famille, pour me demander conseil, au sujet d'une surdité de moyenne intensité de l'oreille gauche, remontant au mois d'août 1890.

Pour des raisons de santé, cette jeune fille avait été passer l'été sur une des plages de la côte française. Étant très bonne nageuse, elle ne craignait point de se baigner lorsque la mer était forte et houleuse.

Un jour de bain, à marée montante, Mlle X... fut culbutée et roulée violemment par une vague, qui la déposa un peu étourdie sur le sable de la plage. Elle se remit vite, s'habilla et rentra chez elle.

Le soir, il lui sembla que son oreille gauche était un peu sourde et que, lorsqu'elle parlait, sa voix avait une légère résonnance. Elle en dit un mot le lendemain au médecin de la localité, qui conseilla des injections, continuées six ou huit jours, sans résultat.

Puis toute la famille rentra dans son pays, et, comme cette demi-surdité, qui n'était accompagnée d'aucun autre symptôme, ne se passait pas, elle consulta son médecin. L'examen de l'oreille n'ayant rien fait découvrir, on conseilla de nouveau les injections, toujours sans effet.

La jeune fille fut alors adressée à un otologiste de son pays, qui ne vit dans l'oreille qu'un épaississement insolite du tympan et soumit la malade à un cathétérisme assez suivi, sans que les phénomènes de dysécée fussent modifiés.

Enfin, par suite de je ne sais quelles obligations, la famille revint en France en avril 1891 et demanda mes soins.

Voici, en quelques mots, le résultat de mon examen :

Le fond de l'oreille m'apparut d'une concavité uniforme et d'un blanc nacré brillant. Cet état nacré était comme étendu sur toute la surface. A première vue, je ne pouvais m'expliquer à quel genre de lésions pouvait correspondre cet aspect singulier. Pour me renseigner plus exactement, je touchai ce fond de l'oreille avec un petit stylet mousse, et j'eus une sensation de dureté toute spéciale, sans que je pusse déterminer le moindre mouvement de ce pseudo-tympan.

En haut, vers la paroi supérieure, il y avait comme une ligne légèrement ombrée. Le stylet, promené sur toute la surface, me donnait la même sensation dure, sans mouvements de la masse. Pas la moindre parcelle de cérumen, pas de détritus épidermiques. Je me fis répéter avec détails l'histoire du bain à la suite duquel était survenue la surdité et, après nouvel examen, je restai convaincu qu'il y avait un corps étranger et que cela devait être un mince coquillage, comme on en rencontre tant dans les sables du bord de la mer. Je remplis l'oreille de glycérine coaltarisée, puis, cinq minutes après, je pratiquai des irrigations avec la grande pompe de mon père. A la deuxième injection, le corps étranger tomba dans la cuvette. C'était bien un coquillage mince, nacré, d'une concavité uniforme, qu'on aurait dit modelé sur un tympan.

L'oreille, examinée de suite après, ne présentait rien d'anormal. Le tympan, sans la moindre lésion, laissait voir quelques stries rosées le long du manche du marteau; il n'existait pas la moindre écorchure de l'épiderme du conduit. L'audition était normale.

Le long séjour de ce coquillage, dans le conduit auditif, n'a rien de surprenant par lui-même.

Mais la façon dont il s'est introduit dans l'oreille, sa position au fond du conduit, son aspect nacré, sa forme si particulièrement trompeuse et, enfin, son accolement complet et exact sur le tympan, pouvant jusqu'à un certain point expliquer les erreurs de diagnostic, n'en restent pas moins des faits bizarres qu'il est bon de connaître et de joindre à tous ceux qui forment l'histoire des corps étrangers de l'oreille.

ÉPURATION DE L'EAU DE BOISSON

M. Burlureaux publie dans les *Archives de médecine expérimentale*, un intéressant travail sur l'épuration chimique des eaux de boisson.

Les substances qui précipitent la chaux des eaux calcaires ont, en même temps, la propriété de stériliser ces mêmes eaux. Or, cette décalcification s'obtient par un mélange, en poudre impalpable, de chaux vive, de carbonate de soude et de poudre d'alun.

Pour les eaux qui renferment plus de bicarbonate que de sulfate de chaux, la composition de cette poudre serait la suivante :

Poudre de chaux vive. . . . . . 9 parties.
Poudre de carbonate de chaux. . 6 —
Poudre d'alun . . . . 1 —

Pour les eaux qui contiennent plus de sulfate que de bicarbonate, la formule devient :

Poudre de carbonate de soude. . 9 parties.
Poudre de chaux vive. . . . . 5 —
Poudre d'alun . . . . 1 —

Pour les eaux riches en bicarbonate : « Avec 60 centigrammes d'anticalcaire, on tue encore à coup sûr tous les microbes, même ceux surajoutés à l'eau ; mais comme avec 60 centigrammes l'eau est encore quelque peu alcaline et fade, nous préférons recommander les doses de 50, 40 et même 30 centigrammes, qui nous ont presque toujours donné des résultats favorables, et qui ne donnent à l'eau traitée aucun goût appréciable. » (Burlureaux.)

Pour les eaux riches en sulfate de chaux, la dose maniable de la poudre dépurative varie entre 50 centigrammes et 1gr20.

Pour les eaux peu calcaires, les eaux de rivière, l'eau de Seine en particulier, M. Burlureaux recommande la poudre suivante :

Poudre de chaux vive. . . . . . 9 parties.
Poudre de carbonate de soude. . 5 —
Poudre d'alun . . . . 1 —
Poudre de sulfate de fer. . . . . 1 —

40 centigrammes de cette poudre suffisent pour « assurer l'épuration parfaite de l'eau de Seine naturelle ou artificiellement polluée. »

Inutile d'insister sur l'importance pratique des recherches précédentes ; de montrer quelles sont les circonstances multiples dans lesquelles cette méthode pourrait être utilisée.

Les eaux ainsi purifiées, et de leur chaux en excès, et de leurs microbes, ne peuvent pas se conserver longtemps ; elles se putréfient, en effet, au bout de quelques jours. Il faut donc les préparer chaque jour. On peut, par exemple, en traiter par la poudre dépurative, 10 litres d'un coup. On laisse reposer pendant douze heures, on décante avec soin, ou même on jette sur un filtre qui retient la poudre.

Nous avons cru utile de contribuer à faire connaître ce procédé de stérilisation qui s'appuie sur de sérieuses expériences de laboratoire.

A. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 novembre 1892. — Présidence de M. Regnauld.

LECTURE

Du traitement radical du saturnisme chronique par l'élimination du plomb par les urines, sous l'influence du courant constant. — **M. Semmola** fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1201.)

RAPPORT

L'Académie entend ensuite une série de rapports de prix.

COMMUNICATION

Choléra. — **M. Hayem** rend compte du traitement du choléra par M. Lesage, chargé de son service à Saint-Antoine. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 989 et 1174.)

PRÉSENTATION

Traitement de la phthisie fébrile par les lavements gazeux. — **M. Bergeon** présente une malade dont l'observation a été publiée dans les *Études sur la tuberculose* de M. Verneuil, 1er fasc., obs. IV (phthisie fébrile).

Cette malade a subi quatre atteintes de tuberculose pulmonaire fébrile. Elle a fait usage chaque fois, avec succès, du traitement des lavements gazeux. Après les eaux minérales et le sulfure de carbone, elle emploie, depuis deux ans, les lavements gazeux à la créosote. A la suite de ce traitement, M. Bergeon n'a plus retrouvé dans les crachats le bacille de la tuberculose.

C'est à cause de cet heureux résultat qu'il présente cette malade à l'Académie. Elle se soumettra à tous les examens bactériologiques qui lui seront demandés.

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de gynécologie clinique et opératoire, 2e édition (1), par le docteur S. Pozzi.

Nous avions prédit le succès du livre de M. Pozzi. C'est un traité de gynécologie tel qu'il n'en existe pas de semblable dans la littérature médicale française. Son grand succès était certain ; l'événement l'a confirmé, puisque, à peine une année après la première édition, M. Pozzi faisait paraître la deuxième. Ceci nous dispense de faire l'éloge de ce livre remarquable. Clairement et méthodiquement exposé, d'une richesse et d'une exactitude bibliographique sans pareilles, avec des détails de technique opératoire multiples et précis, une discussion rigoureuse du diagnostic, enrichi de nombreuses figures, ce traité fait le plus grand honneur à son auteur. Ce sont toutes ces qualités de premier ordre qui ont fait son succès. La deuxième édition, absolument au courant des publications les plus récentes, présente quelques modifications nouvelles et l'étude de certaines questions mises à l'ordre du jour : traitement des suppurations pelviennes, divers modes nouveaux d'hystéropexie et de périnéorrhaphie, etc.

Jusqu'à ces dernières années, la gynécologie n'était pas sortie de l'ornière où elle s'était enlisée : il a fallu les efforts de quelques-uns pour la pousser en avant et lui redonner le rang qu'elle avait perdu.

Si nous étions jusqu'ici tributaires de l'étranger, dont nous traduisions les publications, on peut dire que l'apparition du livre de M. Pozzi a changé la face des choses. Grâce à lui, ce sont nos œuvres que l'on traduit aujourd'hui. A l'étranger, on sait que s'il n'y a pas de professeur officiel de gynécologie dans nos Facultés, la gynécologie n'en est pas moins fort dignement représentée.

Démonstrations d'anatomie (2), par le docteur P. Sebileau.

Ce livre est l'exposé des conférences que M. Sebileau a faites à l'amphithéâtre des hôpitaux pendant les quatre années de son prosectorat. On trouvera dans cette publication quelques aperçus nouveaux, fruits des travaux personnels de l'auteur ; on y reconnaîtra des expressions, des tournures de phrases, des comparaisons familières à ceux qui font du véritable enseignement oral. Ce sont, en un mot, de véritables leçons de prosecteur, faites devant la table de l'amphithéâtre. C'est le plus bel éloge qu'on puisse faire de ce livre, dont l'auteur, hier encore prosecteur, est aujourd'hui l'un de nos plus jeunes et plus brillants agrégés d'anatomie.

Précis de diagnostic chirurgical (3), par le docteur A.-F. Plicque.

Le docteur Plicque n'est pas un inconnu pour nous, point n'est donc besoin de le présenter aujourd'hui ; les différents travaux, les articles divers : Revues générales, médecine et chirurgie pratiques, qu'il a publiés dans la *Gazette des hôpitaux*, l'ont suffisamment signalé à l'attention de nos lecteurs.

Son livre est un livre de pratique pure, très simple, très élémentaire, destiné à l'étudiant, qu'il guidera à l'hôpital au début

(1) Gr. in-8°. Prix : 30 francs. — Paris, G. Masson.
(2) Gr. in-8°. Prix : 10 francs. — Paris, G. Steinheil.
(3) Petit in-8°. Prix : 8 francs. — Paris, G. Steinheil.

de son instruction clinique; il se complaît dans les détails techniques, si dédaignés d'habitude et cependant si utiles, si indispensables à connaître. Le *Précis de diagnostic chirurgical* du docteur Plicque enseigne au débutant une méthode rigoureuse d'examen du malade, grâce à laquelle, seul, il parviendra au diagnostic des affections chirurgicales.

Chaque chapitre se termine par un paragraphe consacré aux indications thérapeutiques, si souvent difficiles à mettre au point pour le praticien un peu brouillé avec les choses de la chirurgie.

Le livre de M. Plicque ne peut ni ne veut se substituer aux traités de pathologie; il n'a qu'un but, c'est de guider le médecin dans l'examen méthodique et complet de ses malades, où qu'ils soient, à l'hôpital ou en ville.

Pour nos étudiants parisiens, ce livre a encore un avantage : M. Plicque a pris la peine de rechercher dans nos différents musées les pièces pathologiques réellement intéressantes et représentant le type de certaines affections. Le lecteur trouvera, dans ce livre, l'indication exacte de ces précieux éléments d'instruction.

Les manifestations oculaires de l'hystérie (1), par le docteur P. Pansier.

Nous ne pouvons résumer, dans une simple notice bibliographique, un sujet qu'une de nos Revues générales contiendrait à peine. Le travail de M. le docteur Pansier est divisé en quatre parties : 1° l'œil hystérique normal (celui dont la fonction visuelle n'est pas altérée en dehors de l'attaque); 2° l'œil hystérique pathologique; 3° valeur séméiologique de l'œil hystérique; 4° traitement des affections oculaires de nature hystérique. Il a été fait à la clinique ophthalmologique de Montpellier, sous la direction de M. le professeur Truc.

L'étude de l'œil a pris une telle importance dans l'hystérie qu'un travail d'ensemble de cette nature ne peut que susciter la juste curiosité et des médecins et des spécialistes.

La diphthérie (2), par le docteur H. Bourges.

Il était tout indiqué de consacrer à l'étude de la diphthérie un des volumes de cette collection. Depuis quelques années, en effet, de grands progrès ont été réalisés dans la connaissance de cette redoutable maladie, grâce aux travaux des bactériologistes, et, en particulier, aux belles recherches de MM. Roux et Yersin. Connaissant mieux l'ennemi, on l'a mieux attaqué, mieux combattu, et l'on peut dire que l'on soigne certainement plus efficacement la diphthérie aujourd'hui qu'on ne le faisait il y a dix ans d'ici. On soigne mieux les malades individuellement; on est mieux armé pour lutter contre la propagation et l'expansion du terrible mal, qui, on le sait, tend à devenir, dans nos milieux d'entassement social, à la fois plus dense et plus grave.

Toutes les données nouvelles, on les trouvera nettement exposées dans la substantielle monographie de M. Bourges, que ses études antérieures rendaient très compétent pour un semblable travail.

Des associations hystéro-organiques : un cas de sclérose en plaques et hystérie associées, avec autopsie; — Un cas de maladie de Morvan; — Un cas de pseudo-tabes post-infectieux; paralysie symétrique post-érysipélateuse du tibial antérieur (3), par le professeur Grasset.

M. le professeur Grasset continue avec le même entrain ses leçons cliniques de neuropathologie; les titres qui précèdent sont, par eux-mêmes, suffisamment explicites pour qu'on puisse se faire une idée de la nature et de l'intérêt des sujets qui y sont traités. Ce sont des documents cliniques et anatomo-pathologiques qui méritaient d'être recueillis.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.
(2) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.
(3) Extraits du *Nouveau Montpellier médical*, 1892, t. I.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Nantes. — M. le docteur Bécigneul est nommé médecin suppléant.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Nélaton, agrégé, est chargé d'un cours de clinique chirurgicale.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Beauvisage, agrégé, est maintenu dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de matière médicale et botanique.

M. Mathieu est nommé préparateur dudit laboratoire.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Gerber est institué suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale.

M. Brault est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Pajot est institué suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale.

M. Paucier est institué chef des travaux physiques et chimiques.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Sarrazin est chargé d'un cours de physique.

M. Feillé, professeur de pathologie interne, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale.

— *École de médecine de Caen.* — M. Gossart est chargé d'un cours de physique.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Broussais, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie externe, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Fleurot.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. le docteur Bordier est chargé d'un cours d'histoire naturelle.

M. Labatut, suppléant, est chargé d'un cours de chimie et toxicologie.

— *École de médecine de Limoges.* — M. le professeur Raymondaud est, sur sa demande, nommé professeur de pathologie chirurgicale.

M. le professeur Chénieux est, sur sa demande, nommé professeur de clinique chirurgicale.

— M. le docteur Morlot, ancien médecin du lycée de Dijon, est nommé médecin honoraire dudit lycée.

M. le docteur Deroye, directeur de l'École de médecine de Dijon, est nommé médecin du lycée de Dijon.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lièvre, médecin des colonies; Paoli, médecin principal en retraite.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Jaccoud reprendra son cours, à l'hôpital de la Pitié, le samedi 12 novembre, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

M. Gilbert Ballet, agrégé, chargé du cours de clinique des maladies mentales, commencera ce cours le dimanche 13 novembre à neuf heures et demie du matin (asile Sainte-Anne), et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

M. Varnier, agrégé, commencera des conférences d'obstétrique le mardi 15 novembre, à six heures (petit Amphithéâtre), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

M. le professeur Peter commencera son cours, à l'hôpital Necker, le mercredi 16 novembre, à dix heures, à l'amphithéâtre de médecine, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure.

— MM. Rochon-Duvigneaud et Person commenceront le 18 no-

vembre, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu, un cours pratique d'ophtalmologie qui comprendra : Ophthalmoscopie et réfraction (avec examen de malades); — anatomie normale et pathologie de l'œil et de ses annexes avec notions de bactériologie (démonstration de pièces et notions pratiques de technique); — médecine opératoire (avec exercices pratiques). — Les cours continueront tous les jours à la même heure : s'inscrire d'avance à la clinique ophthalmologique à l'Hôtel-Dieu, tous les matins.

— On demande un interne dans une maison de santé des environs de Paris. On est défrayé de tout; appointements : 100 francs par mois. — Références sérieuses et 12 inscriptions au moins. — S'adresser à M. Beaudouin, 20, rue de Grenelle, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 129. — SAMEDI 12 NOVEMBRE 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 12 NOVEMBRE 1892. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La contagion du cancer.

Par le docteur O. GUELLIOT,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims.

I. Position de la question. — II. Historique. — III. Insuffisance des données étiologiques classiques. — IV. Le cancer maladie infectieuse. — V. Le cancer maladie parasitaire. — VI. Recherches expérimentales. — VII. Faits cliniques : portes d'entrée. — VIII. Auto-inoculation; généralisation. — IX. Foyers cancéreux de villages, de quartiers, de maisons; cancers doubles. — X. Modes de contagion; incubation.

I

Avant d'aborder un problème, il est bon, si l'on ne veut s'égarer, d'en préciser les termes avec soin.

Nous prenons le mot de *contagion* dans son sens le plus large, en adoptant la définition de Bouillaud : *Acte par lequel une maladie déterminée se communique d'un individu qui en est affecté à un individu qui est sain, au moyen d'un contact soit immédiat, soit médiat.*

On donne le nom de *cancer*, en langage médical courant, à toutes les tumeurs malignes, c'est-à-dire sujettes à extension, à récidive et à généralisation. L'anatomie a montré que le cancer ne forme pas une famille pathologique définie et que les caractères cliniques que nous venons de rappeler s'appliquent à des productions de nature très différente.

Les unes naissent aux dépens du tissu conjonctif, ce sont les *sarcomes*. Peut-être faut-il en distraire deux sous-variétés, la mélanose et le lymphadénome, qui, outre des caractères anatomiques particuliers, ont une évolution bien spéciale. Nous laissons toutes ces tumeurs de côté, bien que la marche de certaines d'entre elles, des mélaniques surtout, leur généralisation à la manière de certaines maladies infectieuses, leur inoculation facile puissent être invoquées à l'appui de la thèse que nous discutons.

Une autre classe comprend les néoplasmes qui tirent leur origine du tissu épithélial. Ce sont :

1° Le *cancroïde* ou épithélioma de la peau. On ne discute plus aujourd'hui sur sa constitution anatomique (1).

2° L'*épithélioma* des muqueuses, pavimenteux ou cylindrique.

3° Le *carcinome* (épithélioma diffus, alvéolaire, glandulaire, atypique, etc., des auteurs). Malgré Virchow, et contrairement à MM. Cornil et Ranvier, on admet de plus en plus l'origine épithéliale du carcinome qu'ont toujours soutenue Waldeyer, MM. Robin et Lancereaux. Le carcinome, selon l'expression de M. Quénu, n'est qu'une manière d'être de l'épithéliome (2).

Il est donc bien entendu que nous faisons cancer synonyme d'épithélioma et que, dans cette Revue, nous allons essayer de résoudre ce problème : L'épithélioma est-il contagieux ?

II

La question n'est pas aussi neuve qu'elle paraît ; elle est plutôt renouvelée des anciens.

Les auteurs des siècles derniers ont, en effet, rapporté quelques faits plus ou moins bien interprétés dans le sens de la contagion (3). L'un des plus affirmatifs est le médecin

(1) A remarquer, en passant, que le mérite d'avoir découvert sa nature exacte est attribué à Hannover (1851) ou à Thiersch (1865), alors qu'elle avait été exactement déterminée déjà, en 1844, par Mayor, alors interne des hôpitaux. (Note sur une variété de cancer ou « cancer épidermique », *Journal de Malgaigne*, 1884, p. 180.)

Il me suffira de citer l'exemple suivant pour montrer que la clinique est venue confirmer les affirmations des histologistes : M. G... a été atteint d'un cancroïde de la face; son fils est mort à soixante et un ans d'un cancer de l'estomac. Des trois enfants de ce dernier, l'un a été atteint d'un cancroïde de l'angle interne de l'œil et est mort d'un cancer de l'estomac, une sœur a un épithélioma commençant de la nuque, l'autre sœur présente tous les symptômes de début d'un cancer de l'estomac.

(2) Voyez la Revue publiée dans ce journal en 1889 : P. RAYMOND. Origine épithéliale et nature parasitaire du cancer, *Gaz. des hôpit.*, 14 sept. 1889, p. 949.

(3) Zacutus Lusitanus croit à la contagion par contact direct, mais il nie la contagion à distance. Il rapporte, à l'appui de son dire, l'observation d'une pauvre femme atteinte d'un cancer ulcéré de la mamelle et qui couchait avec ses trois fils : deux moururent de cancer cinq ans après; l'autre, plus robuste, guérit à la suite d'une opération chirurgicale (Zacuti LUSITANI. *Opera omnia*, Lyon 1649, t. I, p. 232, et *De praxi admiranda*, à la fin du t. II des Œuvres complètes, Lib. I, Obs. CXXIV, p. 31). Sennert fait remarquer que l'hérédité est au moins aussi acceptable dans cette observation que la contagion.

Un disciple de Stahl, J. Juncker, admet aussi la contagiosité du cancer; mais, ajoute-t-il judicieusement, cette propriété n'est pas très accu-

hollandais Nicolas Tulp. Sous le titre : *Cancris contagium*, il raconte l'histoire d'une dame âgée, atteinte d'un cancer ulcéré du sein, à sécrétion fétide, et de sa servante qui la soignait avec beaucoup de dévouement et qui fut atteinte également d'un cancer de la mamelle. Ce qui diminue un peu la valeur de cette observation, c'est que l'auteur prétend avoir gagné lui-même une ulcération de la gorge qu'il attribue aux émanations putrides émanées de ses malades. Quoi qu'il en soit, d'après lui, il est clair « même pour un aveugle » que le cancer dissémine son contage à distance, et, dans les corollaires qui terminent son livre, il déclare que cette affection est aussi contagieuse que l'inflammation des yeux : *Cancer ulceratus juxta ac oculorum inflammatio contagiosus est* (1).

La crainte qu'inspiraient les cancéreux était, du reste, générale. Au siècle dernier, on refusait de les recevoir à l'Hôtel-Dieu de Reims. Un chanoine bien connu par ses fondations bienfaisantes, Jean Godinot, offrit en 1740 une somme de 25000 livres pour la construction d'un hôpital destiné à ces malheureux réduits alors à étaler leurs plaies à la porte des églises. On acheta une maison en pleine ville, rue Saint-Denis, et on en fit l'hôpital Saint-Louis où les cancéreux étaient séquestrés, avec défense absolue de sortir. Mais les voisins réclamèrent sous prétexte que, le *cancer étant contagieux*, il y avait danger pour la santé publique de tolérer un établissement de ce genre dans un quartier populeux; après avoir résisté quelque temps, l'administration dut transporter, en 1778, ses cancéreux à la Buerie, en dehors de la ville, dans l'enclos autrefois réservé aux pestiférés : ce ne fut qu'en 1841 qu'on les admit à l'hôpital Saint-Marcoul, dans un quartier spécial.

Il n'est pas inutile de remarquer qu'à la même époque on croyait aussi à la contagion de la phthisie : la phthisie tuberculeuse, écrit Laënnec, a longtemps passé pour être contagieuse et elle passe encore pour telle aux yeux du peuple, des magistrats et de quelques médecins.

On trouve un dernier écho de cette croyance dans une des questions posées aux médecins, en 1802, par la commission anglaise du cancer : « Des faits observés prouvent-ils que le cancer soit contagieux ? » Malheureusement, nous ignorons les résultats de l'enquête.

Puis tous les auteurs sont unanimes pour repousser la possibilité de la contagion; on ne discute même plus et MM. Jamain et Terrier expriment l'opinion courante, lorsqu'ils écrivent, en 1877 : « La contagion du carcinome ne mérite pas d'être réfutée. »

Je ne vois guère qu'un chirurgien qui ait donné une note discordante, c'est Velpeau : « Il y a longtemps, dit-il, que, pour mon compte, je regarde la contagion du cancer, non comme démontrée, mais comme possible (2). »

Cependant, en 1885, John Hall réunit quelques observations empruntées à différents auteurs et rapporte cinq cas de cancers successifs chez le mari et la femme (3).

La même année, T. Barthélemy insiste sur la possibilité de l'inoculation du cancer au niveau des vieilles lésions cutanées (1) et Ledoux-Lebard publie un travail remarqué sur la nature parasitaire du cancer (2); il développe les idées de Nedopil sur le cancer considéré comme maladie infectieuse et admet que sa contagion « reste une question en litige ».

En 1887, paraissent presque simultanément en Angleterre, en Amérique et en France, quelques observations isolées (3). Puis le silence se fait de nouveau; on est plus occupé à rechercher le prétendu microbe du cancer (4) qu'à réunir les faits qui peuvent plaider pour ou contre ses propriétés contagieuses.

C'est à un médecin d'une bourgade de Normandie, au docteur Arnaudet (de Cormeilles), que revient, sans conteste, le mérite d'avoir réveillé l'attention sur ce point et surtout d'avoir indiqué très nettement la marche à suivre pour arriver, de par l'observation, à des résultats valables. Il a étudié avec soin la topographie et la chronologie du cancer, d'abord dans son village, puis dans les villages voisins, et a émis immédiatement l'opinion que le cancer est contagieux, qu'il est transmissible par l'eau et par l'habitation (5).

Ces audacieuses affirmations étonnèrent quelque peu; mais le travail du docteur Arnaudet fit le tour de la presse médicale et l'hypothèse de la contagion fut, dès lors, jugée digne d'être discutée (6).

Pour ma part, j'avais été très frappé, aux débuts de mes études médicales, par une véritable catastrophe arrivée dans une famille de ma connaissance : mari, femme, domestique avaient été emportés en quelques années par le cancer; je n'avais cessé de recueillir les documents qui pouvaient étayer une conception étiologique alors absolument en dehors des données classiques. En 1889, la Société médicale de Reims était saisie de cette question, et, au commencement de l'année 1891, j'adressais, dans l'*Union médicale du Nord-Est*, un appel aux confrères de la région, leur demandant de me communiquer plus spécialement les faits favorables à l'hypothèse de la contagion. Les réponses furent nombreuses et je pus ainsi, grâce au zèle de mes correspondants, traiter cette importante question avec des documents nouveaux et l'appoint d'une trentaine d'observations inédites (7).

---

sée, et il faut, pour que le contage prolifère, qu'il tombe en un endroit convenable et déjà siège d'une solution de continuité (J. Juncker. *Conspectus chirurgiæ...*, Halle 1731, p. 308).

Quelques observations anciennes, très sujettes à caution, sont encore citées dans le *Compendium de médecine pratique*, t. II, p. 64.

(1) Nic. Tulpii. *Observationes medicæ*, ed. nova. Amstelredami, 1672, p. 292.

(2) Velpeau. *Traité des maladies du sein*, 2e édit., 1858, p. 510.

(3) John Hall. *Ann. of Surgery*, déc. 1885.

(1) Barthélemy. Étiologie des dermatoses. Contagiosité du cancer, *Ann. méd.-chir.*, juin 1885, p. 121.

(2) Ledoux-Lebard. Le cancer, maladie parasitaire, *Arch. gén. de méd.*, avril 1885.

(3) Hopper May. *The Lancet*, 1887, p. 919. — A. Lucas, Eade. *The Lancet*, 12 nov. 1887. — Richard Budd. *The Lancet* et *Med. Record*, 31 déc. 1887. — Duplouy. Congr. pour l'avanc. des sciences, Toulouse 1887. — Blyth. On the contagion of cancer, *The Lancet*, 1888, I.

(4) Kirmisson. De la nature microbienne du cancer, *Bull. méd.*, 29 avril 1888, p. 567.

(5) Arnaudet (de Cormeilles). Le cancer dans une commune de Normandie. Nature contagieuse et mode de propagation du mal, *Normandie méd.*, 1er fév. 1889, p. 33; — Nouvelle contribution à l'étude du cancer en Normandie, *Id.*, 1er et 15 avril 1890, p. 105 et 125; — Nouveaux faits à l'appui de la nature infectieuse du cancer, *Id.*, 15 fév. et 1er mars 1891, p. 57 et 87.

(6) P. Michaux. La contagion du cancer, *Semaine méd.*, 1889, p. 238. — Quénu, *Traité de chirurgie*, 1890, t. I, p. 402. — A. Pilliet. La question de l'étiologie du cancer, 17 sept. 1891, p. 596.

(7) O. Guelliot. La question du cancer, *Union méd. du Nord-Est*, fév. 1891, p. 33; — Le cancer est-il contagieux ? *Id.*, avril, mai, juillet 1891, p. 106, 135 et 206; — La question du cancer, *Id.*, oct. 1891, p. 306, et août 1892, p. 237. — Ces différents mémoires renferment, outre nos faits personnels, des observations inédites de MM. Chéruy (d'Hautvillers), Decès (de Reims), Desplous (de Rimogne), Dève et Dupré (de Reims), Faille (de Fismes),

Signalons encore une communication de Roux à la Société médico-pratique (1) et un travail de Fiessinger [d'Oyonnax (2)].

Enfin, plus récemment, M. Fabre, interne des hôpitaux de Lyon, a consacré à la contagion du cancer sa thèse inaugurale, faite sous l'inspiration de M. le professeur Poncet(3). C'est un travail très complet et très consciencieux, qui marque bien l'état de la question à l'heure actuelle; nous nous reprocherions de ne pas en citer les conclusions, bien que les premières soient discutables, et que les deux dernières soient, à notre avis, un peu trop timides :

« 1° Le cancer, par ses caractères anatomo-pathologiques, ne paraît pas devoir être considéré comme une lésion d'origine parasitaire.

2° La localisation du cancer paraît être soumise à l'influence des causes extérieures, et, parmi ces causes, on peut admettre que le traumatisme sous toutes ses formes jouit d'une influence considérable.

3° Les théories microbienne et coccidienne n'ont pas pu être prouvées par l'expérimentation jusqu'à ce jour.

4° La généralisation des tumeurs n'est qu'une greffe, le noyau secondaire est formé par la pullulation d'une cellule émanée de la tumeur primitive.

5° La contagion du cancer est possible et peut s'expliquer par la greffe d'une cellule cancéreuse sur un organisme sain.

6° Les faits cliniques de contagion ou d'épidémie cancéreuse ne sont pas assez probants pour faire considérer cette propriété des lésions néoplasiques comme prouvée. »

Voyons d'abord quels sont les faits, cliniques ou expérimentaux, qui peuvent faire admettre comme possible la contagion; nous aurons ensuite à analyser les observations qui plaident en sa faveur et à voir si elles sont suffisantes, en quantité et en qualité, pour la faire passer de l'état d'hypothèse à celui de réalité.

III

Dans l'histoire des maladies cancéreuses, le chapitre de l'étiologie est particulièrement court et banal.

Sous le nom de *causes prédisposantes*, on nous donne des chiffres sur l'influence de l'âge, du sexe, etc. Ce sont là des lieux communs étiologiques qui n'expliquent rien et se retrouvent à propos de toutes les maladies dont on ignore la pathogénie. Dire que le cancer est plus fréquent après quarante ans, ce n'est pas en indiquer une cause; de même lorsqu'on constate que la rougeole sévit surtout chez les enfants ou que les fractures du crâne ne sont pas rares chez les charpentiers.

Nous voulons bien que les chagrins, les fatigues y prédisposent, et aussi l'herpétisme et l'arthritisme. Bazin disait déjà que les goutteux finissent souvent par le cancer, et de préférence par celui du rectum et de la vessie; M. Verneuil a insisté sur cette influence, admise aussi par M. Bouchard. Encore peut-on se demander si ces états pathologiques n'agissent pas surtout en créant, grâce aux lésions si fréquentes des muqueuses et des téguments, des portes d'entrée ou tout au moins des lieux de moindre résistance propres à l'évolution des affections néoplasiques.

Mais la grande cause partout et toujours invoquée, c'est l'*hérédité*. On ne manque pas de citer des familles entières décimées par la terrible diathèse, et le fait classique de Broca revient dans toutes les bouches et sous toutes les plumes. Nous ne songeons nullement à nier la réalité de la transmission héréditaire, mais nous croyons qu'on lui a fait la part trop large. Lorsqu'on consulte les auteurs de monographies, ceux qui, s'occupant spécialement du cancer de tel ou tel organe, ont pu réunir un nombre suffisant d'observations prises avec soin, on est étonné de constater que la plupart — et cela qu'il s'agisse de cancer des téguments, de la langue, du rectum ou de l'utérus — reconnaissent le peu d'importance de ce facteur étiologique. Nous pourrions invoquer le témoignage de Cruveilhier, de Lebert, de Paget, de Hutchinson et de bien d'autres; qu'il nous suffise de dire que, de la comparaison de nombreux chiffres, nous avons déduit que l'hérédité ne peut être invoquée que dans 10 à 15 p. 100 des observations, au maximum : restent donc 85 à 90 cas sur 100 dont il reste à trouver l'origine (1).

Et que de recherches à faire sur cette hérédité! Les parents transmettent-ils à leurs enfants le germe du cancer (hérédité de graine) ou simplement une prédisposition qui favorise l'action des autres causes (hérédité de terrain)? Le cancer héréditaire n'évolue-t-il pas, comme nos observations nous le feraient supposer, plus tôt et plus rapidement que le cancer acquis? La fréquence du cancer n'autorise-t-elle pas à regarder comme le résultat d'une simple coïncidence ou même d'une contagion, la présence de plusieurs cancéreux dans une même famille?

IV

L'hérédité n'exclut donc nullement la possibilité d'autres causes qu'il reste à chercher.

Il est une maladie qui a, avec le cancer, de très grandes analogies : la tuberculose. Autrefois son étiologie se résumait, comme celle du cancer, dans l'énumération des causes prédisposantes : âge, mauvaises conditions hygiéniques, puis hérédité. Villemin, en démontrant qu'elle est inoculable, Koch, en découvrant son bacille, ont absolument bouleversé les données dont se contentaient leurs prédécesseurs. La tuberculose est devenue une maladie infectieuse, inoculable, contagieuse. Une évolution analogue paraît en train de s'accomplir pour l'épithélioma.

Le cancer se présente le plus souvent sous la forme d'une tumeur évoluant sur place, sans retentissement primitif sur l'organisme, puis se généralisant et *infectant* l'économie. Donc, localisation d'abord, puis propagation : 1° sur place, par traînées de cellules, par continuité; 2° à distance, par deux portes ouvertes sur l'organisme : l'une, la lymphatique, avec des barrières d'arrêt, les ganglions; l'autre, la voie large, la veineuse, conduisant à une rapide généralisation. C'est absolument la marche d'une maladie infectieuse

Fené (de Beaurieux), Lapeyre (de Loches), Lécuyer (de Beaurieux), J. Luys et P. Lucas-Championnière (de Paris), Manichon (d'Oulchy-le-Château), Ollivier (de Juvigny), Plonquet (d'Ay), Séjournet (de Revin).

(1) Roux. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 16 déc. 1871.

(2) Fiessinger (d'Oyonnax). Note sur une épidémie cancéreuse, *Gaz. méd. de Paris*, 5 mars 1892.

(3) J. Favre. *De la contagion du cancer*, Paris 1892. — Observations inédites de MM. Humbert Mollière (de Lyon) et Roy (de Saint-Martin-de-Ré).

(1) « Les calculs tendent à prouver que cette hérédité n'a que peu ou n'a point d'influence. » (Piorry.)

et, si l'on admet, avec Odenius (1), avec Bard, avec Brault, que la cellule cancéreuse est l'agent de cette infection, toute l'évolution se comprend aisément ; voilà aussi expliqués du coup les modes différents de la maladie : cancer aigu et cancer chronique, cancer localisé et carcinose miliaire.

Cette théorie n'est pas nouvelle; déjà Récamier (2) regardait le cancer comme une maladie primitivement *unilocale*. Depuis, Nedopil l'a rajeunie et énergiquement soutenue (3). Elle est opposée à l'ancienne conception de la diathèse, du vice cancéreux. Pour les *diathésiques*, le cancer est une maladie générale d'emblée; la tumeur n'en est qu'une manifestation isolée, d'où l'inutilité de l'intervention chirurgicale, si ce n'est à titre de simple palliatif; pour les *localistes*, l'affection est d'abord locale, donnant plus tard naissance par une véritable infection à des noyaux secondaires pour aboutir enfin à la cachexie (4).

Qui dit infection ne dit pas forcément contagion : cependant les deux termes vont souvent ensemble. S'il était avéré que le cancer est une maladie infectieuse, il serait bien près d'être prouvé qu'il peut être contagieux.

V

Un moment, on crut connaître enfin la nature intime du cancer.

M. Rappin annonçait, en 1887, qu'il avait découvert, dans les tumeurs malignes, un microcoque. Quelques années après, il assure avoir toujours rencontré ces micro-organismes dans quarante néoplasmes observés (5); jusqu'ici, cette découverte n'a pas été confirmée.

Je laisse de côté les prétendus bacilles de Scheurlen pour arriver à la théorie coccidienne, qui s'appuie déjà sur un nombre considérable d'observations. Le parasite du cancer ne serait plus un microbe, mais un sporozoaire, une psorospermie. Malassez, Darier, Wickham ont été les premiers à signaler la présence de coccidies dans les tumeurs épithéliales; depuis, elles y ont été constatées par Hutchinson, MM. Albarran, Vincent, E. Hache, Pfeiffer, Thoma, Sjöbring, Michaud, Kossinsky, Podwyssozki et Sawotschenko, Soudakeiwtch, Foà, Sedeler.

Mais voici que d'autres histologistes ont nié leur nature parasitaire : pour eux, ces prétendues psorospermies ne seraient que de simples modifications cellulaires; pour d'autres, la coccidie existe véritablement, mais sa présence n'a aucun rapport avec l'évolution de l'affection. Citer les noms de Russell, Klebs, Firket, Nepveu, Borrel, Kiener, Fabre-Domergue, MM. Cornil, Pilliet, Duplay et Cazin, Neisser, c'est montrer que les deux partis sont également imposants. Aussi nous ne discuterons pas davantage cette question pour laquelle nous manquons de compétence et qui demanderait du reste, pour être exposée sérieusement, une place dont nous ne disposons pas (1).

Nous remarquerons seulement que les partisans de la théorie psorospermique ne désarment pas et que, si l'avenir leur donne raison, la transmission du cancer sera prouvée : à moins de croire à la génération spontanée des coccidies, il faudra bien admettre qu'un cancer ne peut venir que d'un autre cancer.

VI

Bien avant ces recherches microbiologiques, les expérimentateurs avaient essayé, en inoculant le cancer, de soulever un coin du voile qui cache à peu près complètement son étiologie.

Les résultats négatifs sont extrêmement nombreux; il est inutile de les énumérer. Il devait en être ainsi tant que les expérimentateurs n'agissaient qu'au hasard, inoculant à un animal quelconque et en un point quelconque du corps, soit du suc cancéreux, soit un morceau de tumeur qui se hâtait de disparaître dans les tissus de l'animal.

Mais les expériences positives sont largement suffisantes pour entraîner la conviction.

Wehr inocule à des chiens du carcinome provenant d'animaux de la même espèce et trouve, à l'autopsie, un cancer des ganglions rétro-péritonéaux (2).

Hanau, en 1888, greffe, dans la tunique vaginale de rats, des fragments d'épithélioma pavimenteux de la vulve provenant aussi d'animaux de la même espèce. Non seulement il obtient une évolution sur place, mais il se produit des noyaux secondaires dans le péritoine et il peut inoculer une seconde série (3).

Les résultats de Morau sont particulièrement concluants. Le 2 mars 1891, il annonce à la Société de biologie qu'il a greffé dans l'aisselle et dans l'aîne de souris blanches des fragments d'épithélioma cylindrique provenant d'une souris. La tumeur s'est reproduite avec son caractère primitif; de nouvelles greffes ont été faites avec les néoplasmes secondaires, des généralisations ont été obtenues et M. Morau a pu mener son expérience jusqu'à la dix-huitième greffe en série. Plus tard, il montre à la même Société des souris chez lesquelles la tumeur greffée est restée stationnaire pendant la gestation pour s'accroître rapidement après l'accouchement. Voilà un point d'acquis ; car, comme l'a dit M. Cornil, « ces résultats sont hors de toute contestation » (4).

Il serait à désirer que les expérimentateurs obtinssent plus encore, la greffe du cancer chez des animaux d'espèces différentes ou de l'homme à l'animal. Jusqu'ici tous les essais — et récemment encore entre les mains de MM. Cazin et Duplay — ont échoué. Peut-être cependant allons-nous apprendre des résultats positifs : MM. C. Francotte, professeur à l'Université de Bruxelles, et G. de Rechter, chef de clinique à l'hôpital de Molenbeck-Saint-Jean, ont présenté à l'Académie royale de Belgique (séance

(1) ODENIUS. Sur la propriété infectieuse des cellules cancéreuses, *Nord. Med. Ark.*, 1881, Fjærde Hæfter, et *Riv. clin. di Bologna*, avril 1882, p. 223.

(2) RÉCAMIER. *Recherches sur le traitement du cancer*, 1829, t. II, p. 229, etc.

(3) NEDOPIL. Carcinome et infection, *Wien. Med. Jahrb.*, 1884, Heft I, p. 123, et *Revue de Hayem*, 1885, p. 55. — Voyez aussi LEDOUX-LEBARD. Loc. cit.

(4) « Le mode de propagation et la dissémination du cancer autour du noyau primitif, sa généralisation sous forme de nodules microscopiques, sa repullulation sur place, tout, jusqu'à l'hérédité accidentelle, rappelle l'histoire anatomique du tubercule. Encore une diathèse en péril. » (Grancher.)

(5) G. RAPPIN. *Recherches sur l'étiologie des tumeurs malignes*, Nantes 1887; — *Recherches sur l'inoculabilité du cancer*, Nantes 1890.

(1) Voyez FABRE. Loc. cit., p. 55 à 96.

(2) WEHR. *Centralbl. f. Chir.*, 1889, t. XIX, p. 12.

(3) HANAU. *Centralbl. f. Chir.*, 1889, et *Revue de Hayem*, 1889, p. 470.

(4) MORAU. Soc. de biol., 2 mai et 21 oct. 1891.

du 30 juillet 1892) une communication préliminaire ayant pour titre : *Recherches expérimentales sur le cancérisme; inoculabilité du cancer humain à la souris blanche.* Ces messieurs auraient réussi ces inoculations si souvent tentées sans succès et en tireraient des conclusions en faveur de la nature parasitaire du cancer.

VII

Interrogeons maintenant la clinique et voyons si elle ne peut, elle aussi, nous fournir son contingent de faits à l'appui de la probabilité de la contagiosité.

Les observations se sont accumulées qui ont montré un traumatisme, une lésion superficielle de la peau ou des muqueuses, une érosion comme préliminaires d'une localisation maligne. Il serait fastidieux d'énumérer les cas, très nombreux aujourd'hui, d'épithéliomas développés au niveau d'ulcérations de toute nature, de cicatrices, de lésions eczémateuses ou psoriasiques, de lupus, de fistules. Les partisans de la diathèse cancéreuse ne tiennent pas compte de ces faits ou admettent que ces différentes irritations ont simplement créé un point faible et déterminé la localisation. Mais pourquoi le cancer apparaît-il si rarement sur un durillon, une bourse séreuse professionnelle ? C'est que l'irritation ne suffit pas, il faut qu'il y ait effraction, le relevé des observations le prouve parfaitement ; et, qui plus est, il semble que cette porte d'entrée doive rester ouverte un certain temps, comme si l'inoculation se faisait peu à peu, à petites doses. Si, comme pour la syphilis ou la tuberculose, on admet l'extériorité de la cause pathogène, tout s'explique encore facilement : le germe cancéreux est mis en contact avec une surface fissurée, plus ou moins dépouillée de son épithélium protecteur ; il s'y greffe et y évolue avec plus ou moins de rapidité. Les points les plus propices sont le pourtour des orifices, là où se continuent deux muqueuses de structure différente, ou une muqueuse et la peau, et où l'irrigation sanguine est très active : le cancer aime les régions vasculaires.

La période d'incubation est, en général, fort longue : si réellement des germes se déposent au niveau des solutions de continuité, ils peuvent rester longtemps sans évoluer et ne se réveiller que plusieurs années après, quand, par l'influence de l'âge, de l'affaiblissement général ou de toute autre cause, le terrain devient propice à leur développement. Ce « silence des germes » n'a rien qui répugne aux idées actuelles. Sans remonter aux expériences de Spallanzani sur les infusoires, sans faire une facile comparaison avec le blé des pyramides d'Égypte qui peut germer après un sommeil de plusieurs milliers d'années, il suffit de rappeler que des staphylocoques, inclus dans le tibia d'un adolescent, peuvent revivre vingt ans après et produire une tardive poussée d'ostéomyélite.

Nous aurons à revenir tout à l'heure sur cette période de cancérisme latent.

VIII

La clinique a fait faire encore un pas à la théorie en montrant l'auto-inoculation des tumeurs malignes.

Velpeau avait vu une plaque secondaire apparaître sur le vagin, au niveau d'un cancer du col de l'utérus ; cinq fois, le gland avait été envahi au point de contact avec le prépuce malade.

L'une des observations les plus connues et les plus probantes est celle de Virchow. A l'autopsie d'une femme morte de cancer de l'estomac, il vit une éruption multiple de noyaux cancéreux sur la séreuse péritonéale, avec prédominance au niveau des culs-de-sac recto-utérin et utéro-vésical. « Dans ces points se forment de nouveaux petits îlots de tumeurs, une seconde génération de nodosités, *absolument comme si l'on eût répandu une semence qui aurait germé çà et là où elle serait tombée.* Je ne puis mieux comparer cette apparence qu'à l'arbre ou au buisson que l'on rencontre assez souvent sur le versant d'une montagne, et pour lesquels il faut admettre qu'ils y ont certainement été semés, que probablement des graines, en tombant du haut de la montagne, arrêtées par quelque point saillant, s'y sont fixées et y ont pris racine (1). »

Ces greffes sont assez fréquentes sur les muqueuses : des noyaux cancéreux, partis de la langue, s'arrêtent et végètent dans l'œsophage (Ricard) ou l'estomac (Klebs); un cancer de la langue se greffe sur la joue (Luecke, Hyvert, Feuwick) ; un épithélioma de la lèvre donne naissance à un noyau secondaire sur l'autre lèvre (Bergmann, Hamburger, Kirmisson); une plaque néoplasique apparaît sur le vagin au contact d'un cancer du col utérin (Hégar, Spiegelberg), ou encore on constate l'existence de deux plaques sur la muqueuse d'un organe creux : vagin (O. Guelliot), rectum (Kraske), vessie (Albarran), estomac (Devic et Chatin).

Nous venons d'observer encore un bel exemple de cette inoculation au porteur : un septuagénaire, grand fumeur, était venu nous consulter, il y a trois mois, pour un cancer débutant de la partie postérieure du bord droit de la langue ; il avait refusé une opération. Nous l'avons revu la semaine dernière : la tumeur linguale est doublée de volume et ulcérée largement ; une ulcération bourgeonnante à bords indurés, évidemment épithéliomateuse, s'est faite sur le pilier antérieur correspondant et la partie avoisinante de la joue, de sorte que les deux ulcérations sont absolument symétriques et superposables.

On connaît aussi les noyaux secondaires qui apparaissent dans la peau de l'abdomen, au niveau d'une ponction de kyste ovarien, d'ascite cancéreuse (Waldeyer, Nicaise, Quincke, Terrillon), et l'on doit se demander si un certain nombre de récidives cutanées après l'ablation d'un cancer, de celui du sein en particulier, ne sont pas de simples greffes contemporaines de l'opération. En tout cas, il est prudent d'éviter le morcellement de ce genre de tumeurs, comme on évite, autant que possible, de crever les ganglions tuberculeux quand on les extirpe (Sabatier).

Les expériences sur l'homme n'étaient nullement nécessaires, on le voit, pour confirmer les données positives de la clinique. Cependant E. Hahn, le 9 mai 1886, ayant chloroformé une femme atteinte d'un cancer inopérable du sein, excisa trois fragments de peau cancéreuse et les transplanta dans des incisions faites au sein droit. La malade étant morte de généralisation trois mois après, l'examen histologique montra que les nodules développés aux points inoculés avaient la même structure que la tumeur primitive. A propos de cette communication, Bergmann avoua avoir répété avec succès l'expérience de Hahn (2).

La communication de M. Cornil à l'Académie de méde-

(1) Virchow. *Traité des tumeurs*, trad. franç., t. I, p. 49.
(2) Hahn. *Berlin. klin. Wochens.*, 1888, p. 413.

cine, le 23 juin 1891, était encore moins opportune et n'avait même pas le mérite de la nouveauté. Du reste, les deux observations rapportées ne sont rien moins que démonstratives : dans la première, il s'agit d'un « sarcome fasciculé formé de longues cellules fibro-plastiques disposées en faisceaux entrecroisés », ce n'est pas du véritable cancer ; la seconde se rapporte bien à un épithélioma tubulé du sein, mais, la malade n'ayant pas voulu se laisser enlever la petite tumeur apparue au niveau de la greffe et ayant été perdue de vue, il n'a pas été fait d'examen histologique comparatif (1).

Pour beaucoup d'auteurs, la généralisation serait elle-même une véritable greffe.

Dès 1878, Conheim et Maas admettaient que la métastase des tumeurs est due à la prolifération d'embolies parties de ces tumeurs ; Virchow, Paget ont trouvé, dans les veines, des caillots contenant de l'épithélium et l'étude des lymphangites cancéreuses vient encore à l'appui de cette théorie de la généralisation. On s'explique ainsi un fait absolument incompréhensible avec l'ancienne théorie de la diathèse et de ses localisations multiples. Un cancer se développe au niveau d'une muqueuse à épithélium cylindrique, puis un noyau secondaire apparaît dans un organe dépourvu de ce genre de cellules ; or, ce noyau métastatique est lui-même un épithélioma cylindrique. On est bien forcé d'admettre que du foyer primitif sont parties des greffes, des semences, pour employer l'expression de Virchow, qui ont poussé et reproduit le néoplasme générateur.

Que le cancer soit inoculable à un individu déjà en puissance de la maladie, cela ne prouve pas absolument qu'il le soit à un individu sain ; cependant le succès des inoculations animales rend probable la possibilité de l'hétéro-inoculation humaine. Quant au résultat négatif des courageuses tentatives d'Alibert et de ses élèves, il ne prouve rien non plus contre cette possibilité. MM. Trousseau et Peter ont essayé, sans pouvoir y parvenir, de s'inoculer la diphthérie, et cependant la diphthérie est contagieuse. Pour réussir, il faudrait prendre les mêmes précautions que lorsqu'on veut inoculer des animaux, et, en particulier, choisir des sujets récepteurs déjà âgés et présentant des conditions favorables à la germination du contage : jusqu'ici, l'audace des expérimentateurs n'a pas été poussée jusque-là. Aussi en sommes-nous, en ce point, réduit aux enseignements de l'observation.

IX

De ce qui précède, on peut, nous semble-t-il, tirer déjà quelques déductions :

Le cancer a les allures d'une maladie infectieuse : parasitaire ou non, il évolue comme si, venu de l'extérieur, il pénétrait dans l'organisme à la faveur d'une solution de continuité, évoluant d'abord sur place, puis par une série de greffes successives, donnant naissance à des productions secondaires ;

Il est inoculable au porteur, chez l'homme ;

Il est inoculable d'un animal à un autre animal de même espèce ;

Peut-être l'est-il de l'homme à l'animal ;

(1) Cornil. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 23 juin 1891, p. 906.

Or, toutes les maladies inoculables peuvent être contagieuses.

Étant donné un sujet malade, un sujet sain mais en état de réceptivité, une affection susceptible de greffe ou d'inoculation, on peut toujours supposer une circonstance ou une série de circonstances, grâce auxquelles le germe pathogène sera porté de l'un à l'autre : c'est de la contagion dans le sens étendu que nous avons attribué à ce mot au début de cet article.

Il nous paraît donc que les faits rapportés jusqu'ici font soupçonner déjà que la contagion est possible, et même probable : le *cancer doit être contagieux.*

Voyons maintenant ceux qui tendent à confirmer cette conclusion et à lui enlever ce qu'elle a encore de dubitatif.

Toutes les observations publiées sont loin d'avoir la même valeur : la plupart sont trop brèves et se contentent de constater la coïncidence du cancer chez des gens vivant en habituel contact, sans entrer dans le moindre détail sur les antécédents héréditaires, la nature exacte du néoplasme, etc.

Il reste cependant un nombre assez respectable de faits observés avec soin, pour que l'idée de transmission s'offre immédiatement à l'esprit. Il est utile de les diviser en plusieurs catégories, selon que le cancer s'est montré d'une façon endémique, et peut-être épidémique, dans un village, un quartier, une maison, ou qu'il a atteint deux personnes vivant en commun, en particulier deux conjoints.

La grande inégalité de fréquence des maladies cancéreuses, non seulement sous les diverses latitudes, mais dans deux régions voisines, dans des villages quelquefois très rapprochés, ne pouvait manquer de frapper les médecins. A Paris, il meurt en moyenne 104 cancéreux par 100 000 habitants, soit cinq fois moins que de tuberculeux : mais, si l'on consulte les diagrammes publiés par le bureau de statistique municipale, on voit que la répartition de ces décès est très spéciale et ne varie guère depuis vingt ans. Tandis que les arrondissements pauvres et agglomérés des Gobelins, de l'Observatoire, figurent pour 137 à 145 décès, les arrondissements plus riches et plus propres, du Panthéon et de l'Élysée, n'en donnent que 75. La proportion de Paris se retrouve à peu près dans les autres grandes villes : Rouen, Reims ; à Lyon, elle atteint 163.

Jusqu'ici on avait de la tendance à croire les affections cancéreuses rares à la campagne. Les recherches récentes ont montré qu'elles y sont, au contraire, très communes, et que certaines contrées, certains villages leur payent un tribut absolument écrasant.

A Saint-Sylvestre de Cormeilles, le petit village de Normandie d'où sont parties les recherches de M. Arnaudet, il meurt 345 cancéreux (proportion pour 100 000 habitants), trois fois plus qu'à Paris ; à Saint-Léonard (Oise), M. P. Lucas-Championnière a trouvé le chiffre proportionnel de 200 (1) ; M. le docteur Desplous (de Rimogne) nous a envoyé la statistique très complète d'un petit village des Ardennes : la tuberculose et le cancer y sévissent à peu près également et entrent pour un tiers dans le total des décès ; la proportion des morts par cancer atteint 266.

Mais le plus gros chiffre obtenu jusqu'ici nous a été fourni

(1) P. Lucas-Championnière. De la fréquence du cancer dans les campagnes, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, juillet 1889, p. 289.

par M. le docteur Manichon (d'Oulchy-le-Château). En vingt ans, notre confrère a constaté 864 décès par cancer, dans 17 communes de sa clientèle formant une population d'environ 3000 âmes, ce qui représente une mortalité annuelle de 1400 pour 100000, quatorze fois plus qu'à Paris! Or, la clientèle de M. Manichon est à cheval sur la rivière de l'Ourcq, et autant le cancer est fréquent dans la région située au nord de ce cours d'eau, dans le Soissonnais, autant il est rare dans la partie sud qui appartient à l'arrondissement de Château-Thierry.

Bien que l'hérédité et surtout la coutume abusive des mariages consanguins jouent un rôle évident dans le développement de ces *taches cancéreuses* qui envahissent une région ou un village, elles ne suffisent pas pour expliquer une disproportion aussi énorme dans les chiffres relevés. Si l'on veut bien remarquer que, dans la clientèle de M. Manichon, les villages contaminés sont tous situés au nord de l'Ourcq, que le village ardennais de M. Desplous est « éloigné de toute communication, sur le plateau marécageux de Rocroi » ; si on ajoute que, relativement rare sur les bords de l'Aisne, le cancer est fréquent un peu plus loin dans les plaines crayeuses de la Champagne, on ne peut s'empêcher de supposer qu'une cause extérieure, liée soit à la nature du sol, soit à l'eau, une cause *topographique* en un mot, joue un rôle prépondérant dans ces endémies cancéreuses.

Pour essayer d'avoir des données plus précises, il faut limiter l'observation à un groupe de maisons, à un quartier.

Voici le résumé de la première observation de M. Arnaudet :

En 1880, meurt d'un cancer de l'estomac un homme habitant le plateau de Saint-Sylvestre ; en 1884, un autre, habitant à mi-côte, meurt aussi d'un cancer de l'estomac; en 1885, la même affection emporte deux autres habitants logés en bas de la côte, près d'une mare; enfin, en 1887, il meurt un cinquième cancéreux, dans une maison contiguë à celle du premier atteint; aucun n'avait d'antécédents héréditaires. Pareille accumulation de cancéreux, dans un espace de 300 mètres de côté, devait faire songer à une cause commune et locale; le cancer avait procédé avec régularité, de haut en bas : ce serait le cas de reproduire la comparaison de Virchow avec l'arbre qui essaime ses graines sur le versant de la montagne. L'eau a pu servir de véhicule au contage, d'autant plus que les cinq malades ont été atteints par l'estomac; mais, comme aucun n'était buveur d'eau, M. le docteur Arnaudet en arrive à incriminer le cidre, que l'on fabrique généralement avec l'eau des mares. J'ajoute que quelque temps après la publication de ce premier travail, M. Arnaudet observait un nouveau cancer chez la femme d'un des paysans qui venaient de mourir.

L'étude d'un autre foyer de cancer, occupant une rue du bourg de Cormeilles, permit l'année suivante au même observateur de compléter ses suppositions étiologigues. En trente ans, 17 maisons sur 54 avaient fourni 21 cas de cancer : quelques-unes, vers la partie moyenne de cette rue, formaient un véritable nid à tumeurs malignes. De plus, en 1884, cinq personnes furent atteintes à peu près simultanément : c'était une véritable *épidémie*. Là encore, l'eau de rivière et l'eau de puits paraissaient avoir joué un certain rôle, mais, de plus, l'habitation dut être considérée comme un facteur important de conservation et de transmission du germe cancéreux : « Il n'est pas douteux, écrit M. Arnaudet, que cette cause se cache souvent sous le masque de l'hérédité. »

Enfin, en 1891, le même médecin rapporte de nouveaux faits favorables à l'action de l'eau et de l'habitation en commun, et conclut :

« 1° La fréquence excessive du cancer dans nos campagnes reconnaît une cause de lieu, et extérieure par conséquent à l'organisme ;

2° L'eau est le véhicule le plus habituel du germe cancéreux, comme en témoignent, outre les observations spéciales que j'ai fait connaître, les cas si nombreux sur un plateau privé d'eau propre;

3° Le germe se transmet entre habitants de la même maison, soit directement, soit indirectement, par les objets contaminés par un premier malade. »

Autre exemple d'*épidémie cancéreuse*, publié par M. Fiessinger :

A Oyonnax, il meurt annuellement 3 ou 4 cancéreux pour 4500 habitants ou 500 maisons. Or, un groupe de trois habitations, à l'extrémité de la ville, a fourni, en quatre ans, un contingent de 4 cancéreux (je laisse de côté un ostéosarcome cité dans ce travail), étrangers les uns aux autres et sans antécédents héréditaires. Ce qui fait l'intérêt de cette relation, c'est que la maladie paraît avoir été importée par une femme arrivée à Oyonnax en 1886. Atteinte d'un cancer du sein, cette femme jetait devant sa porte les chiffons souillés qui avaient servi aux pansements. Elle meurt en 1887; l'année suivante un locataire de la même maison meurt d'un cancer de la verge; deux ans après, un autre est enlevé par un cancer du rectum; enfin, un voisin est atteint en 1888, d'un cancer de l'estomac.

On trouvera dans la thèse de M. Fabre une observation analogue du docteur Roy (de Saint-Martin-de-Ré) : en moins de deux ans, trois voisins sont atteints de cancer : sein, rectum et lèvre (1).

Voici maintenant les « épidémies de maisons ».

Dans une petite ville des Ardennes, j'ai vu mourir successivement : le mari d'un cancer du rectum (1870), la femme d'un cancer du sein (1873), la domestique d'un cancer du sein (1873), et le beau-père d'un cancer du rectum (1875) : c'était la totalité des personnes habitant un appartement où elles vivaient très confinées, n'en sortant que rarement.

W. Blyth parle de trois personnes devenues successivement cancéreuses dans la même maison; un étranger qui les visitait souvent, ainsi que sa nièce, seraient également morts de la même affection.

Cl. Lucas dit avoir vu aussi survenir trois morts en quelques années, dans la même maison, par cancroïde chez le mari, cancer du sein chez la femme, épithélioma de la langue chez un pensionnaire.

Le docteur Rebulet (de Bourgthéroulde) signale un décès par cancer (sein), dans une maison où précédemment étaient morts deux cancéreux (2).

La thèse de M. Fabre contient une belle observation de M. Humbert Mollière : dans une maison située sur le bord de la Saône, bien bâtie, bien tenue, habitée depuis long-

(1) Le docteur Alison a fait l'histoire de foyers de *phthisie*, tout à fait comparables à ceux de cancer dont nous parlons et observés dans les villages des environs de Baccarat (*Arch. gén. de méd.*, 1885, t. XVI, p. 282).

(2) Rebulet. *Normandie méd.*, 1891, p. 358.

temps par les mêmes locataires, tous riches ou dans l'aisance, il meurt en moins de dix ans quatre personnes : en 1873, le propriétaire (cancer de l'estomac); en 1877, un tailleur (estomac); en 1880, le concierge (estomac); en 1882, une autre locataire (carcinome des ganglions du cou); pas d'autres décès pendant ce laps de temps. M. Humbert Mollière repousse une simple coïncidence; pour lui « les observations de ce genre méritent d'être comprises dans le dossier des faits qui semblent assigner au cancer une origine extérieure ». Enfin, M. Flament, médecin-chef de l'hôpital militaire du camp de Châlons, a eu l'amabilité de nous communiquer un fait qui rentre dans cette catégorie. Il a vu à Aurillac, en consultation avec le docteur Rames, une jeune fille atteinte d'une affection cancéreuse de la région sous-parotidienne (morte trois mois après); dans la même chambre étaient morts antérieurement deux cancéreux. Ces trois victimes n'étaient pas parentes; c'étaient des locataires successifs, bien portants au moment de leur arrivée; l'appartement n'avait subi aucune réparation depuis plus de vingt ans. Il est regrettable que nous n'ayons pas les dates précises des décès, car cette observation est réellement typique; elle tend à faire admettre, comme les précédentes, que le germe du cancer, quel qu'il soit — microbe, protozoaire, cellule spécifique — peut se conserver dans les maisons et infecter de nouveaux habitants: l'analogie est complète avec certaines petites épidémies de diphthérie.

Dans d'autres cas, la contagion semble plus directe, absolument inter-humaine : le cancer apparaît successivement chez deux personnes vivant en contact à peu près continuel, le mari et la femme par exemple.

Si aux 35 cas de ce genre que nous avons pu réunir, dont 30 pour la région rémoise, nous ajoutons ceux qui sont épars dans la littérature médicale, nous arrivons au total déjà important de 77 observations.

Sans entrer dans leur détail, nous pouvons tirer de leur examen comparatif quelques chiffres instructifs :

Dans 71 cas, les deux malades sont le mari et la femme.

Dans 6, il s'agit de personnes vivant ensemble : maîtres et domestiques, parents, etc.

Dix-neuf fois le cancer s'est montré chez l'un et l'autre malade dans des organes analogues (cancer homotopique), dont :

Estomac.	11	fois.
Bouche	4	—
Téguments.	2	—

Et 58 fois, les organes atteints étaient dissemblables (cancer hétérotopique).

Dans cette dernière catégorie de cancers doubles, nous ne relevons pas moins de 23 observations de cancer de la verge survenu chez le mari consécutivement à un cancer de l'utérus chez la femme, soit, sur la totalité des cancers de conjoints, 24 p. 100, près d'un quart.

Voilà un chiffre inattendu et suffisamment suggestif! Car un des principaux arguments des anti-contagionnistes est précisément la rareté de ces cancers bi-sexuels : il paraît que cette rareté est plus apparente que réelle; la longue incubation du cancer suffit peut-être pour expliquer la presque universalité de l'opinion qui nie le danger des rapports conjugaux quand l'utérus est le siège d'un épithélioma.

Demarquay, il est vrai, sur cent trente-quatre cas de cancer du pénis, n'a signalé qu'une fois un cancer de l'utérus chez la femme d'un malade; mais Gaillard Thomas nous dit : « Il y a beaucoup de danger de contracter le cancer par les rapports sexuels. La plus légère écorchure du pénis peut suffire pour l'absorption du virus d'une tumeur maligne, et les maris des femmes atteintes de cancer de l'utérus doivent toujours se garantir contre cette contagion. » Foderé, Bayle, de Sinéty font aussi de prudentes réserves. En tout cas, c'est, je pense, l'occasion ou jamais, pour le médecin, de rappeler à ses clients le sage précepte : Dans le doute abstiens-toi (1).

X

Ces exemples de cancer « congressif » sont tout à fait en faveur d'une contagion par contact direct, inoculation ou greffage; les suivants sont du même ordre :

Nous devons au docteur Lapeyre (de Loches) l'observation d'une femme morte d'un épithélioma de l'utérus, deux ans après son mari, atteint d'un cancer de la langue; celui-ci avouait se livrer assez souvent à des caresses *ab ore* : dans la famille de la femme, il n'y avait jamais eu de cancéreux.

Delbet, d'après Fabre, a rapporté à la Société anatomique (nous n'avons pu retrouver cette observation à la date indiquée, 1891), l'histoire d'un enfant mort de généralisation cancéreuse alors que sa mère, qui l'allaitait, présentait une tumeur du sein.

Un médecin de Dorset, Emson, serait mort de cancer, huit mois après s'être piqué au doigt en opérant une tumeur maligne, véritable inoculation expérimentale.

Mais, dans la plupart des cas, on voit qu'un simple contact ne suffit pas, il faut que les rapports soient nombreux, répétés, entre le sujet contaminateur et le contaminé. Rien ne favorise plus la contagion que la promiscuité de l'alcove et de l'habitation : d'où la fréquence relative du cancer marital (92 p. 100 de notre statistique). M. J. Luys, en nous communiquant trois faits de ce genre, insiste sur la cohabitation comme cause de transmission : « J'incline à penser comme vous que le cancer est contagieux. Mais je crois que certaines conditions de vie commune, de séjour dans un appartement rétréci, que le coucher en commun sont des facteurs qui, en favorisant les contacts nocturnes et diurnes, amènent la contagion lente des principes nocifs d'un sujet à l'autre. »

Et si l'on admet avec Richard Budd que les cinq chirurgiens de l'hôpital de cancéreux « North Devon Infirmary » qui sont morts successivement emportés par la même affection l'ont gagnée de leurs malades, il est évident que la répétition des contacts a joué un grand rôle dans leur cancérisation.

La contagion paraît se faire aussi par les linges souillés ou par des objets d'usage commun.

M. Dève nous a communiqué l'histoire très intéressante

(1) Quelques exemples de contagion paraissent avoir été observés chez l'animal. R. Rudd raconte qu'un chien terrier, qui avait l'habitude de lécher la figure de son maître atteint d'un épithélioma de la langue, serait mort d'un cancer de la langue; Rappin a vu une vieille poule, qui vivait en contact avec des lapins servant à ses expériences d'inoculation du cancer, atteinte d'épithélioma tubulé du bec; enfin M. Arnaudet a constaté que deux chiennes, qui avaient habité successivement la même baraque, avaient été atteintes, à deux ans d'intervalle, de cancer de la vulve.

d'un homme jeune encore (trente-huit ans), non héréditaire, atteint d'un cancer de la langue; quelques années avant, son beau-père était mort d'un épithélioma ayant débuté par l'aile du nez et ayant envahi la face et le maxillaire supérieur : le gendre avait l'habitude de fumer les pipes dont son beau-père avait fait usage.

M. Fabre publie une observation presque identique de M. H. Mollière. Ici, le sujet contaminant était un homme atteint d'épithélioma de la langue (cancer des fumeurs); le contagionné, son gendre, travaillait dans la même étude et fumait les mêmes pipes. Ce dernier fut atteint, quelque temps après la mort du premier, de cancer du larynx et succomba après avoir subi la trachéotomie. Il était du reste prédisposé; une sœur est morte plus tard d'un cancer de l'estomac. Il se trouvait donc dans d'excellentes conditions de réceptivité « et ce cas de contagion, conclut M. H. Mollière, peut être assimilé aux greffes positives, accidentelles ou expérimentales, qui ont été signalées chez des sujets déjà porteurs d'une tumeur primitive ».

Enfin, il faut probablement admettre que le germe peut vivre en dehors de l'organisme, comme ceux de la fièvre typhoïde, du choléra, du charbon et de tant d'autres maladies; enfoui dans ces excellents bouillons de culture, le sol et l'eau, ou logé dans les recoins de l'habitation, il peut, à un moment donné, être absorbé et infecter l'organisme.

Nous n'avons pas à revenir sur les épidémies de maisons dont nous avons parlé tout à l'heure, ni sur les recherches de M. Arnaudet qui incrimine surtout l'eau servant à la fabrication du cidre. La fréquence du cancer de l'estomac dans tous les cas où la maladie a pris la forme épidémique, vient à l'appui de cette idée que l'élément pathogène a été introduit par les boissons. Le cancer, nous le savons, est endémique autour des mares de Normandie et de Champagne, particulièrement fréquent sur le plateau marécageux de Rocroi, et M. Ballance nous dit qu'en Angleterre, il semble sévir plus spécialement le long des rivières soumises à des débordements périodiques. Ce mode de transmission, remarquons-le, cadre avec l'idée de Metchnikoff qui pense que les coccidies donnent naissance à des spores se développant en dehors de l'économie humaine et que le cancer sera rangé un jour au nombre des maladies miasmatiques (1).

L'incubation, si nous en croyons nos observations, aurait une durée variable : quelques mois à plusieurs années.

Dans 43 observations, nous avons trouvé des dates précises. L'intervalle entre la mort des deux sujets successivement atteints a été :

De 1 an et moins.	16 fois.
2 ans	6 —
3 ans	5 —
4 ans	2 —
5 ans	2 —
5 à 10 ans.	9 —
10 à 15 ans	3 —

Donc, 31 sujets ont succombé dans les cinq années qui ont suivi le décès du premier cancéreux : c'est une proportion de 72 p. 100. Les autres chiffres, de cinq à quinze ans, appartiennent, pour la plupart, à des observations incomplètes et peut-être ne s'agit-il, au moins pour quelques-unes, que d'une coïncidence (1).

(1) Fr. Hue. Le cancer, maladie infectieuse miasmatique, *Normandie méd.*, 1er nov. 1892, p. 441.

Rien d'étonnant, du reste, à cette incubation prolongée. Avec l'hérédité, il faut aussi l'admettre, bien plus longue encore le plus souvent : le cancer héréditaire n'apparaît que lorsque l'héritier présente les conditions d'âge, d'affaiblissement physique ou moral, de sédation sexuelle, etc., favorables à son développement, c'est-à-dire lorsque les causes occasionnelles entrent en jeu. Il y a dans les deux cas un temps plus ou moins long d'incubation, de ce que Prosper Lucas appelle l'*occultation des phénomènes morbides*; seulement cette période latente est, en général, plus courte dans le cancer acquis que dans l'héréditaire : dans plus d'un tiers des cas, elle ne dépasse pas une année.

Avons-nous le droit, maintenant, en présence de ces résultats tirés uniquement de l'observation, d'être plus affirmatif que tout à l'heure et d'émettre une conclusion ferme : *le cancer est contagieux?* Nous le croyons.

En tout cas, si nous n'avons pas complètement convaincu nos lecteurs, nous espérons avoir démontré que la contagion du cancer doit prendre rang parmi les hypothèses raisonnables et méritant discussion.

L'attention étant appelée sur ce point si important de l'histoire des affections malignes, les exemples se multiplieront sans doute à l'avenir, à condition toutefois de les chercher.

La contagion est, en effet, atténuée, ou, comme le disait déjà Velpeau, « n'est pas facile » : elle exige des conditions de réceptivité heureusement peu fréquentes : N'est pas cancérisable qui veut. Le germe, le grain est quelque chose, mais il lui faut un terrain propice, une aptitude de l'organisme qui lui permette de trouver les conditions nécessaires à son développement. « Grâce à Dieu, s'écrie Trousseau, lorsque les germes morbifiques sont semés à travers les populations, ils ne lèvent pas tous, autrement le monde serait un vaste désert! » Cette notion nouvelle n'a donc, en réalité, rien de bien effrayant et s'il est si difficile de réussir les expériences chez les animaux, il est bien évident, à plus forte raison, que la transmission d'homme à homme sera toujours exceptionnelle.

MÉDECINE LÉGALE DES ACCIDENTS DE LA FOUDRE (2)

Par le docteur Vincent, de Guéret (Creuse),
Lauréat de l'Académie de médecine, de la Société de médecine du Nord et de la Société des langues romanes de Montpellier.

XIII

C. *Déchirures et divisions des habits.* — Elles sont très variables par le nombre, par l'étendue et par la forme : chez le jeune homme de Parsac, le gilet présente une double déchirure au niveau de l'omoplate gauche, et le gousset du pantalon est aussi déchiré du même côté. Chez Bord, large ouverture à l'épaule gauche appuyée contre le hêtre, comprenant la veste, le gilet, la

(1) Comparez avec les chiffres donnés par Alison pour 43 cas de tuberculose :

Moins de 1 an	16 fois.
1 à 2 ans	11 —
2 à 3 ans	4 —
3 à 4 ans	6 —
4 à 10 ans.	6 —

(2) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1168.

chemise et le gilet de flanelle, ce dernier paraissant seul brûlé. De plus, le pantalon présente un trou en haut et en arrière, et un autre plus grand au niveau du mollet gauche, qui offrait cette particularité qu'à ce niveau la peau n'était pas brûlée. Dans ce dernier cas, comme cela arrive généralement, ces déchirures multiples se sont produites sur le trajet suivi par le courant électrique. Sous ce rapport, des faits encore plus caractéristiques ont été signalés : les habits d'une sentinelle furent déchirés du haut en bas sans trace de brûlure; un vieillard eut sa veste, sa culotte et ses bas déchirés de la même manière du côté droit.

Cette division peut être simple comme celle produite par les deux mains tirant chacune dans un sens différent; à bords plus ou moins effilochés le plus souvent, mais présentant quelquefois l'aspect d'une coupure nette avec un instrument bien tranchant, ou à bords machés comme celle faite avec un instrument à tranchant mousse.

Quand ces divisions simples sont multiples, elles peuvent diviser l'étoffe en lanières plus ou moins larges et nombreuses, effets analogues à la division du bois en lattes.

Le plus souvent ces lésions sont moins régulières et prennent des proportions beaucoup plus considérables : on voit alors les vêtements déchirés en nombreux lambeaux, en mille morceaux plus ou moins menus, réduits en innombrables filaments, en une espèce de charpie dans presque toute leur étendue, voire même en quelque sorte pulvérisés.

La déchirure n'atteint parfois que les doublures du vêtement, l'étoffe de dessus restant intacte, et réciproquement.

D'autres fois, l'étoffe est simplement décousue dans une étendue plus ou moins considérable, ainsi que Moynier en a observé un cas à l'Hôtel-Dieu. D'après cet observateur, le fil, qui unissait les deux bords du velours, était coupé, dans la partie décousue, comme un tailleur aurait pu le faire, et non pas brûlé.

Chez un jeune garçon observé par l'abbé Chapsal, le soulier, le pantalon, la veste et le gilet sont décousus dans les parties où la couture est faible, et mis en lambeaux là où elle a opposé de la résistance.

Enfin, on a vu des exemples nombreux de personnes partiellement ou totalement deshabillées par la foudre : Bouchonnet, qui n'avait sur lui que sa chemise et son pantalon, eut cette dernière pièce de vêtement enlevée. Dans d'autres cas, l'enlèvement des habits a été complet. Cet effet a été souvent cité comme une curiosité scientifique, due à un caprice de la foudre. Il est, cependant, des plus naturels et des plus faciles à expliquer : lorsque, chez une personne foudroyée, l'électricité circule à la surface de la peau, celle-ci et la surface contiguë des vêtements, se trouvant chargées d'électricité de même nom, se repoussent mutuellement et tendent à se séparer, comme elles le font de fait quand la répulsion est assez énergique. D'où la projection, à une distance plus ou moins éloignée, des habits plus ou moins déchirés. On a vu de ces lambeaux suspendus aux arbres voisins. Cette suspension s'est vue dans d'autres circonstances : nous trouvons notamment dans l'*Histoire médicale de la foudre*, de Boudin, que les cheveux de deux personnes foudroyées sous un arbre furent lancés à sa cime et que le cercle de fer, qui liait le sabot de l'une d'elles, fut trouvé accroché à une branche élevée.

C'est à cette force de répulsion que me semblent devoir être attribués la plupart des désordres que nous venons de décrire, et la projection, qui en est la conséquence, des débris ou lambeaux de vêtements à distance est un phénomène fréquent ici et analogue à celui que nous avons eu occasion de constater plusieurs fois dans les chapitres précédents.

3. *Ouverture de sortie. Chaussures.* — La chaussure est peut-être plus souvent encore endommagée que la coiffure par l'excellente raison que la foudre peut atteindre le corps par un autre endroit que la tête, et que, dans ce cas comme dans l'autre, lorsque l'individu est debout, elle lèse la chaussure pour passer dans le sol. Les conditions changeraient naturellement si l'individu était assis, et ce serait alors le fond de la culotte qui présenterait des lésions qu'il est inutile de décrire ici, attendu qu'elles ressemblent à celles que nous venons de faire connaître.

Nous avons vu plus haut, surtout par l'extrait du tableau de Boudin, combien sont fréquentes les lésions de la chaussure : chez Bord, le sabot gauche est brisé en plusieurs fragments et la paille, qui en garnissait l'intérieur, projetée au loin. Le même effet, sauf la paille, a eu lieu chez l'enfant de Parsac. Le talon de la botte de Conchon est troué d'une ouverture irrégulière par la déchirure de pièces de cuir superposées et, quelques pouces plus loin, l'empeigne est percée d'un trou rond comme celui fait par une alène de moyenne grosseur.

La semelle est souvent perforée d'un ou de plusieurs trous ronds qu'on dirait produits par un fer chaud, variables dans leur calibre. Lorsqu'il n'en existe qu'un, il répond le plus ordinairement à un trou du bas et à une brûlure du pied. Dans un cas, le bas présentait plusieurs trous et la semelle un seul.

Dans d'autres cas, la semelle est non plus perforée, mais déchirée, enlevée partiellement ou en totalité.

D'autres fois, la semelle est intacte, mais l'empeigne est trouée, déchirée, fendue selon sa longueur comme avec un instrument tranchant, très souvent découpée en lanières; enfin, quelquefois, complètement séparée par coupure ou déchirure.

Comme les autres pièces du vêtement, la chaussure peut encore être déchirée, déchiquetée, simplement décousue, divisée en mille morceaux, disséquée en filaments, réduite en charpie, selon la nature de l'étoffe, et même arrachée en blocs et projetée à distance.

Enfin, les clous des semelles peuvent être arrachés ou fondus. Chez Conchon, deux clous arrachés avaient laissé deux trous non encore bouchés par la boue du chemin, indice que cet arrachement avait eu lieu au moment même de la mort.

Généralement à ces lésions des chaussures correspondent des lésions des bas et du pied. Cependant on a vu parfois le bas troué et les souliers intacts et réciproquement; de sorte que cette absence de concordance n'est pas une raison pour écarter la cause de mort dont nous nous occupons.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 novembre 1892, M. le docteur Heyriès, ancien médecin de deuxième classe de la marine, a été nommé médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Gourret est chargé des fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Nantes.* — MM. les docteurs Perochaud et Monnier sont institués suppléants des chaires de pathologie et de clinique médicales.

M. Sourisse est nommé aide de clinique ophthalmologique.

— *École de médecine de Reims.* — M. Colleville est chargé des fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, pendant la durée du congé accordé à M. Langlet.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Crié est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— M. le docteur Jules Simon recommencera ses conférences de thérapeutique infantile à l'hôpital des Enfants-Malades, le mercredi 16 novembre à neuf heures et les continuera les mercredis suivants à la même heure. — Le samedi, consultation clinique.

— M. le docteur Balzer, médecin de l'hôpital du Midi, commencera ses conférences théoriques et pratiques sur les Maladies vénériennes, le jeudi 17 novembre à neuf heures et demie, dans son service, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Contribution à l'étude clinique des cardiopathies artérielles à type myo-valvulaire, par le docteur R. Faure-Miller. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Le **Sirop de chloral de Freyssinge** est agréable et très actif. — *1 gramme par cuillerée à soupe.* — Le flacon, 2 francs.

Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*
Goutte. Gravelle. Diabète — Eau min[le] Contrexéville-Pavillon.
Charbon naphtolé *granulé* **Fraudin.**

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 14 novembre 1892.

En ouvrant son cours de l'histoire de la médecine, M. le professeur Laboulbène a, suivant sa coutume, jeté un coup d'œil sur les événements qui ont intéressé la Faculté pendant la dernière année scolaire, et indiqué les projets divers qui sont à l'ordre du jour pour l'amélioration des études médicales. Nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs les modifications importantes proposées par M. Laboulbène; ces modifications méritent de fixer l'attention; elles sont inspirées par un sentiment très vif des nécessités de l'enseignement. M. le professeur Laboulbène aime la science, mais il aime la jeunesse et il cherche à concilier les intérêts de la science et de l'étudiant. C'est donc avec une véritable sympathie que nous étudierons les propositions de l'éminent professeur, et que nous en discuterons, s'il y a lieu, les applications.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.— M. LABOULBÈNE.

Préambule du cours de l'histoire de la médecine et de la chirurgie.

Messieurs,

Pendant l'année scolaire qui vient de se terminer, la Faculté n'a eu aucun deuil à déplorer. Vous avez un nouveau maître, M. Gabriel Pouchet, élu en remplacement de M. Regnauld, après une lutte fort vive entre des compétiteurs très méritants. M. le professeur Pouchet, que vous avez déjà vu à l'œuvre, apportera dans l'enseignement de la pharmacologie, sans faire oublier son prédécesseur, toutes les données modernes d'analyse et d'expérimentation des médicaments aux divers points de vue chimique, physiologique, etc., en un mot, de la biologie.

J'ai le regret de vous annoncer que vous ne trouverez plus, à l'Hôtel-Dieu dans la chaire de clinique chirurgicale, M. le professeur Verneuil qui l'occupait avec tant d'éclat. Notre collègue se retire après une carrière des mieux remplies; vous avez recu, dans le grand amphithéâtre, ses touchants adieux. Il y a longtemps que j'ai connu et que j'ai aimé M. Verneuil, quand il était, avec Follin et avec Broca, un des représentants de la jeune chirurgie aux idées nouvelles. Il a été constamment un chercheur, souvent un initiateur, faisant de la vraie médecine opératoire et j'ai pu lui dire : « qu'il était le plus médecin des chirurgiens ». M. Verneuil a été un des adeptes de la première heure des doctrines pastoriennes, si admirables et si fécondes.

Le service récent que vient de rendre M. Verneuil est la création, avec M. Simon Duplay, de la ligue contre le cancer, contre l'horrible tumeur envahissante. Espérons qu'il résultera de cette ligue, une suite d'études pénétrantes, fortes, amenant des découvertes utiles. Puisse le cancer, que j'ai toujours regardé avec Davaine comme parasitaire, que Velpeau admettait comme primitivement local, être prévenu, être entravé dans sa propagation, et, enfin, qu'un jour arrive où ses néoplasmes, enlevés facilement par les procédés antiseptiques, ne récidivent plus.

Les concours pour l'agrégation ont été particulièrement laborieux, malgré l'absence de la thèse que je regrette. Les nouveaux agrégés auxquels j'adresse la bienvenue apporteront à la Faculté, avec une instruction solide, leur jeunesse et leur zèle; les anciens ne nous quittent pas complètement. Vous les retrouverez dans les conférences, dans les remplacements de professeurs empêchés. Notre corps d'agrégés se signale de plus en plus dans l'enseignement officiel et libre, dans les Traités de Médecine et de Chirurgie en cours de publication active.

Divers Congrès viennent d'avoir lieu pendant les vacances; tels sont, pour ne citer que les principaux : le Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française, tenu à Blois du 1er au 6 août; le deuxième Congrès international de physiologie (Liège 29 au 31 août); le Congrès international de Dermatologie et de Syphiliographie (Vienne, 5 au 10 septembre); le Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique (Bruxelles, 14 au 17 septembre); l'Association française pour l'avancement des sciences (Pau, 15 au 21 septembre), etc. Je vous recommande la lecture des Comptes rendus de ces réunions scientifiques, elle vous sera profitable. Les matières traitées dans ces Congrès sont parfois neuves ou ardues et presque toujours dignes d'intérêt.

Vous savez, Messieurs, que les questions relatives aux études, en général, et à l'enseignement de la médecine, en particulier, sont à l'ordre du jour; elles nous préoccupent à juste titre. Je suis heureux de vous dire que la question du stage dans les hôpitaux est résolue dans le sens indiqué et désiré par la Faculté.

Voici mon avis sur plusieurs autres projets en discussion. Vous connaissez mon goût pour les sciences physiques et naturelles, appelées à tort « accessoires de la médecine », car elles lui sont de plus en plus indispensables. Je les ai en grand honneur, mais j'ai toujours pensé qu'il ne faudrait pas les placer en tête des études médicales, ou en d'autres termes que l'étudiant ne devrait pas commencer par elles ses cours de première année dans nos

Facultés. Les élèves, qui ont pour but de devenir rapidement médecins, se rebutent souvent ou délaissent la chimie et la physique ; ils échouent au premier examen et perdent ainsi une année précieuse. Certes, il serait à désirer que tout nouvel étudiant fût de la force d'un licencié ès sciences physiques, mais ceci étant impossible et du domaine de la rêverie, il me semble qu'un examen spécial à la fin des études scolaires, imposé au candidat en médecine, ou qu'un examen d'entrée avant la première inscription, offriraient des garanties sérieuses. Le professeur de sciences accessoires n'aurait point à s'occuper des éléments de ces sciences et seulement des applications médicales devant un auditoire assez instruit pour bien comprendre et profiter largement de ses leçons.

Tout ceci est personnel et ne saurait engager que moi. De plus, je comprendrais de la manière suivante la répartition des études pour l'étudiant en médecine :

Première et *deuxième année :* Anatomie, physiologie, puis histologie, avec les travaux pratiques correspondants et surtout l'obligation tous les matins du stage dans un hôpital, ce stage rigoureusement poursuivi pendant la durée des études ; *troisième année :* Encore anatomie et physiologie. La pathologie externe et la médecine opératoire ; *quatrième année :* La pathologie interne et la pathologie générale ; *cinquième année :* La pharmacologie, matière médicale et thérapeutique. L'hygiène et la médecine légale. Les cliniques externe, interne et obstétricale, déjà commencées dès la troisième et quatrième année.

Les examens, au nombre de six principaux, pourraient être passés de la manière suivante, entre les seize inscriptions et après elles :

Premier examen : Anatomie élémentaire entre la troisième et la cinquième inscriptions. — *Deuxième examen :* Anatomie avec épreuve de dissection, histologie, entre la sixième et la huitième inscriptions. — *Troisième examen :* Physiologie, physique et chimie anatomo-physiologiques ou biologiques, entre la huitième et la dixième inscriptions. — *Quatrième examen :* I. Pathologie externe, médecine opératoire, notions sur les accouchements, entre les dixième et quinzième inscriptions ; II. Pathologie interne et pathologie générale, entre la quinzième et la seizième inscriptions. — *Cinquième examen :* Histoire naturelle et pharmacologie, matière médicale, hygiène, médecine légale, à passer *ad libitum*. — *Sixième examen :* Les cliniques, I. chirurgicale et obstétricale ; II. médicale avec épreuve d'autopsie, à passer en dernier lieu.

Je ne vous ai point parlé, au sujet des examens, de l'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie. C'est que je me fais une juste idée de la place qu'occupe mon enseignement à la Faculté. Un élève ayant répondu sur l'anatomie et la physiologie, sur la pathologie externe et interne, ne sera jamais refusé s'il ignore quelques détails historiques, mais aussi, il aura les notes les plus élevées s'il les connaît. J'ai pris pour devise : *Historia utilis* ; je m'efforce de vous instruire, les nouveaux comme les plus forts, en comparant le passé avec le présent, en vue du progrès à venir. Plusieurs travaux importants, par exemple l'Histoire des hôpitaux de Paris, plusieurs thèses de valeur, plusieurs biographies de grands Médecins, inspirées par ce cours, ont répondu à mon espérance et me dédommagent de mes efforts pour vous faire connaître, en vue de vos examens : la pathologie, la thérapeutique, l'anatomie et même l'hygiène historiques, la biographie et la bibliographie médico-chirurgicales.

Le cours du semestre d'hiver comprendra une étude successive des Hippocratiques, de Galien, des Alexandrins et des autres médecins grecs. Puis viendront les Arabes, les Salernitains, l'époque de la Renaissance, les anatomistes anciens, Paracelse et van Helmont, Harvey et la circulation du sang, Sydenham, l'ancienne Académie de chirurgie, la Société royale de médecine, les découvertes de l'anesthésie et de l'antisepsie. J'espère, après cette revue, achever l'exposition historique des maladies parasitaires commencée l'an dernier.

Pour cette première leçon, j'ai choisi Celse (*Aulus Cornelius Celsus*), de préférence à l'histoire des premiers temps de la médecine. La connaissance de Celse est très difficile et son étude nous offrira des procédés ingénieux de recherches bibliographiques, ainsi que la comparaison des documents existants pour suppléer au manque de renseignements exacts et pour arriver le plus près possible de la vérité. L'œuvre de Celse est majeure, mais l'auteur ne s'est pas peint dans ses ouvrages, comme Galien par exemple, aussi ce dernier nous est mieux connu que beaucoup de personnages, même récents.

L'époque où vivait Celse est digne d'attention et la médecine à Rome est vraiment remarquable depuis ses commencements avec les esclaves et les philiâtres, l'arrivée des Grecs, et ses diverses catégories d'archiâtres du palais, archiâtres scolaires, municipaux, populaires, ainsi que les médecins attachés aux armées, sur lesquels un de nos bibliothécaires, M. Corlieu, lisait, il y a quelques semaines, un travail à l'Académie de médecine.

Rappelez-vous, d'ailleurs, la remarque d'un historien autorisé, de M. Victor Duruy, parlant de notre nation, dans le dernier volume de son *Histoire des Romains*, de « la France héritière d'Athènes et de Rome », et qui nous permet de dire, comme les Transtévères : *Siamo Romani* (1).

Le professeur recherche ensuite le vrai nom de Celse et conclut à : *Aulus Cornelius Celsus* ; il fixe l'époque où l'auteur latin a vécu. Puis, M. Laboulbène distingue *Cornelius Celsus* des divers personnages qui ont porté le nom de *Celsus*.

Une conclusion vient s'imposer au sujet de Celse, comme auteur de Traités remarquables par la forme et par le fond. Celse ne devait pas être médecin, mais plutôt un encyclopédiste ayant écrit avec succès sur la médecine, l'agriculture, l'art militaire, la rhétorique, la philosophie, etc.

Les diverses éditions de Celse ont été signalées avec soin, puis est venue l'histoire de la Médecine à Rome, avec ses péripéties curieuses et instructives. De vifs applaudissements ont salué le professeur à son entrée et à sa sortie de l'amphithéâtre.

M. Delpeuch a soigné 64 cholériques, 26 sont morts (2) ; cela fait une mortalité de 40 p. 100. Cette mortalité a été plus forte pour les hommes (16 morts sur 31 malades) que pour les femmes (10 sur 33). La cause principale en serait due à l'alcoolisme des hommes, et cet alcoolisme aurait été également la cause du délire bruyant si souvent observé chez les cholériques mâles. L'alcoolisme a déjà été signalé du reste comme une des causes les plus grandes de gravité du choléra.

M. Delpeuch n'a pas fait d'injections intra-veineuses de sérum artificiel. Les cholériques, dit-il, sont en effet comme le tonneau des Danaïdes, ils perdent rapidement le liquide qu'on leur a injecté, et les transfusions *in extremis* n'ont que momentanément ressuscité des presque cadavres, comme certains physiologistes ont, par des injections de sang, momentanément ranimé des têtes de décapités. Ce n'est pas la peine de faire une opération agressive pour obtenir un aussi minime résultat. Les statistiques des partisans de la transfusion de sérum artificiel ne sont pas meilleures que celles de ceux qui s'en sont abstenus. A cette attaque, M. Galliard répond, avec raison à notre sens, que la transfusion faite *in extremis* ne peut avoir que de bons résultats, qu'elle peut, il en est persuadé, sauver un certain nombre de malades. Il n'approuve pas qu'on fasse, comme l'a con-

(1) Victor Duruy. *Histoire des Romains*, in-4°, Paris, t. VII, p. 550, 1885.
(2) Société médicale des hôpitaux, 11 novembre 1892.

seillé M. Hayem à l'Académie, des transfusions autres que des transfusions d'urgence. Il pense qu'il vaudrait mieux faire de bonne heure des injections hypodermiques qu'il regrette de pas avoir employées, étant donné les résultats encourageants obtenus par d'autres. A Hambourg, la majorité des médecins a mis en œuvre l'injection sous-cutanée et l'injection intra-veineuse : ceux qui ont employé ces procédés se sont déclarés convaincus de leur utilité.

M. Delpeuch s'est donc contenté de traiter les symptômes. Contre les vomissements, il a fait le lavage de l'estomac à l'aide d'une solution faible d'acide lactique, dont il laissait une petite quantité dans le ventricule. Il a traité la diarrhée par des lavements créosotés et le collapsus par des injections hypodermiques de sulfate de strychnine, qui lui ont paru avoir, à la dose d'un demi-milligramme, d'un milligramme et plus, une action favorable sur l'état général et sur le pouls. Il a injecté sans inconvénient jusqu'à 4 milligrammes de strychnine. Il pense que l'alcool doit être supprimé dans le régime des cholériques.

Contrairement à M. Delpeuch, M. Barié est persuadé des bons effets de l'opium contre la diarrhée cholérique. Il a, pour sa part, donné assez souvent avec succès 10 centigrammes d'extrait thébaïque en potion contre les coliques et la diarrhée. On lui a objecté, il est vrai, que ces malades ne devaient pas être gravement atteints, puisqu'ils avaient gardé cette potion. On peut, dans le même but, faire des injections sous-cutanées de morphine.

M. Le Gendre présente un malade albuminurique qui a, depuis quinze ans, aux mains et aux pieds, de singulières poussées d'œdème, d'une durée de trois ou quatre jours. Elles paraissent bien être des poussées d'œdème névropathique.

M. Babinski fait une communication intéressante sur l'association fréquente de l'hystérie à d'autres maladies : association à des névroses, des maladies à lésion de l'appareil nerveux, cerveau, moelle, nerfs périphériques, viscères. L'hystérie vient ici ajouter sa note personnelle, qu'il faut savoir dégager tant au point de vue du traitement que du pronostic. Les symptômes qui lui appartiennent sont susceptibles de rétrocéder rapidement, laissant derrière eux les phénomènes indépendants de la névrose.

La Société française de dermatologie a repris le cours de ses séances (10 novembre); quelques-unes des présentations ou des communications qui ont été faites nous paraissent de nature à intéresser tous les praticiens.

Plusieurs concernent la syphilis. Une femme, présentée par MM. Fournier et Souplet, offre un bel exemple d'érythème circiné survenu à la période tertiaire de la syphilis. Cette syphilide est constituée par de larges anneaux arrondis siégeant sur le tronc et les cuisses, à centre blanc, de coloration brunâtre. C'est l'aspect d'une manifestation érythémateuse qu'il n'est pas rare de rencontrer à la période secondaire. Des cas de ce genre ont déjà été observés par MM. Fournier, Vidal, Quinquaud. Ils ont souvent été assez embarrassants pour le diagnostic. M. Vidal a vu une éruption semblable chez un individu certainement syphilitique depuis dix-huit ans; chez une femme syphilitique depuis vingt-cinq ans, il a vu apparaître de la roséole et des papules. Un moment, il s'est demandé s'il n'était pas en présence d'un cas de réinfection syphilitique; mais il semble que l'on doive bien admettre qu'il s'agit là d'une manifestation tertiaire, superficielle, érythémateuse de la syphilis. Les auteurs que nous venons de citer sont d'accord pour reconnaître sa résistance très grande au traitement spécifique; d'après M. Vidal, il faudrait avoir recours surtout au traitement mercuriel. M. Quinquaud vante l'occlusion par l'emplâtre au calomel.

La syphilis peut donc très tardivement donner lieu à des manifestations d'aspect secondaire; elle peut aussi, après avoir donné lieu à des accidents profonds, d'aspect tertiaire, se traduire de nouveau, quelques mois après, par des lésions superficielles, érythémateuses ou papuleuses, semblables à celles de la période initiale. C'est ainsi qu'une femme, présentée par M. Renaut, après avoir eu des ulcérations qui ont laissé des cicatrices pigmentaires très nettes, porte en ce moment une éruption de syphilides papuleuses. Ce serait de la syphilis rétrograde. Pour MM. Mauriac et Fournier, cela peut être la conséquence du traitement. La syphilis traitée donne lieu à des accidents plus superficiels, plus bénins : elle revient en arrière. Il est donc bien difficile, à l'heure actuelle, d'attribuer uue grande importance aux périodes classiques : on peut voir des plaques muqueuses succéder à une gomme, par exemple.

Le lupus sur la face et les mains prend parfois l'aspect d'engelures chroniques. Ce sont des plaques rouges, indurées, sur lesquelles on peut voir quelquefois, comme chez une malade présentée par M. Tennesson, des éléments lupiques isolément reconnaissables : le nom de lupus pernio convient très bien à cette variété décrite déjà par M. Besnier. Au point de vue histologique, elle serait caractérisée, d'après l'examen fait par M. Quinquaud, par l'abondance des cellules épithélioïdes, qui sont infiltrées dans le derme, par l'existence d'une lésion œdémateuse, et la dilatation marquée des glandes sébacées. Si l'on voulait dénommer cette forme d'après les lésions histologiques, il faudrait l'appeler lupus myxœdémateux.

Signalons encore une très intéressante communication de M. Saboureau sur le trychophyton humain. Les examens histologiques lui ont démontré qu'il existe, chez l'homme, deux variétés de microphyton, l'un à gros, l'autre à petits éléments.

Chez l'adulte, on ne rencontre jamais que le microphyton à gros grains; c'est, du reste, le seul qui vive sur la peau. Le microphyton à petits cocci se montre chez les enfants et exclusivement sur le cuir chevelu, jamais sur la peau. Il donne lieu à des variétés de teigne tondante, souvent beaucoup plus résistantes que celles qui dépendent du parasite à gros cocci. Il s'agit là de deux espèces différentes, distinctes l'une de l'autre. A côté de ces microphytes propres à l'espèce humaine, on trouve quelquefois des teignes dues à des parasites venus des animaux.

Les autres communications sont d'un ordre trop spécial pour que nous leur donnions place ici.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LES GRANDES NÉVRALGIES PELVIENNES

Par L.-G. Richelot.
Chirurgien de l'hôpital Tenon.

On a discuté récemment, au Congrès gynécologique de Bruxelles, les suppurations du petit bassin et leur traitement chirurgical. On a parlé, chemin faisant, des affections non suppurées. Mais il y a un point sur lequel on n'a fait aucune digression, sans doute parce qu'il n'était pas en relation étroite avec la question pro-

posée, mais aussi parce qu'il n'est pas de sujet plus délicat et plus dangereux à traiter : je veux parler des névralgies pelviennes.

Le chirurgien qui propose une opération pour combattre les douleurs *sine materiâ* dont souffrent l'utérus et les ovaires, prend une grave responsabilité. Les femmes qui ont ces douleurs ont des organes sains ou peu malades, elles sont souvent jeunes et peuvent avoir des enfants; de sorte qu'une mutilation n'est justifiée que si elle est absolument nécessaire. Quand la femme a passé un certain âge, il reste encore, pour modérer l'ardeur des chirurgiens entreprenants, la gravité immédiate de l'opération et l'incertitude du résultat thérapeutique.

Il est évident que, si les opérations radicales doivent toujours céder le pas aux moyens conservateurs, tant que ceux-ci n'ont pas démontré leur impuissance, c'est bien en présence des névralgies pures que cette loi trouve sa meilleure application. D'ailleurs, la phrase est toute faite, et il n'est pas de chirurgien qui propose d'extirper un organe avant d'avoir « épuisé toutes les ressources de la thérapeutique ». Le difficile est de s'entendre sur le moment précis où la thérapeutique est épuisée.

Dans mes observations, les termes dont je me sers sont exactement pesés, et rien n'est écrit à la légère. Quand je dis que les douleurs sont violentes et continuelles, qu'il y a un état de nervosisme intolérable ou une incapacité de travail absolue, cela ne veut pas dire que la malade peut encore travailler, ni qu'elle souffre modérément. Cela veut dire que je l'ai opérée parce que j'ai eu la conviction qu'elle ne pouvait guérir par d'autres moyens. A cette règle de conduite, je n'admets qu'une réserve. Nous sommes quelquefois mis en demeure de guérir, par les voies rapides, de pauvres femmes pour qui l'éloignement de leur ménage est un désastre, et qui ne sauraient dire lequel de ces deux maux est le plus funeste, ou la maladie elle-même ou les soins prolongés qu'elle exige. Pour elles, la chaise longue ou le repos au lit, les traitements d'attente, les essais thérapeutiques ne sont pas de mise. Nous sommes donc amenés, à l'hôpital et plus rarement en ville, à proposer des interventions que, plus libres, nous pourrions éviter ou différer de quelques mois. Dans ces conditions, d'où peuvent sortir de grandes imprudences ou de grands bienfaits, c'est à notre bon sens de nous dire de quelles hardiesses notre main est devenue capable, et à notre conscience de nous éclairer sur les entreprises légitimes.

Enfin, je déclare expressément n'avoir en vue que les grandes névralgies pelviennes, c'est-à-dire les phénomènes douloureux graves, permanents, rebelles, qui ont pour siège l'utérus et les ovaires, ne correspondent à aucune lésion définie, et s'accompagnent d'un état névropathique plus ou moins accentué. Je ne sais comment faire, parmi les nerveuses, des catégories nettes et tranchées; mais mon intention formelle est de laisser de côté l'hystérie vraie, à grandes attaques, sans localisations douloureuses dans le petit bassin.

J'ai eu cependant un beau succès, par la castration ovarienne, chez une hystérique dont j'ai raconté l'histoire au Congrès de chirurgie (1891). Il s'agissait d'un cas vraiment désespéré, sans douleurs pelviennes, avec grandes attaques, tendances au suicide, etc. Les circonstances m'ayant amené à tenter l'opération, la malade fut absolument transfigurée; elle devint calme, sérieuse, exempte de tout phénomène nerveux, et sa guérison, qui pouvait être considérée comme une rémission trompeuse, ne s'est pas démentie depuis trois ans. Mais un fait pareil est exceptionnel et en désaccord avec beaucoup d'autres faits; j'ai dû l'entourer des réserves les plus formelles, j'ai dû me défendre de vouloir le généraliser tant soit peu, prévoyant les attaques dont il devait être l'objet, et qui d'ailleurs n'ont pas manqué de se produire

Pour les névralgies, la question n'est plus la même. On aura beau s'étonner qu'un chirurgien enlève des ovaires douloureux, tandis qu'il n'ampute pas un bras pour une douleur de l'épaule; on aura beau dire, pour expliquer les succès de l'intervention, qu'avec les nerveuses il faut s'attendre à tout, qu'elles guérissent à propos d'une opération comme à propos de rien, quand on s'occupe d'elles et qu'on les satisfait; pour moi, si une femme a été longuement traitée, si on l'a satisfaite ou martyrisée par tous les moyens sans calmer sa douleur; si, clouée dans son lit avant l'opération, elle voit après celle-ci disparaître son mal, se lève et reprend la vie commune, il m'est bien difficile de ne pas considérer cette transformation comme un résultat positif et un bienfait de la chirurgie.

La question posée en ces termes, il est bien entendu que je veux parler des grandes interventions contre les grandes douleurs : laparotomie ou hystérectomie vaginale.

La première peut rester purement exploratrice, ou mener à la rupture de simples adhérences, à la résection partielle d'un ovaire, à la castration unilatérale, enfin à l'extirpation double des ovaires et des trompes. De son côté, l'hystérectomie vaginale peut être bornée à l'ablation de l'utérus, ou comprendre en même temps les annexes.

Parmi toutes ces façons d'agir, la plus réservée peut vaincre des accidents graves, et la plus radicale manquer son but, tant sont bizarres et capricieux les troubles dont il s'agit. Mais les opérations complètes et rationnelles donnent le plus souvent de bons résultats, et c'est ce que je veux démontrer.

Toutes les batailles se sont livrées jusqu'ici autour de la laparotomie, les uns publiant des faits indéniables de guérison, les autres s'appuyant, pour la condamner, sur des échecs thérapeutiques non moins réels. Or, à mon sens, elle ne mérite ni enthousiasme, ni réprobation; les exemples que je puis citer en font foi. On y voit comment elle peut réussir et donner la guérison durable; comment elle peut suspendre un instant et laisser revenir les accidents nerveux, ce que faisaient prévoir les conditions anatomo-physiologiques des organes pelviens; comment, enfin, l'hystérectomie vaginale, cette nouvelle venue dans la thérapeutique des affections non cancéreuses du petit bassin, peut compléter son œuvre quand elle est restée impuissante, ou fournir d'emblée des résultats supérieurs.

M. Richelot cite ici plusieurs observations qui viennent à l'appui de cette opinion.

Je pourrais, ajoute-t-il, citer d'autres faits, si je ne craignais les redites inutiles; car j'ai fait 15 fois l'hystérectomie vaginale secondaire sur des malades incomplètement guéries par la castration ovarienne. Sur ce nombre, j'en mets 3 à part, chez qui la laparotomie, faite pour des lésions matérielles sérieuses (salpingo-ovarite avec métrorrhagies, pyosalpinx), avait laissé après elle de gros utérus fongueux et saignants, rétrofléchis, adhérents au cul-de-sac de Douglas, et des douleurs qui n'étaient pas de la névralgie pure. Mais il y en a 7 chez qui la névralgie n'est pas seule à considérer, car leurs annexes étaient presques saines; 3 d'entre elles avaient gardé un utérus congestionné, hémorrhagique, et les autres un utérus petit, atrophié et purement douloureux. Enfin, il y en a 5 que j'avais opérées pour des lésions positives, mais qui n'avaient aucun reliquat inflammatoire, leurs utérus étaient petits et mobiles, avec une muqueuse saine, et cependant elles souffraient cruellement, preuve que l'élément névralgique dominait la situation. Or, toutes ces malades — avec la seule réserve à faire au sujet d'une morphinomane — sont aujourd'hui parfaitement guéries.

Voilà des observations qui montrent que l'utérus laissé en place peut être une entrave à la guérison, et son ablation mettre fin à des maux que la suppression des ovaires n'avait pas dissipés. Mais, encore une fois, cela ne veut pas dire qu'il eût fallu, dans tous ces cas, faire d'emblée l'hystérectomie; car il peut être sage, pour des raisons multiples, de commencer par une laparotomie discrète et n'entraînant qu'un sacrifice limité.

M. Richelot rapporte ensuite des exemples d'hystérectomies vaginales entreprises d'emblée contre les grandes névralgies pelviennes. Il y a longtemps, dit-il, que j'ai pensé aux avantages que pourrait avoir une extirpation complète. On l'a vu par un fait bien

antérieur aux discussions actuelles, puisqu'il date du 10 octobre 1887.

Je dirai mon avis, pour conclure, sur la meilleure méthode chirurgicale applicable aux grandes névralgies pelviennes. J'ai cité des exemples de laparotomies suivies de guérison durable; mais j'ai montré aussi, par des faits, que l'incision abdominale, suivie d'une opération sur les annexes, ne réussit pas toujours à supprimer les douleurs. Quels sont, d'autre part, les résultats de l'hystérectomie vaginale? Il est bien entendu qu'il ne faut pas s'attendre à des succès constants, absolus. Néanmoins, ceux que j'ai relatés ont une réelle valeur. Sur 9 observations, — sans parler des hystérectomies vaginales secondaires, qui m'ont toujours donné des résultats complets, — il y en a 8 où le succès n'est pas contestable, 1 seule où je n'ai pas atteint mon but. Parmi les 8, il faut faire des catégories : 1 malade ne souffre plus du ventre, mais elle sera bientôt emportée par une maladie de cœur; 2, après disparition des douleurs abdominales, se plaignent de quelques points névralgiques dans d'autres régions, n'ayant pas, à beaucoup près, la même importance; 5 sont des exemples de guérison franche, constatée au bout de six mois, dix mois, onze mois et cinq ans. Toutes sont dans un état d'intégrité fonctionnelle qui n'inspire aucune réserve pour l'avenir; 2 sont des femmes que l'opération a tirées merveilleusement d'une situation des plus graves, sinon désespérée.

Si donc je me fonde sur la simplicité relative de l'opération dans les cas de ce genre, sur l'inutilité de conserver l'utérus après ablation des ovaires, sur les raisons théoriques qui militent en faveur de l'extirpation totale, enfin sur mes observations, je pense qu'il faut regarder l'hystérectomie vaginale comme la plus sûre des deux méthodes contre les névralgies pelviennes. Encore une fois, je ne recommande pas de l'appliquer toujours, sans autre examen. Bien au contraire, les malades de cette catégorie ne peuvent se traiter sommairement; les conseils d'abstention, de réserve, d'intervention exploratrice et limitée, doivent être écoutés et obéis comme je l'ai fait plus d'une fois. Mais il faut bien avouer qu'il y a des cas où la souffrance et le désespoir des malades imposent un complet sacrifice, et c'est alors que les chirurgiens sans timidité et sans système ont le devoir d'abandonner, s'il le faut, leurs vieilles habitudes pour suivre jusqu'au bout l'indication vraie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 novembre 1892. — Présidence de M. Chauvel.

COMMUNICATIONS

De l'intervention chirurgicale dans les grandes névralgies pelviennes. — M. **RICHELOT** fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1223.)

M. **RECLUS** ne fait pas ces opérations. Il a vu un cas où on avait fait la castration ovarienne pour des douleurs. Celles-ci sont revenues après six mois. On enleva alors l'utérus, la malade sembla encore guérie pendant quelque temps, puis il y a eu récidive, et cette malade est devenue une morphinomane. Dans un autre cas, l'ablation des annexes par la laparotomie n'amena pas la disparition des douleurs. D'ailleurs, ajoute M. Reclus, il est extrêmement important de suivre ces malades pendant plusieurs années après ces interventions chirurgicales.

En terminant, M. Reclus demande à M. Richelot de bien spécifier ce qu'il entend par ces grandes névralgies pelviennes et quel est, selon lui, le type clinique tributaire de ces grandes interventions.

M. **QUÉNU** croit qu'il faut d'abord se demander s'il existe des névralgies de l'ovaire en dehors de l'hystérie; y a-t-il lieu, dans ces cas, d'instituer un traitement opératoire? En général, on peut dire que les opérations ne guérissent pas les névropathes. M. Quénu cite l'exemple d'une institutrice qui était atteinte d'un hématome du petit bassin. M. Péan lui proposa de l'opérer, elle refusa. Comme ses douleurs persistaient, elle consulta M. Quénu, qui lui proposa l'opération que, cette fois, elle accepta. Elle alla bien pendant quelque temps. Mais un incendie ayant eu lieu dans la maison qu'elle habitait, elle fut prise d'une grande peur, à la suite de laquelle des douleurs reparurent, en même temps qu'une monoplégie brachiale, des accidents hystériques étranges, un hoquet incoercible, des douleurs en ceinture, avec zona, etc. M. Quénu pense donc que toute opération est impuissante à amener la guérison définitive d'accidents d'origine hystérique. Il faut donc savoir s'il existe des douleurs ovariennes en dehors de l'hystérie. M. Richelot a parlé d'ovaires scléro-kystiques; mais toutes les femmes, après un certain âge, ont plus ou moins les ovaires scléro-kystiques. Sauf dans des cas exceptionnels, on ne trouve pas de lésions bien déterminées dans les ovaires enlevés chez des femmes qui souffraient beaucoup.

M. **TERRIER** estime que, quand il s'agit de poser les indications de l'opération de Battey chez les hystériques, il faut tout d'abord que les malades aient été soumises à un examen médical sérieux. Un médecin compétent doit avant tout avoir affirmé le diagnostic d'hystérie. En dehors de cette névrose, les femmes peuvent éprouver de très vives douleurs, soit du côté de l'utérus, soit du côté des ovaires, soit même hors des organes génitaux, du côté de l'ombilic. La question est donc très confuse.

MM. Malassez et Ranvier ont souvent examiné des ovaires; au point de vue de l'histologie des nerfs de cet organe, on peut dire qu'il n'y a encore rien de fait. On ne peut dire, le plus souvent, si les ovaires, une fois enlevés, sont malades ou non. On a bien cité des cas dans lesquels on avait constaté l'existence de dilatations vasculaires, de varices de l'ovaire. Mais tout cela est encore bien peu net.

M. Richelot a enlevé plusieurs fois l'utérus; mais ces utérus avaient dû être l'objet d'examens histologiques très bien faits. On ne peut rien conclure, au point de vue des indications et de la nature de l'intervention, tant que ces questions n'auront pas été élucidées.

M. Terrier cite l'exemple d'une institutrice qui souffrait beaucoup des ovaires. M. Quénu les lui enleva. On n'y trouva rien et cependant cette malade est restée guérie de ses douleurs. En somme, il y a des cas où l'opération donne de bons résultats; il y en a où elle donne des résultats nuls. Notre observation est encore insuffisante, tant au point de vue clinique qu'au point de vue de l'anatomie pathologique.

M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** ne sait pas bien ce que sont les névralgies abdominales; la lésion qui les produit n'est pas toujours la même; souvent même il n'y en a pas. Il ne faut donc pas reprocher à M. Richelot d'avoir opéré quelques-unes de ses malades sans diagnostic précis, surtout lorsque ces malades ont guéri. On ne peut pas contester les bons résultats de certaines de ces opérations. M. Terrier veut qu'on distingue les douleurs d'origine hystérique de celles qui ne sont pas hystériques. Il ne peut nier, cependant, que l'opération puisse avoir de bons résultats, même chez les hystériques, puisque lui-même en a guéri une par l'ablation des deux ovaires non malades. Il l'a opérée sans savoir au juste ce qu'elle avait et il a bien fait, puisqu'il l'a guérie. Ces succès sont moins rares qu'on l'a dit : hystérique ou non, une femme peut avoir une petite épine dans un ovaire, et celui-ci enlevé, toute douleur peut disparaître. Alors même que la guérison ne serait que temporaire, cela en vaudrait encore la peine.

Il y a des femmes chez lesquelles les règles sont très douloureuses, sans qu'on puisse savoir au juste pourquoi; on leur enlève les ovaires, on leur supprime leurs règles et elles ne souffrent plus. Il est vrai qu'il y a des cas où la douleur persistait après les opérations; c'est l'histoire des névrites ascendantes.

Il ne faut pas, dans ces cas, exiger d'avoir toujours une base anatomique bien précise pour fixer les indications de l'intervention. Nous ne savons presque rien encore de la pathologie du bassin et cependant nous faisons de bonne chirurgie abdominale. M. Lucas-Championnière se rallie donc à l'opinion de M. Riche-

lot, en préférant toutefois la laparotomie à l'hystérectomie vaginale.

M. **VERNEUIL** demande que M. Richelot détaille bien ses observations et spécifie bien nettement ce qu'il entend par cette expression : « Après avoir épuisé tous les moyens médicaux » ; on croit souvent les avoir épuisés, alors qu'il n'en est rien. Or, il faut bien admettre qu'on peut guérir certaines de ces malades sans opération. Il y a trente ans, on n'en opérait aucune et on en guérissait pourtant bien quelques-unes.

M. Richelot cite un cas de névralgie de l'ovaire droit qu'il a guéri par l'ablation de l'ovaire gauche qui était malade, alors que c'était le droit qui était douloureux. M. Terrier cite un cas où il trouva les deux ovaires sains ; il les enlève tout de même et la malade guérit. On pourrait donc considérer ces opérations comme des opérations psychiques.

M. Duplay vient de faire paraître, dans la *Gazette des hôpitaux* (1892, p. 1093), une leçon très curieuse sur les opérations ayant donné des succès thérapeutiques, alors qu'on n'avait trouvé aucune lésion, ni enlevé aucun organe. On ouvre, on examine, on ne trouve rien, on referme, et les malades guérissent. Ce sont là évidemment des opérations suggestives. Qu'entend-on par grandes névralgies du bassin ? C'est, en somme, une expression bien vague et répondant à des états différents pouvant nécessiter des indications diverses. Le premier soin du chirurgien doit donc être de s'acharner à faire un diagnostic aussi précis que possible. Mais il ne faut pas toujours se hâter d'opérer ces malades qui souffrent. M. Verneuil cite l'exemple d'une malade qui souffrait horriblement du ventre. Il fait venir M. Terrillon, on décide une intervention, en la remettant à quelques jours. Mais tout à coup, alors que tout était prêt, les douleurs cessent et quelque temps après, cette malade était prise de douleurs atroces dans la tête et de délire aigu. Qu'aurait pu faire l'opération en pareil cas ? Enfin M. Verneuil pourrait communiquer plusieurs exemples de malades complètement guéries après deux mois de traitement médical. Dans l'intérêt même de ces opérations, il ne faut donc pas se hâter de les proposer et faire avant tout son possible pour assurer le diagnostic.

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS

Par M. le docteur PASSANT.

Statistique du 1er juillet au 30 septembre 1892.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	24	18	6	48
2e	13	29	6	48
3e	34	63	10	107
4e	56	61	22	139
5e	44	64	17	125
6e	22	31	9	62
7e	18	31	4	53
8e	10	18	1	29
9e	27	35	3	65
10e	40	66	13	119
11e	117	161	60	338
12e	45	67	21	133
13e	90	106	51	247
14e	81	113	35	229
15e	82	107	49	238
16e	21	26	6	53
17e	62	114	40	216
18e	108	205	96	409
19e	102	142	91	335
20e	156	219	93	468
	1152	1676	633	3461

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites.	97	Accouchements non terminés.	29
Croup.	32	**E.** Affections cérébrales.	120
Coqueluche.	16	Convulsions, éclampsies	78
Ophthalmie.	4	Névralgie.	42
B. Asthme.	52	Névroses.	121
Affections du cœur.	98	Epilepsie.	21
Bronchites aiguës et chroniques.	140	Aliénation mentale.	9
Pleuro-pneumonie.	71	Alcoolisme, delirium tremens	30
Congestion pulmonaire.	36	Chorée.	1
C. Affections et troubles gastro-intestinaux.	414	Tétanos	1
Cholérine et affections cholériformes	583	**F.** Rhumatisme.	55
Choléra.	68	Affections éruptives.	98
Dysenterie	24	Fièvre intermittente.	4
Athrepsie.	229	Fièvre typhoïde.	52
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	93	Hémorrhagies de causes internes et externes.	103
Hernie étranglée.	32	**G.** Plaies, contusions.	141
Rétention d'urine.	31	Fractures, luxations, entorses.	30
Orchite.	5	Brûlures.	3
Chute du rectum	1	Empoisonnements.	28
D. Métrite, métro-péritonite	78	Asphyxie par le charbon.	6
Métrorrhagie.	70	Suicide.	5
Fausse couche.	83	**H.** Mort à l'arrivée du médecin.	48
Accouchement, délivrance.	175	Total	3461

La moyenne des visites par nuit est de 38,5. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 23.

Les hommes entrent dans la proportion de 33,2 p. 100.
Les femmes — — 48,1 —
Les enfants au-dessous de trois ans 18,7 —

Visites du troisième trimestre de 1891.	2 069
Visites du troisième trimestre de 1892.	3 461
Différence en plus.	1 392

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par application du décret du 15 avril 1892 et de l'arrêté ministériel du 27 du même mois (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 498), le ministre de la Guerre a décerné, par décision du 29 octobre 1892, les médailles d'honneur ci-après pour récompenses des actes de dévouement accomplis à l'occasion d'épidémies qui ont atteint l'armée :

Médaille de bronze. — Clausse (Clément), cavalier au 5e hussards : a fait preuve d'un dévouement exceptionnel pendant deux ans, dans les fonctions d'infirmier au 5e hussards et à l'hospice de Pont-à-Mousson, pendant les épidémies qui ont frappé ce régiment en 1891 et 1892, a été atteint lui-même par la fièvre typhoïde, contractée en soignant ses camarades.

Médaille d'argent. — Mme Victorine Michel, en religion sœur Marie-Joseph, sœur à l'hospice de Dijon. — *Médaille de bronze.* — MM. Guillemin (Claude-Hubert), infirmier de visite (8e section); Chiquel (Alfred), infirmier de visite (8e section) : ont fait preuve d'un dévouement incessant pendant l'épidémie de dysenterie qui a régné sur la garnison de Dijon en juillet, août et septembre 1892.

Médaille d'argent. — Mme Proust, en religion sœur Désirée du Saint-Rédempteur, sœur à l'hospice de Poitiers : s'est fait remarquer par la sollicitude, le tact et l'assiduité des soins qu'elle a toujours prodigués, avec un infatigable dévouement, aux malades le plus gravement atteints; a déjà rendu des services analogues

dans les salles militaires des autres hospices où elle a servi depuis trente-deux ans.

Médaille d'argent. — M. Jolivet (Charles), caporal à la 9e section d'infirmiers : a constamment donné l'exemple d'un dévouement exceptionnel auprès des malades, s'est également signalé en portant secours à une sœur de la pharmacie dont les vêtements avaient pris feu au contact d'un flacon d'éther subitement enflammé, s'est assez fortement brûlé les mains en accomplissant cet acte de courage.

Médaille de bronze. — Oculi (Louis), 2e canonnier servant au 33e d'artillerie : s'est offert au plus fort de l'épidémie pour remplir les fonctions d'infirmier auxiliaire, a contracté, en soignant ses camarades, une dysenterie des plus graves qui a mis sa vie en danger.

Médaille d'argent. — Kauffer (Jean-Baptiste), soldat à la 17e section d'infirmiers : a prodigué jour et nuit ses soins à ses camarades malades sans tenir compte de sa fatigue ; a contracté, dans les salles de l'hôpital militaire de Toulouse, une fièvre typhoïde qui a mis ses jours en danger. — *Médailles de bronze.* — Lacoste (Louis), infirmier de visite (17e section); Dulac (Joseph-Pierre), infirmier de visite (17e section) : ont constamment fait preuve de zèle et de dévouement et n'ont pas cessé un seul instant de donner aux malades des soins intelligents.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Hollard est nommé préparateur adjoint du laboratoire de chimie.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — MM. Bitot, chef de clinique médicale, et Oui, chef de clinique obstétricale, sont maintenus dans leurs fonctions.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Beauvisage, agrégé, est maintenu dans ses fonctions de chef des travaux du laboratoire de matière médicale et botanique.

M. Mathieu est nommé préparateur dudit laboratoire.

M. le docteur Barral est nommé chef du laboratoire de chimie minérale et pharmaceutique.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Jalabert est chargé des fonctions d'aide de clinique ophthalmologique pendant la durée du congé accordé à M. Pausier.

— *École de médecine de Besançon.* — M. le docteur Joubin est chargé d'un cours de physique.

— *École de médecine de Clermont.* — Un congé est accordé à M. Glangeaud, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Abelous, agrégé, est nommé chef des travaux de physiologie.

M. Porcher est nommé préparateur de pharmacie.

M. Pujens est nommé préparateur de matière médicale.

— La prochaine séance de la Société de dermatologie aura lieu le jeudi 8 décembre 1892.

— M. le professeur Peter commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital Necker, le mercredi 16 novembre 1891, à neuf heures et demie, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. — Leçon à l'amphithéâte le mercredi à dix heures. — Conférences cliniques au lit du malade, le vendredi à neuf heures et demie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 131. — JEUDI 17 NOVEMBRE 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 17 NOVEMBRE 1892. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie, par 62 voix sur 69 votants, a élu M. Laboulbène comme vice-président. Nos plus cordiales félicitations à notre savant maître.

Nous n'avons à signaler que trois lectures, l'une de M. Bazy (de Paris), sur la lithotritie chez les obèses ; la seconde de M. Ali (de Téhéran), sur le choléra ; la troisième de M. Fournier (d'Angoulême), sur la fièvre typhoïde.

Le but du travail de M. Bazy est de prouver que, chez les obèses, il faut toujours préférer la lithotritie à la taille hypogastrique.

M. Ali, se basant sur ce qu'on ne connaît pas exactement la durée de l'incubation du choléra, conclut à l'inutilité des quarantaines et croit que, seule, la désinfection des voyageurs et de leurs bagages est nécessaire.

Quant au travail de M. Fournier, dont nous donnons plus loin les conclusions, il s'appuie sur un grand nombre de faits tendant à prouver que, quelles que soient d'ailleurs ses causes adjuvantes, la dothiénentérie ne se manifeste que lorsqu'il y a intervention du virus, contage spécifique. Pour M. Fournier, la fièvre typhoïde est donc une maladie spécifique, déterminée par un germe spécial, exactement au même titre que la variole, la rougeole et la scarlatine. Cette communication a été renvoyée à l'examen de MM. Bucquoy et Duguet. Le rapport de cette Commission pourra devenir le point de départ d'une intéressante discussion.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Les plaques muqueuses buccales.

Les plaques muqueuses buccales sont, vous le savez, dans la syphilis, un accident d'une fréquence extrême. Il est deux points principaux de leur histoire que je désire étudier avec vous : 1° leur rôle important dans la contagion de la syphilis ; 2° l'extrême diversité de leurs formes cliniques.

La contagion par les plaques muqueuses peut s'effectuer de bien des façons différentes. On a vu la transmission du virus d'un sujet à l'autre, se faire ainsi de la bouche à la bouche, de la bouche au pénis, de la bouche à la vulve et même de la bouche à l'anus. La transmission aux régions recouvertes par le tégument cutané est plus rare. On a vu pourtant la transmission se faire au cou, au tronc, aux membres. Les paupières et surtout les seins sont plus fréquemment encore infectés.

A côté de ces contagions par baisers, existent des faits assez nombreux de contagions par morsures. C'est ainsi que des chancres consécutifs à des morsures ont été observés au doigt, à l'oreille, au cou, à la bouche. La contagion peut même se faire à distance par la projection de salive. Les médecins, quand ils pratiquent l'examen de la gorge, examen qui détermine souvent de la toux, sont particulièrement exposés à ce mode de contagion. Le chancre peut se développer sur les lèvres, la face, les paupières, la conjonctive. J'ai déjà vu, pour ma part, six cas de ce mode de contamination. Parfois la contagion se fait sur le doigt introduit dans la bouche pour un toucher buccal, une opération. Les dentistes sont assez fréquemment contaminés de cette façon.

La réciproque a lieu, et on a signalé quelques faits où des médecins, ou plutôt des médicastres, porteurs de plaques muqueuses buccales, contagionnaient leurs patients. Ces faits ont été surtout observés à propos d'une pratique encore usitée dans quelques provinces de Russie, le traitement des trachomes et des granulations conjonctivales par le léchage. Tephatkin a même rapporté une véritable épidémie, où un oculiste-lécheux avait déterminé soixante-huit cas de syphilis. Trente-quatre de ces cas avaient été produits directement par le léchage et avaient débuté par un chancre des paupières. Les autres avaient suivi par ricochet.

Je dois encore vous mentionner les faits si fréquents de contagion par les plaques muqueuses buccales de nourrisson à nourrice et de nourrice à nourrisson. Les enfants hérédo-syphilitiques donnent souvent, par leurs plaques buccales, des chancres du sein à leurs nourrices. Ils peuvent contagionner les autres enfants ; dans quelques observations, ce sont des nourrices sèches, les grands-parents qui ont été contagionnés. Dans une observation bien connue d'Hillairet, une grand'mère de soixante-cinq ans contracta ainsi un chancre de la lèvre en amorçant le biberon de son petit-fils.

Ce fait m'amène à vous parler des autres cas où la contagion est médiate et s'effectue par l'intermédiaire d'objets divers : pipe, cigare, verre, brosses à dents, jouets d'enfants, abaisse-langue, laryngoscope, porte-crayon de nitrate d'argent, etc., etc. Les faits de transmission possible par les instruments médicaux ont une importance particulière. Au point de vue de l'hygiène professionnelle, on a observé, chez les verriers qui emploient pour souffler le verre une canne commune, de véritables épidémies de syphilis. Il suffit de mentionner les autres causes de contagion. Je vous citerai seulement deux exemples encore. Un domestique, atteint de plaques muqueuses, qui fumait la pipe de son maître, eut, outre ce premier attentat à la propriété, l'indélicatesse plus grande encore de lui transmettre aussi un chancre de la lèvre. Dans une observation d'Hanot, un professeur de trompette enseignait son art à un jeune enfant. Le professeur avait des plaques muqueuses buccales. Non seulement l'enfant, mais le père et la mère, qui essayaient de temps en temps l'instrument, furent contagionnés.

Les plaques muqueuses, si redoutables au point de vue de la contagion, constituent un accident de la période secondaire de la syphilis. Mais on peut voir des plaques muqueuses tardives, très tardives même, en pleine période tertiaire. C'est chez les sujets mal et insuffisamment traités, que s'observent surtout ces plaques de la période tertiaire. C'est aussi du fait de certaines irritations buccales. A côté de la syphilis, cause pathogénique, de nombreuses causes occasionnelles influent sur le nombre et la persistance des plaques. Je vous citerai surtout l'irritation produite par l'alcool, le tartre dentaire chez les sujets peu soigneux de leur bouche et surtout, avant tout, par le tabac.

Les plaques peuvent occuper tous les points de la cavité buccale. Mais leurs sièges d'élection sont la région amygdalienne, la langue et les lèvres. Comme type, elles affectent dix-neuf fois sur vingt le type érosif superficiel. Les types papulo-érosif, papulo-hypertrophique, papulo-ulcéreux sont plus rares. Le type érosif constitue un véritable vésicatoire en miniature, ayant les dimensions d'une lentille, d'un haricot. La couleur est celle du derme dénudé; le fond est lisse, grenu, la base souple. La forme papulo-érosive fait une saillie du volume d'une pastille de menthe. La forme papulo-hypertrophique ne se voit guère que chez les malades d'une incurie complète. Elle est formée par une agglomération de papules. La forme ulcéreuse est rare. Elle est ordinairement le résultat d'influences complexes, défaut de traitement, irritations, malpropreté.

En dehors de ces grands types, les variétés : variétés de nombre, variétés d'étendue, variétés de forme, variétés de physionomie, sont, en quelque sorte, innombrables. Au point de vue du nombre, tantôt il n'y a qu'une plaque muqueuse unique, tantôt, comme le fait est fréquent chez certains fumeurs, toute la bouche, toute la gorge sont criblées de plaques muqueuses. Les variétés d'étendue, de forme, n'offrent rien de bien spécial. Les variétés de physionomie doivent nous arrêter davantage, en raison de leur importance diagnostique.

C'est aux diversités de coloration que tiennent surtout ces variétés de physionomie. La coloration la plus fréquente est celle du derme dénudé. La coloration rosée n'est pas rare et l'on trouve toute la gamme des roses, rose grisâtre, rose atone, rose cramoisi. Certaines plaques, enfin, sont d'un blanc de porcelaine. Une autre variété de coloration blanchâtre est plus importante encore à connaître. Les plaques, qui offrent cette coloration blanc grisâtre, offrent entièrement l'aspect des fausses membranes de la diphthérie.

Cette similitude d'aspect est telle qu'on a nommé ces plaques, plaques diphthéritiques. Elles peuvent siéger aux lèvres, mais on les rencontre surtout sur les amygdales. L'erreur de diagnostic est alors fréquente. Lorsqu'un exsudat blanchâtre siège sur les amygdales et le long des piliers, on songe, tout d'abord, à la diphthérie. Il existe très souvent des ganglions, ce qui confirme encore cette première idée. Nous sommes, d'ailleurs, en pleine période secondaire de la syphilis. Il n'est pas rare qu'il y ait de la fièvre, de la courbature, de l'abattement, de la pâleur. Cet état général semble encore un troisième argument. Ajoutez même que le malade peut offrir, en même temps que ses plaques du pharynx, des signes de laryngite syphilitique et avouez que les erreurs de diagnostic pourront être singulièrement fréquentes.

Comment donc faire ce diagnostic? L'aspect objectif est absolument trompeur. L'adénopathie peut exister dans l'un et l'autre cas. Dans un cas comme dans l'autre peut exister un état général infectieux. Les commémoratifs de chancre, la coexistence d'autres lésions spécifiques constituent bien une présomption, mais non une certitude. M. Bourges a alors montré toute la valeur de l'examen bactériologique. En cas d'urgence, un simple examen par la coloration au bleu de Lœffler montrera souvent le bacille de Klebs-Lœffler. Si l'on peut attendre, il sera plus sûr de détacher un lambeau minuscule et d'en ensemencer un tube de sérum stérilisé. A une température de 38 degrés, on voit se développer, en quinze à dix-huit heures, les colonnes du bacille de Klebs.

Ces angines pseudo-diphthéritiques de la syphilis sont d'ailleurs, en général, le résultat d'autres infections secondaires. On n'y trouve pas le bacille de Klebs, mais on peut y trouver des streptocoques, des staphylocoques, des pneumocoques contribuant avec les plaques muqueuses, même la syphilis établie, à faire ces angines blanches. Vous voyez donc les trois diagnostics possibles et l'importance de leur distinction : 1° simples plaques muqueuses; 2° angines infectieuses chez un syphilitique; 3° angine diphthéritique chez un syphilitique.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Lieux d'origine ou d'émergence des grandes épidémies cholériques et particulièrement de la pandémie de 1846-1849.

(Note communiquée à l'Académie des sciences par M. J.-D. Tholozan.)

Je voudrais chercher à déterminer ici quelles sont les contrées où débuta la seconde pandémie cholérique, celle qui, après avoir traversé la Perse, envahit l'Europe et l'Amérique en 1847, 1848, 1849. Aucun examen sérieux de ce problème épidémiologique n'a été fait jusqu'à ce jour, et pourtant des documents dignes de foi existent, qui permettent d'en tenter la solution.

Dans une communication faite à la Société physico-médicale de Bombay, le docteur Arnott s'exprime comme il suit :

« A la fin de l'été 1844, les pays situés au nord de l'Hindoukouh furent dévastés par le choléra. Bokhara et Balkh perdirent environ 25000 habitants. Samarcande et Koundouz souffrirent aussi

beaucoup. En s'avançant au sud-est, la maladie atteignit Bamian au commencement d'octobre, et Kaboul vers le 15 de ce mois. Le 8 novembre, l'épidémie s'était étendue à Djélalabad, et à la fin de novembre à Peshawer. En mars et avril 1845, le choléra était à Jhelun où, dans un seul régiment anglais, il y eut 500 décès. En mai, Lahore, 22 000 décès. En juin, Amritsir, puis Firouzepour et Loudiana, dans la direction de l'Inde centrale. Sukkur, vers le sud, fut atteint le 15 juin. Hyderabad le 15 juillet, puis Tatta et Kurrachi (1). »

Le docteur Arnott fut presque le témoin oculaire de ces événements. Il était dans le Sinde en 1844-1845 et, de là, il surveillait la marche de cette terrible épidémie, qui descendit l'Indus jusqu'à Kurrachi et, à l'est, s'étendit jusqu'à Delhi. Le témoignage d'Arnott est conforme aux documents inscrits dans les actes du Comité médical du Bengale. Le docteur Macnamara (2) rapporte que, à la fin de l'année 1844, le Comité s'étant préoccupé d'une maladie grave (la peste, disait-on), qui existait à Kaboul, l'agent anglais de la frontière répondit qu'il s'agissait du choléra, qui s'avançait d'un pas ferme de Bokhara à Peshawer.

Le 16 décembre, le résident de Kaboul, dans son rapport, affirme que le choléra s'était avancé régulièrement de Bokhara à Peshawer, et que quelquefois il causait la mort en peu d'heures. Pendant l'hiver de 1844 à 1845 l'intensité du choléra diminua, mais il existait encore dans le pays des Yusufsaïs, la plus importante des tribus afghanes qui occupent les collines au nord et à l'ouest de Peshawer.

Notre compatriote Ferrier, qui voyageait à cette époque dans l'Afghanistan, confirme ces témoignages et les complète :

« En septembre 1845, le choléra atteignit Candahar et s'étendit à Ferrah et au Sistan, sur les rives du Hilmend. Hérat fut envahi vers la fin d'octobre, Ferrier y entra en novembre. La maladie y arriva par le pays des Hézarehs, cruellement éprouvé (3). »

D'après une note manuscrite de mon prédécesseur en Perse, Ernest Cloquet, le choléra sévissait déjà à Meched dans l'été de 1845.

Tel est le résumé des faits sur lesquels je voudrais appeler l'attention de l'Académie. Leur importance n'échappera à personne. Il ne peut pas être question ici d'une provenance de l'Inde, puisque le choléra a marché du Turkestan sur l'Inde et a progressé dans cet empire de l'ouest à l'est, contrairement à la direction des épidémies qui partent dans l'Inde de l'aire endémique et se dirigent du sud-est au nord-ouest.

Un diagramme montre, avec assez d'exactitude, la situation géographique des localités successivement atteintes, les distances respectives qui les séparent les unes des autres, et les dates d'invasion. La marche de l'épidémie de Bokhara dans l'Afghanistan, dans l'Inde et ensuite en Perse, sautera aux yeux.

Il y a beaucoup d'autres exemples d'une marche récurrente du choléra. J'en ai observé moi-même, étape par étape, un cas remarquable, en 1867, sur la route de Téhéran à Héra. C'était le grand choléra de la Mecque en 1865 qui, après avoir envahi la Mésopotamie et la Transcaucasie, vint à Tauris, puis à Téhéran et, de là, suivit, de l'ouest à l'est, la route du Khorassan. Mais le cas sur lequel j'insiste ici est plus frappant, et il est peut-être unique dans la science. Il nous montre le transport du fléau, d'un point de l'Asie dans sa mère patrie, et jusque sur les confins de l'aire endémique.

La chronologie géographique de ce choléra avait besoin d'être bien déterminée. Cela demandait des renseignements précis et une étude préalable assez longue, que j'ai faite et que je détaillerai dans un Mémoire spécial. Plus j'avance dans ces études, que je poursuis depuis vingt-deux ans, et que l'Académie a daigné encourager en 1870, plus je suis convaincu que les points d'émergence des épidémies cholériques doivent être considérés comme leur foyer d'origine. L'idée de faire venir directement de l'Inde les différentes manifestations pandémiques de choléra qui ont désolé l'Europe, ne peut plus se soutenir depuis longtemps. Pour l'Europe seule, deux exemples frappants sont venus, en 1852 et en 1869, donner un démenti formel aux théories qui n'avaient en vue, comme danger de contamination, que les provenances de l'Orient. L'épidémie de 1852 vint des confins de la Pologne et de l'Allemagne; elle y eut son point de départ. L'épidémie de 1869-1873 répéta les mêmes faits en Ukraine.

Aujourd'hui que ces données ont pris place dans la science, quelques esprits cherchent encore à en amoindrir la portée, en faisant remarquer que ces épidémies relevaient d'épidémies antérieures, parties de l'Inde. Ce qui fait l'épidémie envahissante ou la pandémie, c'est la réviviscence du principe ou du germe cholérique, sa réviviscence complète avec tous ses attributs primitifs. Cette réviviscence équivaut à une véritable éclosion, puisque, dans l'Inde même, ce sont des réviviscences semblables qui perpétuent l'endémie annuelle et les épidémies qui se montrent tous les trois, quatre ou cinq ans (1).

C'est là le fait capital et primordial qui domine toute l'histoire du choléra. C'est sur lui que doivent porter les recherches microbiologiques. Quelle différence de morphologie, de virulence ou de faculté de reproduction y a-t-il entre les germes des épidémies qui s'éteignent sur place et ceux des épidémies qui se rallument quelquefois partout, et qui peuvent envahir le monde entier, bien qu'elles ne partent pas de l'Inde?

(1) *Transactions de la Société physico-médicale de Bombay*, nº 11; nouvelle série.

(2) *On asiatic cholera.*

(3) Ces Tatares ou Mogols habitent les hauts plateaux du nord de l'Afghanistan (*Caravans journeys and Wanderings in Persia Afghanistan*, 1857).

(1) *Origine nouvelle du choléra asiatique ou début et développement en Europe d'une grande épidémie cholérique.* Paris, 1871.

Durée du choléra asiatique en Europe et en Amérique (*Gaz. hebd. de méd.*, Paris, 1872).

Nouvelles preuves de l'origine européenne du choléra épidémique (*Gaz. hebd.*, 1873).

Considérations générales sur les points d'origine des grandes épidémies cholériques (*Gaz. hebd.*, 1873).

De la genèse du choléra dans l'Inde et de son mode d'origine (Académie de médecine, 1875).

Le choléra indien devient-il stérile en Europe (Acad. de méd., 1875).

Le choléra dans l'Inde, ses degrés, ses variétés (Acad. de méd., 1885).

MÉDECINE LÉGALE DES ACCIDENTS DE LA FOUDRE (2)

Par le docteur Vincent, de Guéret (Creuse),

Lauréat de l'Académie de médecine, de la Société de médecine du Nord et de la Société des langues romanes de Montpellier.

XIV

4. *Lésions des objets et pièces métalliques faisant partie des habits ou de la parure.* — Ces divers objets peuvent être arrachés, projetés à distance, brisés, mais le plus ordinairement fondus partiellement ou en totalité :

Comme nous l'avons vu plus haut les clous des souliers sont souvent arrachés; les boutons métalliques de la tunique de Planchon, facteur à la gare de Montaigut, furent détachés et projetés sans qu'on pût les retrouver; la montre en argent de Bouchonnet fut transportée sur la planchette d'une croisée sans lésion aucune; la base et les cerceaux en acier du corset et de la crinoline de la femme Bourigeaud furent brisés en plusieurs fragments, les extrémités de ces fragments fondues et, au niveau de ces points de fusion, l'étoffe enveloppante roussie et brûlée. Ce sont là des faits dont j'ai été témoin. En voilà d'autres recueillis dans divers auteurs :

On a vu fondus totalement ou partiellement des fils métalliques entrant dans la confection de chapeaux de femmes ou autres vêtements, avec enveloppe de linge brûlée ou non; des boutons, agrafes métalliques, boucles de souliers, ressorts de

(2) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1217.

bandage herniaire avec cuir décousu, déchiré ou brûlé ; les galons d'or ou d'argent de l'étole et de la chasuble des prêtres officiants, ou des costumes des officiers de l'armée, etc. Lorsque ces galons sont tissus de métal et de soie, le métal peut être fondu ou volatilisé et la soie rester intacte ou présenter des traces plus ou moins apparentes de brûlures.

Les mêmes effets de fusion peuvent se produire sur les bijoux d'or et d'argent de la parure, tels que montre, chaîne de montre ou de cou, boucles d'oreilles, épingles à cheveux, bagues et anneaux, bracelets, etc. ; les pierres précieuses elles-mêmes peuvent présenter des traces de brûlure. Notons que la plupart de ces mêmes objets peuvent être simultanément fondus et brisés, ou simplement brisés sans fusion, avec fragments projetés ou non.

Maintenant il est arrivé assez fréquemment que les habits des foudroyés aient présenté des brûlures même étendues sans que ces divers objets métalliques aient été atteints : les montres de Conchon et de Bouchonnet n'avaient aucun mal.

La monnaie peut être fondue dans la bourse et celle-ci rester intacte ; on a vu des cas où les pièces d'argent seules étaient fondues et celles de billon épargnées; d'autres où toutes fondues ensemble formaient un alliage. Les garnitures métalliques des porte-monnaie doivent naturellement subir le même sort.

Mêmes effets ont été observés sur d'autres objets métalliques portés par des personnes foudroyées, tels que clefs, tabatière, porte-crayon.

Enfin, les armes, que porte l'individu, ont quelquefois présenté, sous ce rapport, des particularités intéressantes, observées de longue date : « L'épée se fond dans le fourreau qui reste entier, le fer des piques coule le long du bois qui reste intact, » a dit Sénèque. « Il n'est pas rare de voir la lame d'une épée ou d'un glaive quelconque partiellement fondue par la foudre. La fusion porte ordinairement sur la pointe, quelquefois sur les bords de l'arme. On a vu, ce qui est beaucoup plus rare, la lame trouée par l'étincelle. Un des cas les plus remarquables en ce genre, est celui du coup de foudre qui frappa, le 12 avril 1781, d'Aussac qui fut tué, Gautran et de Lavallongue qui survécurent, tous les trois à cheval. La pointe de l'épée de d'Aussac était fondue dans sa surface sur un demi-pouce de longueur ; le bout du fourreau était également fondu dans sa surface et percé d'un trou oblong capable de recevoir une large lame de canif. A un pied de la poignée, la lame était fondue vers le tranchant et le fourreau percé vis-à-vis de la partie fondue. Le gros couteau de chasse de Gautran présentait à la garde, à la lame et au fourreau, des lésions analogues à ces dernières.

Il arrive parfois que la lame n'est pas fondue, mais brisée en un plus ou moins grand nombre de morceaux.

Quant aux armes à feu, dont les parties métalliques peuvent présenter des traces de fusion et la crosse en bois être séparée du canon ou brisée, il peut arriver que, chargées, elles ne partent pas sous l'influence de la foudre, ce qui est cependant l'exception.

Comme on le voit, les lésions que peut produire la foudre sur les vêtements de ses victimes sont d'une haute importance, la plupart du temps caractéristiques et, par cela même, doivent attirer l'attention des médecins légistes d'une manière toute spéciale. Joints à ceux observés à la surface du corps, le plus souvent ils suffiront pour la solution de la question posée par la justice.

II. Lésions internes. — Pour donner une idée aussi complète que possible des lésions que peut produire la foudre non seulement à l'extérieur, mais aussi dans les parties les plus profondes du corps de l'homme et des animaux, je devrai reproduire en tête de ce chapitre l'observation du docteur Gabrielli, recueillie sur un jeune homme de vingt-trois ans, tué par la foudre le 12 juin 1852, près de Sienne, dans une cuve pendant qu'il foulait du vin. Sa longueur m'empêche de la reproduire ici : pour plus amples renseignements, je renvoie à l'ouvrage de Boudin ou à celui de MM. Sestier et Méhu.

Dans tous les cas, cette intéressante observation démontre que la foudre peut produire des lésions dans les organes les plus profonds de l'économie et confirmer nos présomptions émises en tête de la deuxième partie de ce travail. L'analyse d'autres observations recueillies, à différentes époques, par divers observateurs, va non seulement confirmer les lésions révélées par l'observation de Gabrielli, mais encore nous en faire connaître d'autres qui n'existaient pas ici. L'exposition, suivie dans cette analyse, sera conforme aux grandes divisions du corps humain correspondant aux trois grandes cavités splanchniques qui contiennent les organes essentiels à la vie : *tête*, *thorax*, *abdomen*, auxquels nous joindrons les désordres produits dans les profondeurs des membres et dans les organes des sens. Avant d'aborder ce sujet, disons que si, dans l'observation de Gabrielli, il n'y a point de lésions signalées aux pieds, c'est parce que le sujet, foulant du vin dans une cuve, les avait plongés dans une matière molle bonne conductrice.

1. *Tête, encéphale.* — La tête, quoique atteinte, peut être indemne de toute lésion. Le professeur Riehmann (de Saint-Pétersbourg), victime de ses expériences sur l'électricité atmosphérique, fut tué par une forte étincelle dégagée de son appareil, qui le frappa à la tête, sans laisser aucune lésion à l'extérieur ni à l'intérieur de la cavité cranienne. Mais, le plus souvent, il n'en est pas ainsi et, ordinairement, on trouve des lésions se présentant avec des degrés et des formes diverses.

Le sujet de M. le docteur Frédet, à part les cheveux qui sont brûlés en arrière et à gauche, dans une étendue de 8 centimètres carrés, ne présente qu'un léger épanchement sanguin entre les membranes cérébrales et le lobe gauche du cerveau. L'auteur ne dit pas si cet épanchement se trouve au niveau de la brûlure des cheveux.

Les deux sujets de M. le docteur Sonrier offrent des désordres bien plus considérables.

Chez le capitaine Lacroix, « *sang noir et diffluent répandu dans la cavité cranienne arachnoïdienne*, au niveau de la portion écailleuse du temporal droit (nous avons déjà vu qu'il existe une vaste brûlure de ce côté de la face); la substance cérébrale présente, à la surface des incisions, un *sablé très fin* de sang noir; déchirure centrale de la membrane du tympan, dont les bords sont projetés dans l'oreille moyenne avec *osselets disjoints;* hémorrhagie rutilante remplissant ces cavités et les cellules mastoïdiennes. »

Chez Anger, le *cuir chevelu est infiltré de sang*, les *méninges congestionnées*, les *sinus* de la dure-mère remplis d'un sang noirâtre et très diffluent; l'hémisphère droit présente une *ecchymose* sous la pie-mère, avec *piqueté superficiel* de la substance cérébrale occupant deux à trois circonvolutions pariétales; *ramollissement* et *aspect* tomenteux des couches optiques.

Parmi ces effets, un, surtout, est fréquemment signalé dans les observations : c'est l'*infiltration sanguine*, probablement de nature ecchymotique, du cuir chevelu, qui peut aller jusqu'à former une *bosse sanguine* ou même un *amas de sang* entre le crâne et le péricrane décollé.

A l'autopsie d'un vigneron foudroyé dans les environs d'Orléans, le 21 septembre 1868, le docteur Ballaz trouva un amas de sang, d'un verre environ, entre le crâne et le cuir chevelu et, à l'intérieur, vis-à-vis une plaie contuse extérieure, entre la dure-mère et le crâne, une chopine de sang liquide ; les os du crâne étaient intacts.

Chez le sujet du docteur Schulter, avec des lésions à peu près semblables mais moins prononcées à l'intérieur et à l'extérieur du crâne, celui-ci présentait deux fractures, l'une à la partie droite du frontal, l'autre occupant la région postérieure et inférieure du pariétal droit, comprenant l'une et l'autre les deux tables et renfermant entre elles la portion brûlée du cuir chevelu, sans être réellement et directement sous-jacentes.

Dans ce cas, ces fractures du crâne, dont l'une et l'autre mesurent trois pouces de long environ, me semblent se réduire à de simples fissures. Pouillet a vu un individu chez lequel ces

lésions se sont produites avec une violence infiniment plus considérable. Toute la partie osseuse de la tête était brisée comme elle aurait pu l'être par cent coups de massue. On comprend qu'entre ces deux extrêmes, il puisse se produire bien des variétés de fractures, parmi lesquelles on pourrait ranger, sans doute, celle de d'Aussac, dont le crâne était *mutilé* à trois travers de doigt au-dessus et un peu en avant de l'oreille gauche et celui du passager de Bredgmann qui eut la tête *fracassée.*

D'autres fois, les os du crâne, au lieu d'être fracturés, sont simplement perforés : le cas le plus remarquable que l'on cite est celui de Devaux (autopsie légale, 1745) : « Toute la substance du cerveau et de ses membranes était *réduite en bouillie délayée dans une liqueur noire.* Au sommet de la tête, cheveux brûlés avec *petite ouverture arrondie* entourée d'un cercle noir affectant toute l'épaisseur des téguments. Au même niveau et faisant suite, le crâne est perforé vers le milieu de la suture sagitale et un autre trou, allant de la selle turcique à l'os palatin, le faisait communiquer avec la bouche. Dans cette dernière cavité, deux dents canines sont brisées en menues parties et le muscle orbiculaire des lèvres tout noir et corrompu en dedans. Ici, comme partout, la perforation ne doit pas être une lésion rare, surtout avec sa forme arrondie.

Quant au ramollissement total et surtout partiel de la substance cérébrale, signalé plusieurs fois dans les observations ci-dessus, il me paraît un effet commun de la foudre.

Par contre, dans son observation déjà rapportée, Schullet affirme avoir trouvé la masse entière du cerveau et du cervelet *plus dure et plus compacte* qu'il ne l'avait jamais observé, surtout dans l'hémisphère cérébral droit, *qui correspondait à la régon même du crâne atteint par la foudre.*

Dans les considérations qui accompagnent son rapport, le docteur Frédet rappelle le cas d'un fulguré dont la masse cérébrale paraissait avoir été traversée par un fer chaud.

Enfin, à la place de ces épanchements de sang si fréquents, Duverney a observé un épanchement de *sérosité abondante* dans la pie-mère, chez un sujet dont le cerveau et les vaisseaux cérébraux étaient sains, et qui présentait pour toute lésion extérieure deux plaies contuses à la partie postérieure de la tête.

Ainsi que le font observer Sestier et Méhu, jusqu'à ce jour on n'a constaté aucune lésion qui ressemblât à celle d'une attaque d'apoplexie. Brûlure des cheveux et de la peau, plaies contuses, ecchymoses, engorgement ou infiltration sanguine du cuir chevelu ; décollement du péricrâne avec amas sanguin entre cette membrane et l'os ; fractures à des degrés divers ou perforation du crâne ; décollement de la dure-mère avec amas sanguin ; congestion des membranes, plénitude des sinus, épanchement sanguin ou séreux des méninges ; congestion, ramollissement, induration ou perforation, avec brûlure, de la masse cérébrale, telles sont les lésions, suites de coups de foudre, observées jusqu'à ce jour à la tête, *intus* et *extra.*

Moelle épinière. — Charleton dit avoir trouvé, chez un individu foudroyé, la moelle allongée, déchirée. Quant à la moelle épinière elle-même, on n'a rien trouvé chez les bêtes examinées par Tobias ; chez les chevaux examinés par Blondeau, les enveloppes étaient gorgées de sang ; même lésion chez un homme cité par Minauzia. Mais ces lésions semblent jusqu'ici s'être bornées aux membranes et la moelle elle-même, dans les cas peu nombreux où elle a été examinée, a été trouvée saine généralement, sans engorgement ni ramollissement. Les expériences sur les animaux n'ont rien appris à cet égard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 novembre 1892. — Présidence de M. Regnauld.

ÉLECTION

M. Laboulbène est élu vice-président, en remplacement de M. Villemin, décédé, par 62 voix sur 69 votants.

COMMUNICATIONS

De la lithotritie chez les obèses. — M. Bazy fait, sur ce sujet, la communication suivante :

La révolution radicale déterminée dans le traitement des calculs vésicaux par l'admirable méthode de Bigelow paraissait avoir, d'une manière définitive, supprimé de nos livres classiques les expressions autrefois courantes de : « Parallèle entre la taille et la lithotritie, Parallèle des différentes manières de traiter les calculeux », pour ne laisser subsister que les indications de la lithotritie et celles de la taille ; on en est arrivé à ne réserver à la taille que les cas relativement rares de calculs très durs ou très volumineux, ou ceux dans lesquels des obstacles uréthraux empêchaient complètement le passage des instruments. Mais les progrès réalisés par la taille hypogastrique, la facilité et la bénignité dans le plus grand nombre des cas de cette opération, la rapidité relative de la guérison, surtout en employant la suture de la vessie, qui n'est plus combattue actuellement que par un ou deux chirurgiens en retard, tous ces progrès semblent à des chirurgiens éminents suffisants pour permettre de rouvrir le chapitre du « Parallèle entre la taille et la lithotritie », de mettre en regard ces deux méthodes rivales et de les comparer à nouveau. N'y aurait-il pas lieu d'employer plus souvent la taille, d'en faire une méthode de choix à l'égal de la lithotritie? Les simples difficultés, pour ne pas dire les impossibilités, du passage des instruments par l'urèthre, ne seraient-elles pas des indications suffisantes de taille ? Malgré la bénignité, chez des individus sains, de la taille hypogastrique, M. Bazy ne le croit pas.

Six fois il a eu à intervenir dans des cas où la traversée de la prostate était particulièrement difficile. Sauf un cas qu'il laissera de côté, et où l'introduction du lithotriteur et de la sonde fut très facile, quoique celui de l'explorateur fût impossible, tous appartenaient à des sujets gras, obèses, surtout par le ventre, tous avaient la prostate très développée. Chez quatre d'entre eux, l'introduction de l'explorateur fut impossible ; il est vrai qu'il n'insista pas.

Chez tous, l'introduction du lithotriteur fut très laborieuse et nécessita des manœuvres spéciales. Pour donner une idée de cette difficulté, il suffit de dire que la poignée du lithotriteur devait être abaissée si fortement qu'on aurait dit que l'instrument passait à travers une boutonnière périnéale et que la sonde évacuatrice était à peine assez longue, malgré le tassement de l'urèthre, pour arriver jusque dans la vessie.

Il a cru, malgré ces difficultés, devoir faire bénéficer ses malades de la lithotritie, car la taille hypogastrique, si facile en général, eût été plus laborieuse chez ces sujets et peut-être plus dangereuse, ou tout au moins plus longue à guérir, parce que les vessies de ces malades étaient légèrement infectées, sauf une, et que le tissu graisseux a très peu de vitalité et s'infecte facilement ; en outre, quelque rapide que soit la guérison avec une taille hypogastrique, elle n'est jamais aussi rapidement obtenue qu'avec la lithotritie. Pour citer un exemple récent, il opérait, le 29 août dernier, un officier supérieur de cavalerie, qui remontait à cheval le 12 septembre et faisait des manœuvres de division le 19 ; et il pourrait citer un grand nombre d'exemples aussi probants, mais celui-là lui a paru le plus frappant.

Épidémies de choléra asiatique. — M. Ali (de Téhéran) dit que les livres historiques arabes et persans prouvent que le choléra existait bien avant ce siècle et que, dès le moyen âge, il faisait de grands ravages. M. Ali croit pouvoir affirmer l'identité de l'épidémie actuelle avec les affections épidémiques ayant régné au moyen âge.

Depuis 1847, toutes les épidémies viennent de l'Inde et prennent naissance sur les bords du Gange pour se propager ensuite, soit par voie de mer, soit par voie de terre, et constituer de-ci, de-là, des foyers secondaires momentanés.

Suivant M. Ali, les faits démontrent surabondamment que les quarantaines pourraient être réellement utiles si on connaissait

la durée de la période d'incubation du choléra; mais cette durée est très variable. Des voyageurs ayant été soumis à une longue quarantaine ne sont pris d'accidents cholériques que plusieurs semaines après leur départ, tandis que d'autres, qui ont été soumis aux mêmes causes d'infection, meurent dès leur arrivée au lazaret. M. Ali conclut donc que la quarantaine est inutile et que, seule, la désinfection de l'individu et de ses bagages est nécessaire.

L'incinération des vêtements et des objets ayant appartenu aux cholériques est de toute nécessité.

LECTURE

Spécificité de la fièvre typhoïde. — M. FOURNIER (d'Angoulême) donne lecture d'un travail sur ce sujet, dont voici les conclusions :

1° Les liquides contaminés par les déjections ne donnent lieu à la fièvre typhoïde que lorsqu'ils ont été ensemencés par des matières contenant le virus contage de cette maladie;

2° Les miasmes dégagés par les fosses d'aisance, les égouts, en un mot toutes les émanations organiques, ne produisent la maladie typhique que lorsqu'elles ont été mélangées à des matières typhiques ;

3° Le surmenage, l'encombrement, sont des facteurs favorisant, chez les hommes qui y sont exposés, le développement de la fièvre typhoïde; mais celle-ci ne se manifeste que lorsqu'il y a intervention du virus contage spécifique;

4° La fièvre typhoïde ne se développe jamais spontanément; quand, sous l'influence du surmenage, de la fatigue, des mauvaises conditions hygiéniques, il se manifeste des accidents, ceux-ci présentent des caractères différents de la dothiénentérie et sont dus à l'intoxication par les leucomaïnes;

5° La fièvre typhoïde, par conséquent, est une maladie spécifique causée par un germe spécial qui détermine le typhns abdominal, comme le virus variolique produit la variole, rien que la variole; celui de la rougeole, la rougeole et rien que la rougeole, et celui de la scarlatine rien que la scarlatine, les maladies d'un germe contage produisant l'invariabilité d'espèce. Si, dans quelques cas de dothiénentérie, la cause de la contamination échappe à l'observation, cela arrive aussi pour la variole, la rougeole et la scarlatine, maladies cependant éminemment contagieuses et spécifiques. (Comm. : MM. Bucquoy et Duguet.)

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie descriptive et dissection (1), contenant un précis d'embryologie, la structure des organes et celle des tissus, par le docteur J.-A. Fort, ancien interne des hôpitaux, ancien professeur libre d'anatomie à l'École pratique.

Nos étudiants sont gâtés aujourd'hui par le zèle des auteurs et le luxe des éditeurs. Où est le temps où nous étions obligés d'apprendre l'anatomie sans une seule figure et avec un seul ouvrage? Aujourd'hui l'élève n'a que l'embarras du choix. MM. Sappey, Testut, Poirier, pour ne parler que des plus modernes, ont fait de bons ouvrages de bibliothèque, élégants, mais d'un prix inaccessible à certaines bourses. L'anatomie de M. Fort, d'un prix beaucoup plus modeste, reste ce qu'il a été au début, un livre d'études, un livre courant, que l'étudiant peut emporter avec lui. Le deuxième volume surtout, ou *Manuel de l'amphithéâtre*, qui renferme tout ce qui se voit et s'étudie sur le cadavre, est un livre précieux qui ne quitte pas l'élève laborieux.

Cet ouvrage a été fait principalement en vue des concours, des examens, et l'auteur s'est complu à y accumuler un grand nombre de matériaux. La cinquième édition a été complètement remaniée. Le premier volume contenant l'anatomie générale a été mis au courant de la science, et le deuxième s'est enrichi des descriptions et des figures très connues, que M. Fort publia il y a quelques années dans ses *Leçons sur le système nerveux*. Nous sommes persuadé que cette édition aura le même succès que les précédentes, succès bien légitime et justifié, non seulement par les qualités de précision, de clarté, que cet ouvrage possède, mais encore par le véritable talent que possède l'auteur de condenser en quelques lignes claires les parties les plus ardues de l'anatomie.

M. Fort est aussi l'auteur d'un petit *Abrégé d'anatomie*, qui a un succès considérable.

(1) 5e édit., revue et corrigée par l'auteur. 3 vol. in-12 avec 1276 fig. dans le texte. Prix : 30 francs. — Paris, O. Doin.

Traitement de la fièvre typhoïde (1), par le docteur Juhel-Rénoy.

M. Juhel-Rénoy est, parmi les jeunes médecins qui défendent à Paris le traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide à l'extérieur, un des plus convaincus et des plus ardents. Une étude d'ensemble faite par lui du traitement de la fièvre typhoïde devait donc être, d'une part, un réquisitoire contre les autres méthodes, et de l'autre un chaud plaidoyer en faveur du système de Brand. Ce réquisitoire et ce plaidoyer, il les a écrits avec la verve et l'indépendance qu'on lui connaît. Le sujet allait bien à son tempérament de polémiste.

Depuis des années, nous sommes convaincu de l'excellence de la méthode de Brand, et nous nous félicitons vivement de l'avoir mise en pratique lorsque l'occasion s'est présentée. Cependant, nous sommes de ceux qui acceptent plutôt le *principe* que la *lettre* de cette méthode. Nous nous réservons de dire pourquoi plus longuement un de ces jours.

En attendant, nous engageons les médecins à lire le livre de M. Juhel-Rénoy. Ils verront que si l'eau à l'intérieur est la principale cause de la fièvre typhoïde, l'eau à l'extérieur peut être le principal facteur de sa guérison.

Le pneumothorax (2), par le docteur L. Galliard.

Bien que le pneumothorax soit en somme assez fréquent, il n'est pas très bien connu des médecins. Pour eux, il ne représente guère qu'un accident de la tuberculose pulmonaire, et il amène fatalement la mort dans un délai assez rapproché. C'est une curiosité clinique à signes retentissants; c'est ce que M. Galliard appelle le pneumothorax « amusant » (pour le médecin s'entend).

On ne sait pas suffisamment qu'à côté de ce pneumothorax bruyant, il y a, assez souvent, un pneumothorax latent, aisément méconnu, que le pneumothorax des tuberculeux peut présenter des variétés très différentes, suivant qu'il est partiel ou total, que la pression des gaz est plus ou moins considérable; et on ne sait pas suffisamment surtout que le pneumothorax existe de temps en temps en dehors de la tuberculose. C'est ainsi que M. Galliard étudie le pneumothorax des grands emphysémateux, des emphysémateux latents, qui guérit le plus souvent, le pneumothorax des pneumoniques et des broncho-pneumoniques, de la gangrène pulmonaire, de la pleurésie aiguë, le pneumothorax par vomiques.

Le pneumothorax commun peut comporter des indications thérapeutiques différentes, suivant que l'ouverture qui lui a donné naissance reste béante ou se ferme, suivant que les gaz qui distendent la plèvre sont à une pression plus ou moins élevée, ainsi qu'il résulte des intéressantes recherches de Weil; suivant la nature de la lésion pulmonaire, suivant la nature du liquide épanché dans la plèvre. On trouvera ces différentes indications dans le travail de M. Galliard.

(1) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.
(2) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour le prosectorat des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. Arrou.

— *Hôtel-Dieu de Reims.* — Le concours pour une place de chirurgien suppléant s'est terminé par la nomination de M. le docteur Roussel.

Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Weilt, Saurain, Marlier et Minuis.

— M. le docteur Napias est nommé membre de la commission supérieure du travail dans l'industrie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Déru (de Genelard), Lévêque (de Togny-aux-Bœufs) et Neudin (de Dunkerque).

— *Enseignement clinique de l'hôpital Saint-Antoine.* — L'enseignement clinique, organisé l'année dernière par les médecins de l'hôpital Saint-Antoine, a recommencé le mardi 15 novembre. Les leçons ont lieu à l'amphithéâtre, à dix heures et demie, et sont faites dans l'ordre suivant pendant le semestre d'hiver :

Mardi, M. Brissaud : clinique médicale; mercredi, M. Blum : clinique chirurgicale; jeudi, M. Hanot : clinique médicale; samedi, M. Letulle : clinique médicale.

Les leçons cliniques du semestre d'été seront faites par MM. Monod, Gingeot, Tapret, Merklen et Ballet.

— *Clinique chirurgicale de la Pitié.* — M. le professeur Tillaux commencera ses leçons le lundi 21 novembre et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants : clinique et opérations.

M. le docteur Thiéry, chef de clinique, fera à partir du 21 novembre des conférences cliniques tous les lundis et vendredis, à cinq heures un quart : examen clinique par les élèves.

M. le docteur Pilliet, chef de laboratoire, fera des démonstrations d'anatomie pathologique tous les lundis et jeudis, à quatre heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des aortites aiguës et de leur rôle dans les lésions chroniques de l'aorte.

Par L. THÉRÈSE, interne des hôpitaux.

Depuis quelque temps l'attention est attirée de plus en plus sur la pathologie du système artériel, et la place qui lui est faite en pathologie générale devient de plus en plus considérable. Au premier rang, par son importance de calibre et par l'intensité des phénomènes que déterminent ses lésions, vient se placer l'aorte.

La maladie de Hogdson, l'anévrysme, l'insuffisance aortique, n'ont plus, depuis longtemps, leur histoire à faire, mais il nous a paru intéressant d'étudier et d'accuser ici le mouvement de plus en plus marqué qui tend à unifier les lésions de l'aorte, sinon dans leur symptomatologie, au moins dans leurs origines et dans leur processus anatomo-pathologique, les modalités cliniques différentes, dépendant de l'intensité, de la localisation, de la durée d'action de la maladie qui peut disparaître, mais laisse derrière elle des traces indélébiles.

I

Déjà signalé par les auteurs hippocratiques, l'état inflammatoire de l'aorte ou aortite ne commence son histoire proprement dite, qu'avec Morgagni (1). Étudiée ensuite, par Franck (1792), par Portal (1803), par Bizot (1837), elle prend place dans la nosographie souvent avec les symptômes qui ne lui appartiennent pas, il est vrai, mais d'une façon suffisante pour que son existence soit considérée comme un fait acquis. A un moment même, elle prit, avec Broussais et son école, une place prépondérante dans la pathologie et fut rendue responsable de tous les états fébriles ou à peu près.

En effet, il fut dit qu'il y avait aortite, toutes les fois que l'autopsie révélait une coloration rouge de la tunique interne de ce vaisseau : conception contre laquelle s'éleva Laënnec, et qui, d'ailleurs, tomba devant une étude plus minutieuse, devant les recherches expérimentales de Trousseau et de Bizot, devant les observations de Louis dans la fièvre typhoïde : il fut prouvé alors que la plupart de ces prétendues aortites étaient seulement des altérations cadavériques, le résultat de l'imbibition de la membrane interne de l'aorte par les matières colorantes du sang.

Pour avoir perdu son importance au point de vue doctrinal, l'aortite n'en garda pas moins sa réalité clinique et anatomo-pathologique qui attira l'attention d'un certain nombre d'auteurs postérieurs à Broussais, et l'on vit successivement sur ce sujet les travaux de Corrigan, Normand, Chevers (1838), Stokes (1854), Leudet (1861), MM. Lancereaux (1863), Desnos et Huchard (1871). La question reprit une importance nouvelle avec les travaux de M. le professeur Brouardel [1874] (1), dont les recherches sur ce sujet portèrent spécialement sur l'aortite des varioleux; enfin, en 1877, l'un des élèves de M. Bucquoy, M. Léger (2), fit la première monographie complète de l'aortite, envisagée surtout dans son mode aigu. Quelques années plus tard, notre maître, M. Landouzy, dans les leçons faites à la Charité, en 1881 et 1883, insista à plusieurs reprises sur cette affection et ses relations avec les maladies infectieuses, en même temps qu'il montrait son importance dans les cardiopathies artérielles. A la même époque (1883), M. Huchard (3) appuyait également sur le rôle de l'aortite dans l'angine de poitrine, sujet sur lequel il est revenu plus longuement dans son livre sur les maladies du cœur et des vaisseaux (4) et auquel M. Rendu (5) a consacré également quelques leçons dans ses cliniques de l'hôpital Necker. C'est d'après ces différents auteurs que nous chercherons à établir l'état des connaissances actuelles sur cette affection qui, pour ne pas être extrêmement fréquente, au moins dans son mode aigu, n'en a pas moins une importance réelle, tant par le danger qu'elle fait courir au malade au moment où elle se développe, que par les lésions qu'elle laisse lorsque le malade a survécu.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Nous ne rappellerons que pour mémoire l'opinion qui, de toute coloration par imbibition,

(1) Lettres XXIII et XXVI, 1764.

(1) BROUARDEL. Soc. de biol., 1874, et *Arch. gén. de méd.*, 1874, t. II.
(2) LÉGER. Th. de Paris, 1877.
(3) HUCHARD. *Rev. de méd.*, 1883, p. 287.
(4) HUCHARD. *Maladies du cœur et des vaisseaux*, 1889.
(5) RENDU. *Cliniques*, 1890, t. I.

faisait une lésion d'aortite. Nous n'insisterons pas davantage sur les interprétations multiples proposées pour expliquer la nature et le mode de formation des produits pathologiques trouvés à la face interne de l'aorte pendant la période qui s'étend de Morgagni aux travaux récents.

Cependant, quelle que soit la variété des manières de voir des différents auteurs, l'unanimité des observateurs est complète sur un point, à savoir, sur l'existence à la face interne de l'artère de plaques de coloration variable, de dimensions différentes, mais dont l'aspect gélatiniforme, pour tous, semble avoir été la caractéristique de la lésion dans son mode aigu.

C'est surtout sur la portion la plus rapprochée du cœur, portion ascendante de l'aorte, que cette altération se rencontre avec le plus de fréquence et avec les dimensions les plus considérables : elle peut intéresser l'origine des gros vaisseaux qui naissent de la convexité de la crosse aortique et en rétrécir la lumière; tantôt très localisées, tantôt très étendues, les plaques gélatiniformes peuvent occuper la totalité du pourtour de l'aorte et se prolonger jusqu'au niveau de l'aorte abdominale.

« Elles sont souvent transparentes, présentent une coloration d'un gris rosé, ou encore d'un gris opalescent et jaunâtre, quelquefois colorées par le liquide sanguin, elles prennent une teinte rougeâtre » (Huchard). Dans son mémoire de 1874, M. le professeur Brouardel avait déjà remarqué que ces plaques prenaient, par imbibition, la matière colorante du sang, avec plus d'intensité que les parties voisines. « Elles paraissent lisses à la surface, mais lorsqu'on promène le doigt sur elles, on sent le plus souvent des dépressions et des inégalités nombreuses qui leur donnent un aspect chagriné. Leur consistance est molle, parfois élastique, d'autres fois comme lardacée : d'autres fois elles se continuent insensiblement avec l'endartère un peu rouge et seulement dépoli; mais parfois aussi elles forment comme des îlots avec des bords bien nets et plus ou moins réguliers » (Huchard). Quant au dépoli, on ne saurait, comme l'a fait remarquer M. Ranvier, l'attribuer à la chute de l'endothélium, puisque vingt-quatre heures après la mort, cet endothélium est toujours tombé, aussi bien sur une aorte saine que sur une aorte malade. Ce n'est que d'une façon exceptionnelle qu'on trouve la surface de ces plaques exulcérée, mais parfois on y peut observer des ecchymoses (Lancereaux), ou une mince couche de fibrine déposée pendant la vie, et pouvant devenir le point de départ d'accidents emboliques : ces lésions, propres à l'aortite aiguë, ne se rencontrent que rarement à l'état de pureté, et, entre les plaques d'origine récente que nous venons de décrire, se rencontrent des plaques de consistance plus dure, calcaires ou osseuses, reliquat de poussées antérieures qui donnent à l'aorte l'aspect d'aorte pavée, et MM. Cornil et Ranvier (1) ont pu dire : « Entre l'endartérite la plus aiguë et l'endartérite chronique arrivée à sa période la plus ultime, on peut trouver tous les intermédiaires. Il arrive même qu'on rencontre toutes les phases sur un même segment d'artère. »

Examinées au microscope, ces plaques se montrent nettement séparées de la membrane moyenne, l'exsudat présente, principalement vers ses limites extérieures, des petits amas de cellules embryonnaires arrondies, formant des amas irréguliers et le plus souvent allongés dans le sens du vaisseau. Mais la plaque saillante est surtout constituée dans sa masse par des cellules plates fusiformes, couchées aussi selon la direction de l'artère et séparées çà et là par des cellules embryonnaires isolées. Dans les couches les plus profondes, on peut déjà rencontrer en certains points du tissu connectif embryonnaire, en contact avec les limites adjacentes de la tunique moyenne, dans l'épaisseur de laquelle ce tissu peut même quelquefois se prolonger en y formant une petite pointe qui coupe perpendiculairement les fibres élastiques sur son passage.

(1) Cornil et Ranvier. *Histologie pathologique*, 1884, t. I, p. 583.

A cette description de M. Léger (1), MM. Cornil et Ranvier (2) n'ont guère ajouté que quelques détails sur l'origine des cellules proliférées, en appuyant sur ce point, que la multiplication des éléments à la surface de la membrane interne est spéciale à l'endartérite aiguë. Mais l'endartère n'est pas la seule tunique artérielle touchée dans l'aortite, et la tunique moyenne et la tunique externe participent aux modifications inflammatoires observées dans la membrane interne.

C'est encore à M. Léger que nous emprunterons la description des modifications de la tunique moyenne.

« La tunique moyenne est épaissie d'une manière notable, et dans l'intervalle de ses faisceaux élastiques, on retrouve encore des îlots de cellules embryonnaires, arrondies et beaucoup plus nombreuses qu'au niveau de la tunique interne. Les lames élastiques sont comme écartées, à intervalles irréguliers, par ce dépôt d'origine franchement inflammatoire. Ces éléments nouveaux forment des accumulations dirigées le plus souvent dans le sens du vaisseau, mais en certains points ils s'étendent pourtant transversalement en interrompant sur leur passage les bandes de fibres élastiques. On retrouve ici, dans l'épaisseur de la tunique, des vaisseaux qui deviennent d'autant plus nombreux qu'on s'approche davantage de la tunique externe. »

Quant à la tunique interne, ses altérations ne sont pas moins marquées : macroscopiquement, elle se montre épaissie, lamelleuse; une vascularisation abondante y dessine les arborisations plus ou moins fines, on y peut rencontrer même des ecchymoses quelquefois assez nombreuses, comme dans les faits relatés par M. Huchard (3).

C'est surtout au voisinage de la base du cœur, au niveau du repli péricardique, qu'on observe au maximum ces lésions qui retentissent sur la séreuse du cœur elle-même, jusqu'à déterminer des adhérences entre les deux feuillets.

Cette localisation anatomique n'est point sans importance en raison de la présence en ce point des filets du plexus cardiaque, dont la mise en jeu se révèle par un ensemble symptomatique retentissant.

L'examen histologique accuse encore plus nettement ces caractères inflammatoires, en révélant, dans l'épaisseur de la tunique artérielle, l'existence de foyers de cellules embryonnaires plus ou moins étendus.

De telles lésions ne peuvent rester sans influer sur la manière d'être de l'ensemble du vaisseau.

En effet, l'aorte devient plus friable et moins élastique, se déchire facilement à l'autopsie, sous l'influence d'une traction relativement peu énergique, défaut de résistance qui s'accuse sur le vivant par une grande facilité à se dilater; de là, cette augmentation considérable du calibre du vaisseau, qui sans former un anévrysme véritable, réalise

(1) Léger. Loc. cit.
(2) Cornil et Ranvier. Loc. cit., t. I, p. 582.
(3) Huchard. *Rev. de méd.*, 1883, p. 267.

ces poches considérables intéressant tout le pourtour de l'aorte, souvent sur une longue étendue, et réalisant cet état clinique et anatomo-pathologique, connu généralement sous le nom de maladie d'Hodgson.

A côté de cette forme d'aortite, nous signalerons celle infiniment moins fréquente, qui a été étudiée par Leudet, dont la première observation est due à Andral et que suivirent celles de Schutzenberger, de Rokitansky, de Virchow, forme qui mérite le nom d'aortite suppurée et caractérisée par la présence d'abcès dans l'épaisseur de la tunique moyenne.

Enfin, de ces lésions du vaisseau peuvent résulter les modifications de l'orifice aortique et de ses valvules, aboutissant à une insuffisance passagère ou permanente, sur laquelle nous aurons à revenir et qui forment un chapitre important des cardiopathies artérielles.

III

Étude clinique. — Nous sommes loin actuellement de reconnaître, à l'aortite aiguë, la symptomatologie que lui attribuait Bizot, symptomatologie où l'anasarque tenait la première place, ce qui est dû, probablement, comme l'a fait observer Bornèque (1), à la très fréquente coïncidence de la néphrite aiguë avec l'aortite.

Cette coïncidence, soit dit en passant, n'a rien de fait pour nous étonner et il nous est facile de comprendre *aortite* et *néphrite* comme deux localisations simultanées d'une même maladie.

Quoi qu'il en soit, cette symptomatologie, si obscure autrefois, commence à s'éclaircir, et, mieux connue, fait tomber dans le domaine de la clinique habituelle un diagnostic considéré, jusqu'alors, comme un diagnostic d'exception, après avoir servi d'ailleurs d'étiquette, sous le nom de « fièvre angioténique », à une foule d'affections méconnues.

Il est des cas où, de même que la péricardite dans la fièvre rhumatismale poly-articulaire aiguë, l'aortite aiguë doit être cherchée; c'est dans les cas, fréquents d'ailleurs, où elle se produit comme épisode d'une maladie aiguë, où les symptômes généraux absorbent l'attention par leur gravité. Seuls, dans ces cas, les symptômes physiques peuvent faire porter le diagnostic de cette lésion. Il est d'autres cas, au contraire, où l'aortite occupe le premier rang, où elle évolue seule et appelle l'attention par des symptômes subjectifs qui lui sont propres.

Ces symptômes subjectifs douloureux rappellent assez les accès d'angine de poitrine, qu'on rencontre, d'ailleurs, fréquemment dans le cours de l'aortite, mais ils s'en distinguent en ce qu'ils sont permanents, qu'ils ne disparaissent jamais complètement entre deux crises. L'état douloureux débute brusquement par une oppression extrême, avec angoisse précordiale, se répétant par crises, mais laissant dans leur intervalle une dyspnée continuelle, rendant tout travail impossible, une sensation permanente de poids, de lourdeur, pouvant se changer en un sentiment de brûlure ou de déchirure horrible.

Parfois cette douleur peut prendre les caractères de la boule hystérique et rappeler suffisamment tout le cortège des troubles hystériques, pour que Bornèque pose la question de savoir si bien des cas d'hystérie chez l'homme n'ont pas été des cas d'aortite méconnue.

Cette question, possible en 1883, ne nous semble plus de mise actuellement, mais elle est de nature à faire comprendre le cachet d'irritabilité, d'exaspération spéciale dans lequel se trouve le malade au moment de ces crises douloureuses.

Si brusque qu'ait pu être le début des accidents franchement douloureux, ils ont été généralement précédés par quelques phénomènes insidieux : « Le malade, depuis quelque temps, éprouvait des palpitations légères, peu intenses; il est mal à l'aise, anxieux, sans souffrance, un rien l'irrite, l'impressionne, le moindre effort l'essouffle, il est sujet aux vertiges, aux éblouissements et même aux syncopes » (Bornèque).

Parfois les symptômes franchement douloureux sont remplacés par une dyspnée pénible, avec augmentation du nombre des respirations, sans qu'il existe d'autres symptômes de diminution du champ respiratoire, à moins cependant que l'aorte ne se soit laissé dilater au point de former une tumeur qui vienne agir comme cause de compression. A la dyspnée, peut se joindre du tympanisme gastro-abdominal, extrêmement pénible pour le malade.

Bien que ne disparaissant jamais complètement, ces phénomènes ne présentent pas toujours une intensité égale et s'ils laissent de temps à autre quelque répit et un calme relatif au malade, à d'autres instants, ils s'exagèrent au point de constituer de véritables crises qui rappellent de tous points le syndrome de l'angine de poitrine affectant le siège rétro-sternal, le caractère de pesanteur, de brûlure, le sentiment d'angoisse, les irradiations qui impriment leur cachet spécial à l'angine de poitrine. Chez certains malades, ces accès se font remarquer par leur durée très longue : à mesure d'ailleurs que la maladie s'aggrave, ces crises augmentent de durée et de fréquence. Parfois, le point maximum de la douleur se déplace et Léger cite un cas où la douleur qui occupait la région sternale et le bras droit s'était transportée brusquement dans la région du foie et la partie supérieure de l'abdomen.

A ces symptômes subjectifs, accusés par le malade, se joignent des symptômes objectifs de la plus grande importance.

Lorsque l'aortite ne se produit pas au cours d'une maladie infectieuse, ou lorsqu'elle ne se complique pas de péricardite, ce qui, fréquent au bout de quelque temps, est rare au début, l'apyrexie est complète. Telle est, du moins, la donnée classique à laquelle il conviendrait peut-être de faire quelques réserves, comme le prouve l'observation de Gomot.

Le facies du malade réalise au maximum ce qu'on est convenu d'appeler le facies aortique, les téguments prenant cette teinte jaune terreux, parfois un peu plombée, qu'ils doivent à leur anémie extrême, pâleur qui, par moment, présente de véritables paroxysmes.

Le pouls radial présente tous les caractères du pouls de Corrigan et présente, de plus, cette particularité qu'il n'est nullement comparable, au point de vue de l'énergie, suivant qu'on explore l'artère radiale droite ou gauche. La sous-clavière droite est sentie bien plus facilement que celle du côté gauche, en raison du soulèvement que lui fait subir la dilatation de l'aorte, beaucoup plus marquée au niveau de la crosse et de l'origine du tronc brachio-céphalique qu'au niveau de l'origine de l'artère sous-clavière gauche : c'est

(1) Bornèque. Th. de Paris, 1883.

là un point important sur lequel insiste M. Léger, fait qui avait déjà été signalé et étudié par MM. Laboulbène et Faure, en 1874, et sur lequel revient M. Huchard dans ses leçons sur les maladies du cœur et des vaisseaux.

Tant qu'il n'existe aucune complication, on n'observe d'œdème en aucun point, l'urine ne contient pas d'albumine et est seulement un peu diminuée de quantité.

L'examen du cœur et de la région aortique par la percussion et par l'auscultation donne de précieux renseignements pour le diagnostic de l'aortite.

En effet, l'une des premières modifications que subit l'aorte malade est une dilatation passive sous l'influence des ondées sanguines, dilatation qui peut atteindre des dimensions souvent considérables.

Lorsque l'aorte s'est laissé ainsi dilater, il est souvent facile d'en sentir les battements dans le creux sus-sternal, comme il est de règle, d'ailleurs, chez les vieillards dont l'aorte est bien rarement indemne d'athérome et de dilatation.

Cette augmentation du volume est souvent considérable. « L'aorte, en se développant, se porte surtout à droite et l'on peut trouver la matité débordant, de ce côté, le bord du sternum de 2, 3 et 4 centimètres à sa partie supérieure » (Léger).

M. Huchard s'est attaché à déterminer les dimensions exactes de la matité aortique normale et est arrivé à conclure que, chaque fois que cette matité dépassait le bord droit du sternum vers le deuxième espace intercostal, il y avait dilatation aortique.

Le plus souvent, les lésions ne se bornent pas à la portion ascendante de l'aorte et retentissent sur l'orifice aortique lui-même, d'où l'apparition de souffles qui, n'existant pas au début, ne tardent pas à devenir perceptibles dès que l'aorte commence à se laisser dilater et les valvules à s'épaissir : c'est à ce moment, qu'on constate les signes d'auscultation propres au rétrécissement et surtout à l'insuffisance aortique qui, s'installant ainsi au cours du cortège symptomatique déjà décrit, sont réellement pathognomoniques de l'aortite.

Aux lésions de l'orifice aortique, succède rapidement l'hypertrophie cardiaque.

Un point qui mérite qu'on y insiste, c'est l'oblitération partielle des branches vasculaires naissant de la crosse de l'aorte.

Cette question avait déjà attiré l'attention de M. Hanot, qui, après la communication d'une observation faite par lui, à la Société anatomique (1874), y revient plus longuement dans son mémoire sur le rapport entre l'anévrysme de la crosse de l'aorte et la pneumonie caséeuse.

Ce côté de la question a même paru assez intéressant pour lui mériter, de la part de quelques auteurs, le nom d'*aortite oblitérante*.

M. Huchard, surtout, insiste sur le rôle de ces oblitérations dans le mécanisme de l'angine de poitrine. L'oblitération mécanique de l'embouchure des artères n'est pas cependant le seul facteur qui, dans l'endaortite, amène le rétrécissement du calibre du vaisseau à sang rouge et M. F. Franck a montré l'action réflexe vaso-constrictive dont pouvait être le point de départ l'excitation de la tunique interne de l'aorte et auxquels sont dus sans doute ces paroxysmes de pâleur que nous avons déjà signalés.

A ces symptômes, dus directement à la lésion aortique, se surajoutent souvent les accidents relevant de lésions des organes voisins : au premier rang, surtout chez les jeunes sujets, la péricardite, se développant généralement d'une manière sourde, ne s'accusant, au début, que par quelques frottements qui disparaissent et réapparaissent sans déterminer d'élévation de température appréciable : dans d'autres cas, la péricardite éclate avec son appareil symptomatique ordinaire, avec fièvre, douleurs, palpitations ; elle est alors souvent le phénomène initial de la maladie ; elle peut absorber alors « toute l'attention du médecin et l'aortite, qui en est le point de départ, n'est constatée qu'à l'autopsie » (Léger).

Les symptômes du côté de l'appareil pulmonaire sont également fréquents : il n'est pas rare d'observer une toux répétée qui, s'ajoutant à la dyspnée et aux palpitations, vient encore fatiguer le malade. Elle survient quelquefois dès le début de l'affection, alors qu'il n'existait encore que quelques battements de cœur et paraît, dans ces circonstances, activer l'apparition de l'affection aortique. Cette toux s'accompagne d'une expectoration rare, opaque, blanchâtre et sanguinolente.

Les crachats sanglants peuvent même aller jusqu'au rejet de sang pur sous forme d'hémoptysie légère. Ils sont quelquefois d'emblée visqueux, adhérents au vase, d'un rouge brique, hémoptoïques et peu abondants.

A l'auscultation, on perçoit, en un point du poumon, quelques râles sous-crépitants ordinairement sans souffle. Ces râles peuvent aussi s'étendre dans une grande partie du poumon et des deux côtés de la poitrine. A cette description donnée par M. Léger, M. Rendu se rattache sans réserve. Ces symptômes pulmonaires semblent dus à l'existence de petits infarctus qui, à leur tour, lorsqu'ils sont superficiels, peuvent devenir le point de départ d'épanchements pleuraux.

Bien que difficiles à expliquer dans leur mode de production, ces infarctus pulmonaires n'en semblent pas moins nettement établis quant à leur existence et se retrouvent dans l'observation plus récente du mémoire de MM. Déjerine et Huet (1).

Aux lésions de voisinage, peuvent se rattacher les nausées, les vomissements observés dans un grand nombre de cas et qu'on peut rattacher à une propagation du processus inflammatoire au pneumogastrique, phénomène analogue à celui qui se passe du côté du grand sympathique et se traduit cliniquement par la modification des pupilles.

Tous ces phénomènes n'affectent pas une marche continue et régulière et, sans parler de l'angine de poitrine qui ne se reproduit que par accès relativement courts et à limites nettement déterminées, l'ensemble des accidents présente des phases alternatives de recrudescence et d'accalmie : c'est par poussées successives que marche l'aortite aiguë ; après avoir gardé, pendant un temps variable souvent assez long, un an ou deux quelquefois, l'allure insidieuse qui constitue une véritable période prodromique, l'affection éclate brusquement avec l'allure bruyante que nous avons rapportée ; parfois ce début à grand fracas constitue toute l'histoire de l'affection et le malade succombe à la première attaque d'angine de poitrine qui a ouvert la scène ; d'ordinaire, les choses se prolongent davantage, les paroxysmes de douleur et de dyspnée, d'abord assez éloignés, ne se reproduisent qu'à des espaces d'un mois ou deux, augmentent de fréquence et d'intensité, et finissent par emporter le malade,

(1) Déjerine et Huet. *Rev. de méd.*, 1888.

souvent les progrès de l'affection sont plus rapides et les crises se succèdent à quelques jours d'intervalle. La mort se produit presque toujours dans des conditions identiques, brusquement, sans agonie, par syncope, soit au cours d'un accès d'*angor pectoris*, soit pendant un intervalle de calme et même pendant le sommeil.

Dans des cas plus rares, le malade succombe avec tout le syndrome asystolique, s'étant mitralisé par suite de l'insuffisance progressive de son myocarde. Une autre terminaison plus rare, c'est la mort par pyohémie ou par perforation de l'aorte dans la forme exceptionnelle dite ulcéreuse.

La mort n'est cependant pas la terminaison nécessaire de toute aortite et, à la suite d'une ou plusieurs poussées, on peut voir le processus inflammatoire s'éteindre et les accidents graves disparaître, l'aorte gardant seulement la cicatrice de la lésion qui l'a atteinte.

IV

De là les lésions chroniques de l'aorte et les accidents qui en peuvent dépendre, lésions consécutives à une phase aiguë reconnue ou méconnue et qui trouvent leur place à côté des altérations aortiques à évolution lente, à côté de celles qui reconnaissent pour origine des intoxications progressives ou certains états diathésiques.

Leur importance, aux unes comme aux autres, est considérable, car c'est à elles que remontent primitivement les plus graves lésions de l'aorte et les cardiopathies dites artérielles. Au point de vue anatomique, les modifications du vaisseau ne présentent aucune démarcation tranchée, et il n'existe pas de différence fondamentale entre les altérations constatées sur les points les plus anciennement atteints de l'aorte du malade qui succombe à sa première ou à sa seconde crise d'angine de poitrine, ou de dyspnée, au cours d'une aortite aiguë, et celle qu'on peut étudier sur l'aorte épaissie et dilatée d'un vieillard athéromateux, qui n'a jamais présenté de manifestations de nature à attirer l'attention sur ce point.

Chez l'un comme chez l'autre, il y a eu aortite et la différence a seulement porté sur l'intensité du processus et sur son allure, différence dépendant peut-être de la cause.

A des lésions égales, au point de départ, pourront succéder des résultats semblables, et lorsqu'une plaque d'aortite localisée aura diminué la résistance des tuniques du vaisseau au point ou elle siège, il pourra s'ensuivre une dilatation partielle de l'aorte, qui aura son expression maxima dans la poche anévrysmale. Ce sont là d'ailleurs, de même que les relations de l'athérome avec le rétrécissement et l'insuffisance aortique et l'hypertrophie cardiaque consécutive, des points assez connus, pour qu'il soit inutile d'y insister.

A ce même ordre d'idées ressortissent les cas plus rares, mais indiscutables, de rupture des valvules sigmoïdes, déterminant de brusques insuffisances aortiques : tout donne à croire qu'en semblable circonstance, la déchirure brusque n'a pu porter que sur un point déjà malade, qu'on peut considérer, par conséquent, comme présentant une véritable plaque d'aortite. Et quelle que soit la théorie à laquelle on se rattache pour expliquer la production de l'angine de poitrine vraie, névrite ou lésion des coronaires, ce qu'on trouve d'abord et antérieurement à la lésion du plexus cardiaque ou des vaisseaux cardiaques, c'est encore l'aortite, enserrant les filets nerveux dans les tuniques épaissies du vaisseau ou se propageant jusque dans les coronaires et en rétrécissant l'embouchure.

Une semblable affection mérite donc qu'on s'y attache et, en présence des lésions constituées, contre lesquelles on ne peut rien, en présence des conséquences souvent terribles contre lesquelles on est à peu près également désarmé, une place importante revient de droit à l'étiologie, puisque c'est seulement en luttant contre le mal à ses débuts qu'on aura chance d'en pallier les effets et d'en amoindrir l'étendue.

V

Considérée au point de vue où nous l'avons prise, toute aortite ne peut être séparée, au point de vue de l'étiologie, des autres artérites et par là même de l'athérome qui n'en est que l'une des expressions terminales.

Dans un travail tout récent de M. Huchard (1), nous trouvons une classification complète des causes reconnues actuellement comme pouvant porter leur action sur les artères. Parmi ces causes, il en est, cependant, quelques-unes qui semblent, plus que les autres, porter sur l'aorte et qui ont été, depuis longtemps, signalées.

En première ligne, les maladies infectieuses aiguës : le mémoire de M. le professeur Brouardel sur l'endartérite au cours de la variole (27 cas sur 210 autopsies) a mis définitivement en lumière l'action de cette maladie sur l'aorte, action déjà signalée par MM. Desnos et Huchard en 1871. MM. Gilbert et Lion sont également parvenus à reproduire, dans un cas, une lésion analogue à l'athérome, en inoculant certains agents pathogènes à des animaux, dont ils avaient, il est vrai, traumatisé préalablement l'endartère, au moins dans une partie de leurs expériences (2).

La scarlatine peut également présenter des déterminations aortiques, comme en fait foi l'observation rapportée par le docteur Gomot dans sa thèse (3), de même la rougeole, la diphthérie et la grippe, quoique plus rarement.

Bien que portant surtout sur l'endocarde et de préférence sur la valvule mitrale, la fièvre rhumatismale polyarticulaire aiguë est une des causes les plus fréquentes des lésions de l'aorte, intéressant soit simplement les valvules, soit la partie ascendante de la crosse.

Des maladies infectieuses, nous pouvons rapprocher les cas de mal de Bright déjà signalés par Bizot, puis par M. Duroziez (4), par Bornèque (5), il semble, en effet, que ces différents auteurs se soient trouvés en face de maladies de nature infectieuse non déterminée, portant à la fois sur le rein et sur l'aorte.

La coïncidence de la tuberculose aiguë et de l'aortite ont déjà, depuis longtemps, attiré l'attention des auteurs.

M. Hanot a insisté sur ce sujet, dans son mémoire sur les rapports de l'anévrysme de l'aorte et de la pneumonie caséeuse. M. le professeur Jaccoud a également attiré l'attention sur ce point dans une de ses cliniques à la Charité, et dans l'article récent, auquel nous avons déjà fait allusion, M. Huchard cite deux observations personnelles d'aortites au cours de la phthisie pulmonaire.

(1) Huchard. *Gaz. hebd.*, 1892, nº 26 et suiv.
(2) Société de biologie, oct. 1889.
(3) Gomot. Th. de Paris.
(4) Duroziez. *Gaz. méd.*, 1877.
(5) Bornèque. Loc. cit., Obs. I.

Mais une des causes les plus importantes par sa fréquence et aussi parce que, plus que toute autre, elle donne prise au traitement, c'est la syphilis. Son rôle, considéré par M. Léger comme probable sinon absolument démontré, est chose maintenant admise. La syphilis *aime* les *artères* et, pour M. le professeur Fournier, non seulement elle pourrait faire sentir son action à titre de syphilis acquise, mais encore la syphilis héréditaire pourrait n'être pas étrangère à nombre de cardiopathies artérielles et d'aortites.

Dans les leçons faites à la Charité par M. Landouzy, nous rencontrons un certain nombre de cas où syphilis et aortite ont marché ensemble (1) et nous tenons de lui que, sous l'influence du traitement anti-syphilitique, il a vu, sur six cas, cinq fois rétrocéder les manifestations de lésions de l'aorte allant jusqu'à la dilatation anévrysmale. Il a pu d'ailleurs, en 1891, présenter à l'une de ses cliniques de l'hôpital Laënnec un fait des plus probants à cet égard, le malade porteur, à cette époque, d'une poche pulsatile faisant saillie dans le deuxième espace intercostal gauche, a vu disparaître sa tumeur et est actuellement en fort bonne santé.

Heubner, Baumgarten, M. Lancereaux ont assez mis en relief la fréquence et l'importance des lésions syphilitiques des artères pour qu'il n'y ait pas lieu de s'étonner en voyant l'aorte répondre souvent aux incitations de cette nature. D'ailleurs, dans une Revue sur les artérites syphilitiques, M. Thibierge (2) a relevé toute la bibliographie, nombreuse déjà, des cas d'aortites nettement syphilitiques.

L'impaludisme, quoique très rarement, pourrait aussi, d'après certains auteurs, être considéré comme responsable de certaines aortites.

A côté des maladies infectieuses viennent prendre place les intoxications, l'intoxication alcoolique en première ligne et certains états diathésiques, la goutte surtout, dont l'action avait déjà été constatée par Stokes.

A toutes ces causes réellement efficaces viennent s'ajouter les causes banales, qui ne sont que l'incident à propos duquel éclate un syndrome qui n'attendait que l'occasion de se manifester : froid, surmenage, effort, traumatisme, etc. C'est là surtout le cas des formes aiguës de l'aortite, les lésions chroniques et limitées n'attirant l'attention que lorsque, l'organisme n'étant plus à même de maintenir la compensation, des phénomènes fonctionnels révèlent une lésion, depuis longtemps existante et passée inaperçue du malade et souvent aussi du médecin.

Sur les lésions de l'aorte comme sur celles des autres organes, d'ailleurs, lorsqu'elles sont entièrement constituées, la thérapeutique n'a qu'une prise bien minime, pour ne pas dire nulle. Cependant, pour ce qui est des aortites, il est une donnée qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est la possibilité de leur nature syphilitique : parfois dans ces conditions, l'iodure de potassium administré progressivement et rapidement à des doses élevées, 10, 12, 14 grammes en vingt-quatre heures, après avoir étudié la sensibilité du malade au médicament, donnera des résultats inespérés.

Le malade de l'hôpital Laënnec auquel nous avons fait déjà allusion a supporté ces doses sans aucun inconvénient.

Ce qu'il ne faut pas oublier non plus, c'est que nombre d'aortites se développent au cours des maladies aiguës, perdues, pour ainsi dire, au milieu de la symptomatologie bruyante de la maladie générale, et qu'en ayant soin de la rechercher par une auscultation attentive, par l'exploration de la sensibilité de la région pré-aortique, on aura des chances de la dépister dès le début et de pouvoir l'entraver dans son développement par un traitement approprié dans lequel la révulsion devra tenir la première place.

(1) LANDOUZY. *Gaz. des hôp.*, 1883, p. 85.
(2) THIBIERGE. *Gaz. des hôpit.*, 1889, nº 11.

MÉDECINE LÉGALE DES ACCIDENTS DE LA FOUDRE (1)

Par le docteur VINCENT, de Guéret (Creuse),
Lauréat de l'Académie de médecine, de la Société de médecine du Nord et de la Société des langues romanes de Montpellier.

XV

2. *Thorax* (organes de la respiration et de la circulation). — A. *Bouche. Voies aériennes.* — A l'autopsie des chevaux tués le 9 septembre 1843, dans une écurie de la caserne de Fougères (Ille-et-Vilaine), Blondeau a trouvé la membrane pituitaire rouge foncé, et les veines remplies de sang; la muqueuse du pharynx, de l'épiglotte, de l'orifice supérieur du larynx et des cordes vocales, livide, granuleuse et épaissie par une accumulation considérable de sang dans les vaisseaux; celle de la trachée beaucoup moins congestionnée.

Tobias parle d'un coup de foudre ayant tué, à Trèves, vingt-sept bêtes à cornes, sur l'une desquelles on trouva la langue dépouillée de son épithélium sur le côté droit, le voile du palais fendu et l'épiglotte détruite. La trachée-artère elle-même était fendue sur le milieu de sa paroi postérieure et dans toute sa longueur jusqu'à la bifurcation, comme si elle avait été divisée avec un couteau; sa cavité, celle des bronches étaient remplies de caillots de sang noir. Chez d'autres de ces animaux, la trachée, le larynx, les poumons offraient de la rougeur sans déchirure du tissu.

Enfin, il est assez fréquent de voir le sang s'écouler par la bouche et les narines; chez Conchon, le sang était spumeux.

B. *Poumons.* — Les lésions observées sur ces organes peuvent se ranger sous les chefs suivants :

1° *Congestion asphyxique.* — Dans les préliminaires historiques, nous avons vu qu'il y a vingt ans passés, en 1867, le *Manuel de médecine légale*, de Briand et Chaudé, rangeait encore la mort par fulguration parmi les morts par asphyxie. Les lésions propres à ce genre de mort me paraissent, en effet, les plus fréquentes :

Chez le capitaine Lacroix (S. O.) il y a : *hyperhémie* des poumons qui sont volumineux, gorgés de sang noir qui ruisselle en abondance des tranches de section, mais *crépitant* et *surnageant* sur l'eau. *Les cavités droites du cœur sont remplies par un coagulum volumineux, noir et diffluent; état de vacuité du ventricule gauche.*

Chez le plus grand nombre de chevaux et de bêtes à cornes dont il vient d'être question plus haut, on a observé des lésions analogues des poumons et du cœur.

Les poumons du chien de Jouhet, surtout le gauche, sont congestionnés et offrent une teinte d'un gris brunâtre (Delarbeyrette).

Le sujet du docteur Frédet avait le poumon gauche seul vivement congestionné; à la coupe, écoulement d'une grande quantité de sang noir.

Même effet chez les victimes du pont de Kelh, observées par le professeur Tourdes, où les caractères anatomiques sont aussi ceux de l'asphyxie, mais *moins prononcés* chez l'homme qui avait péri instantanément, que chez celui qui avait survécu quelques minutes. D'où il suit que l'intensité de la congestion pulmonaire et de la plénitude simultanée des cavités droites du cœur, indique que la mort n'a pas été instantanée et que le cœur de la victime a continué de battre encore quelque temps après le coup de foudre.

2° *Ecchymoses. Apoplexie pulmonaire.* — Le poumon droit d'Anger présente, à la face externe de son lobe supérieur, près

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 1231.

du sommet, une ecchymose avec *infiltration sanguine* dans le parenchyme; partout ailleurs, ces organes sont sains.

La partie postérieure des deux poumons du professeur Richmann est gorgée de sang extravasé, constituant une véritable ecchymose pulmonaire. La plèvre contient un demi-litre de sang.

Phayre rapporte l'histoire d'un vieillard dont le lobe supérieur du poumon gauche présentait à son bord antérieur, et dans une étendue de trois travers de doigt, une couleur noir foncé. Une incision pratiquée à cet endroit donna issue à une grande quantité de sang noir liquide; le tissu ne crépitant pas, les cellules ne contenaient pas d'air. C'était, dit l'auteur, un exemple pur d'apoplexie pulmonaire au second degré.

Le sujet du docteur Gabrielli présentait plusieurs ecchymoses pleurales et, de plus, une désorganisation du poumon gauche et d'une partie du poumon droit, que MM. Sestier et Méhu regardent comme une apoplexie pulmonaire. Pour moi, d'après la description qui en a été faite, je serais plutôt porté à y voir l'effet d'une brûlure.

3° *Perforations.* — Ouvrard nous a laissé l'exemple unique de perforation du poumon connu :

La dame foudroyée présentait deux légères excoriations à la partie antérieure de la poitrine et une ecchymose fort étendue sur tout le côté gauche de cette région, dans toute sa hauteur. Après avoir ouvert le thorax « nous avons vu, dit l'auteur, le lobe inférieur gorgé de sang et *percé* du haut en bas dans quatre points, offrant chacun une petite plaie que je ne puis mieux comparer qu'à celle que ferait un grain de plomb. Une seule de ces lésions m'a paru traverser la base du poumon de part en part; il y avait un litre de sang épanché dans le côté de la poitrine. Du reste, les deux lobes supérieurs étaient sains, ainsi que le poumon gauche; le cœur n'offrait rien de remarquable, il était vide de sang. A l'endroit correspondant à la lésion principale du poumon, on remarquait que cette blessure se continuait sur le diaphragme en le traversant par une ouverture oblique. Le foie présentait, à la partie moyenne de la face convexe, une déchirure bien profonde, d'un pouce et demi environ de longueur et se dirigeant vers son bord antérieur. L'épiploon gastro-hépatique était ecchymosé dans toute son étendue, et l'estomac, sans aucune contusion, présentait, à la région splénique, une petite ouverture circulaire à bords contus. Nous n'y trouvâmes aucun liquide... L'épiploon gastro-splénique était ecchymosé; la rate, sans déformation, était dépouillée de ses enveloppes sans qu'on ait pu les retrouver; la capsule surrénale et l'extrémité supérieure du rein gauche était ecchymosée; le reste des viscères abdominaux était sain. »

4° Certains auteurs, Duverney entre autres, ont signalé presque comme caractéristique, un affaissement des poumons et un certain état exsangue.

C. *Plèvres.* — Dans les exemples cités plus haut, nous avons vu que ces poches séreuses pouvaient être le siège d'ecchymoses et d'épanchement sanguin. On a constaté, de plus, des épanchements de sérosité sanguinolente.

D. *Cœur. Gros vaisseaux.* — Ainsi que nous l'avons vu dans l'autopsie du capitaine Lacroix, dans les cas d'asphyxie, les cavités droites sont remplies de sang et les gauches vides. Dans le cas contraire, le plus souvent, ces cavités sont vides ou contiennent peu de sang.

Chez un sujet examiné par Krebro, le sang distendait les quatre cavités et les gros vaisseaux. Ces derniers sont tantôt vides, tantôt pleins; bien souvent les artères sont vides et les veines remplies de sang noir. A cet égard, il n'y a rien de fixe. Ainsi que le font observer MM. Sestier et Méhu, les cavités du cœur et les vaisseaux, chez les foudroyés, offrent toutes les variétés possibles de vacuité et de distension et, en particulier, celles qu'on observe dans la syncope et dans l'asphyxie. Je crois me rappeler que Dechambre (article fulguration du *Grand Dictionnaire des sciences médicales*) parle de la dilatation des veines portée assez loin pour former des varices.

Mais les lésions les plus graves observées dans ces organes sont les *ruptures* ou *déchirures*, et jusqu'à présent on les a constatées uniquement chez les chevaux :

Le 14 juillet 1795, un homme et quatre chevaux sont tués par la foudre, près de Douvres. Chez trois de ces animaux existait une déchirure du cœur, au travers du ventricule droit et dans une direction oblique, située à égale distance de la base de l'oreillette et de la pointe du cœur. Chez le quatrième cheval, le cœur était intact, mais l'artère carotide, au cou, était *rompue.* L'animal avait rendu un peu de sang par la bouche; il y en avait d'extravasé dans le thorax.

A l'ouverture de deux chevaux tués dans une écurie le 17 juillet 1778, près de Hambourg, on trouva chez celui mort le premier et peut-être instantanément, les deux *oreillettes déchirées* et le cœur nageant dans le sang; chez l'autre, qui avait survécu quelques instants, l'oreillette gauche seule était rompue. Chez les deux l'artère pulmonaire était très dilatée et du sang extravasé au cou et au poitrail.

3. *Abdomen.* — *Organes de la digestion.* — Aucune observation ne mentionne de lésions de l'œsophage, qui, il est vrai, ont dû être rarement recherchées.

Je ne reviendrai pas sur les lésions abdominales signalées dans les observations de Gabrielli et d'Ouvrard, ci-dessus rapportées. J'y renvoie le lecteur.

Chez un homme de quarante ans, le docteur Schaffer trouva du sang extravasé dans l'épaisseur de la paroi abdominale, au *niveau de brûlures superficielles;* le lobe droit du foie très foncé et gorgé de sang, surtout à un endroit qui *correspondait à une brûlure de la peau;* enfin, une altération analogue à la rate.

L'autopsie du chien de Jouhet, faite par M. Debarbeyrette, a montré ceci : « L'organe le plus affecté est le foie. Le lobe gauche présente, sur le milieu de sa face supérieure, une déchirure de la forme et du volume de la capsule d'un gland, déchirure irrégulière dont le fond est piqueté et où la membrane séreuse, la capsule fibreuse de Glisson et les granulations formant le tissu propre du foie, ont été détruites. Le lobe moyen et le lobe gauche présentaient çà et là, disséminées et sans ordre, une multitude de petites pictures où le tissu du foie a été entamé. L'on dirait que le foie, en ces points, a été piqué par une aiguille à pointe émoussée. Ces pictures sont d'ailleurs peu profondes, 4 millimètres tout au plus; leur plus grande dimension est 5 millimètres. »

De plus, cet organe offre une congestion des plus prononcées de son tissu. Dans le vase qui le contient, il baigne littéralement dans le sang qui s'en est exsudé depuis deux heures tout au plus, et la pression permet de faire sortir ce liquide en abondance de la surface des incisions qu'on y pratique.

Le pancréas a été trouvé fortement injecté sur le cadavre de Richmann.

M. Lamy, chimiste distingué de Clermont-Ferrand, a vu, tués par la foudre, cinq chevaux attelés à une diligence dans laquelle il se trouvait : le timonnier avait sous le ventre une ouverture d'où s'échappaient des flots de sang; le rectum et le côlon étaient sortis de l'anus chez les deux chevaux de devant; aucune lésion apparente chez les deux autres.

On n'a pas eu encore occasion d'observer de lésions à la vessie. Cet organe n'est pourtant pas plus exempt des atteintes de la foudre que les autres, puisque, chez des personnes qui ont survécu, on a vu des incontinences ou des rétentions d'urine.

Il en est de même des organes génitaux internes de la femme.

4. *Organes des sens.* — *Appareil locomoteur. Grandes lésions traumatiques.* — 1° *Organes des sens.* — A. *Ouïe.* — On a vu la membrane du tympan fendue, déchirée, arrachée et, dans ce dernier cas, les osselets avec elle. Un écoulement de sang se fait souvent par le méat.

B. *Yeux.* — Chez un des moutons de la Brionne, la cornée, devenue opaque, constituait un *albugo.* On a constaté des épanchements de sang dans la chambre de l'œil, des cataractes spontanés, des ophthalmies avec ou sans brûlure des paupières. Il est évident que les parties extérieures de ces organes peuvent pré-

senter toutes les lésions de la peau. La choroïde et la rétine peuvent aussi être atteintes, si l'on en juge par les troubles de la vision observés chez les personnes qui ont survécu au choc de la foudre.

Des auteurs attribuent une importance particulière aux yeux brillants, et surtout aux paupières ouvertes ou fermées dénotant que les organes ont été surpris dans cette position, lorsque l'individu a été soudainement frappé.

C. *Goût. Odorat.* — Comme nous l'avons vu, la rougeur, la brûlure, le dépouillement de l'épithélium sont les lésions qui peuvent se présenter dans les organes qui président à ces deux sens.

2° *Tissu cellulaire. Tissu musculaire.* — A. La plus fréquente des lésions du tissu cellulaire est l'épanchement avec l'extravasation du sang, sous forme d'ecchymoses plus ou moins étendues, intenses ou profondes. Elles peuvent correspondre, ce qui arrive souvent, à des lésions superficielles de la peau ; mais aussi n'avoir aucun rapport de proximité avec elles.

Chez une femme foudroyée on trouva, au rapport de l'abbé Chapsal, sur toute la longueur de la colonne vertébrale, « un filet noir entre peau et chair ». C'était évidemment une brûlure interne.

Nulle part, dans mes recherches, je n'ai vu faire mention de décollement de la peau, qui, cependant, ne me paraît pas impossible.

B. Le tissu musculaire peut être, comme le précédent, le siège d'infiltrations sanguines plus ou moins étendues et considérables, correspondant ou non avec les lésions de la peau. A l'autopsie d'un cheval tué en 1769, à Schweringen, on trouva les chairs de l'épine dorsale disséquées comme avec le plus fin bistouri.

Chez quelques sujets, la chair a présenté une couleur noire.

3° *Os et articulations.* — A. *Os.* — Nous avons déjà vu les os du crâne troués ou fracturés. Toutes les autres pièces du squelette, os longs, courts ou plats, peuvent présenter les mêmes lésions :

Chez un berger, tué en 1824 sur la route de Dusseldorf, la mâchoire inférieure était fracturée, en même temps que les os du crâne.

Morand a observé, avec beaucoup d'autres lésions, une fracture du sacrum et du pubis sur une femme foudroyée.

Le docteur Ouvrard a vu une fracture de l'humérus gauche et une grave blessure du coude droit, dont l'épichondyle et l'épitrochée avaient été détachées du corps de l'os.

Quelquefois ces fractures sont comminutives et les os brisés en mille fragments ; en voici quelques exemples :

Diemerbroeck rapporte qu'en 1628, un homme ayant été tué par la foudre dans les champs, la plupart des os étaient *brisés en petits fragments, les muscles et la peau étant intacts.*

Toaldo rapporte un cas semblable : en mai 1718 dans la marche de Priegnitz, du Hanovre, huit brebis furent tuées par la foudre ; on ne put s'en servir comme aliment, parce que les os avaient été brisés comme dans un mortier et que les fragments s'en étaient répandus dans les chairs.

Le terrible agent irait plus loin : il ramollirait les os au point de faire des membres une masse molle. C'est ce qui résulterait de trois observations, l'une de l'abbé Richard, une deuxième du docteur Mittié et la troisième d'Orioli.

B. *Articulations.* — Enfin les os ne seraient pas seulement lésés dans leur continuité, ils le seraient encore dans leur contiguïté ; Au milieu des désordres observés chez une femme par Morand, se trouve une *luxation de la hanche gauche*, avec dilacération et ablation des muscles qui la recouvraient.

Sur un berger cité par Wasse et mutilé par la foudre, on trouva, entre autres lésions, une luxation du genou droit.

Et un homme, au rapport de Bergmann, aurait éprouvé *quamdam femoris luxationem* (S. M.).

4° *Grandes lésions traumatiques* (*ablations, arrachements, résections*). — La foudre, qui enlève l'écorce de l'arbre, détache les branches, brise et divise le tronc, etc., peut produire des désordres analogues chez les animaux, c'est-à-dire enlever des lambeaux de peau qui peuvent comprendre le tissu cellulaire sous-cutané et des couches musculaires, détacher et enlever des membres, éventrer avec ou sans hernie des viscères, couper une personne ou un animal en deux, etc. Les auteurs citent des exemples nombreux de ces grands traumatismes :

Chez un vieillard foudroyé, cité par Crome, un morceau de peau de deux pouces de long sur un pouce de large fut complètement enlevé de la cuisse gauche.

Rèce cite un M. Barney à qui la foudre enleva un lambeau de peau, depuis la cheville jusqu'à la base du gros orteil.

Morand, sans doute dans l'observation de cuisse ci-dessus citée, a vu les muscles de la fesse et de la région voisine de la cuisse, emportés en grande partie ; il estime à 6 *livres la masse des chairs enlevées.*

Dans l'observation de Lamy, nous avons vu se produire un cas d'*éventration ;* chez quatre chevaux tués à Rumigny le 20 août 1769, *les intestins étaient hors du corps.*

On a vu souvent le pavillon de l'oreille déchiré, fendu, détaché voire même projeté à distance : chez un berger tué le 13 mai 1803, on trouva l'oreille gauche, à quelques pas du cadavre, sur un mouton étendu mort. Ce cas est évidemment l'analogue de celui de la suspension des lambeaux d'habits aux branches d'un arbre voisin.

Dans ces faits que j'emprunte à Sestier et Méhu, on signale, d'une manière générale, l'absence d'hémorrhagie. Cette circonstance est importante en médecine légale, puisque ces mêmes lésions, produites par d'autres violences, donneront lieu, le plus souvent, à un écoulement de sang.

Voici d'autres faits, non moins curieux, que j'emprunte à Boudin. Parmi eux, se distingue, par sa fréquence, l'ablation de la langue dont il cite quatre cas :

Dans le premier cas, la langue est transportée dans les organes génitaux.

Dans le deuxième cas, cet organe projeté n'a pu être retrouvé.

Dans le troisième cas, emprunté à Louis, la foudre enlève la langue et la mâchoire inférieure sans aucune marque de contusion, ni de brûlure.

Enfin, dans le quatrième cas, le bout seul de la langue est coupé.

Un journal, de juillet 1808, parle d'une jeune fille frappée par la foudre au moment où elle se promenait avec une de ses compagnes qui, effrayée, se mit à courir sans s'apercevoir que le bras de son amie lui était resté dans la main.

Le 15 août 1853, en Floride, Mlle Wingaete fut tuée par un coup de foudre qui lui enleva un bras et une partie de la tête.

On cite un matelot coupé en deux pendant qu'il carguait ses voiles ; d'après Sauvon, la foudre aurait emporté, à Avignon, la moitié d'un chat et, dans un autre cas, la moitié d'une jeune fille.

5° *Lésions des parties génitales.* — Sous ce rapport, comme sous beaucoup d'autres, elles méritent de fixer tout particulièrement l'attention : nous avons vu plus haut la langue arrachée et transportée dans les organes de la génération. Ces organes eux-mêmes, surtout chez l'homme, sont au moins aussi exposés que la langue, organe médiant comme eux, à de semblables accidents.

Chez quatre hommes tués à Reverdon, les fesses étaient horriblement déchirées, les organes sexuels étaient arrachés et déchirés en morceaux, comme si de petites barres de fer rougi y eussent été enfoncées en plusieurs places (Willis).

Six personnes étaient réunies sous un noyer ; le tonnerre en tua trois et blessa grièvement les trois autres, « comme vous pourriez dire, ajoute le comte de Bussy, de *rendre un homme indigne de rentrer dans un sérail* ».

Si de ces faits nous rapprochons les quatre cas de personnes observées par nous, chez lesquelles les parties génitales étaient brûlées à des degrés divers et les cas nombreux et très curieux d'épilation de ces mêmes parties, rapportés par divers observateurs, nous ne pouvons nous empêcher de voir, dans la prédilection de la foudre pour cette région, une analogie frappante avec ce phénomène signalé par M. Colladon sur les arbres foudroyés, lesquels présentent leurs principales et souvent leurs premières

lésions à la réunion des grosses branches à la tige et principalement à la bifurcation du tronc, lorsqu'elle existe. Cet endroit, qui est le point de division du courant descendant entre les membres inférieurs et de réunion du courant ascendant au tronc, mérite, comme la tête et les pieds, d'attirer l'attention toute spéciale du médecin légiste.

III. Effets divers. — Indépendamment des effets pathologiques, caloriques, mécaniques et traumatiques exposés dans les deux précédents chapitres, la foudre peut encore produire, sur le corps de ses victimes, d'autres effets, de nature diverse, qu'il nous reste à faire connaître. Ce sont :

1. *Colorations diverses.* — Elles peuvent être *amorphes* ou *figurées* et se divisent en trois catégories, selon le mode de production, qui sont :

1° *Dépôts* de matières pondérables transportées par la foudre à la surface du corps ou sur les habits; ils comprennent :

A. Les *enduits* qui sont des dépôts analogues à ceux que nous avons vu, dans un précédent chapitre, se produire sur le bois, les pierres, les métaux, etc., et formant une couche plus ou moins sèche ou plus ou moins onctueuse que le lavage peut enlever.

Chez un vieillard et sa fille, tués par la foudre, le visage était noirâtre et comme coloré par la vapeur de poudre.

Le duc de Bourbon, effleuré par la foudre à Chantilly, en 1771, et que des témoins oculaires ont vu entouré de flammes, présentait, sur le visage et la barbe, des *taches onctueuses comme la suie grasse.* On ne dit pas si le tonnerre était descendu par la cheminée.

Quelquefois l'enduit a présenté une coloration jaune; dans un de ces cas, l'individu avait été foudroyé sous un noyer.

Il est évident que la nature de la coloration doit dépendre de la couleur de la matière déposée.

Cet enduit peut quelquefois pénétrer assez profondément pour que la coloration, malgré le lavage, persiste quelques semaines, dans le cas de survie. Tel est le cas du capitaine Seymour, du *Judith-Esther* et de son équipage, dont *tous les ongles devinrent entièrement noirs et restèrent tels pendant six semaines.* Ici, la matière déposée pénétrerait plus profondément que la surface et produirait une espèce de tatouage.

B. *Dépôt de métaux volatilisés.* — Il arrive très souvent que la foudre volatilise les métaux et les dépose, en couches plus ou moins minces, sur les objets voisins; et lorsque ces derniers sont des métaux, elle produit sur eux un effet en quelque sorte galvanoplastique. Le même dépôt peut se produire sur le corps ou les habits de la personne par la volatilisation des objets métalliques servant à sa parure ou se trouvant à une distance plus ou moins éloignée. Dans ce cas, la coloration peut varier selon que le métal est déposé en nature, et alors il conserve sa couleur propre, et à l'état d'oxyde, ou mieux de sulfure, dernier cas dans lequel la coloration est noire le plus souvent. Tel est le cas de Pitcairn.

C. *Colorations figurées* (*Images électrographiques* ou *Kéraunographiques*). — C'est à des effets de ce genre, c'est-à-dire au transport des matières volatilisées, que sont dues ces singulières images d'objets extérieurs produites soit sur d'autres objets, soit sur le corps et les habits des victimes de la foudre.

Nous avons vu, en parlant des effets de la foudre sur le sol, que celle-ci avait tracé sur la pelouse, dans un rayon de 10 mètres autour de l'arbre frappé, l'empreinte des fougères que le sol portait. En voici un autre exemple des plus remarquables, cité par tous les auteurs :

Le 18 juillet 1689, le tonnerre tomba sur l'église de Ligny. Au moment de la chute de la foudre, le triple carton, qui contenait le canon de la messe, était déployé entre le tapis et la nappe de l'autel, et renversé de manière que le côté imprimé portait immédiatement sur la nappe. Le canon se trouvait tout entier marqué en noir sur le carton, sauf les deux passages sacramentels qui étaient rouges. *Les paroles de la consécration étaient imprimées sur la nappe en caractères parfaitement lisibles*, à commencer par celles-ci : *Qui pridie quam pateretur, etc.*, jusqu'à ces autres inclusivement : *hæc quotiescumque feceritis in mei memoriam facietis.* L'impression sur la nappe par la foudre était identique avec celle que la typographie ordinaire avait fixée sur le carton, si ce n'est que les caractères et les lignes étaient retournés de droite à gauche; de sorte qu'on ne pouvait guère lire facilement cet écrit que par derrière au travers de la nappe, ou par l'intermédiaire d'un miroir qui redressait les lettres. Enfin, les caractères rouges étaient précisément les seuls qui n'eussent pas donné lieu à un transport d'impression.

Des images, ou reproductions analogues d'objets extérieurs, faites avec toute l'exactitude de la photographie, ont été observées, souvent sur la peau ou les habits de personnes tuées ou atteintes simplement par la foudre :

En septembre 1825, sur le brigantin *Il Brion servo*, la foudre tua, au pied du mât de misaine, un matelot qui rapiéçait sa chemise. Sur le dos existait une trace légère et noire qui partait du cou et se terminait aux reins. Là, existait un fer à cheval parfaitement distinct et de la même grandeur que celui cloué sur le mât, suivant l'habitude des marins superstitieux de l'Ionie.

Sur un autre matelot tué dans la rade de Zante, on trouva, sous la mamelle gauche, le n° 44 identique au même numéro en métal attaché à un des agrés du bâtiment, entre le mât et le marin, dans le trajet suivi par la foudre.

Chez la femme d'un pasteur légèrement atteinte, sur le bras droit vers le coude, existait une fleur rouge semblable à celle de même couleur de sa robe. Chez une autre dame, on trouva, au bas de la jambe, l'image d'une fleur placée dans le voisinage.

Le 4 septembre 1864, un homme tué sous un poirier foudroyé portait, sur la poitrine, des branches et des feuilles de cet arbre très distinctement daguerréotypées.

Vers 1786, Francklin observa l'image d'un peuplier sur la poitrine d'un homme qui, au moment de la chute de la foudre sur un arbre de cette espèce, se trouvait dans le voisinage.

Le 9 octobre 1836, le tonnerre tomba sur un jeune homme porteur d'une ceinture contenant six pièces d'or de dimensions variées. *Bien que la ceinture fût intacte*, on n'en trouva pas moins, sur l'épaule droite brûlée et noircie, six taches couleur de chair ayant exactement les dimensions respectives des six pièces de monnaie.

Ailleurs, ce sont des croix tracées sur les habits ou la peau de personnes ayant subi l'influence de la foudre tombée sur l'église pendant l'office.

On pourrait multiplier ces exemples démontrant la réalité des images électrographiques que la foudre seule est apte à produire et, par conséquent, caractéristiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 novembre 1892. — Présidence de M. Chauvel.

DISCUSSION SUR LES GRANDES NÉVRALGIES PELVIENNES

M. Reynier trouve que c'est là une question embarrassante. Elle a déjà été effleurée, en 1885, à la Société de chirurgie, à propos d'une communication de M. Terrier. Quelle conduite doit tenir le chirurgien en présence de ce groupe de malades chez lesquelles la douleur est le symptôme prédominant, souvent unique, et qui désirent et réclament une opération avec opiniâtreté? Si vous ne pouvez arriver à diagnostiquer la cause matérielle de la souffrance, vous opérez à l'aveugle et vous intervenez chez des malades dont le nervosisme même peut augmenter les dangers post-opératoires. Aussi le premier devoir du chirurgien est-il, en pareille circonstance, de chercher à porter un diagnostic aussi précis que possible. Cela est souvent difficile, sans doute, mais non pas impossible.

M. Reynier divise ces malades en plusieurs catégories : ou bien la névralgie tient à une lésion périphérique du système nerveux; ce sont là des cas exceptionnels. Le plus souvent, les névralgies pelviennes, sans lésions appréciables, tiennent à une lésion nerveuse centrale. De même qu'il y a de faux urinaires, suivant l'heureuse expression de M. Guyon, de même il y a de fausses ovariennes, de fausses utérines. Dans ces cas, il faut être extrêmement sobre au point de vue des interventions chirurgicales. Il ne faut pas oublier que l'état nerveux de ces malades peut singulièrement aggraver le pronostic opératoire.

M. Reynier cite l'exemple d'une malade, nerveuse, atteinte de fibrome utérin, avec métrorrhagies; il fait la laparotomie; la malade meurt quarante-huit heures après, sans cause appréciable.

Ces malades doivent être divisées en deux grands groupes; il y a les neurasthéniques et les hystériques. Pour les neurasthéniques, les douleurs sont du fait d'un trouble cérébral, sont la conséquence d'une pensée qui les porte à craindre un mal imaginaire. Ce sont ces malades qu'on appelait autrefois des hypochondriaques, c'est-à-dire des malades atteints de troubles *sine materiâ*. Or on sait que l'hypochondrie touche à la folie. Devons-nous opérer dans ces cas? L'espoir de guérison est bien souvent déçu, et l'opération, en pareil cas, est souvent inutile ou même aggravante. M. Reynier cite plusieurs exemples de malades qui ont été opérées pour des lésions annexielles et qui sont devenues complètement folles après ces opérations. Chez des femmes prédisposées à la folie, ces opérations peuvent singulièrement aggraver l'état mental. Il faut donc en être extrêmement sobre.

Le second groupe comprend les hystériques. L'hystérie est une maladie tellement commune aujourd'hui qu'il y a bien peu de femmes qui en soient indemnes. Supprimez l'hystérie, et vous verrez se dépeupler les salons de consultation des gynécologues. De même les ovaires à petits kystes se rencontrent chez la grande majorité des femmes; or ce n'est pas toujours cette lésion qui est la cause des douleurs. Il faut donc être très réservé dans ces cas. L'opération amène souvent un soulagement, mais celui-ci, dans ces cas, n'est que momentané.

Sur 15 malades que M. Reynier a opérées, 6 peuvent être considérées comme guéries, bien qu'elles conservent encore des malaises; 5 n'ont été qu'améliorées, 4 continuent à souffrir comme avant; 2 de ces dernières souffrent même davantage, et elles avaient très peu de lésions.

Les guérisons durables sont donc très rares. L'amélioration momentanée qu'on obtient dans ces cas peut s'expliquer par la suggestion. On peut guérir des malades de leurs souffrances par une simple laparotomie exploratrice, ou même par la simple incision de la peau (Israël), ou même seulement par la simple application d'une pince sur le col (Terrier). M. Reynier ne se résoudra donc à ces opérations qu'après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique, y compris le séjour aux eaux salines, le changement d'air, les conditions hygiéniques, le massage, etc. Il reconnaît toutefois que, par suite de l'insuccès de ces moyens, on puisse être acculé à l'opération, mais celle-ci ne doit être qu'exceptionnellement pratiquée. En présence d'une névralgie pelvienne sans lésions appréciables, il faut donc être très réservé en matière d'opérations, il faut longtemps étudier sa malade et arriver à un diagnostic aussi précis que possible.

M. KIRMISSON estime que, lorsque les douleurs pelviennes sont sous la dépendance d'un état général, le devoir du chirurgien est de s'abstenir. Il n'est pas indiqué d'intervenir tant qu'il n'y a pas de lésions matérielles appréciables.

M. TERRILLON, depuis 1886, a opéré 10 malades atteintes de grandes névralgies pelviennes. Quatre fois il a eu affaire à des hystériques souffrant horriblement; il a eu 4 insuccès. Elles ont été seulement soulagées de leurs douleurs pendant un certain temps. Chez les 6 autres malades, non hystériques, mais souffrant de névralgies épouvantables dans la région des ovaires, la castration ovarienne lui a donné 5 succès. Il ne compte pas la dernière dont l'opération ne date que de six mois. Toutes les autres opérations remontent actuellement à plus de dix-huit mois. Chez trois d'entre elles, il y avait des brides ou des adhérences ovariennes. Quant aux petits kystes, ce sont des lésions banales. En résumé, chaque fois qu'il s'agit de malades manifestement hystériques, il vaut mieux ne pas opérer.

M. ROUTIER, plusieurs fois acculé par l'intensité des douleurs et l'insistance des malades, a enlevé des ovaires sans lésions. Les résultats ont été variables. Le matin même, il a opéré une malade qui souffrait beaucoup et chez laquelle M. Pozzi avait déjà enlevé les deux ovaires. La cause de ces douleurs résidait dans une masse épiploïque adhérente à la cicatrice. Il a réséqué cet épiploon.

M. POZZI croit qu'il faut, parmi ces malades, admettre deux classes distinctes. Il y a des cas où il existe des lésions même très petites ; il y en a d'autres où il ne s'agit que de troubles simplement fonctionnels. Dans les premiers, on trouve des adhérences, des kystes, de la sclérose, etc., dans les autres, on ne trouve absolument aucune lésion. Or, le premier devoir du chirurgien est d'arriver à distinguer ces cas les uns des autres. Les premiers, en effet, sont justiciables de l'opération, c'est là un fait aujourd'hui démontré. Dans les cas où il n'existe aucune lésion appréciable cliniquement, mais où les malades souffrent horriblement et ont épuisé tous les moyens thérapeutiques, le chirurgien doit-il intervenir? C'est là une question délicate et d'une discussion difficile. Il faut d'abord qu'il soit bien établi que toutes les ressources d'une thérapeutique *éclairée* ont été épuisées. Les névralgies pelviennes peuvent avoir un grand nombre de causes; chez les hystériques, il y a l'ovarialgie, véritable clou hystérique ; il y a des névralgies iléo-lombaires symptomatiques du paludisme ou d'autres états généraux; il y a les névralgies symptomatiques de flexions utérines ; la mobilité excessive de l'utérus peut aussi être une cause de douleurs intenses. Le grand danger, c'est donc de faire un diagnostic incomplet. Il faut examiner un utérus fort longtemps avant de se décider à l'enlever. Quant aux névralgies essentielles, *sine materia*, il y en a qui peuvent disparaître après l'opération ; d'autres, au contraire, persistent ou sont même accrues après l'intervention.

En résumé, dans les cas de petites lésions déterminant de grandes douleurs, dans les cas de dysménorrhée de cause ovarienne, il faut opérer. Chez les hystériques vraies, au contraire, la castration ovarienne reste habituellement sans résultat. Cependant, M. Pozzi a eu deux cas de guérison.

L'intervention étant décidée, quelle est la meilleure opération? Dans les cas d'ovaires adhérents ou kystiques, M. Pozzi préfère la castration tubo-ovarienne. Dans les cas où les phénomènes douloureux sont dus à un développement inégal des organes génitaux, dans les cas de dysménorrhée surtout de cause utérine, il préfère l'hystérectomie et l'ablation complète des organes génitaux par la voie vaginale.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Arthrodèse. — **M. SCHWARTZ** présente un malade qui était atteint d'une arthrite aiguë du genou sans lésions osseuses et chez lequel il a fait une arthrodèse. Le résultat est très bon.

Résection du poumon. — **M. TUFFIER** présente de nouveau le malade chez lequel il a pratiqué une résection d'un poumon tuberculeux. Ce malade a engraissé de 8 kilos.

Double amputation de Chopart. — **M. BERGER** présente un malade qui a subi une double amputation de Chopart pour un mal perforant plantaire. Ce malade marche bien.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 16 novembre 1892, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de Fisson, Bouquet,

Bauquel, Roger, Cayla, Sengensse, Gacon, Blanchard, Louïse, Blaise, Gallois, Lecreux, Dutauzin, Leclerc, Granel, Ganzinotty, Planchard, Panné, Vilon, Jeanselme, Boullaud, Jacquet, Gillet, Baudouin, Festal, de Thierry, Wurtz, Potherat, Chartier et Sébileau.

— *Hôpitaux de Nantes.* — M. le docteur E. Kirchberg, ancien professeur à l'École de médecine de Nantes, est nommé médecin en chef des hôpitaux de cette ville.

— *École de médecine de Rouen.* — Les élèves en médecine dont les noms suivent ont été proclamés lauréats de l'École :

Prix Henri Pillore, M. Théophile Bouju. — Première année : premier prix, M. Leduc ; deuxième prix, M. Salles ; mention honorable, M. Delabost ; travaux pratiques : prix, M. Magnier ; mentions honorables, MM. Nicolas et Salles. — Deuxième année : prix, M. Legueu. — Troisième année : premier prix, M. Lecoq ; deuxième prix, M. Leconte. — Prix d'anatomie, M. Legueu. — Prix des hospices, M. Mathieu.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Édouard Bœckel (de Strasbourg), fils de M. le docteur Eugène Bœckel ; Sicard (de Marseille) ; M. Félix Meyer, interne à la Conception de Marseille ; et celle du doyen des pharmaciens de France, M. Schœdelin (de Thann), beau-père de M. le docteur Hahn, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris.

— M. le docteur Cuffer, médecin de l'hôpital Tenon, continuera ses leçons de clinique médicale à l'amphithéâtre de l'hôpital, les samedis à dix heures et demie, et ses conférences de clinique infantile, le jeudi à la même heure, salle Valleix (crèche).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

5

NI GASTRALGIES, NI ENTERALGIES!

ROB LECHAUX

La cuillerée à soupe contient :

Iodure de potassium recristallisé. 0gr 40
Extrait de quinquina calisaia. . . 0 20
Extrait de salsepareille 0 25

RACHITISME, SYPHILIS
ANÉMIES GRAVES
MALADIES DE LA PEAU
ADÉNOPATHIES STRUMEUSES

Envoi gracieux d'échantillons aux médecins.

164, rue Ste-Catherine, Bordeaux, et phies.

44

BULLES GLUTINEUSES
de Ch. CORNU

Ces bulles sont inaltérables et n'irritent pas le tube digestif.

PROCÉDÉ BREVETÉ S. G. D. G.

BULLES IODURÉES
à 0gr25 d'iodure de potassium pur **en solution**
Prix : 4 fr. le flacon.

BULLES A L'IODURE DE FER
à 0gr05 d'iodure de fer pur **en solution**, correspondant à une demi-cuillerée à bouche de sirop d'iodure de fer du Codex.— *Prix: 3 fr. le flacon.*

BULLES CRÉOSOTÉES
à 0gr15 de créosote pure de hêtre, parfaitement assimilable, sans irritation du tube digestif.
Prix : 4 fr. le flacon.

BULLINES AU BICHLORURE D'HYDRARGYRE
à 0gr01 de bichlorure d'hydrargyre **en solution.**
Prix : 3 fr. le flacon.

BULLES IODURÉES COMPOSÉES
contenant 0gr005 de bi-iodure d'hydrargyre et 0gr25 d'iodure de potassium **en solution**, correspondant ainsi à une demi-cuillerée de sirop de Gibert. — *Prix : 4 fr. 50 le flacon.*

Usine : 41, rue de Vanves, Paris.
Dépôts : 35, rue Bourg-Tibourg; P. Meuley, 133, rue St-Antoine, et Warin, pharm., 6, rue Guilleminot, à Paris, et toutes pharmacies.

23

SIROP DE LABÉLONYE
DE **DIGITALE** excellent sédatif puissant **diurétique.**

SUCCÈS CONSTANT DEPUIS PLUS DE 40 ANS
contre MALADIES DU CŒUR
Hydropisies, Bronchites nerveuses, etc.
Dans toutes les pharmacies.

39

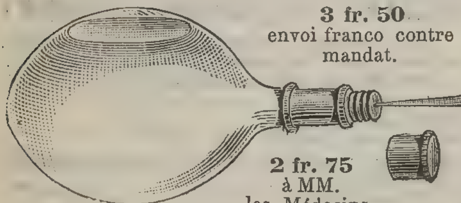
Méd. aux Exp.: Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

INHALATIONS D'OXYGÈNE
APPAREIL DE LIMOUSIN

Inhalateur, location, 3 francs par semaine. Gaz, 2 f. 50 le ballon de 30 litres.— Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, **130** fr. Phie Limousin, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

42

CHLORÉTHYLE DU Dr BENGUÉ
anesthésique local et analgésique instantané.



3 fr. 50 envoi franco contre mandat.

2 fr. 75 à MM. les Médecins.

Dr Bengué, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

94

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

97

EAU MINERALE FERRUGINEUSE

OREZZA (CORSE)

ANÉMIE, CHLOROSE, DYSPEPSIE

LA PLUS RICHE EN FER & EN ACIDE CARBONIQUE

*Sans rivale dans toutes les maladies provenant de l'***Appauvrissement du sang** *ou de l'***Insuffisance de nutrition.**

91

PERLES DU Dr CLERTAN

Procédé approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

a. **Perles de Créosote de Clertan.** — 0,05cg par perle. Dose moy., 4 pr jour. 2 fr. le flac.

b. **Perles de Gaïacol de Clertan.** — 0,05cg par perle. Dose moy., 4 pr jour. 2 fr. le flac.

c. **Perles d'Iodoforme de Clertan.** — 0,05cg par perle. Dose moy., 4 pr jour. 3f50 le flac.

d. **Perles de Terpinol de Clertan.** — 0,30cg par perle. Dose moy., 4 par jour. 2 fr.

e. **Perles d'Eucalyptol de Clertan.** — 0,15cg par perle. Dose, 5 à 20 par jour. 2 fr.

f. **Perles de Créosote iodoformée de Clertan.** — 0,05cg de créos. et 0,01 d'iodof. 2f50.

g. **Perles de Gaïacol iodoformé de Clertan.**— 0,05 de gaïacol α et 0,01 d'iodoforme. 2f50.

h. **Perles de Créosote gaïacolée et iodoformée de Clertan.** — 0,05cg de créosote, 0,05cg de gaïacol, 0,01cg d'iodoforme. Prix : 3f50.

i. **Perles de Goudron créosoté de Clertan.** — 0,05 centigr. de créosote par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr.

32

COTON IODÉ DU Dr MÉHU

Adopté dans les hôpitaux de Paris.

Le **Coton iodé du Dr Méhu** est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau et un révulsif énergique dont *on peut graduer les effets à volonté.* Son action est plus sûre et plus profonde que celle de la teinture d'iode. Il remplace avec grand avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, le thapsia et souvent même les vésicatoires.

Pharmacie Thomas, 48, avenue d'Italie, Paris.

44

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :

0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,

exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles,** etc.....

Doses. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,
avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.
Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.
Vente en gros : Chez tous les droguistes.

45

LIQUEUR CONCENTRÉE

BALSAMIQUE, ANTISEPTIQUE



Deux cuillerées par litre donnent instantanément une *excellente eau de goudron*, que l'on boit aux repas au lieu d'eau ordinaire, contre :

MALADIES DE LA PEAU
VOIES RESPIRATOIRES
VOIES URINAIRES
Diathèse furonculeuse
MALADIES ÉPIDÉMIQUES

Couper de 1 ou 2 parties d'eau pour *lotions, pulvérisations.*

Le flacon : **1 fr. 50**

Rue de Rennes, 105, Paris, et dans les pharmacies.

72

DESNOIX 17, RUE VIEILLE-DU-TEMPLE PARIS

MARQUE DE FABRIQUE

PANSEMENTS ANTISEPTIQUES
TOILE VÉSICANTE
TOILE VÉSICANTE ROSE à la cantharidine
THAPSIA, SPARADRAP des HOPITAUX
et tous les sparadraps.
PLUMASSEAUX-ÉPONGES
remplaçant les éponges naturelles.
PINCEAUX MOLLETONNÉS
pr enlever les fausses membranes ds l'angine couenneuse.

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT
PEPSINE ET DIASTASE

« La pepsine et la diastase, insolubles dans « l'alcool qui les précipite de leur dissolution « dans l'eau ou les y rend inactifs, ne doivent « pas être administrées dans un liquide alcoolique « (vin, élixir, etc.) » (Bouchardat.)

Les **Cachets Mourrut**, mélange exactement dosé et à létat de pureté absolue de ces deux ferments digestifs, constituent leur mode d'administration le plus actif et le plus rationnel.— 39, r. de Clichy.

17

CHARBON NAPHTOLÉ
FRAUDIN
Phien, Boulogne-Paris.

Désinfectant antiseptique granulé
3 à 6 cuil. à café par jour.

N° 133. — MARDI 22 NOVEMBRE 1892. 65e ANNÉE. MARDI 22 NOVEMBRE 1892. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 21 novembre 1892.

Le directeur de l'Assistance publique vient d'agir bien à la légère, en révoquant de ses fonctions un externe qui aurait oublié de saluer ou même aurait un peu vivement répondu à un conseiller municipal en cours de visite à l'hôpital Saint-Antoine. Depuis quand punit-on un inculpé sans l'entendre, et d'une peine qui n'est pas légère : la révocation ? Quel est donc ce nouveau crime de lèse-édilité !

Le directeur général de l'Assistance publique a été trop loin, et son acte est plus blâmable et plus critiquable que la petite incorrection d'un jeune externe qui a peut-être, c'est possible, manqué aux devoirs de la stricte correction, mais qui, on le comprend, encore tout occupé de ses études médicales, et peu au courant des dessous de notre politique administrative, n'avait peut-être pas l'honneur de connaître nos conseillers municipaux, fussent-ils en tournée d'inspection.

La conduite du directeur général vient de recevoir un premier blâme de la part de ceux mêmes qui, sous le premier mouvement d'une irritation qu'ils doivent regretter, ont porté plainte et, sur leur demande, la révocation vient d'être transformée en suspension temporaire.

Le deuxième blâme vient de la jeunesse de nos hôpitaux qui a pris fait et cause pour un camarade qu'on dit bon, zélé, studieux. Les élèves n'admettent pas qu'on brise ainsi l'avenir d'un jeune homme, dont le seul péché est de ne pas avoir reconnu, sous les habits d'un bourgeois, l'importante personnalité d'un conseiller municipal en tournée.

Un officier en civil n'est plus officier, les soldats ne sont pas tenus de lui donner le salut. Un conseiller, sans ses insignes, sans la présentation officielle du directeur ou du chef de service, n'est, dans un hôpital, qu'un monsieur quelconque.

C'est pour cela que l'externe n'a pas salué ; puis, interpellé peut-être d'un peu haut, qu'il a vertement répondu.

Qu'on ait blâmé sa conduite et jeté ensuite un voile sur cette méchante histoire, c'était tout ce que cela méritait. Si les années ne nous avaient pas, depuis longtemps, fait sortir des hôpitaux, nous prendrions fait et cause pour notre jeune collègue frappé ainsi sans mesure, et nous nous joindrions à ceux qui réclament sa rentrée immédiate dans le service d'où on l'a si brutalement chassé.

On a écrit que M. le directeur « n'avait pu laisser échapper cette occasion d'être agréable à ceux qui sont chargés d'éplucher son budget ». Nous voulons croire que telle n'est point la véritable raison qui a dicté un arrêt aussi sévère et qu'un supplément d'enquête permettra de juger mieux les choses, de tenir compte du dévouement incessant dont les externes font, chaque jour, preuve dans nos hôpitaux et de réparer, au plus tôt, la maladresse commise.

A la Société médicale des hôpitaux (18 novembre), continuation de la discussion sur le choléra ; M. Barié apporte à son tour le résultat de ses observations. Il a soigné 64 cas, dont 29 graves, 28 moyens et 7 légers, avec une mortalité totale de 20,30 p. 100. Pour les cas graves, la mortalité a été de 44 p. 100. La mortalité a été plus forte chez les hommes que chez les femmes, en raison sans doute de leur alcoolisme.

M. Barié n'a pas cru devoir faire d'injection intra-veineuse de sérum artificiel. Il a employé les injections d'éther, de caféine, à dose élevée de 1 gramme à 1gr80 par jour, des bains chauds quelquefois fortement sinapisés (1 kilogr. de farine de moutarde), des frictions stimulantes. Il a donné aussi quelquefois des lavements éthérés et fait des injections sous-cutanées de camphre ; ces injections lui ont paru douloureuses, et il ne les a pas données assez souvent pour se faire une idée de leur réelle valeur.

Contre les vomissements, la glace, la potion de Rivière, l'eau chloroformée ; des limonades citrique, tartrique ou lactique. Le thé au rhum a paru encore être la boisson la mieux supportée.

Contre la diarrhée, l'opium sous différentes formes, le salicylate de bismuth (3 gr. par jour) et les injections hypodermiques de morphine. M. Barié regrette la tendance qu'ont eue quelques-uns, dans la dernière épidémie, à ne pas se servir de l'opium et de la morphine ; il les croit utiles contre les coliques et la diarrhée.

Ce traitement est, on le voit, un traitement purement symptomatique et, en particulier, M. Barié n'a fait usage ni de la transfusion veineuse, ni des injections hypodermiques de sérum artificiel, ni de l'acide lactique. Sa statistique est cependant la meilleure de celles qu'on a jusqu'à présent présentées. Faut-il en conclure à l'inutilité des

injections intra-veineuses ou sous-cutanées? Nous ne le croyons pas. Les chiffres fournis par M. Barié ne sont pas assez élevés pour justifier une conclusion aussi radicale. On peut se demander si, en employant les injections hypodermiques et les transfusions, il n'eût pas sauvé la vie à quelques malades. En semblable matière les chiffres sont difficilement comparables, ils ont une valeur relative surtout lorsqu'ils sont peu élevés de part et d'autre. Ce qu'il y a de plus important encore, c'est que des observateurs, sans parti pris, instruits et attentifs, aient la conviction, expérience faite, qu'ils ont été utiles à leurs malades en employant telle ou telle méthode. Les chiffres fournis par ceux qui ont fait usage des injections hypodermiques et des transfusions *in extremis* démontrent au moins qu'ils n'ont pas nui à leurs malades. Leur opinion, qu'ils leur ont été utiles, doit tirer surtout sa signification de leur valeur comme observateurs, il ne faut pas l'oublier.

M. Debove a vu une femme de trente-huit ans, à laquelle on avait enlevé les deux ovaires pour une ovaro-salpingite double, présenter, environ un an après, de véritables attaques d'hystérie convulsive et une véritable ovarie. Or, jamais elle n'avait eu de manifestations hystériques auparavant. On peut donc dire, en face d'une semblable observation, que, si la castration ne guérit pas l'hystérie, elle ne peut pas non plus en empêcher préventivement l'apparition.

On cite à ce propos divers accidents névropathiques survenus chez des femmes ovariotomisées : délire, aliénation mentale, goître exophthalmique. En admettant même que l'opération n'est qu'une circonstance occasionnelle, il y a là un point intéressant à relever.

M. Merklen a vu une femme, atteinte d'asystolie, mourir de rupture du cœur, après avoir été traitée par la digitale, et avoir présenté le pouls bigéminé digitalesque. Il y avait une myocardite à foyers disséminés; l'un de ces foyers a été le point de départ d'une rupture de la paroi antérieure du ventricule droit. Chose curieuse, tout à fait exceptionnelle, il n'y a pas eu d'épanchement de sang dans le péricarde. On peut se demander si la digitale n'a pas favorisé la production de cette déchirure du myocarde.

M. Antony lit un mémoire de M. Antoniu, jeune médecin roumain, stagiaire au Val-de-Grâce, sur le traitement de la pneumonie par la digitale à haute dose, par le procédé du professeur Pétresco (de Bucharest). On donne par jour une infusion de 3 à 8 et 10 grammes de feuille de digitale. Cette méthode, employée par un certain nombre de médecins étrangers, aurait donné d'excellents résultats.

MM. Laveran, Rendu, Huchard et Bucquoy prennent successivement la parole pour protester contre ces doses élevées. La digitale est un médicament infidèle, d'action très différente, suivant sa provenance, et, en employant même des doses très inférieures aux précédentes, on pourrait avoir déjà des accidents sérieux. La digitale roumaine serait-elle donc moins toxique que la digitale française?

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide.

Nous avons récemment présenté à nos lecteurs le livre de M. Juhel-Rénoy (1) sur le traitement de la fièvre typhoïde; il y résume d'une façon très précise ce que doit être le traitement de cette maladie par l'eau froide, pour ceux qui veulent s'inspirer complètement de la méthode de Brand. La formule générale est simple. La voici :

Une fois le diagnostic établi, on donnera toutes les trois heures un bain à 18 degrés, d'un quart d'heure de durée, lorsque la température rectale s'élèvera à 39 degrés ou au-dessus. Il faut donc prendre la température toutes les trois heures, et, toutes les fois qu'elle dépasse 39 degrés, plonger le malade dans l'eau à 18 degrés.

Le malade éprouve naturellement une sensation désagréable qui se traduit par du frissonnement. Au bout de dix à douze minutes environ, survient *un grand frisson*, avec grelottement intense, avec claquement des dents; le malade est retiré seulement après que ce frisson a duré quelques minutes, ce qui fait de douze à quinze minutes pour la durée totale du bain.

Les *brandistes* purs, et M. Juhel-Rénoy est un des plus purs, estiment qu'il est nécessaire que l'eau soit aussi froide et que ce grand frisson survienne. Il n'y a quelque atténuation à apporter à la méthode que dans certains cas graves; nous y reviendrons tout à l'heure.

Pendant chaque bain, on fera de plus une affusion froide, avec de l'eau à 10 degrés, sur la nuque du typhique, et des frictions sur les membres.

Les bains seront ainsi continués nuit et jour; on en donnera par conséquent huit par jour, si, en prenant la température rectale, on a chaque fois constaté 39 degrés.

Dans les cas « sévères », il faut « corser la réfrigération ». On considérera comme sévères les cas dans lesquels l'hyperpyrexie continue ne s'abaisse pas suffisamment sous l'influence de la réfrigération ordinaire; les cas dans lesquels le cœur tend à s'affaiblir, le pouls à s'accélérer, dans lesquels le rein ne s'ouvre pas, où l'appareil pulmonaire s'encombre, où l'adynamie progresse sous toutes ses formes.

Voici les préceptes de l'auteur : « Premier bain à 26 degrés, deuxième bain à 24 et ainsi de suite, en diminuant de 2 degrés chaque bain, pour arriver au huitième à la température réglementaire de 18 degrés. Durée plus courte, huit à dix minutes. Nécessité d'obtenir et de prolonger le frisson, et pour cela, chez les malades dont la lutte contre la fièvre est très tenace, abaisser la température du bain jusqu'à 15 degrés. Affusion très froide (8 à 10 degrés) pendant toute la durée du bain, avec massage ou frictions énergiques sous l'eau sans arrêt. »

Pour les formes malignes ou compliquées, « les premiers bains seront donnés à une température de 6 degrés inférieure à celle du malade; puis on ramènera progressivement la température à 27 ou 28 degrés, en faisant d'une façon continue des affusions très froides (8 à 10 degrés) au malade, les premiers bains seront très courts, très surveillés. A la moindre cyanose, le malade sera enlevé du bain et frictionné. » La principale règle ici, dans ces formes graves, ce n'est plus la température, mais l'état général du malade.

Il ne faut pas réchauffer trop, ni couvrir trop les malades au sortir du bain, ce que font volontiers les assistants, pris de pitié devant leur grelottement; c'est perdre en partie le bénéfice de la réfrigération obtenue. La chambre doit être tenue à une température fraîche (15 degrés) et convenablement ventilée.

M. Juhel-Rénoy fait boire largement ses malades. Ils prennent par jour « 2 litres de lait cru et froid, quand on

(1) Juhel-Rénoy. *Traitement de la fièvre typhoïde*, Paris 1892.

est sûr de sa provenance, 1 litre de bouillon très léger et bien dégraissé, 1 litre d'eau fraîche et 1 de limonade vineuse. Le lait et le vin sont donnés avant, pendant et après le bain; les autres boissons dans l'intervalle, par très petites quantités à la fois, toutes les dix minutes, quand le malade est éveillé. » Nous approuvons, pour notre part, ce souci de faire boire beaucoup les typhiques; c'est le complément logique de l'hydrothérapie froide, dont une des actions principales est de provoquer une abondante diurèse. C'est, par les voies naturelles, le lavage de l'organisme, que d'autres ont proposé de faire par les injections hypodermiques d'eau (Sahli).

Dans les formes moyennes, M. Juhel-Rénoy donne de petites quantités d'alcool, dans les formes sévères de 100 à 120 grammes d'alcool dilué.

Nous avons réduit à ses lignes essentielles le traitement méthodique de la fièvre typhoïde par l'eau froide, tel que le pratique et conseille M. Juhel-Rénoy; c'est la pure doctrine de Brand.

Il faut s'incliner devant les faits et reconnaître que cette méthode sévère a donné de très bons résultats. M. Juhel-Rénoy, sur plus de 200 cas ainsi traités, n'a eu qu'une mortalité de 8 p. 100, tandis que les autres méthodes donnent, d'après le rapport de M. Merklen à la Société des hôpitaux, une mortalité de 14 p. 100. M. Mollière, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, n'a eu, de 1887 à 1891, grâce à la méthode de Brand, sur 164 malades, qu'une mortalité de 4,75 p. 100.

Quelle que soit la valeur générale de la statistique appliquée aux choses de la clinique, il faut bien convenir, en présence de ces chiffres, que ceux-là, que les préjugés courants sur l'influence nocive du froid sur les fébricitants avaient le plus effrayés, pourront se rassurer. Ils pourront se convaincre qu'en plongeant des fiévreux à 39 ou 40 degrés dans de l'eau froide, on ne les expose pas aux pires dangers.

Si la méthode n'est pas dangereuse, est-elle au moins utile? Les partisans répondent par des chiffres : ils ont leur éloquence; mais il y a quelque chose de plus frappant, et qui a, pour ce qui nous concerne, entraîné notre conviction. Rien de moins typhique, en règle générale, que l'aspect du typhique baigné. On ne constate plus chez lui ni la torpeur classique, ni l'enduit saburral de la langue, ni la pulvérulence des narines. Il a l'œil éveillé, le facies naturel, il s'intéresse à ce qui se passe autour de lui, souvent il prend volontiers son bain, et s'en déclare soulagé. Le pouls est meilleur, la stase pulmonaire peu marquée, les urines abondantes, et c'est là un phénomène du meilleur augure. La comparaison s'impose lorsqu'on a l'occasion de voir successivement, dans des services hospitaliers différents, des typhiques baignés et des typhiques non baignés. Nous sommes donc intimement convaincu de l'excellence de l'hydrothérapie froide dans ces conditions, et nous l'employons toutes les fois que l'occasion se présente, à notre grande satisfaction du reste.

Toutefois, il faut le dire, nous ne sommes pas un pur; nous ne nous inclinons pas avec une admiration muette devant la formule brandiste. Nous acceptons plus facilement l'esprit que la lettre de la méthode. Ses partisans soutiennent l'utilité et la nécessité du bain très froid, et de la survenue du frisson.

Nous devons avouer notre faiblesse, nous n'avons pu nous empêcher d'être pris de pitié pour lui, lorsque nous avons vu plonger brusquement, dans de l'eau à 18 degrés, un malheureux malade dont la température rectale montait à 39 ou 40 degrés, ce qui fait la différence énorme de 21 à 22 degrés. Nous l'avons vu avec peine crier pour se défendre, claquer des dents, grelotter. Est-il nécessaire, indispensable ou simplement même meilleur, préférable de le soumettre à ce *choc froid?* D'autre part, est-il nécessaire, indispensable, ou même simplement meilleur d'attendre et de provoquer le grand frisson qui survient après dix à douze minutes d'immersion?

Riess a donné avec succès (3 morts sur 55 malades) des bains tièdes prolongés à 31 degrés. Les bains duraient jusqu'à ce que la température axillaire fût descendue à 37 degrés, c'est-à-dire, en moyenne, deux ou trois heures. Des bains d'une durée aussi prolongée ne sont pas sans inconvénient, bien que l'auteur allemand prétende que les malades les supportent très facilement, sans fatigue.

Pour ma part, dans une dizaine de cas, j'ai donné des bains à 22 ou 23 degrés (à la température de l'eau abandonnée à elle-même en été) et j'y ai laissé les typhiques jusqu'au moment où la température de l'aisselle descendait à 37°5. Les résultats ont été bons. Les malades prenaient, en général, leurs bains volontiers. Ils y séjournaient vingt à vingt-cinq minutes au besoin, sans inconvénient.

J'évitais ainsi le grand frisson des *brandistes*, et cela, pour cette raison théorique, que le frisson est l'indice du refoulement du sang de la périphérie vers la profondeur. de la peau vers les viscères. Il est l'indice du réchauffement momentané des centres, grâce à la diminution de la déperdition du calorique par la peau momentanément anémiée. Est-il logique d'obtenir ce résultat? Non évidemment. Le grand frisson est pour nous le signe que le malade se défend contre la méthode de Brand, ou, si vous voulez, que la nature le défend contre les conséquences d'une réfrigération poussée trop loin. Il me semble donc logique de rester en deçà de ce grand frisson.

L'avenir démontrera, du reste, ce qu'il faut penser de tout cela. Les brandistes ne renonceront certainement pas, devant ces objections, au bain à 18 degrés et au grand frisson. Et, ou bien ils obtiendront des résultats supérieurs aux autres par un froid plus intense et plus sévèrement infligé, ou bien les autres feront aussi bien qu'eux avec des méthodes mitigées ; il n'y aura, dès lors, rien qui rende l'intransigeance brandiste préférable à notre tiédeur schismatique.

En attendant, il y a un point qui nous paraît acquis : c'est que l'hydrothérapie froide est, à l'heure actuelle, ce qu'on peut faire de mieux contre la fièvre typhoïde. A. M.

PATHOLOGIE NERVEUSE

La suggestion à l'état de veille.

Par M. le docteur Gibert.

J'ai publié, dans la *Normandie médicale*, une note sur un cas de guérison d'une chorée grave par le simple commandement. Tous les cas de ce genre devraient être publiés, parce qu'ils permettront plus tard d'établir une théorie de la suggestion, qui, jusqu'ici, reste un des problèmes les plus obscurs au point de vue psychologique, car la théorie de l'inconscient, de M. Pierre Janet, qui est la plus acceptable jusqu'ici, ne résout pas toutes les difficultés.

Aujourd'hui, je viens relater deux cas intéressants, l'un déjà ancien, l'autre tout récent.

Observation I. — *Prolifération extraordinaire de verrues sur la face dorsale des deux mains; suggestion; guérison.* — Il y a quatre ans, je soutenais à mon ami, M. P. Janet, que la suggestion à l'état de veille était capable de faire disparaître même des produits pathologiques organisés. Il m'en niait la possibilité.

Je choisis un jeune garçon de treize ans qu'on m'avait conduit au dispensaire, parce qu'il avait été renvoyé de l'école primaire, et parce que, non seulement il ne pouvait plus écrire, mais encore il ne pouvait plus se servir de ses mains pour manger.

En effet, la face dorsale des deux mains est occupée tout entière par une multitude de verrues qui se sont développées jusqu'aux ongles, qu'elles entourent; tous les doigts sont pris. Les verrues cessent au pli de la peau qui sépare la main du poignet. Rien à la face palmaire. En réalité, la peau des deux mains n'existe plus, pas un seul interstice de peau saine entre les verrues; de telle sorte que les doigts ne peuvent plus être fléchis, et qu'en réalité l'enfant est réduit à un état d'infirmité complet.

Je réunis au dispensaire un certain nombre de médecins et M. P. Janet, pour qui la démonstration était préparée. Je leur demandai une seule chose : c'était d'être aussi sérieux et solennels que moi, et de ne pas rire.

Le cercle formé, je pris l'enfant par les deux mains, que je regardai comme pour bien les étudier, puis fixant les yeux du sujet, je lui demandai à haute et forte voix : « Veux-tu être guéri ? » — Comme il me répondait mollement, j'imprimai à plusieurs reprises la question dans son cerveau, en la répétant avec une certaine violence, jusqu'à ce qu'il me répondît avec un accent de conviction : « Oui, monsieur, je veux être guéri. — Alors, dis-je, prends garde ! je vais te laver avec de l'eau bleue, mais si dans huit jours tu n'es pas guéri, je te laverai avec de l'eau jaune. Cécile apportez-moi de l'eau bleue. » Puis je lui badigeonnai les mains avec une eau quelconque légèrement bleuie, et je l'essuyai avec soin.

Huit jours après, les verrues avaient complètement disparu, sauf deux ou trois qui semblaient être restées comme témoins de l'état antérieur. Je pris le bonhomme comme la première fois, et je lui fis les plus vifs reproches de ce que toutes les verrues n'avaient pas disparu. Je le badigeonnai avec de l'eau jaune qui lui procura une douleur imaginaire de forte brûlure.

Quelques jours après, la peau était partout intacte, et l'enfant reprit sa vie ordinaire.

C'est ainsi qu'un produit inoculable comme la verrue, peut disparaître par simple influence morale ou mentale. — Toutes les guérisons du fameux zouave Jacob ou de n'importe quel thaumaturge s'expliquent de cette manière.

Obs. II. — *Crises de syncopes transformées après un an en crises avec mouvements convulsifs; guérison par suggestion.* — Mlle L..., enfant de douze ans, appartient à une famille dans laquelle on ne trouve aucun trouble nerveux chez les ascendants. Le père et la mère sont très bien portants. La fille aînée, robuste et saine. Un frère, sujet distingué du lycée, se porte également très bien. La troisième enfant, celle dont il s'agit, a toujours été bien portante jusqu'à l'âge de douze ans. C'est alors que sans cause connue, sans aucun incident qui ait pu troubler sa vie morale, elle est prise de syncopes. Notons que rien, dans son développement physique, ne fait prévoir l'approche de l'âge cataménial. Les syncopes surviennent, non pas subitement, mais instantanément; au milieu d'une phrase, elle s'affaisse, devient pâle et perd connaissance, et la syncope finie elle reprend sa phrase. Aucun signe épileptique, d'ailleurs, au moins à cette époque de la maladie, ni mouvements convulsifs, ni écume à la bouche, ni relâchement des sphincters.

Le nombre de ses crises va rapidement en augmentant, et quand je suis appelé (dans l'été de 1891), elle en avait jusqu'à quinze par jour.

Je la soumis à l'hydrothérapie, puis à la médication martiale. Une légère amélioration eut lieu, qui cessa bientôt.

J'eus alors recours (n'ayant pas à cette époque le temps de recourir au sommeil hypnotique) au sommeil chloroformique, dont j'aurai une fois ou l'autre à entretenir les lecteurs de la *Normandie* au point de vue du parti qu'on peut en tirer pour la suggestion. Je lui imposai la cessation de ses syncopes par un commandement imposé pendant le sommeil chloroformique. Mais j'avoue que je ne mis à ces pratiques ni la suite, ni la volonté qu'il faut employer dans le traitement de toutes les maladies nerveuses. Le fait est que la guérison ne fut pas durable.

L'hiver de 1891-1892 se passa bien; l'enfant se développa; les approches de la crise nubile se firent sentir, — le caractère se transforma en même temps que le corps se développait; la jeune fille devint plus impressionnable, nerveuse et, au mois de juillet 1892, des crises syncopales reparurent, mais cette fois accompagnées de mouvements plutôt choréiques qu'hystériques.

La crise, comme l'année précédente, commençait par une syncope, sans changement de teint; ce n'était pas une simple lipothymie, car la perte de connaissance était complète, mais c'était bien une syncope nerveuse, car le pouls ne changeait ni d'allure, ni de force.

J'assistai plusieurs fois à ces crises qui finirent par se répéter toutes les heures. Le tableau était le suivant : Subitement, comme l'année précédente, l'enfant interrompait son travail ou sa phrase, s'asseyait si elle était debout, sans jamais tomber; les globes oculaires étaient agités de mouvements convulsifs; puis les muscles du visage grimaçaient comme dans certains tics de la face; ces mouvements se communiquaient des muscles du visage à ceux des membres, et après quelques secousses cloniques rapides, la crise cessait par un soupir profond, et les sens revenaient. La jeune fille ne se souvenait de rien et reprenait sa gaieté jusqu'à la crise suivante. En somme, crises d'hystérie, d'hystérie syncopale, sans mélange d'épilepsie.

L'hystérie était d'ailleurs manifeste par une anesthésie complète de tout le côté gauche — du globe oculaire gauche — par une diminution notable du champ visuel. Pas de points hyperesthésiques.

C'est dans ces conditions que je résolus d'agir par le commandement. Je me servis d'un procédé que j'ai surtout employé pour provoquer la suggestion mentale; j'applique mon front fortement contre le front de la malade, en lui saisissant la tête avec mes deux mains. Le premier jour, je lui commandai de n'avoir de crise que le lendemain, devant moi, au moment seulement où elle me verrait. C'est ce qui eut lieu. Le lendemain, à onze heures, au dispensaire, en me voyant elle eut sa crise. Second commandement en lui faisant sauter un jour. Le succès fut le même. J'éloignai ainsi les crises, et dans les jours intercalaires, je recommandai la vie au grand air, des exercices capables d'amener un profond sommeil naturel. Dans l'espace d'un mois tout fut fini. La jeune fille a repris ses études et rien dans sa vie, dans ses allures, dans son caractère, ne fait penser à un enfant malade. (*Normandie médicale.*)

MÉDECINE LÉGALE DES ACCIDENTS DE LA FOUDRE (1)

Par le docteur Vincent, de Guéret (Creuse),
Lauréat de l'Académie de médecine, de la Société de médecine du Nord et de la Société des langues romanes de Montpellier.

XVI

2° *Colorations congestives et vasculaires.* — A. *Colorations congestives.* — Une injection capillaire très fine des veines donne parfois à la peau une teinte noirâtre que des frictions ou la pression font immédiatement disparaître.

B. *Arborisations vasculaires.* — Elles sont dues, comme leur nom l'indique, à l'injection des vaisseaux, tantôt relativement volumineux, tantôt de petit calibre et presque capillaires :

A l'examen du cadavre d'un homme tué à Riom le 10 mai 1785,

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 1242.

pendant qu'il était *accoudé* sur l'appui d'une fenêtre, on vit les vaisseaux ramifiés de la peau gorgés de sang sur la poitrine, le ventre et les deux bras.

Chez le pêcheur de Beccaria, « une ramification vasculaire se dirigeait de la clavicule à l'épaule gauche et à la mamelle du même côté; elle était si exactement dessinée et coloriée par la foudre jusqu'en ses moindres divisions, que le pinceau du plus habile anatomiste ne l'eût pas mieux figurée ».

La peau du dos d'un matelot foudroyé à bord de l'*Implacable*, le 8 juillet 1880, près du grand mât, présentait l'*aspect d'un arbre avec ses branches*.

Dans tous ces cas, l'électricité fulgurante, en circulant en courants plus intenses, dans certaines régions et certains troncs veineux isolés, comme elle le fait à la surface du sol et même de la peau, a dû faire l'effet de la seringue à injection de l'anatomiste. Elle donnerait, au besoin, la preuve de sa circulation dans l'épaisseur de la membrane cutanée.

3° *Colorations ecchymotiques*. — Comme les précédentes, elles peuvent être amorphes ou figurées.

A. *Colorations amorphes*. — On a signalé de nombreux cas de colorations *bleues*, *bleuâtres* ou *livides*, noirâtres ou noires, comparables tantôt à celles que produiraient de larges ventouses, des coupes appliquées à la surface du corps, ce qui implique qu'elles sont de nature ecchymotique, ou bien tiennent à la fois de l'ecchymose et de la congestion vasculaire; tantôt à celle qu'occasionne la combustion de la poudre à canon, cas où elle pourrait être due à une brûlure superficielle du derme.

La plus remarquable de ces colorations est la teinte *lie de vin* ou *pourprée*, occupant une région plus ou moins étendue; ou, lorsqu'elle est légère, formant pour toute lésion à la surface du corps une simple tache qui, généralement, n'amène pas la mort.

Dans un cas cité par Diemerbroock, tout le côté droit, depuis la tête jusqu'aux pieds, présentait une coloration pourpre noirâtre, « colorem ex nigro purpurescent », avec enlèvement de l'épiderme en plusieurs endroits, comme par des coups de bâton.

Elles peuvent occuper une partie du corps considérable, comme chez le militaire cité par le docteur Guyon, dont la coloration violacée s'étendait sur la face, toute la partie antérieure de la poitrine, de l'abdomen et des deux cuisses; ou même à la surface entière du corps, comme chez le matelot foudroyé à bord d'un bateau, dont la figure et le corps étaient aussi noirs que si on les lui avait trempés dans une solution de poudre à canon.

B. *Colorations figurées* (figures ou fleurs de Lichtemberg). — Ces figures singulières ont été parfaitement décrites par MM. Sestier et Méhu, auxquels j'emprunte textuellement la description suivante :

« Le second genre (ce serait le troisième ici qu'il faudrait dire) de dessins réguliers, tracés sur la surface du corps de l'homme foudroyé, constitue les figures de Lichtemberg, ainsi nommées parce qu'elles offrent la plus grande ressemblance avec celles que cet auteur a si bien décrites et que l'on reproduit facilement à l'aide de l'électricité déposée sur l'électrophore que l'on saupoudre ensuite convenablement.

Ce n'est point ici la disposition vasculaire qui se présente; ce sont d'abord des lignes mères, rarement droites, plus souvent sinueuses, quelquefois très prolongées, recourbées ou non en crochets à leur terminaison, de 2 à 3 millimètres de largeur et parfois divisées en deux ou trois autres lignes s'éloignant de leur direction primitive. De ces lignes mères partent, de chaque côté, des stries dont les innombrables subdivisions, parfois d'une merveilleuse régularité, forment des étoiles, des pinceaux ou des bouquets; quelquefois, cependant, le dessin présente un autre aspect : celui d'une tache arrondie ou ovalaire, de la circonférence de laquelle s'échappent des rayons en zig-zag qui se terminent eux-mêmes en rayonnant.

Les figures de Lichtemberg n'occupent, dans certains cas, qu'un très petit espace, le sein, l'épaule, le gras de la jambe, par exemple; d'autres fois, au contraire, elles couvrent une grande partie de la surface du corps, toute la région postérieure du tronc, tout un côté de la poitrine et de l'abdomen; parfois aussi, on en trouve plusieurs séparées les unes des autres sur diverses régions du corps.

Les lignes mères et les stries qui en partent sont généralement colorées en rouge clair ou en rouge foncé et *ne disparaissent pas sous la pression du doigt*. Elles affectent la superficie du derme et *semblent formées par du sang extravasé*. »

Cette description générale me dispense de m'étendre longuement sur les nombreux cas particuliers cités par les auteurs. Aussi je me bornerai ici à en mentionner deux qui, au point de vue du rôle que peuvent jouer les nerfs et les vaisseaux dans la production de ce singulier phénomène, offrent un certain intérêt :

Sur un homme foudroyé à Asnière (Loir-et-Cher), le 5 octobre 1847, qui survécut à l'accident et éprouva des douleurs très vives dans les parties lésées, M. le directeur Giraud fait observer que la disposition des figures correspondait à celle des nerfs de la région et à leurs divisions; d'où le rôle important, mais très contestable, que ce médecin fait jouer à l'action des nerfs dans la production de ce singulier effet.

C'est aux figures de Lichtemberg, que M. Sourier rapporte aussi celles qu'il a observées sur le cadavre d'Anger (1).

Les colorations diverses, dont nous venons de donner la description, mais surtout les figurées, ne peuvent guère être produites que par la foudre et, par suite, quand elles existent, constituent un élément important de diagnostic médico-légal.

2. *Transports à distance*. — Nous avons eu occasion, jusqu'à présent, de signaler bien de ces projections à distance, quelquefois très considérables, de pièces ou de débris de vêtements, de branches d'arbres, de masses considérables de pierres ou de métaux. Le même effet se produit sur l'homme ou les animaux frappés par la foudre, toujours en vertu de la même force de répulsion qui tend à éloigner les objets chargés d'électricité de même nom, c'est-à-dire, ici, le sol et le corps de l'homme qu'il supporte. Celui-ci peut donc être transporté à des distances plus ou moins grandes de l'endroit où il a été frappé. Les exemples rapportés par les auteurs sont nombreux :

Les corps de Conchon et de Darraud sont projetés de 3 à 4 mètres de distance; Bouchonnet est transporté d'une chambre dans une autre.

M. Baudin, dans son *Histoire médicale de la foudre*, cite les suivants :

« Un homme, frappé le 8 juillet sous un chêne, fut trouvé, après l'explosion, presque mourant, sur une touffe de châtaignier, à 23 mètres de la place où le météore l'avait atteint. »

Dans la chute de la foudre sur la prison de la Châtre, le 30 juin 1847, dont le docteur Decerfs nous a donné l'histoire, une femme est projetée à dix pas, et une autre lancée contre un meuble.

Le 11 juillet 1819, le tonnerre tombe sur une église pendant la messe : un jeune homme fut renversé, roulé sur les personnes réunies dans la nef qui, toutes, avaient été terrassées, et jetées hors de l'église.

Sestier et Méhu citent un exemple plus extraordinaire encore; au mois d'août 1856, à Paturages (Nord), un maçon, travaillant dans la cheminée d'une houillière, fut emporté par la foudre ascendante, c'est-à-dire agissant de bas en haut, et lancé dans l'espace, d'où il retomba sur le sol sans donner signe de vie.

Ce transport à distance des victimes de la foudre a une double importance en médecine légale : d'abord il démontre que, de ce qu'une personne est trouvée morte à une distance assez éloignée de l'arbre ou objet foudroyé, ce n'est pas une raison pour éloigner l'idée de mort par fulguration; ensuite, dans cette projection, le corps d'une personne, lancé contre un corps dur ou à aspérités, un tronc d'arbre ou un rocher, par exemple, peut se faire des blessures qu'il ne faudrait pas attribuer légèrement à une main criminelle.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1872, p. 831.

VARIÉTÉS

Notes de voyage.

Par M. le docteur Coriton.

Je viens d'arriver du Brésil où j'ai passé deux semaines et il m'est impossible de ne pas vous faire partager l'enthousiasme que je ressens pour ce pays merveilleux, où l'on sait pratiquer l'hospitalité d'une façon si aimable. Il devient presque banal d'insister sur cette nature si riche, véritablement stupéfiante, malgré l'entraînement subi pendant le voyage à travers les sites les plus pittoresques : Lisbonne, les Canaries, Saint-Vincent-Pernambuco-Bahia. Rien n'égale, en grandeur et en majesté, la rade de Rio-de-Janeiro, avec ses 140 kilomètres de tour et ses quatre-vingts îles de toutes les tailles ; mais, quand on pénètre à l'intérieur du Brésil, où j'ai fait 600 kilomètres, on reste confondu devant l'immensité de ce pays si accidenté, recouvert de vastes forêts vierges qui se déroulent pendant des lieues d'une façon si saisissante. Que notre France paraît petite à côté de cette contrée encore inexplorée par endroits ; une seule province suffit pour représenter notre territoire et notre végétation est bien pauvre auprès de cette véritable orgie. Il m'est impossible d'insister, j'en aurais trop à décrire !

La nature n'est pas tout au Brésil et je ne puis, sans émotion, me rappeler l'accueil si délicat que j'ai reçu partout. Il est bien doux pour un étranger, en particulier pour un Français, d'être l'objet de manifestations sympathiques, surtout lorsqu'il sent que tout cela s'adresse à la France que l'on aime tant au Brésil. Mon titre de médecin français m'a ouvert toutes les portes : invité à visiter le Congrès, j'ai été, de la part du président de la Chambre et d'un certain nombre de membres, l'objet des attentions les plus flatteuses ; qu'il me suffise de nommer MM. Almeida Hogueira, Lopez Provao, le docteur Urbano Marcondès, le vice-gouverneur du Parana, M. Vicente Machado, dont l'autorité et la distinction sont connues. Mais ce qui m'a le plus touché, c'est la façon dont nos confrères de la Faculté et de l'hôpital m'ont reçu. J'ai mille grâces à rendre à M. le professeur d'histologie Chapot-Prévot, dont la science n'est surpassée que par l'amabilité, ainsi que M. le professeur Oscar Bulhoes, chirurgien en chef de la Santa-Casa da Misericordia. On ne peut se faire une idée de ce magnifique hôpital, situé à l'une des extrémités de Rio, sur une pointe qui regarde l'entrée de la baie et le fameux Pain-de-Sucre. Tous les services sont confiés à la direction des sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, Françaises pour la plupart, toujours prêtes à tous les dévouements. Toutes les salles sont d'une propreté minutieuse, grandes et bien aérées, les murs sont tapissés à hauteur des lits par des plaques de faïence d'un nettoyage facile et les différents corps de bâtiments sont séparés par des jardins remplis de palmiers, d'arbres et d'arbustes aux élégants feuillages. Tous les préceptes de l'antisepsie sont sévèrement observés, beaucoup plus que dans certains services de France ; les découvertes les plus modernes sont à peine publiées, qu'elles sont déjà appliquées et les publications de nos maîtres font l'objet des commentaires et des cours journaliers.

Rien ne m'a été aussi sensible que de voir le service de M. le professeur Bulhoes et la façon dont il opère : ce sont les mêmes méthodes, les mêmes objets de pansement, presque la même disposition qu'à Saint-Louis, dans le service de M. Championnière si apprécié au Brésil ; mon titre seul d'élève de ce chirurgien m'a valu, de la part de tous, un redoublement de faveur. La Faculté fait suite à l'hôpital. Ici comme là, règne l'activité la plus grande et il suffit de visiter les laboratoires, l'amphithéâtre, pour voir avec quelle ardeur, maîtres et élèves rivalisent de zèle. Le musée de la Faculté est une véritable curiosité scientifique ; on y voit les préparations les plus belles, une collection de tumeurs et d'affections cutanées ou osseuses représentées avec une perfection qui rappelle le Musée de Saint-Louis. M. le professeur d'anatomie et M. le chef des travaux s'en occupent d'une façon spéciale et il leur fait beaucoup d'honneur. L'histologie jouit d'une grande faveur à Rio, grâce à la compétence de M. Chapot-Prévot ; il suffit de voir son laboratoire, déjà très vaste, envahi par les élèves pour deviner les qualités de ce professeur qui trouve encore le temps de faire chez lui, dans un local très bien aménagé, les recherches les plus curieuses et les plus instructives : la recherche du bacille de la fièvre jaune est l'objet de tous ses soins ! Souhaitons qu'il mène à bonne fin un travail si nécessaire. Toutes les branches médicales ont des représentants illustres à Rio-de-Janeiro : la chirurgie, la médecine, l'anatomie, la physiologie, l'histologie, la thérapeutique, la médecine légale, l'hygiène, la chimie, etc., etc., sont l'objet, tous les ans, de travaux originaux très complets, si j'en juge par le « Résumé des cours théoriques et pratiques » publié par les soins de la Faculté. C'est un cadeau dont je remercie l'aimable secrétaire de l'École, et dont la lecture est fort instructive. Je n'aurais qu'une seule note un peu discordante à ajouter à propos de l'hygiène générale de la Ville, qui est encore dépourvue d'eaux et d'égouts. Je sais qu'un projet d'assainissement très bien compris a été déposé sur le bureau du congrès ; il est à souhaiter qu'on l'exécute le plus tôt possible et que les épidémies de fièvre jaune n'entravent plus l'avenir de Rio-de-Janeiro.

A San-Paulo, la ville européenne du Brésil, il existe aussi des médecins éminents. MM. les docteurs Botelho et Barette, tant à l'hôpital qu'en clientèle, font les opérations les plus nouvelles et les plus graves avec un égal succès ; et il m'est impossible de terminer sans citer deux de mes jeunes confrères qui viennent d'arriver en cette ville avec un arsenal des plus complets et des connaissances les plus variées en chirurgie et en médecine. MM. Teixeira Alvarès et Oliveira Ferreira ont été, pendant notre voyage, nos compagnons fidèles ; un séjour de deux années à Paris, dans les services de nos plus illustres maîtres, leur fait regretter la France où ils n'aspirent qu'à revenir bientôt.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 18 novembre 1892, un concours s'ouvrira le 29 mai 1893, devant l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale de l'École de médecine de Marseille.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un congé pour l'année scolaire 1892-1893 est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. le professeur Grancher.

M. Marfan, agrégé, est chargé du cours de clinique des maladies des enfants.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Colle est institué chef de clinique chirurgicale.

MM. Lambert et Yardin sont nommés aides d'anatomie.

M. le docteur Bué est institué chef de clinique obstétricale.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Cuilleret est institué chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Gourdet est nommé aide d'anatomie.

— *Collège de France.* — M. le professeur Brown-Séquard est autorisé à se faire suppléer par M. d'Arsonval.

M. le professeur Marey est autorisé à se faire suppléer par M. François-Franck.

M. le professeur Balbiani est autorisé à se faire suppléer par M. Henneguy.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs J. Charazac (de Toulouse) ; Morlet, préparateur de la chaire de paléontologie du Muséum ; Trocou, chef de clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Lille.

— M. le docteur Legroux, professeur agrégé, médecin de l'hô-

pital Trousseau, reprend, dans cet hôpital, ses conférences cliniques sur les maladies des enfants, les mercredis de chaque semaine à trois heures et demie.

Visites, le matin : salles Barrier et Blache, à neuf heures. Consultations : les lundis et jeudis à dix heures.

— M. le docteur Bérillon, médecin-inspecteur adjoint des Asiles publics d'aliénés, directeur de la *Revue de l'hypnotisme*, commencera le jeudi 24 novembre, à dix heures et demie, à sa clinique, 49, rue Saint-André-des-Arts, un cours sur les applications de l'hypnotisme au traitement des maladies nerveuses, à la psychiatrie et à la pédagogie. — Il le continuera les jeudis suivants à dix heures et demie.

— M. Charles Henry, maître de conférences à l'École pratique des Hautes-Études, ouvrira le samedi 26 novembre, à dix heures du matin, au laboratoire de psychologie physiologique à la Sorbonne, son cours de physiologie des sensations

Dans le premier semestre, il traitera de la photométrie des intensités très faibles et de différents problèmes de photoptométrie; il exposera la théorie et les principales applications d'un thermomètre physiologique, fondé sur le principe de Carnot; il terminera par le développement des méthodes qui permettent d'explorer l'olfaction.

Des exercices pratiques sur ces matières auront lieu, de onze heures à midi le samedi, et à des jours et heures qui seront fixés ultérieurement.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le régime des diabétiques, par le professeur W. Ebstein. Traduit de l'allemand par le docteur J. Dagonet, médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne. 1 volume in-8° de 205 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Recherches expérimentales sur les leucocytes, par le docteur E. Maurel. *Application à la toxicologie et à la thérapeutique.* VIe fascicule : « Action de l'atropine, de la pilocarpine et de la cocaïne sur les leucocytes. » 1 vol. in-8° de 102 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Contribution à l'étude de l'état mental des hystériques; dénonciation de crimes imaginaires; chromhydrose simulée, par le docteur Longbois (de Joigny). 1 broch. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Ollier-Henry.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Laborde a déjà fait à l'Académie, en juillet et en octobre derniers, deux intéressantes communications sur des cas de rappel à la vie, à la suite d'asphyxie ou de mort apparente par submersion, à l'aide du procédé auquel il a donné le nom de traction systématisée de la langue. M. le docteur Billot, médecin-major de première classe, vient d'appliquer fort heureusement le procédé de M. Laborde au traitement de l'asphyxie par les gaz des égouts. Il a ainsi sauvé deux ouvriers qu'on venait de retirer asphyxiés d'une bouche d'égout. On trouvera plus loin l'émouvant récit de notre confrère de l'armée.

En communiquant ces nouveaux faits à l'Académie, M. Laborde insiste, avec raison, sur la simplicité et l'efficacité de ce moyen, même dans les cas, en apparence, les plus désespérés. Il pense qu'on ne saurait trop encourager les chirurgiens à y recourir dans les cas d'accidents par le chloroforme. Ce procédé, comme on sait, ne consiste pas seulement à abaisser ou à tirer la langue hors de la bouche, mais bien à opérer sur elle des tractions successives et rythmées. Les accoucheurs devront également l'employer chez les nouveau-nés asphyxiés. Un vétérinaire a eu l'idée de l'appliquer sur un jeune veau venu au monde en état de mort apparente, et il l'a facilement rappelé à la vie. Enfin, M. le docteur Balade (de Bordeaux) en a fait, avec succès, l'application au traitement de la syncope simple. Il faut donc féliciter M. Laborde de son ingénieux procédé, qui a déjà permis de sauver la vie à plusieurs individus.

Bien qu'il ne soit pas dans nos habitudes de parler des rapports officiels, nous ferons cependant une exception en faveur du rapport de M. Hervieux sur les vaccinations. Il est intéressant de savoir où en est aujourd'hui la question des vaccinations, à la veille de la promulgation de la loi sur l'obligation de la vaccine. C'est à ce titre que nous donnons ici les conclusions de cet important rapport.

Après avoir fait connaître la situation de plus en plus prospère de l'Institut vaccinal qu'il a créé et organisé à l'Académie en 1889, M. Hervieux rend compte des obstacles que l'indifférence des populations oppose à la propagation de la vaccine et termine par les conclusions suivantes :

« 1° Étant donné la grande utilité des centres vaccinogènes, en favoriser la création en France et dans ses colonies;

2° Utiliser, pour la pratique de la vaccination : en France, les deux ordres de médecins et les sages-femmes de première et de deuxième classe; dans les colonies, non seulement les médecins civils et militaires, mais les praticiens indigènes, et créer même des vaccinateurs parmi les indigènes les plus intelligents;

3° Établir en principe la gratuité des vaccinations, et imposer aux départements et aux communes l'obligation d'attribuer aux vaccinateurs une rémunération suffisante;

4° Dans les colonies, accorder des primes d'encouragement non seulement aux vaccinés et aux vaccinateurs, mais aux caïds et aux chefs de tribu qui auraient, par leur influence, favorisé le développement des opérations vaccinales. »

Les difficultés qu'on rencontre encore dans la propagation et l'application de la vaccine, et que nous signale M. Hervieux, sont, croyons-nous, un puissant argument en faveur de la loi sur l'obligation.

Au début de la séance, l'Académie a entendu une lecture de M. Feulard sur la dimiuntion du favus en France.

Signalons, enfin, un rapport de M. Constantin Paul sur les eaux minérales.

APPLICATION DU PROCÉDÉ DE TRACTION DE LA LANGUE
OU PROCÉDÉ DE LA LANGUE AU TRAITEMENT DE L'ASPHYXIE PAR LES GAZ DES ÉGOUTS; DEUX SUCCÈS

Par M. BILLOT,
Médecin-major de première classe au 46e régiment d'infanterie.

Le 10 août 1892, j'accompagnais mon régiment rentrant du camp de Satory à Paris, lorsque, en traversant Billancourt, le colonel me fit prévenir qu'on réclamait mes soins pour des ouvriers qu'on venait de retirer asphyxiés d'une bouche d'égout. Je me rendis immédiatement sur le lieu de l'accident, avec M. Fargin, mon aide-major, et trouvai dans la rue, couchés sur de la paille, quatre hommes en fort mauvais état.

Le premier que je rencontrai avait déjà vomi et respirait,

difficilement il est vrai, mais respirait encore. Une friction rude sur tout le corps, une révulsion énergique opérée en fouettant vigoureusement la figure et la poitrine avec une serviette mouillée ramenèrent assez rapidement la circulation artificielle par le procédé de Sylvester, les téguments se colorèrent et la respiration se rétablit. Je fis continuer les frictions concurremment avec le procédé de Sylvester et passai à un second malade.

L'état de celui-ci était des plus graves : refroidissement général très marqué; décoloration complète de tout le tégument; face pâle; les yeux fixes et déjà comme vitreux, cornées insensibles; absence totale de respiration; mâchoires absolument contracturées.

Comme pour le premier malade, je commençai par appliquer le procédé de Sylvester, tout en fouettant vigoureusement la figure et la poitrine avec une serviette mouillée, en même temps que des aides frictionnaient énergiquement les membres. Mais la réaction ne se produisait pas, et j'avais déjà conscience que mes efforts seraient inutiles, lorsque, me rappelant la communication de M. Laborde à l'Académie de médecine, sur les résultats merveilleux qu'il avait obtenus dans le cas d'asphyxie par submersion, par le procédé de traction en avant de la base de la langue, j'eus l'idée de l'employer dans ce cas d'asphyxie par les gaz des égouts. Je priai un assistant de tenir écartées, avec le manche d'un gros couteau, les mâchoires que j'eus beaucoup de peine à séparer, et, faisant pénétrer mon index le plus loin possible dans l'arrière-gorge, je tirai à plusieurs reprises la base de la langue en haut et en avant. Le résultat fut excellent, car, au bout de quelques mouvements de traction, mon malade fit un effort de vomissement. Je répétai mes manœuvres et bientôt la respiration reparut par saccades et par mouvements d'inspiration et d'expiration lents et éloignés d'abord, puis se régularisa. En même temps, la face se ranima et la sensibilité reparut. En moins de cinq minutes, je pouvais considérer mon homme comme rappelé à la vie, car il respirait et sentait les flagellations.

J'étais encore occupé près de lui lorsqu'on me rappela près du premier malade, lequel, malgré la continuation des soins que j'ai dits, était retombé dans le coma et semblait ne plus respirer. Sans plus attendre, je répétai sur lui la manœuvre qui venait de si bien me réussir sur son camarade, et je pus également constater avec satisfaction qu'au bout de quelques tractions de la base de la langue, la respiration se rétablissait, lentement d'abord, puis se régularisait comme pour le précédent malade.

Le troisième malade avait été touché différemment par les gaz ou plutôt réagissait différemment. Au lieu de la résolution complète, du coma des deux autres, j'étais en présence d'un homme en proie à des convulsions cloniques : même état de pâleur de la face et des téguments que les deux premiers ; mais respiration se produisant par saccades irrégulières, efforts infructueux de vomissement, cris rauques, agitation extrême du malade qui se jette violemment à droite et à gauche, grince des dents et cherche à mordre ceux qui le maintiennent. Bien que l'indication ne fût pas aussi marquée que pour les deux premiers cas, j'employai encore le même moyen, c'est-à-dire la traction de la base de la langue. J'obtins comme résultat quelques efforts de vomissement, mais toujours infructueux ; la respiration se fit aussi plus régulière, mais j'avoue que ce fut moins net et moins franc que pour les deux autres.

Le quatrième malade, atteint plus légèrement, reprit facilement ses sens sous la simple influence de frictions énergiques et put bientôt, ainsi qu'il le demandait, être ramené à son domicile. Je ne le cite que pour mémoire.

J'ajoute, pour terminer l'histoire de mes trois premiers malades, que, tout en continuant les frictions, je fis à chacun une injection d'éther, et, dès que la chose fut possible, leur administrai du thé alcoolisé.

Tout cet épisode se passa dans l'espace de vingt à trente minutes au plus, et lorsqu'un confrère de Billancourt arriva, je pus, en partant pour rejoindre mon régiment, lui remettre mes malades en très bonne voie. J'ai su, depuis, qu'ils s'étaient complètement rétablis.

Il ressort clairement, pour moi, des faits qui précèdent, et M. Fargin est absolument de mon avis, que, sans la traction de la langue, le deuxième malade eût succombé. Le résultat de cette manœuvre a été absolument surprenant.

De même, le premier malade en a tiré un bénéfice incontestable, car, malgré toute la révulsion opérée, malgré le procédé de Sylvester, malgré un premier succès apparent, il était retombé dans le coma. Ce n'a été, en somme, qu'après cette manœuvre de la langue, que la respiration s'est réellement et définitivement rétablie.

Pour le troisième, je reste dans le doute ; mais, comme la manœuvre est absolument inoffensive pour le sujet, et qu'elle venait de réussir admirablement pour ses deux camarades, je l'ai tentée également sur lui, en raison même des deux premiers résultats.

En somme, la traction de la langue ou procédé de la langue, qui a déjà si bien réussi dans le cas d'asphyxie par submersion, vient de me donner deux succès dans le cas d'asphyxie par le gaz des égouts. Or ces accidents sont loin d'être rares et le procédé qu'a fait connaître M. Laborde est tellement simple, tellement facile à appliquer, ses résultats sont si rapides et si satisfaisants, que je crois faire œuvre utile en publiant les faits qui précèdent.

DE LA DIMINUTION DU FAVUS EN FRANCE

Par le docteur Feulard.

A l'étranger, la France passe pour un pays où la teigne est fréquente; il est vrai que le favus était encore une maladie assez répandue en France au commencement de ce siècle, mais, grâce aux progrès de l'hygiène et du bien-être, elle tend à disparaître.

M. Feulard a déjà montré, en 1886, à l'Académie, la marche de ce mouvement de décroissance et il veut, aujourd'hui, faire voir qu'il ne s'est nullement ralenti.

Les documents qui lui ont servi sont les statistiques publiées chaque année par le ministère de la Guerre et donnant le nombre des conscrits exemptés chaque année par les conseils de revision pour les infirmités prévues par la loi. La teigne est comprise, à tort il est vrai, parmi ces infirmités. On connaît donc ainsi le nombre des jeunes gens âgés de vingt et un ans qui, chaque année, sont refusés au service militaire pour cause de teigne. Les chiffres laissent, par conséquent, de côté et la partie féminine de la population et tous les cas de favus guéris avant la vingtième année : ils ne sont donc qu'approximatifs, nous renseignant seulement sur le nombre des teigneux encore atteints de leur mal à vingt et un ans; mais ce nombre nous renseignera lui-même par comparaison, sur la fréquence de la teigne dans les diverses parties de la France. Comme ce

sont les documents analogues qui ont déjà servi à M. Bergeron, en 1864, et que nous avons employés en 1886, la comparaison des résultats fournis à ces trois époques présentera quelque valeur.

Pendant les années 1887-1888-1889-1890-1891, il a défilé devant les conseils de revision 1518813 conscrits : sur ce nombre, 964 ont été exemptés pour cause de teigne. Or, de 1881 à 1885, le nombre des exemptions avait été de 1 399; de 1876 à 1881, de 1541, la décroissance est donc bien marquée : 1 541, 1 399, 964; elle est régulière. De plus, tandis qu'en 1886 tous les départements avaient eu des exemptions, si petit que fût leur nombre, de 1887 à 1891 il y a eu cinq départements (Côte-d'Or, Indre, Haute-Marne, Belfort, Rhône) qui n'en ont pas eu du tout.

Sur les 82 départements restants, 53, c'est-à-dire à peu près exactement les deux tiers, ont eu moins de 10 exemptions en cinq ans; 15 en ont eu moins de 10 à 20; 5 de 20 à 30; 4 de 30 à 40; 1 en a eu 40 (Aveyron); 1 en a eu 50 (Côtes-du-Nord); 1 en a eu 63 (Hérault); 1 en a eu 65 (Pas-de-Calais); 1 en a eu 90 (Seine-Inférieure).

Le coefficient de teigneux a beaucoup baissé; mais ce qui est intéressant à remarquer, c'est que ce sont toujours à peu près les mêmes départements qui restent les plus atteints, et cette persistance est bien faite pour éveiller l'attention des médecins et des pouvoirs publics.

Les pays les plus atteints forment trois groupes principaux. Le plus important est situé dans le Midi; il comprend le département de l'Hérault, le plus atteint de toute la France, autour duquel se groupent l'Aveyron, le Gard, puis la Corrèze, le Cantal, la Lozère, l'Ardèche, et les Bouches-du-Rhône; au Sud également et à l'Est les Alpes-Maritimes, au Sud, la frontière pyrénéenne, l'Ariège; un peu plus à l'Ouest sur l'Océan, les Landes.

Le second groupe est moins cohérent; les régions atteintes sont situées en bordure de la Manche; d'abord, la Seine-Inférieure; au Nord, le Pas-de-Calais, à l'Ouest, la Manche et les Côtes-du-Nord.

Enfin, un troisième groupe, assez compact, mais à morbicité moins élevée, comprend les départements de l'Ouest entre la Touraine et la mer: Indre-et-Loire, Vienne, Maine-et-Loire, Deux-Sèvres, Vendée, Loire-Inférieure, Morbihan, Finistère.

Au contraire, c'est dans la partie Est de la France que la maladie est le moins répandue; la portion Est du bassin de la Seine, celui de la Marne, la région des Vosges sont peu touchés. On peut dire qu'il n'y a pas de rapport entre la fréquence de la teigne et la densité de la population, certains pays peu peuplés en fournissant beaucoup plus que les grands centres. Le favus est surtout, en effet, une maladie des campagnes et des populations malheureuses, parce que, sans doute, à la campagne, les moyens de contagion (contagion par les animaux) sont plus communs, mais surtout parce que les soins manquent, tandis que les enfants des villes sont surveillés et, s'ils sont malades, facilement et convenablement traités. Il faut donc mettre à la portée des populations rurales, des ressources thérapeutiques (service spécial au chef-lieu) qui manquent encore dans beaucoup de régions; il y aurait lieu aussi de se demander s'il ne faut pas supprimer la teigne comme cause d'exemption, certains individus conservant avec soin leur maladie pour échapper au service militaire, et s'inspirer de ce qui se fait dans certains pays étrangers, notamment en Autriche.

DERMATOLOGIE

A propos de l'urticaire. Considérations sur la pathogénie de la lésion cutanée dans certaines dermatoses.

Par le docteur L. Jacquet,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

On a pu voir récemment, dans la *Gazette des hôpitaux*, un travail très bien fait et très documenté de M. Dubreuilh, sur l'urticaire. Je l'ai lu moi-même avec plaisir et profit (1).

Cependant, je suis obligé de chercher à son auteur une légère chicane personnelle, qu'il me pardonnera aisément, j'en suis sûr.

Faisant allusion au rôle des excitations mécaniques de la peau, M. Dubreuilh ajoute : « On pourrait croire, en appliquant ici les idées de MM. Brocq et Jacquet sur certaines dermites et le lichen, que l'urticaire est toujours consécutive à une irritation locale, et qu'elle n'existe pas en tant qu'éruption prurigineuse, etc. » Suit la discussion de cette doctrine.

Il y a ici une confusion et un malentendu : bien avant l'article sur les dermites en question et le lichen simple j'avais, *à propos de l'urticaire même*, cité les faits et formulé la théorie que discute M. Dubreuilh, et cela sous ma *seule* signature : mon savant maître et excellent ami, L. Brocq, bien suffisamment riche de son propre fonds, ne m'en voudra pas de le rappeler.

I

Il s'agit là d'une note fort brève.

Si, au contraire, j'avais rapporté *in extenso* mes observations, avec les antécédents détaillés des malades, la description minutieuse des plaques, le récit des démangeaisons; si j'avais copié quelques pages dans les traités de dermatologie et de physiologie, nul doute que mon travail eût été moins oublié et peut-être aurais-je eu la satisfaction de voir quelques auteurs, y compris M. Dubreuilh lui-même, faire allusion à mon « *important mémoire* ». Mais je me suis borné, purement et bonnement, à mentionner, en quelques lignes, ce qui m'avait semblé *nouveau* et *inédit* dans l'affaire. De là tout le mal.

Pourtant ma notule n'est pas absolument mort-née : mon maître, M. Ernest Besnier, la mentionne en bonne place; et, de plus, elle a été, pour d'autres et pour moi-même, inspiratrice de recherches qui ne sont pas totalement dépourvues d'intérêt, ainsi que je m'efforcerai de le montrer.

Qu'on me permette d'abord de l'*exhumer* en son entier; il sera facile ensuite de la discuter, en tenant compte des objections que M. Dubreuilh lui adresse indirectement; et de la compléter en y ajoutant les acquisitions ultérieures.

NOTE SUR LE MODE DE PRODUCTION DES ÉLEVURES DE L'URTICAIRE (2).

L'expérience clinique que nous allons relater nous semble susceptible de jeter quelque lumière sur ce point de la pathologie cutanée. *Quand, chez un sujet atteint d'urticaire aiguë généralisée, on protège hermétiquement une partie du corps, le membre inférieur par exemple, les phénomènes ortiés (prurit et élevures) s'éteignent brusquement et absolument sur ce membre.* La durée de cette immunité n'a d'autre limite que celle de l'application de l'appareil

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1892, p. 1133.
(2) L. Jacquet. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1888, p. 525.

protecteur. Nous avons répété cette expérience sur *quatre* sujets, et, sur deux d'entre eux, à *plusieurs* reprises. Elle nous a toujours donné les mêmes résultats.

Pous envelopper le membre, nous avons employé des feuilles d'ouate, maintenues par un bandage roulé; mais il est fort probable que tout moyen analogue réussirait aussi.

Il serait oiseux de donner ici l'observation étendue de nos malades; dans, un cas, il s'agissait d'une urticaire toxique, survenue à la suite de l'ingestion de conserves de homard; dans un autre, d'une urticaire provoquée par la ponction d'un kyste hydatique du foie; les deux autres cas étaient d'origine inconnue.

Puisque, chez les urticariés, toute partie protégée du tégument reste indemne, c'est que, apparemment, l'élevure cutanée exige, pour se produire, une excitation quelconque de la peau : cette excitation peut d'ailleurs être légère; le grattage, le frôlement des vêtements, le contact de l'air frais sont les plus habituelles. L'on est amené naturellement ainsi à rapprocher, au point de vue de la manifestation cutanée tout au moins, les urticaires *aiguës* ou *toxiques* de l'urticaire dite *factice* ou *dermographique*, c'est-à-dire des cas où la peau *réfléchit en relief toute pression* exercée sur elle. Seulement, tandis que, chez ces sujets, il faut une pression assez énergique, chez les autres, il suffit d'une excitation beaucoup plus superficielle ; mais il n'y a pas de différence essentielle, l'éréthisme vaso-moteur s'éveille plus aisément chez ces derniers, voilà tout. Cela est si vrai, qu'il n'est pas rare de voir les urticaires toxiques évoluer de la façon suivante : tout d'abord, les efflorescences ortiées naissent sous la plus légère influence, la peau traduit en relief toute excitation, aussi faible soit-elle ; puis, peu à peu, cet éréthisme se calme, le sujet devient un dermographique ordinaire et reste tel, pendant fort longtemps parfois.

Notre manière de voir est pourtant passible d'une objection : si elle est vraie, on doit pouvoir, chez un urticarié, provoquer à volonté le dermographisme ; or, cela est contredit par la clinique; tout urticarié n'est pas nécessairement dermographique, et, du coup, notre hypothèse s'écroule. En réalité, cette objection n'est que spécieuse. Voici pourquoi : deux choses sont nécessaires pour la production d'une élevure ortiée :

1° Un état particulier de la vaso-motricité cutanée (éréthisme des vaso-dilatateurs?) ;

2° **D'après nous,** l'excitation **locale** qui provoque la réaction névro-paralytique. Or, l'éréthisme vaso-moteur en question n'est pas toujours *généralisé*, tant s'en faut; c'est seulement dans les cas aigus et intenses qu'il existe *partout* et en *permanence*. Le plus ordinairement, il est limité à certaines régions et à certains moments; il y a, en un mot, des urticaires *partielles*, et ce sont sans doute les plus fréquentes. Voilà pourquoi les tentatives de dermographisme peuvent échouer chez un urticarié, sans signifier pourtant que l'élevure ortiée ne soit constamment *fonction* d'une excitation locale. Et, d'autre part, nous croyons pouvoir affirmer que tout sujet atteint d'urticaire généralisée est *toujours* dermographique.

Quoi qu'il en soit de l'interprétation, notre expérience subsiste; elle est facile à répéter, et méritait, nous semble-t-il, d'être relatée.

II

Ainsi donc, voilà qui est précis : il n'y a pas, d'après moi, dans l'urticaire, de *floraison spontanée* de la peau; il faut, pour que l'élevure ortiée, pour que l'*urtication* se produise, la *rencontre* de deux éléments :

1° La mise en branle du système nerveux vaso-moteur, et cela par divers modes (intoxication, névropathie, etc.);

2° L'action *locale* d'un excitant cutané.

Que le second élément fasse défaut, on restera en présence d'un malade, d'un névropathe, d'un intoxiqué, qui pourra avoir d'autres accidents (vomissements, troubles nerveux, etc.), on n'aura pas *un urticarié :* c'est là le point ignoré par certains, contesté par d'autres, comme par M. Dubreuilh, par exemple.

Or, je pourrais répondre que j'allègue une *expérience* et *des faits précis*; qu'il n'a pas répété cette expérience, ni observé les faits en se plaçant dans les mêmes conditions que moi, et que c'est la première chose à faire.

Mais comme, d'une part, mon aimable et distingué confrère n'a péché que par inadvertance, que d'ailleurs il peut arguer qu'il allègue, lui aussi, des faits; et de plus, des objections théoriques très plausibles, je le reconnais, voyons si tout cela constitue un ensemble irréfutable.

« Chez un individu atteint d'urticaire, dit M. Dubreuilh, le grattage ne détermine pas toujours l'apparition de nouvelles élevures au point gratté. » Cela est incontestable, mais l'objection était prévue et combattue dans ma note. Chez les urticariés, la totalité du tégument n'est pas soumise partout et toujours à l'hyperexcitabilité vaso-motrice, qui est le premier élément nécessaire, elle n'est pas partout et toujours en *tension ortiée*, comme dit excellemment M. E. Besnier. Et cela qu'il y ait *prurit* ou *non*, car le prurit n'est pas constamment associé à la déséquilibration vaso-motrice et *vice versa*. Il n'y a donc pas la *rencontre* des deux éléments nécessaires pour amener l'urtication.

« D'autre part, poursuit M. Dubreuilh, il est positif qu'on peut voir survenir des élevures *spontanément*, sans aucune excitation locale préalable. Cristiani rapporte l'observation d'un paludéen, qui tomba dans le coma dès le début de son accès de fièvre, et chez qui apparut une abondante éruption d'urticaire, sans que le grattage ait pu être mis en cause. »

Voilà, je l'avoue, qui me déconcerterait fort, si ce fait était rapporté par un observateur ayant eu notion de mon expérience, et ayant pu, par conséquent, se garer des causes d'erreur inévitables. Il n'y avait pas de grattage! est-ce bien sûr? le coma avait-il été foudroyant? et n'y avait-il pas eu une période plus ou moins longue de *prurit perçu*, et par conséquent de grattage plus ou moins conscient? Et n'y a-t-il pas eu des frôlements, des contacts autres que le grattage proprement dit?

Tant que les auteurs ne feront pas désormais mention *expresse* que leur attention et leur surveillance ont été éveillées et dirigées sur ce point, je pourrai les récuser dans une certaine mesure. Et il ne faut pas croire qu'il soit aisé de se mettre en garde contre les causes d'erreur, car l'excitation de la peau, s'exerçant au point *et au moment* où existe une mise en *tension vaso-motrice*, n'est pas seule à provoquer l'élevure ortiée : une excitation, même *antérieure*, peut avoir le même résultat. Ceci a l'air d'une subtilité : on va voir qu'il n'en est rien.

En effet, l'on sait que l'application de la bande d'Esmarch empêche la production des élevures d'urticaire (Kranzfeld); « or, la bande enlevée, on voit, au bout de deux ou trois minutes, se produire l'urtication aux *points* qu'on a touchés une demi-heure auparavant sur le membre anémié par la bande ». Il y a donc, dans les éléments anatomiques, un *emmagasinement* de l'excitation, une sorte de *mémoire locale* qui suffisent à produire, dans les conditions indiquées, le relief urticarien. Et cela vient compliquer les choses et rendre peu aisée la mise en garde contre les causes d'erreur. Cela suffira en tout cas à faire admettre et comprendre que je ne rende pas les armes aux observations telles que celles de Cristiani, antérieures à mes recherches ou faites sans qu'il en ait été tenu compte.

Continuons à suivre pas à pas M. Dubreuilh : « L'urticaire œdémateuse (*urticaire géante, œdème aigu circonscrit*) naît souvent sans irritation locale antérieure. » Mais d'une part, cela est loin d'être suffisamment spécifié pour les raisons que je viens d'exposer, et puis ça m'est égal, car je ne prétends pas que mes remarques lui soient applicables ; c'est une lésion plus ou moins voisine, mais identique non pas : il s'agit là d'un œdème *sous-cutané* et non *cutané, dermique*, comme l'urticaire proprement dite. Il est possible qu'il soit justiciable du même mécanisme, mais je n'ai jamais eu l'occasion d'en observer, je n'en sais absolument rien et ne le prétends pas le moins du monde.

« Enfin, poursuit mon distingué contradicteur, l'urticaire *interne* ne saurait être expliquée par cette hypothèse, car s'il est des cas rares où l'on peut invoquer une irritation locale par un agent chimique (aliment) ou physique (froid), il n'en est pas ainsi dans la majorité des cas, et notamment pour l'urticaire des voies respiratoires. »

Je ferai remarquer, en ce qui concerne l'urtication des voies aériennes, qu'on ne sait jusqu'à quel point elle est comparable aux élevures cutanées, car on n'y est jamais allé voir et d'ailleurs, en ce qui concerne le larynx tout au moins, est-ce que les mouvements actifs et passifs, les contacts de l'épiglotte, la contraction des rubans vocaux ne constituent pas autant d'excitations locales pouvant provoquer le réflexe vasculaire de la muqueuse ? Et puis on oublie trop que l'air est chose *matérielle, pondérable*, qu'un courant d'air est, après tout, agent de traumatisme, si bien que Kranzfeld, par le simple souffle de la bouche, a pu produire l'urtication.

MÉDECINE LÉGALE DES ACCIDENTS DE LA FOUDRE (1)

Par le docteur Vincent, de Guéret (Creuse),
Lauréat de l'Académie de médecine, de la Société de médecine du Nord et de la Société des langues romanes de Montpellier.

XVII

3. *La foudre peut tuer à distance.* — La foudre, qui peut transporter le corps de ses victimes à une distance relativement considérable, peut-elle aussi tuer une personne plus ou moins éloignée du lieu de sa chute, c'est-à-dire de l'objet directement foudroyé ? Tous les physiciens répondront que la chose est possible et cela en vertu du *choc en retour*, vieil épouvantail qui existe toujours dans nos Traités de physique.

Mais si cette cause de mort, ainsi que je crois l'avoir établi (2), est très problématique, il n'en est plus de même du *foudroiement latéral*, dont les faits suivants vont nous faire comprendre le danger :

Le 8 septembre 1886, le tonnerre tombe à 2 kilomètres de la gare de Vieilleville sur un poteau télégraphique et suit le fil métallique jusqu'à l'appareil télégraphique de la gare où il laisse une trace de fusion sur une des barres en cuivre. A la partie inférieure de l'appareil, le fil en cuivre est également fondu. L'employé du télégraphe, qui aurait manœuvré son appareil à ce moment, aurait certainement couru le danger d'être tué. Des exemples analogues, au dire des employés que j'ai consultés, ne sont pas rares.

L'observation suivante, communiquée par M. Colladon, le 17 septembre 1881, à la Société de physique et d'histoire naturelle de Genève, est encore plus intéressante en ce qu'elle nous montre que la foudre peut dévier de sa route en suivant d'autres conducteurs que les métaux. La foudre, tombée sur un peuplier de 28 mètres de haut, *passe sur un ormeau moins élevé* dont les branches étaient entremêlées aux siennes, suit cet arbre, qui lui *sert de conducteur*, jusqu'au niveau d'une torsade en fil de fer fixant les lattes d'une palissade au bout de laquelle le fluide, pénétrant dans la terre par un trou de sa façon, gagne une conduite de gaz en fer étiré qui le conduit dans une maison d'habitation, d'où il sort par une balustrade en fonte et des conduites d'eau en zinc qui le mènent perdre dans le sol. Sur son trajet, il endommage fortement une rosace en carton pâte, du plafond, à laquelle était suspendu un lustre. Il est évident qu'un homme, à la place de la rosace, aurait couru les mêmes dangers que l'employé du télégraphe ci-dessus.

Les conducteurs métalliques ne sont pas les seuls que la foudre puisse suivre pour aller frapper à distance et au loin une personne ou un être vivant. En effet, l'électricité du nuage orageux, déversée sur la terre, ne se perd pas, comme on l'a dit et répété, dans le réservoir commun, vieux terme qui, lui aussi, devrait être rayé du vocabulaire de la science ; mais attirée par l'électricité de nom contraire répandue sur tous les objets terrestres qui se trouvent dans la sphère d'action du nuage, elle irradie en tous sens pour aller se neutraliser, en formant des courants d'autant plus intenses qu'elle rencontre sur le sol de meilleurs conducteurs. Or, ces meilleurs conducteurs sont les cours d'eau naturels ou accidentels, ou, à leur défaut, des veines de terrain plus humides qui jouent, à la surface de la terre, le même rôle que la conduite de gaz ci-dessus ou les fils télégraphiques. Ainsi :

A Chier-du-Prat, un fort courant, qui a excavé largement et profondément le sol en suivant une *rigole pleine d'eau*, s'est porté du pied de l'arbre foudroyé jusqu'à celui d'un tilleul voisin chargé d'électricité de nom contraire qui l'attire, et aurait, pour le sûr, lésé gravement une personne à l'abri sous ce dernier arbre. Cette hypothèse s'est, du reste, réalisée chez Bord dont il a été déjà question.

A la Brionne, la foudre, tombée sur un tilleul élevé, a suivi une flaque d'eau placée au pied et, ensuite, un torrent formé par l'eau des gouttières des toits pendant l'averse, pour aller tuer des moutons dans deux étables placées à une distance de 30 mètres.

Ces faits de foudroiement à distance, que, sur le conseil de M. Colladon, j'ai appelés foudroiement latéral, possibles ou réalisés étant acquis, nous pouvons aller plus loin. Nous pouvons supposer qu'un nuage orageux, exerçant son influence sur une colline et les rives de deux ruisseaux, affluents de la même rivière, situés au bas de chacun de ses flancs et se trouvant, par cela même, chargés d'électricité de nom contraire à celle du nuage, se décharge sur le bord d'un de ces ruisseaux. L'électricité, trouvant un bon conducteur continu dans le circuit formé par les deux ruisseaux et la portion de rivière qui sépare leurs confluents, le suivra, quelle que soit sa longueur, de préférence au sol sec et arride de la montagne, pour aller neutraliser celle de nom contraire répandue sur les rives de l'autre ruisseau. On comprend qu'une personne, un pâtre, un pêcheur à la ligne, un homme qui se baigne, par exemple, ou un animal, placés sur le circuit aqueux suivi par le courant, puissent être foudroyés jusqu'à la mort et cela à une distance telle qu'il serait quelquefois difficile d'en soupçonner la cause, si on n'y apportait une sérieuse attention. C'est ce qui semble avoir eu lieu dans la fameuse observation de Bridone tant de fois citée.

Une personne étant trouvée morte dans les conditions que nous venons d'énumérer, à la suite d'un orage qui aurait sévi sur la région, il y aurait toujours lieu de rechercher si le tonnerre n'est pas tombé à une distance plus ou moins éloignée, s'il existe des communications électriques faciles entre le lieu de la chute et celui où repose le corps ; enfin, si ce dernier ne présente pas quelques-unes des lésions et des effets que nous avons vu produire à la foudre. Disons cependant que, si la mort est possible, elle doit être beaucoup plus rare que dans le choc direct, au moins lorsque l'électricité circule à la surface de la terre. Dans ce cas, en effet,

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 1252.

(2) Voir : « Contribution à l'histoire médicale de la foudre » et « Le choc en retour et le foudroiement latéral », *Gaz. des hôpit.*, 1885.

le fluide irradiant plus ou moins sur le sol mouillé, le courant, quelqu'intense qu'il soit, ne représente jamais qu'une fraction de l'électricité de l'éclair, en un mot, n'est que ce dernier atténué. Or, si le plus souvent le foudroiement direct ne tue pas, à plus forte raison le foudroiement latéral.

Il y a une autre circonstance où, à la rigueur, une personne pourrait trouver la mort, même en l'absence de chute de la foudre, c'est celle où cette personne se trouvant à l'abri sous un arbre à ramure et feuillage très développés, le dos appuyé au tronc, il y a échange d'électricité entre le nuage orageux et un nuage voisin influencé en même temps que le sol. Dans ce cas, avant l'explosion, le nuage orageux décompose l'électricité neutre du sol et de l'arbre placés au-dessous de lui, attire à la surface et à la partie supérieure de l'arbre l'électricité de même nom. Lorsque l'explosion entre les deux nuages se fait, l'influence décomposante du nuage sur le sol et l'arbre cesse et les deux électricités de noms contraires se recombinent; d'où il résulte, dans le tronc de l'arbre, un courant électrique plus ou moins intense qui suit, de préférence, le corps de l'homme, meilleur conducteur.

Ce genre de mort par le *choc en retour complexe* me semble, du reste, assez problématique; je ne l'ai vu signalé nulle part, et je doute qu'il puisse exister autrement qu'en théorie. Mais il suffit qu'il ne soit point impossible pour attirer l'attention sur lui. Le cas de Bord porterait assez à admettre cette possibilité.

Si ce genre de mort est peu probable, à plus forte raison la mort par le *choc en retour simple*, c'est-à-dire celle résultant de la commotion produite par la recombinaison subite des deux électricités séparées de l'individu, me paraît toutefois impossible, quoi qu'en disent les physiciens. Aussi, si une personne était trouvée morte à une certaine distance d'un arbre foudroyé, en plein champs et loin du passage de tout courant intense, il ne faudrait pas admettre légèrement cette cause de mort et rechercher soigneusement s'il n'en existe pas d'autres.

La même réflexion peut s'appliquer au choc en retour complexe, dans le cas où le cadavre ne porterait point trace des lésions que la foudre a l'habitude de produire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 novembre 1892. — Présidence de M. Regnauld.

LECTURE

De la diminution du favus en France. — M. FEULARD fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1258.)

COMMUNICATION

Application du procédé de traction de la langue au traitement de l'asphyxie par les gaz d'égout. — M. LABORDE rappelle avoir, dans une précédente séance, communiqué à l'Académie la relation de deux cas de rappel à la vie par le procédé de traction systématisée de la langue, à la suite d'asphyxie et de mort apparente par submersion : ces deux sauvetages, qui sont du fait d'un confrère du Gers, M. le docteur Fourès (de Gimont), et qui concernent la mère et sa fillette âgée de huit ans, ont été opérés dans des conditions telles que, au dire et d'après l'affirmation convaincue de notre confrère, ils n'auraient pu être réalisés et réussir en dehors du procédé en question.

Dans ces cas, comme dans les deux premiers, qui ont servi à M. Laborde à établir l'opportunité et l'efficacité du procédé de la langue, il s'est toujours et exclusivement agi de la submersion et de la mort apparente qui en est la suite; mais voici une application nouvelle, et des plus heureuses, qui vient d'être faite du même procédé au traitement de l'asphyxie par les gaz des égouts.

M. Laborde a reçu, en effet, de M. le docteur Billot (Camille), médecin-major de première classe au 46e régiment d'infanterie, et par l'intermédiaire de son collègue, M. Léon Colin, la relation suivante. (Voir plus haut, p. 1257.)

C'est là, ajoute M. Laborde, une application nouvelle et des plus heureuses du procédé dont il s'agit, application dont il convient de féliciter et de remercier notre très distingué confrère de l'armée, non seulement pour les beaux succès qu'il a obtenus, mais pour l'excellente idée qu'il a eue de les faire connaître en détail, dans le but de contribuer à la vulgarisation d'un moyen, dont la simplicité permet l'usage extemporané, sans besoin d'accessoires d'aucune sorte, par la première personne venue.

M. Laborde répète, à ce propos, que le procédé, bien compris, ne consiste pas seulement à abaisser ou à tirer la langue hors de la bouche, mais à opérer sur elle des tractions successives, réitérées et, en quelque sorte, rythmées, de façon à imiter le rythme respiratoire : c'est à la suite de cette manœuvre des plus simples, des plus faciles, mais systématisée, que l'on voit plus ou moins se rétablir la fonction, par la provocation et le rappel du mécanisme fondamental qui la constitue, le mécanisme réflexe ou réflexe respiratoire; le point de départ de ce rappel par la traction linguale est, très probablement, en ce cas, l'excitation du nerf laryngé supérieur, qui réagit, à son tour, sur le centre excito-moteur respiratoire.

Quel que soit, d'ailleurs, le mécanisme, le résultat, en fait, est aujourd'hui certain, et l'efficacité du procédé démontrée dans les conditions possibles. Il doit être tenté, désormais, dans tous les cas. Et il ne semble pas que ces cas soient seulement ceux d'asphyxie ou de mort apparente par submersion, ou, comme nous venons de le voir, par influence des gaz délétères; un confrère de Bordeaux, M. le docteur Balade, annonçait récemment (communication à la Société d'anatomie et de physiologie, séance du 3 octobre 1892) en avoir fait, avec succès, l'application à la syncope simple.

Cette application est logique, elle se conçoit et s'explique par ce fait physiologique que le rappel de la respiration, c'est-à-dire de la fonction hématosique, agit secondairement sur le fonctionnement du cœur, dont il incite et réveille les contractions.

RAPPORTS

Vaccine. — M. HERVIEUX lit le rapport officiel sur la vaccine. (Voir au Premier-Paris.)

Eaux minérales. — M. CONSTANTIN PAUL lit le rapport officiel sur les eaux minérales.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Que de bruit pour un coup de chapeau ! Frapper un externe des hôpitaux de révocation, puis, à tête réfléchie, de suspension. Soulever la juste indignation de tous ceux qui s'intéressent à la jeunesse studieuse. Donner à un incident des proportions homériques; chercher une véritable querelle d'Allemand à un brave garçon qui n'en peut mais, alors qu'on vise le service intérieur des hôpitaux. Quelle habileté et quelle générosité! Et dire que l'auteur de tout ce tapage est le plus spirituel de nos édiles!

En attendant, concours suspendus et jeunesse en ébullition.

— La ligue contre la tuberculose continue son œuvre avec persévérance. Le samedi 26 novembre, à huit heures et demie du soir, M. le professeur Verneuil, de l'Institut, présidera une conférence qui sera faite sur l'organisation de cette ligue en France, par M. le docteur Armaingaud, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, dans la salle de la Société nationale d'horticulture, 84, rue de Grenelle, à Paris.

Tous nos lecteurs pourront y assister sur la présentation de leur carte.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé

Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Contrexéville-Pavillon — Goutte, gravelle, diabète, voies urinres.
Anémie — *Fer Martial-Bodin granulé.*
Alimentation des enfants — *Phosphatine Falières.*

Capsules et **Injection Raquin** au Copahivate de soude ou Copahu sans odeur — *Antiblennorrhagiques les plus efficaces.*
Phthisie — *Dragées Simb* (carbonate de gaïacol). 1 gr. par jour.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement hygiénique de la phtisie pulmonaire.

Par le docteur Maurice Boulay,
Ancien interne des hôpitaux.

Dans l'état actuel de nos connaissances sur la nature et les causes de la phtisie pulmonaire, tout médecin qui soigne un tuberculeux peut se proposer de deux buts l'un : diminuer la puissance d'attaque du parasite, augmenter la force de résistance du malade. La méthode idéale consisterait à poursuivre simultanément ces deux résultats. Les divers traitements dirigés jusqu'à ce jour contre le bacille ont échoué : nous n'avons d'action ni sur lui ni sur ses produits; il faut, à ce point de vue, nous résoudre, jusqu'à nouvel ordre, à un aveu d'impuissance. Mais si le bacille déjoue nos attaques, le malade sait parfois se défendre. La tuberculose est curable par la nature, c'est un fait solidement établi; de simples soins d'hygiène et d'alimentation y suffisent. Elle est curable sous toutes ses formes, à tous ses degrés. La phtisie aiguë, la phtisie des diabétiques ellesmêmes, dont le pronostic est si grave, sont susceptibles de temps d'arrêt, que des soins hygiéniques bien dirigés peuvent prolonger et transformer en périodes de rétrocession et de guérison. Quant à la tuberculose commune, elle est curable même à la période de caverne : les travaux de Laënnec et de M. Charcot l'ont montré.

Le mécanisme de cette guérison indique au médecin le but qu'il doit poursuivre. La réparation des lésions tuberculeuses s'opère par le mécanisme de la sclérose, soit que le tubercule devienne fibreux dans sa totalité, soit que, ramolli au centre, sa zone périphérique de cellules embryonnaires se sclérose, enkystant la partie centrale, qui peut devenir ultérieurement calcaire, soit enfin que la sclérose produise la cicatrisation d'ulcérations tuberculeuses. Mais la transformation et l'organisation des cellules embryonnaires en tissu conjonctif exigent que leur nutrition soit assurée, que le sang et la lymphe renferment en quantité suffisante ou même en excès les substances nécessaires à cette végétation réparatrice. Or, l'hygiène et l'alimentation conduisent à ce résultat mieux qu'aucune des médications connues. Ce sont, en même temps, les meilleurs moyens pour neutraliser l'influence des poisons répandus dans l'organisme par les bacilles vivants ou morts.

Tout l'effort du médecin doit donc tendre à relever l'organisme affaibli, à lui donner la vigueur nécessaire pour supporter et surmonter, si possible, la maladie. C'est là une idée déjà ancienne, mais qui n'est nullement en désaccord avec les doctrines microbiennes : il s'agit de renforcer le terrain pour que le bacille n'ait plus prise sur lui. Renonçant à attaquer, il faut nous borner à défendre.

On appréciera d'antant mieux la valeur de cette méthode qu'on la mettra en parallèle avec les innombrables traitements pharmaceutiques et chimiques imaginés contre la phtisie. Aucun de ceux-ci ne saurait, à lui seul, ni guérir ni améliorer d'une façon durable la tuberculose pulmonaire. Lorsque l'un d'eux a paru avoir quelque efficacité, on s'est bientôt aperçu que l'amélioration était due aux soins nouveaux dont on avait entouré le malade : repos, alimentation meilleure, changement d'air; en un mot, à l'hygiène. Il n'est pas une seule des améliorations produites par les médicaments qui ne puisse être observée par des soins très simples et par le régime. Ainsi, dit M. Peter, après des travaux sans nombre, la médecine moderne est arrivée à conclure que la meilleure médication des tuberculeux est l'hygiène : l'hygiène qui empêche le tuberculisable de devenir tuberculeux et le tuberculeux de devenir plus tuberculisable.

La valeur de cette méthode, déjà préconisée par Bennett, MM. Peter, Debove, vient d'être affirmée de nouveau par M. Daremberg (1), dans un ouvrage à la fois scientifique et pratique, qui doit être lu de tous les médecins, comme il le sera de tous les malades. On y trouvera exposé, dans un style clair et précis, et avec un luxe de détails qui ne saurait trouver place dans cette Revue, tous les soins minutieux qu'exige le traitement hygiénique d'un tuberculeux. Notre but présent est d'exposer les principes de cette méthode. Dans un travail ultérieur, nous examinerons les nombreux médicaments chimiques et pharmaceutiques qui ont été tour à tour proposés contre la phtisie, ses symptômes et ses accidents.

(1) Daremberg. *Traitement de la phtisie pulmonaire*, Paris 1892.

Le traitement hygiénique de la phtisie comporte deux termes principaux, qui sont : d'une part, l'augmentation des recettes en aliments et en air pur, c'est l'objet de la suralimentation et de la cure d'air; de l'autre, la diminution des dépenses, qui est obtenue par le repos. Ces éléments du traitement sont inséparables; ils doivent être mis simultanément en œuvre sous peine d'échec. A côté d'eux, l'hygiène met à notre disposition quelques autres moyens qui ont leur utilité, mais dont l'importance est secondaire.

I

Alimentation et suralimentation. — Tant qu'un phtisique mange bien, il vit et a chance de guérir; inversement, tout phtisique qui cesse de manger dépérit et, si l'anorexie persiste, est perdu à brève échéance. La vérité de ces deux propositions est confirmée chaque jour par les faits. Mais il ne suffit pas qu'un phtisique mange; s'il veut guérir, il doit manger beaucoup. Il ne suffit pas de l'alimenter, il faut le suralimenter. Pour remonter son organisme affaibli, un tuberculeux doit manger plus qu'un homme bien portant.

Si, par bonheur, il accuse un bon appétit et n'éprouve aucun trouble gastrique, il arrive aisément au résultat qu'on exige; par un entraînement progressif, il s'accoutume à ingérer une grande quantité de nourriture; il devient un gros mangeur. Si l'on a soin de ne pas fatiguer son estomac par l'administration simultanée de médicaments, si l'on fait choix pour lui d'aliments facilement assimilables et très nourrissants sous un petit volume, de façon à éviter l'ingestion d'une masse exagérée de substances alimentaires, ce malade est à peu près assuré de sa guérison.

Lorsque le phtisique ressent du dégoût pour les aliments, le résultat est plus long et plus difficile à atteindre. Il faut alors s'ingénier tout d'abord à trouver un ou deux aliments que le malade prenne volontiers, fût-ce en très petite quantité; en usant de patience, en s'aidant de la persuasion, on en fera augmenter peu à peu la dose. A mesure qu'il prendra plus de nourriture, il sentira s'accuser en lui le besoin de manger; la cure à l'air hâtera, de son côté, le retour de l'appétit. Si cet effet se fait attendre, on aura recours à la méthode du gavage, préconisée par M. Debove. C'est un excellent moyen, non seulement de suralimenter le malade, mais encore d'amorcer l'appétit. Il n'y a pas à craindre que le tube digestif se révolte sous l'influence de cette introduction forcée d'aliments. Il n'y a pas de relation entre les facultés digestives et l'appétit des phtisiques : qu'ils mangent de gré ou de force, ils digèrent parfaitement toutes les substances qu'ils ingèrent.

Les aliments ne doivent pas seulement être abondants, il convient qu'ils soient variés; car il faut éviter d'amener le dégoût par l'usage constant d'une seule et même substance; il faut aussi satisfaire à la nécessité, reconnue par tous les physiologistes, d'une alimentation mixte.

Aux substances azotées revient la première place dans l'alimentation des phtisiques : parmi elles, la préférence doit être accordée à la viande et aux œufs, qui, à volume égal, contiennent le plus d'azote. Les chairs de bœuf, de veau, de mouton, de porc, de volaille, de poisson, sont également bonnes. Leur mode de préparation est indifférent; il ne faut pas se croire obligé de s'en tenir aux viandes rôties ou grillées que certaines familles imposent, pendant de longs mois, à leurs malades. Pour faciliter la suralimentation, on a imaginé diverses préparations de viande offrant l'avantage d'être très nourrissantes sous un volume plus petit que la viande naturelle : telles sont la pulpe et la poudre de viande.

La *pulpe de viande* s'obtient en râclant de la chair musculaire avec un couteau; on sépare ainsi les parties nutritives des parties conjonctives, fibreuses et aponévrotiques. On peut ensuite piler cette pulpe dans un mortier, puis la tamiser. Plus elle est divisée finement, plus elle est digérée et assimilée aisément. Au début, il n'est pas rare que les malades éprouvent une certaine répugnance à prendre cette viande crue; ils s'y habituent rapidement. Il est bon, d'ailleurs, d'en masquer la couleur, l'odeur et la saveur par divers artifices : les uns la mélangent à des confitures, des œufs brouillés, des purées, du bouillon, du cognac; les autres la roulent en boulettes qu'ils saupoudrent de sucre et qu'ils avalent sans les mâcher. On commence par des doses minimes, de 40 à 60 grammes de pulpe, pour arriver le plus rapidement possible aux doses de 150 à 300 grammes par jour. Cette quantité sera prise en plusieurs fois et aux heures qui auront la préférence du malade.

Un certain nombre de phtisiques ont une aversion insurmontabble pour la viande crue : ils doivent alors recourir à la *poudre de viande*. Cette excellente préparation, imaginée par M. Debove (1), est encore plus avantageuse que la pulpe de viande, car elle représente quatre fois son poids de viande crue. Elle n'a pas l'inconvénient de donner le tænia, comme cette dernière. Pour l'obtenir, on dessèche à 65 degrés, puis on stérilise à 111 degrés de la chair musculaire, privée de graisse et de tendon. On vend, dans le commerce, diverses sortes de poudres de viande mélangées, au su ou parfois à l'insu de l'acheteur, de farine de lentille, de châtaigne, etc. Ces préparations n'ont naturellement pas la valeur nutritive de la poudre de viande naturelle, qui ne contient, à l'examen microscopique, que des fibres musculaires striées. Comme elle a toujours une odeur désagréable, quel qu'ait été le soin apporté à sa fabrication, il est bon de ne pas la soumettre de trop près à l'examen du malade. Le meilleur procédé pour l'administrer consiste à la délayer dans un peu d'eau, de façon à en faire une pâte épaisse; on y ajoute alors une certaine quantité de sucre en poudre, vanillé de préférence, et une ou deux cuillerées de punch au rhum; puis on mélange; en dernier lieu, on ajoute la quantité d'eau suffisante pour que le mélange puisse être facilement ingéré. De cette façon, on arrive à faire prendre à un tuberculeux de 100 à 200 grammes de poudre de viande par vingt-quatre heures en deux ou trois fois. En général, il n'est pas nécessaire de dépasser, sinon momentanément, la dose de 100 grammes par jour, quantité équivalant à 400 grammes de viande musculaire. Les moments de la journée que l'on doit préférer pour faire prendre cette poudre sont le matin, au réveil, et le soir, avant le sommeil. Par ce moyen, le malade n'est nullement gêné pour prendre dans la journée ses repas habituels; cette précaution est indispensable, car c'est à ces repas que seront ingérés, avec une ration normale de substances azotées, des graisses et des hydrocarbures, sans lesquelles l'alimentalion carnée

(1) Debove. Recherches sur l'alimentation artificielle, la suralimentation et l'emploi des poudres de viande, Société médicale des hôpitaux, 14 avril 1882.

ne produit pas ses bons effets, toute alimentation exclusive amenant le dépérissement de l'individu.

Loin de calmer l'appétit, comme on pourrait le supposer d'une substance aussi nourrissante, la poudre de viande a plutôt la propriété de l'exciter. Qu'elle soit ingérée spontanément ou qu'elle soit introduite dans l'estomac par la sonde, sous son influence les phtisiques anorexiques recouvrent souvent l'appétit et se remettent à manger. Inversement, certains malades, accoutumés à la poudre de viande, perdent l'appétit le jour où ils essaient d'en supprimer l'usage.

Les effets de la suralimentation carnée sont ordinairement rapides : le taux de l'urée s'élève promptement et l'amaigrissement cesse; puis le poids du corps augmente dans des proportions parfois surprenantes, les forces renaissent; les lésions ne font plus de progrès et commencent bientôt à se réparer.

Le jus de viande et le thé de bœuf sont peu nourrissants. Les extraits de viande sont de mauvaises préparations, susceptibles de provoquer des troubles digestifs et de la diarrhée. Les peptones sont loin d'avoir la valeur de la pulpe ou de la poudre de viande; on a même soutenu qu'elles ne sont pas assimilées par les phtisiques.

La graisse est, après la viande, l'aliment le plus nécessaire au tuberculeux; non seulement elle l'aide à réparer ses pertes en carbone et en corps gras, elle ralentit encore le mouvement de désassimilation des substances albuminoïdes. C'est ainsi que, dans certaines conditions, son absorption accroît le poids du corps dans une proportion qui dépasse celle de la graisse ingérée. Dans tous les cas, il a été établi, par MM. Debove et Flamant, que, lorsqu'on ajoute à la ration d'entretien d'un homme une certaine quantité de graisse, la presque totalité de la graisse donnée en supplément de la ration d'entretien s'emmagasine dans l'économie. Les graisses liquides étant les plus absorbables ont l'action la plus rapide. Aussi conçoit-on les bons effets de l'*huile de foie de morue*, employée dans le traitement de la tuberculose depuis un siècle. Cette huile ne doit pas être considérée comme un médicament; c'est un aliment dont la digestion et l'assimilation sont rendues faciles par les principes biliaires qu'il renferme. L'action des composés phosphorés et iodiques, ainsi que des alcaloïdes contenus dans cette huile, est incertaine; on leur accorde cependant la propriété d'exciter le système nerveux et d'augmenter l'appétit. L'huile jaune est préférable à l'huile blanche, qui ne renferme ni éléments biliaires, ni alcaloïdes. Elle doit être prescrite à la dose minima de quatre cuillerées à soupe par jour; certains malades en prennent, avec avantage, deux ou trois fois plus. Cette ration sera ingérée en une ou deux fois dans un verre, car les doses fractionnées sont souvent mal supportées et amènent plus aisément le dégoût. Pour éviter celui-ci, les malades usent de divers subterfuges qu'ils imaginent ordinairement eux-mêmes : lavage de la bouche, avant et après l'ingestion, avec du jus de citron, du cognac, de l'essence de menthe, de l'eau de laurier-cerise, etc. On peut aussi aromatiser l'huile elle-même avec de l'essence d'eucalyptus (6 grammes pour 1 litre). Aux malades qui éprouvent une répulsion insurmontable pour l'huile de foie de morue, on recommande le beurre, le lard, la cervelle, les jaunes d'œufs, le foie gras, les œufs et les laitances de poisson. La suralimentation par les graisses est particulièrement favorable aux tuberculeux diabétiques; elle trouve encore une indication toute spéciale chez les goutteux, à qui l'alimentation carnée est nuisible. Mais, pour être utiles, les graisses doivent être convenablement digérées; il faut donc en suspendre l'usage si elles provoquent de la diarrhée, et en diminuer les doses si l'examen des matières alvines y fait constater la présence d'un excès de matières grasses.

Les substances hydrocarbonées, telles que l'amidon et le sucre, renfermées dans les végétaux, tout en n'étant pas inutiles aux phtisiques, doivent occuper une place secondaire dans leur alimentation. Les légumes verts, et les fruits en particulier, contiennent très peu de substance assimilable eu égard à leur volume; les purées de haricots, de pois, de châtaignes, de pommes de terre, de lentilles, etc., prises en petite quantité, sont utiles pour varier l'alimentation; mais elles ne sont pas d'une digestion facile. Pour obvier à cet inconvénient, M. Debove a administré avec succès, à des phtisiques, de la fécule soluble préparée en chauffant de la fécule de pommes de terre à 180 degrés, pendant trois heures et demie.

Le *lait* renferme à la fois des substances azotées, des graisses et des matières hydrocarbonées; c'est un aliment complet auquel on doit réserver une place dans l'alimentation des phtisiques. On a vanté tour à tour le lait de chèvre, d'ânesse et même de femme; ces différents laits n'offrent pas d'avantage sur celui de vache. Le koumiss et le képhir, qui ne sont que des laits fermentés, sont des boissons agréables et nourrissantes, qui trouvent leur indication chez les tuberculeux dyspeptiques ou anorexiques.

Comme boisson, les phtisiques peuvent user indifféremment du vin ou de la bière. De petites doses d'*alcool* pris à la fin des repas ou mélangé aux aliments leur sont favorables. Comme la graisse, l'alcool diminuerait l'usure des matières albuminoïdes; il est donc surtout utile aux malades qui digèrent mal les corps gras. La glycérine, dont on a voulu à tort faire un succédané de l'huile de foie de morue, est un alcool polyatomique; comme l'alcool éthylique, elle s'administre aux doses de 30 à 50 grammes par jour, soit pure, soit mélangée à du vin blanc coupé d'eau gazeuse. Son action sur la nutrition se traduit par une augmentation de poids du corps (Bouchard).

Les cures de petit lait et celles de raisin, qui ont eu jadis une grande vogue, ont parfois un effet favorable qu'elles doivent aux conditions dans lesquelles elles s'exécutent : elles se font au grand air. Or, l'air pur est nécessaire au phtisique pour bien digérer et bien assimiler; l'aération est le complément indispensable de la suralimentation.

II

Cure a l'air. — Bien que l'influence favorable de l'air pur sur les phtisiques ait été reconnue de tout temps, c'est seulement de nos jours que, grâce aux travaux de H. Bennett et de Brehmer, l'aération continue a été érigée en une véritable méthode. Les règles de la cure à l'air doivent être formulées pour le jour et pour la nuit.

Pendant le jour, le malade doit vivre en plein air. Il partage l'emploi de son temps entre l'exercice et le repos : l'exercice, c'est-à-dire la promenade, ne lui prendra que de courts instants; nous reviendrons sur ce point. La presque totalité de la journée sera consacrée au repos. Dans de telles conditions, le séjour en plein air n'est possible qu'en prenant certaines précautions contre les intempéries, le froid,

le vent, la pluie, et contre le soleil lui-même. Le premier principe est le suivant : le malade restera étendu sur une chaise longue, l'expérience ayant démontré que, dans cette position, il observe mieux le repos qui lui est prescrit et supporte plus aisément les basses températures. Suivant le degré de la température extérieure, il se recouvre d'un châle ou s'enveloppe dans une ou deux couvertures : on lui met, au besoin, une boule d'eau chaude aux pieds. Pour parer à l'inconvénient du vent et pour abriter du soleil, diverses installations ont été imaginées. Un moyen assez simple consiste à introduire la chaise longue dans une guérite faite de bois ou mieux encore d'osier : on oriente convenablement cet abri suivant la direction du vent ou des rayons solaires. L'exposition directe au soleil est, en effet, nuisible au phtisique : une légère élévation de la température corporelle ou même de véritables poussées fébriles, en sont parfois la conséquence. Il n'y a cependant pas d'inconvénient à laisser le soleil réchauffer les pieds du malade, pourvu que la tête et la poitrine soient à l'ombre. La même installation, modifiée selon les circonstances, servira de moyen de protection contre la pluie. Dans les établissements spéciaux, ce rôle est rempli par des galeries ou des kiosques ouverts à l'air libre.

Le soir venu, le malade rentre dans sa chambre au moment du coucher du soleil, pour n'en sortir que le lendemain matin. L'aération de la chambre à coucher, qui doit être pratiquée pendant toute la journée en maintenant la fenêtre ouverte, peut être obtenue pendant la nuit par divers artifices (vasistas, vitres perforées, etc.). Le moyen le plus commode, et qui donne les meilleurs résultats, consiste à laisser la fenêtre ouverte comme pendant le jour ; un paravent sera placé entre le lit et la croisée, ou bien encore un store ou des jalousies seront abaissés devant la fenêtre pour s'opposer à l'entrée du vent et au refroidissement de la chambre par rayonnement. Dans une chambre ainsi ventilée, la température ne descend guère que de 1 ou de 2 degrés plus bas que dans une chambre close ; en outre, les variations de la température extérieure ne s'y font sentir que faiblement : à de grandes oscillations de la colonne thermométrique au dehors ne correspondent que de faibles variations de la température intérieure. Ainsi, pendant un de ces derniers hivers, nous avons constaté que, dans la chambre sans feu de phtisiques, traités par l'aération continue (1), la température ne s'abaissait pas au-dessous de + 5 degrés, alors qu'au dehors le thermomètre descendait à — 7 degrés. Pourvu qu'on les couvre autant qu'il est nécessaire, suivant la saison, les malades s'accoutument à cette aération nocturne. Il convient, cependant, de les entraîner progressivement en ouvrant d'abord la fenêtre de la chambre voisine, puis en ne faisant qu'entr'ouvrir celle de leur propre chambre, en augmentant enfin peu à peu la largeur de l'ouverture.

Le traitement ainsi institué peut et doit être continué d'un bout de l'année à l'autre, en hiver aussi bien et même mieux qu'en été ; car il est à remarquer que les malades soumis à l'aération supportent mieux le grand froid, dont ils peuvent se protéger, que les grandes chaleurs, qui sont pour eux la source de malaises et parfois d'accidents dyspnéiques ou syncopaux.

L'effet de la vie au grand air est à la fois matériel et moral. L'appétit se réveille et les digestions se font mieux : c'est le phénomène capital. Chacun sait que l'air, surtout quand il est frais et pur, est le meilleur des apéritifs. L'oppression se calme, le sommeil revient, la fièvre et les sueurs disparaissent peu à peu ; avec l'appétit renaissent les forces qui permettent de petites promenades. Baigné d'air et de lumière, livré au spectacle du mouvement et de la vie qui emplissent la nature, le tuberculeux se sent renaître et reprend goût à l'existence. Accoutumé aux intempéries, qui provoquent des accidents si redoutables chez les tuberculeux confinés dans des chambres surchauffées, il est insensible à l'action des refroidissements ; même quand il respire un air glacial, il ne contracte ni bronchite, ni laryngite, ni congestion pulmonaire, ni pleurésie.

Cette méthode est applicable à tous les phtisiques indistinctement ; la fièvre n'est nullement une contre-indication ; l'aération a fourni des résultats inespérés dans des cas à allure très rapide ou même à forme typhoïde. Combinée à la suralimentation, elle donne de brillants succès dans la convalescence des poussées tuberculeuses aiguës.

Le mode d'action de la cure à l'air est complexe ; il paraît être double. L'aération a un rôle actif : elle favorise la nutrition et fait vivre avec plus d'intensité. L'air et la lumière sont aussi indispensables aux animaux qu'aux végétaux ; les déplorables effets sur les uns et sur les autres de la vie dans des espaces clos ou obscurs en sont la preuve. Ils cessent de languir dès qu'ils sont rendus à l'air et au soleil. Mais l'aération possède aussi un rôle passif ; elle soustrait l'individu à l'influence nuisible de l'air confiné, qui est un air empoisonné. On connaît les expériences par lesquelles MM. Brown-Séquard et d'Arsonval ont montré que les propriétés nocives de l'air déjà respiré sont dues, non pas au manque d'oxygène, ni à l'excès d'acide carbonique, mais aux vapeurs organiques exhalées à chaque expiration. Ces matières toxiques, rejetées par notre poumon, y font fatalement retour, quand nous respirons dans une chambre dont l'air n'est pas renouvelé. Elles produisent alors en nous des phénomènes d'intoxication, comme en produirait l'absorption des poisons qu'éliminent nos reins ou notre peau.

III

Repos. — Il faut exiger des phtisiques un repos à la fois moral et physique. Dès que le tuberculeux est éclairé sur la nature de son mal — et il y a intérêt à ce qu'il le soit de bonne heure, s'il n'est pas pusillanime — il doit quitter ses occupations, ses fatigues et ses plaisirs pour aller se reposer au grand air : la vie est à ce prix. Il doit marcher peu, se reposer dans ses promenades avant de sentir la fatigue, se coucher de bonne heure, parler le moins possible, surtout en marchant. Une promenade d'une heure le matin et de deux heures dans l'après-midi est suffisante pour un phtisique qui n'a pas de fièvre. Le tuberculeux fébrile doit rester sur sa chaise longue à peu près toute la journée : une promenade matinale d'une demi-heure ou d'une heure peut faire monter sa température du soir d'un demi ou même d'un degré. Tout travail préoccupant sera laissé de côté ; il doit vivre d'une vie pour ainsi dire végétative. Ses moyens de distraction ne doivent fatiguer ni son esprit, ni son corps : il les trouvera dans la lecture, la musique, la peinture, le dessin, etc. Plus de dîners en ville, de soirées, de séances de théâtre ou de casino. Les rap-

(1) Courtois-Suffit et Boulay. Traitement de la tuberculose par l'aération continue, *Gaz. des hôpit.*, 24 mai 1890.

prochements sexuels devront être sinon interdits, du moins très espacés. Les femmes phtisiques, en particulier, doivent s'en abstenir, car si les grossesses ne semblent pas les fatiguer, après l'accouchement, la maladie précipite sa marche. L'allaitement doit leur être interdit comme une cause d'affaiblissement : leur lait peut d'ailleurs transmettre la tuberculose à l'enfant.

IV

Moyens accessoires. — Lorsqu'un phtisique a réglé son existence d'après les principes qui viennent d'être exposés, lorsqu'il se repose, respire et mange, il met en œuvre les moyens fondamentaux que l'hygiène thérapeutique met à sa disposition. Il lui convient cependant de ne négliger aucun des soins dont peut bénéficier sa santé.

Le bon état des fonctions de la peau n'étant pas indifférent à la nutrition générale, il est bon de les entretenir et de les exciter par des *frictions* faites chaque soir sur tout le corps avec de l'eau de Cologne ou de l'essence de térébenthine. Les frictions doivent être exécutées rapidement, en quelques minutes. Les *lotions froides*, pratiquées avec de l'eau salée ou vinaigrée, seront conseillées aux phtisiques atones et à ceux qui ont une légère fièvre vespérale. Après chaque lotion, on frictionne vigoureusement le malade et on l'enveloppe dans une couverture de laine où il reste pendant un quart d'heure. La *gymnastique respiratoire* produit de bons effets chez les phtisiques en voie de guérison ou dont les lésions sont cicatrisées; elle est particulièrement favorable à ceux dont la poitrine est étroite et le sternum proéminent. Elle consiste à effectuer trois ou quatre fois par heure quelques inspirations et expirations profondes par le nez; on peut y joindre des mouvements des bras que l'on élève au-dessus de la tête et que l'on abaisse alternativement.

Les vêtements doivent être amples, de façon à ne pas gêner les mouvements du thorax, suffisamment épais en hiver pour être chauds sans être lourds, plus minces en été sans cependant être trop légers. L'usage des gilets et caleçons de flanelle est surtout recommandable aux malades qui transpirent aisément, parce que l'évaporation de la sueur dans les tissus de laine se fait beaucoup plus lentement que dans les autres tissus. Les extrémités du corps se refroidissent facilement chez les tuberculeux : leur tête devra être constamment couverte pendant la cure à l'air; ils porteront des bas de laine recouverts ou non de bas de soie. Les foulards placés autour du cou ont pour avantage de fermer l'interstice qui existe entre le col de la chemise ou du vêtement et la peau; ils empêchent ainsi l'accès de l'air froid vers les téguments de la partie supérieure de la poitrine. L'usage du cache-nez est détestable, puisqu'il s'oppose au passage de l'air à la fois par la bouche et par le nez.

La température de la chambre d'un phtisique ne doit pas dépasser 15 à 16 degrés en hiver; elle peut s'abaisser sans inconvénient jusqu'à 8 degrés. Grâce à cette précaution, tout danger de refroidissement en sortant est écarté. Le feu de cheminée est le meilleur mode de chauffage, car il assure le renouvellement constant de l'air dans la pièce. Les poêles, les calorifères ou les cheminées à gaz ont le défaut de dessécher l'air qu'ils échauffent; cet effet est détestable pour les tuberculeux; sous son influence, ils sont pris de dyspnée, ne peuvent plus cracher et ont de la fièvre. L'oppression ne cesse que si l'on rend à l'air l'humidité qui lui manque, en faisant évaporer de l'eau chaude dans la pièce.

Outre ces soins concernant sa propre santé, il en est d'autres que le phtisique doit prendre, moins pour lui-même que pour éviter de contagionner son entourage. Sans aborder ici le chapitre de la prophylaxie, nous rappellerons que la tuberculose est rarement héréditaire, qu'elle résulte habituellement d'une contagion, et que c'est surtout par les voies aériennes et digestives que le bacille s'introduit dans l'organisme. Lorsque la tuberculose est transmise d'homme à homme, c'est presque toujours l'expectoration qui est l'agent de la contagion. C'est elle qui fait le principal danger pour l'entourage du phtisique. La transmission par les crachats n'est pas moins redoutable, quand ils sont secs que lorsqu'ils sont encore humides; réduits en poussière, ils se disséminent plus aisément, tout en restant aussi virulents. Il faut donc enseigner au malade à ne pas répandre ses crachats. Il ne doit jamais cracher par terre ni dans des linges. Chez lui, il fera usage d'un crachoir à demi rempli d'eau ou mieux d'une solution de sublimé; ce récipient sera muni d'un couvercle, pour éviter que les mouches ne s'y introduisent, car d'après les recherches de MM. Spillmann et Haushalter, ces insectes, après s'être repus dans des crachats tuberculeux, répandent çà et là, dans l'appartement, des excréments remplis de bacilles. Au dehors, le tuberculeux crachera dans un flacon à large goulot, muni d'une fermeture métallique. Crachoir et flacon seront vidés dans les cabinets d'aisance, où les microbes de la putréfaction détruiront les bacilles tuberculeux; puis on les fera séjourner pendant dix minutes dans une marmite contenant de l'eau bouillante et réservée à cet usage.

La bouche, les lèvres, la barbe qui entoure l'orifice buccal, sont constamment souillées par les produits de l'expectoration; le malade devra procéder plusieurs fois par jour à leur nettoyage avec une solution boriquée ou légèrement phéniquée. Tous les objets qu'il porte à sa bouche, ustensiles de toilette ou de table, verres, cuillers, fourchettes, etc., seront passés à l'eau bouillante chaque fois qu'il s'en sera servi, et seront, si possible, réservés à son usage personnel. La chambre qu'il occupe sera balayée et nettoyée chaque jour avec soin; il y a avantage à supprimer rideaux et tapis. Il convient d'y laisser pénétrer non seulement l'air, mais aussi le soleil, car la lumière jointe à l'oxygène est un agent actif de destruction des microbes. Ces divers soins, utiles surtout aux personnes qui l'approchent, profitent cependant au malade, car l'absorption de nouveaux microbes ne peut lui être que préjudiciable. Le phtisique a intérêt à prendre des mesures préventives contre lui-même : ici comme ailleurs, l'hygiène curative et l'hygiène prophylactique de la tuberculose se confondent.

V

Climatologie. — Une dernière question reste à résoudre. Où le phtisique doit-il mettre en pratique les règles de l'hygiène thérapeutique? On peut répondre : partout où il y a un air pur et, autant que possible, dans sa famille, parce que c'est là qu'il trouve ordinairement les conditions matérielles les meilleures. La cure à l'air peut être faite sous les climats froids, dans les grandes villes ou mieux dans leurs environs. Il faut cependant convenir qu'elle est plus facile

à appliquer dans les climats tempérés et dans les régions ensoleillées qui ont, l'hiver, un si grand attrait pour les malades. Mais on doit savoir qu'il n'y a pas de climat curateur, pas de station possédant et conférant l'immunité contre la phtisie; ni l'air, ni le sol des localités de choix n'a d'action spécifique sur la tuberculose. Les climats les plus différents ont été vantés tour à tour. Si certaines stations sont plus favorables que d'autres, c'est qu'elles se prêtent mieux à la vie en plein air qu'on exige des tuberculeux. Il est certain, en effet, que les résidences froides et humides, celles où l'air est constamment agité par des vents intenses, où des brouillards épais arrêtent les rayons calorifiques et chimiques du spectre, ne peuvent être que préjudiciables aux phtisiques. D'autre part, dans les climats chauds, l'insomnie, les transpirations abondantes et surtout la perte de l'appétit, précipitent la marche de la tuberculose.

Les résidences de choix pour les phtisiques sont celles où la température, la pression, l'humidité ont un degré moyen et surtout ne subissent pas de variations brusques et considérables. Or, il n'en existe pas qui possède ces avantages d'un bout de l'année à l'autre. Aussi a-t-on voulu créer des stations pour chaque saison. En réalité, il n'existe pas de bonnes résidences de printemps, et celles d'automne sont rares. D'ailleurs, il y a avantage à déplacer le moins souvent possible les phtisiques. Il suffit donc de distinguer des stations d'hiver et des stations d'été; les malades se transporteront directement des premières dans les secondes.

Parmi les stations d'hiver, celles du Midi de la France, entre Hyères et Menton, auront la préférence : tout en possédant les qualités qu'on a vantées dans certaines stations de l'étranger, elles ont l'avantage d'être moins éloignées. Pendant l'été, les tuberculeux doivent rechercher le voisinage des bois percés de routes et de sentiers, les localités où la chaleur est tempérée. C'est le moment d'émigrer vers les montagnes, les Pyrénées, le Dauphiné, l'Auvergne.

Certaines stations d'altitude, parmi lesquelles Davos est la plus connue, ont été vantées à la fois comme séjour d'été et séjour d'hiver, parce qu'on avait cru reconnaître aux climats de montagnes une influence particulièrement favorable aux phtisiques. La diminution de la pression atmosphérique a, en effet, pour résultat de provoquer la gymnastique respiratoire et d'augmenter le nombre des globules rouges du sang; mais en réalité, ces climats n'ont, pas plus que les autres, d'action spécifique. La même restriction s'applique à l'air marin et aux voyages en mer, jadis préconisés.

Nous ne pouvons nous étendre sur les propriétés particulières dont seraient doués les différentes stations et les différents climats. On les a divisés en plusieurs catégories correspondant aux diverses formes de la phtisie. Ces divisions sont, d'après M. Daremberg, purement arbitraires, parce que la tuberculose pulmonaire n'a pas de forme immuable. On doit seulement reconnaître que, s'il y a des phtisiques qui se trouvent bien partout, d'autres ne sont bien nulle part; il y en a, enfin, qui s'accommodent d'un climat moyennement bon : ce sont les plus nombreux. Quelle que soit la localité choisie, le malade doit être pénétré de cette idée qu'il doit s'y soigner aussi fidèlement que s'il était resté chez lui. Certains malades se croyant en effet à l'abri de tout danger, dès qu'ils sont baignés par l'air ensoleillé du Midi ou qu'ils respirent l'air vivifiant des montagnes, se relâchent de leur sollicitude vis-à-vis d'eux-mêmes : c'est là le secret de bien des aggravations.

Aussi ne peut-on qu'approuver la création d'établissements fermés où les phtisiques ont toutes les facilités de suivre le traitement hygiénique, sous la surveillance des médecins. Dans ces sanatoria, la vie du malade est réglée d'une façon précise; rien n'est laissé à son initiative; il n'a qu'à se laisser conduire; il est garanti à la fois contre son inexpérience et celle de son entourage. Un certain nombre d'établissements de ce genre fonctionnent à l'étranger depuis plusieurs années. En France, M. Sabourin en dirige un au Canigou, près de Vernet (Pyrénées-Orientales). Les résultats obtenus dans ces établissements sont des plus encourageants. Si jamais on crée en France des hôpitaux spéciaux pour les phtisiques indigents, c'est sur leur modèle qu'il faudra les construire.

VI

Direction générale et résultats du traitement. — Le traitement hygiénique de la phtisie est long, souvent ennuyeux et parfois difficile. Il n'est jamais décourageant, si l'on est pénétré de cette idée que seul il est efficace. Il exige de la part du malade, aussi bien que de celle du médecin, beaucoup de patience et non moins de volonté. Ces qualités se trouvent d'emblée chez quelques phtisiques qui font preuve spontanément d'une grande énergie. Elles font défaut chez d'autres, plus pusillanimes; c'est alors au médecin à leur faire partager, dès le début, sa confiance dans le traitement qu'il institue et à les convaincre de la persévérance avec laquelle ils doivent le suivre. Le médecin doit d'ailleurs diriger, pendant tout le cours du traitement, l'état moral de son malade; il doit relever son courage abattu au moment des poussées nouvelles ou des divers accidents qui peuvent survenir; il doit le rappeler à la réalité dans les périodes d'amélioration où le phtisique est toujours porté à se considérer comme déjà guéri.

La méthode doit être appliquée sans interruption, sauf complication ou apparition d'une poussée aiguë. Lorsqu'un tuberculeux a une poussée congestive et une grande fièvre, il doit être soigné comme s'il était atteint d'une affection aiguë. Il doit garder la chambre et cesser de se suralimenter. Du lait, des œufs, des gelées, des purées de viande constitueront les éléments de son alimentation. En aucun cas, il ne voyagera ni ne se déplacera pendant la durée de cette poussée. Mais, dès le début de la convalescence, il reprendra la vie à l'air et la suralimentation.

Il importe de commencer le traitement le plus tôt et de le cesser le plus tard possible. Sans insister sur la nécessité d'un diagnostic précoce, nous devons mettre en garde contre l'abandon trop hâtif du traitement. Il arrive, en effet, qu'au bout de quelques mois le phtisique, se sentant considérablement amélioré, tende à négliger les soins prescrits, parce qu'il les considère comme devenus inutiles. Le médecin, instruit par l'expérience, ne doit pas partager ces illusions; son devoir est de prévenir le malade de la possibilité d'un retour offensif des bacilles. Il convient, en effet, de faire une distinction, dans les cas à évolution favorable, entre la guérison *apparente* et la guérison *réelle*. Lorsqu'un malade a engraissé, repris ses forces, cessé presque complètement de cracher et de tousser, quand simultanément les signes physiques se sont réduits au minimum, résultat qui peut être obtenu dans l'espace relativement court d'un ou de deux ans, il peut sembler guéri; mais l'expérience montre qu'une amé-

lioration si rapidement obtenue n'est pas toujours durable, le phtisique reste sujet à de nouvelles poussées tuberculeuses. Aussi doit-il continuer à mener une vie méthodique et à se suralimenter pendant plusieurs années; il ne reprendra ses occupations que progressivement et les cessera à la première alerte. On ne saurait considérer comme absolument guéri que les malades dont la guérison apparente s'est maintenue sans accident pendant au moins cinq à six ans. C'est à ce moment seulement qu'un phtisique célibataire pourra songer au mariage. Mais qu'il soit marié ou non, un tel malade n'oubliera jamais qu'il est un phtisique guéri, c'est-à-dire que sa vie doit être calme et tranquille, exempte de grandes fatigues et de grands soucis; car il ignore si quelques bacilles, restés dans un coin de son poumon, ne guettent pas la moindre défaillance de son organisme. Qui sait si les bacilles tuberculeux, ou peut-être leurs spores, ne conservent pas indéfiniment dans les poumons une vitalité latente, à la façon des grains de blé qui, dans certaines conditions, gardent pendant des siècles leurs vertus germinatives?

Les résultats du traitement par l'hygiène modifient un peu le pronostic si sombre de la phtisie. On peut poser en règle que tout tuberculeux, au début, n'ayant que peu ou pas de fièvre, guérit s'il se soumet à la suralimentation et à l'aération méthodiques. Parmi les phtisiques fébricitants, il faut établir une distinction. Chez les uns, la fièvre et les poussées tuberculeuses subissent parallèlement des temps d'arrêt, dont on profite pour suralimenter le malade, relever ses forces et mettre ainsi une barrière à l'invasion bacillaire : chez de tels malades le succès est parfois inespéré. Lorsque la fièvre est continue ou presque continue, lorsque la maladie marche sans interruption, il n'y a plus guère à compter sur la méthode, sans doute parce qu'il existe une trop grande disproportion entre la rapidité d'évolution des lésions et la lenteur d'action du traitement. Ainsi la marche de la tuberculose a une valeur pronostique plus grande que le degré des lésions. Les chances de succès sont d'ailleurs d'autant plus sérieuses que celles-ci sont plus circonscrites.

On voit que, malgré ses avantages, le traitement hygiénique de la phtisie n'est malheureusement pas un traitement idéal. Il y a d'ailleurs un gros reproche à lui faire : il n'est pas à la portée de la majorité des phtisiques; c'est un traitement de gens aisés ou riches.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 novembre 1892. — Présidence de M. CHAUVEL.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES GRANDES NÉVRALGIES PELVIENNES

M. RICHELOT répond aux différents argumentateurs qui ont pris la parole dans cette discussion. M. Pozzi lui a reproché son expression de « grandes névralgies pelviennes ». En employant cette expression, M. Richelot n'a eu nullement l'intention de faire un néologisme et il ne croit pas qu'on puisse la trouver exagérée. Par grandes névralgies pelviennes, en effet, il entend ces névralgies atroces qui rendent la vie insupportable et qui, selon lui, méritent bien véritablement l'épithète de grandes. Quant aux causes multiples auxquelles peuvent être dues ces névralgies et sur lesquelles M. Pozzi a justement insisté, M. Richelot est, en cela, d'accord avec lui. Malheureusement ces causes nous sont encore bien souvent inconnues.

M. Verneuil a demandé que M. Richelot spécifiât bien exactement ce qu'il entendait par ces expressions : « Après avoir épuisé toutes les ressources d'une thérapeutique éclairée. » Il est bien entendu, ainsi qu'il l'a formellement déclaré, que M. Richelot n'est jamais intervenu chez ces malades qu'après que tous les moyens médicaux connus avaient été longtemps employés chez elles sans succès. Toutes les malades qu'il a opérées avaient été saturées de bromure de potassium, de sulfate de quinine, d'antipyrine, etc.; l'électricité, les eaux salines, l'hydrothérapie, le massage, etc., avaient été essayés chez beaucoup d'entre elles, et c'est après avoir bien constaté l'inefficacité de ces différents moyens qu'il s'est décidé à intervenir chirurgicalement.

M. Quénu prétend que, chez la plupart de ces malades, il s'agit d'hystérie et que jamais l'hystérie n'est justiciable d'une intervention opératoire quelconque. Il n'est pas exact de dire, répond à cela M. Richelot, que les opérations échouent toujours chez les hystériques. MM. Lucas-Championnière, Terrier, et M. Richelot lui-même ont publié des exemples qui ne peuvent laisser aucun doute à cet égard. En outre, il n'est pas exact de dire que les névralgies pelviennes sont toujours d'origine hystérique; il en est de ces névralgies comme de la migraine, comme de la sciatique, comme de la névralgie intercostale, comme de toutes les névralgies, en un mot, qui peuvent être dues au rhumatisme ou à toute autre cause que l'hystérie. M. Quénu ajoute que les résultats de l'opération, chez ces malades, sont très variables. C'est également ce que pense et ce qu'a dit M. Richelot.

Dans son argumentation, M. Terrier a insisté sur l'insuffisance de nos connaissances anatomo-pathologiques, relativement aux causes multiples et variables de ces grandes névralgies pelviennes. D'accord, mais s'il est démontré que la castration, ovarienne ou utérine, suivant les cas, guérit, dans certains cas, ces névralgies si terribles, faut-il attendre, pour la pratiquer, de savoir exactement ce qu'il en est de leurs causes anatomiques? Que l'on travaille dans ce sens, que l'on multiplie les recherches histologiques, rien de mieux, mais, en attendant, ne devons-nous pas mettre tout en œuvre pour guérir ou soulager ces malades? En outre, M. Terrier n'a parlé que des résultats de la castration ovarienne. Il faut aussi tenir compte de ceux de la castration utérine. Chacune de ces opérations a ses indications, qu'il s'agit de délimiter aussi nettement que possible.

M. POZZI fait observer que le terme de grandes névralgies pelviennes répond à plusieurs états morbides différents; il ne s'agit pas là d'une entité morbide définie; les phénomènes varient avec chaque sujet. C'est à ce point de vue que M. Pozzi s'est placé quand il a caractérisé cette expression de néologisme fâcheux. Ce mot, en effet, de grandes névralgies pelviennes, semble fait pour excuser les interventions peut-être exagérées dans certains cas. C'est donc là un terme vague au point de vue des indications opératoires; il n'y a pas là de type pathologique pouvant nettement guider l'opérateur dans son action. Il faut, pour opérer, une lésion anatomique, si petite soit-elle, que cette lésion siège sur l'ovaire, sur la trompe, sur le ligament large ou sur l'utérus. Donc, en présence d'une petite lésion et d'une grande douleur, il faut opérer; en présence de troubles fonctionnels intenses, d'une grande dysménorrhée, il faut aussi opérer. Mais la douleur seule, sans lésion et sans troubles fonctionnels, n'est pas une indication suffisante.

Au point de vue du choix à faire entre la castration ovarienne et la castration utérine, M. Pozzi est d'accord avec M. Richelot. Lorsqu'il s'agit d'une dysménorrhée intense, d'origine réflexe, il vaut mieux enlever tous les organes génitaux. En un mot, l'opération de Battey et l'opération de Péan ont chacune leurs indications.

M. TERRIER constate que l'on est encore bien peu éclairé sur les véritables caractères des lésions déterminant ces grandes névralgies pelviennes. Il faut tenir compte des névrites ascendantes. Il y a bien des cas où ce peut être dans ces névrites ascendantes, qu'il faut chercher l'origine de ces douleurs. Dans ces cas, il y a tout lieu de penser que l'opération ne peut amener

qu'une amélioration momentanée. Il se passe là ce qui se passe quand on fait des opérations pour guérir une névralgie faciale, par exemple.

M. SCHWARTZ a eu l'occasion d'opérer un certain nombre de malades analogues à celles dont a parlé M. Richelot. Il a presque toujours constaté des lésions; celles-ci, le plus souvent, étaient très minimes. Dans cet ordre d'idées l'histologie a fort à faire. Dans bien des cas aussi il s'agit de névrites ascendantes. M. Schwartz a opéré 6 malades; 4 ont subi la laparotomie, 2 l'hystérectomie vaginale. Sur les 4 laparotomies, il compte 3 succès. Dans le quatrième cas, il a eu un insuccès complet, bien qu'il ait enlevé les deux trompes et les deux ovaires très malades. Dans les trois autres cas, les malades souffraient beaucoup; il s'agissait, soit de troubles dysménorrhéiques, soit d'ovaires à petits kystes; dans un cas, c'était l'ovaire le moins altéré qui était, de beaucoup, le plus douloureux; aucune de ces malades n'était hystérique. M. Schwartz estime qu'il faut intervenir le moins possible chez les hystériques.

M. Schwartz a fait deux hystérectomies secondaires chez deux malades antérieurement laparotomisées sans succès. Chez ces deux malades, les résultats fournis par l'hystérectomie ont été complètement satisfaisants.

Dans un septième cas, M. Schwartz a pratiqué une hystérectomie totale d'emblée; il s'agissait d'un utérus petit, contenant un corps fibreux au niveau de son fond. Cette malade a également parfaitement guéri.

M. Schwartz partage, en somme, l'avis de M. Richelot sur l'utilité de l'intervention chirurgicale chez ces malades souffrant horriblement, sans lésions appréciables cliniquement. Il fait seulement quelques réserves concernant les hystériques.

M. RICHELOT n'a pas eu l'intention de créer un néologisme en employant l'expression de grandes névralgies pelviennes. Il est d'accord avec M. Pozzi quand il dit qu'en présence d'une lésion, si petite soit-elle, accompagnée de grandes douleurs, il faut opérer. De même pour les troubles fonctionnels intenses, pour la dysménorrhée.

A M. Terrier, M. Richelot répond qu'en effet il faut travailler la question et tâcher de mieux connaître ces lésions ou ces névrites; mais il faut bien reconnaître que ces petites lésions n'ont réellement pas beaucoup d'importance, au point de vue de l'intervention ou de la détermination chirurgicale. Enfin, M. Richelot se trouve d'accord avec M. Schwartz, sur les indications bien tranchées de la laparotomie et de l'hystérectomie.

COMMUNICATION

Exostose ostéogénique de la première côte comprimant le plexus brachial et déterminant des douleurs intenses. — **M. VERNEUIL** fait une communication sur ce sujet.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de thérapeutique : les médications (1)
par M. le professeur G. HAYEM.

Ce volume est le dernier de cette série : il renferme les leçons de M. Hayem sur la médication antidyspeptique, la médication antidyspnéique, la médication de la toux, la médication expectorante, la médication de l'albuminurie, de l'urémie et la médication antisudorale.

Sur 783 pages, 644 sont consacrées à la dyspepsie; on sait, du reste, que, depuis plusieurs années, M. Hayem s'est adonné, d'une façon particulière, à l'étude des maladies de l'estomac. Son chef de laboratoire, M. Winter, est l'auteur d'un procédé chimique d'analyse du suc gastrique très supérieur à ceux qui étaient couramment usités auparavant et qui sont encore le plus communément employés à l'étranger. Grâce à cette ingénieuse méthode, on peut doser, dans le suc gastrique, non seulement l'acide chlorhydrique libre, mais aussi l'acide chlorhydrique en combinaison avec les substances d'origine azotée, l'acide chlorhydrique en combinaison avec les substances de nature ou d'origine albuminoïde. Cette méthode a donc permis de retrouver tout l'acide chlorhydrique de l'estomac, qu'il ait été ou non utilisé : ce point est capital.

MM. Hayem et Winter pensent — à tort à notre avis — que l'acide chlorhydrique n'est pas sécrété en nature par la muqueuse stomacale, que la sécrétion de cette muqueuse se fait sous forme de chlorure de sodium, d'où dérive secondairement l'acide chlorhydrique sous l'influence d'une action inconnue, peut-être d'une sorte de fermentation dont le ferment est peut-être fourni par la muqueuse elle-même. MM. Hayem et Winter en arrivent donc à admettre comme nous que la richesse du suc gastrique en acide chlorhydrique libre et combiné mesure le fonctionnement de l'appareil glandulaire et fournit, par conséquent, des renseignements précieux sur l'état physiologique et même anatomique de la muqueuse. C'est là le point le plus important pour la pratique. L'excès d'acide chlorhydrique indiquera donc une excitabilité exagérée de l'appareil sécréteur de l'estomac. La diminution ou la disparition de cet acide traduiront, au contraire, soit une atonie sécrétoire, soit l'existence d'une gastrite destructive. De là, des indications thérapeutiques et diététiques d'une grande valeur.

Nous n'insisterons pas sur les divers points de théorie qui nous séparent de M. Hayem lorsqu'il s'agit de l'interprétation des faits. Ces discordances tiennent surtout à ce que M. Hayem oublie volontiers que, par son procédé, il ne mesure pas la quantité réelle, absolue d'acide chlorhydrique sécrété et employé, mais seulement sa proportion relative; à ce que, d'un autre côté, il donne une place trop grande aux actes chimiques et pas assez grande aux actes moteurs, ou mieux nervo-moteurs.

L'élément morbide auquel il tend à donner la priorité et l'importance primordiale, c'est évidemment la gastrite; il laisse au contraire la névropathie au second plan et il tend à faire, dans la majorité des cas, des phénomènes névropathiques, la conséquence secondaire de la gastrite. Il en résulte qu'il donne la première place au traitement local, à l'indication fournie par la chimie, à la gastrite qu'il suppose à peu près toujours derrière un chimisme vicié. Il n'attribue pas, à notre sens, une signification suffisante à la névropathie générale; et, cependant, il suffit d'observer, d'interroger les malades pour reconnaître que souvent la cause de la dyspepsie réside dans la tendance congénitale ou nervosisme; que souvent des chagrins, des émotions vives, des traumatismes brusques, ont provoqué l'apparition soit de la seule dyspepsie, soit à la fois et parallèlement de la dyspepsie et de la névropathie, de la neurasthénie le plus souvent.

Une dernière critique générale : nous pensons que M. Hayem multiplie à tort les formes de la dyspepsie. Il en arrive, en somme, à reconnaître autant de formes cliniques qu'il constate de variétés chimiques; mais, en procédant ainsi, il donne bien plus l'énumération de faits chimiques sans utilité pratique que de formes cliniques de signification nette en pronostic et en thérapeutique. Il attribue une signification excessive à des quantités chimiques minimes et sans doute négligeables.

Après ces réserves successives, il convient de dire de l'œuvre de M. Hayem tout le bien que nous en pensons. Il a observé dans le domaine de l'estomac, avec ses qualités habituelles d'exactitude; les faits qu'il consigne dans ses leçons peuvent être considérés comme acquis. On peut les interpréter d'une façon différente, on peut en transposer la gamme — ce que nous faisons, pour notre compte — on ne peut en contester ni l'exactitude, ni l'intérêt.

Nous regrettons vivement de voir beaucoup de médecins effrayés par les formules, les notations d'aspect algébrique, par lesquelles M. Hayem représente le chimisme stomacal à l'état de

(1) Quatrième et dernière série. Prix : 12 francs. — Paris, G. Masson.

santé ou de maladie. Il est cependant très facile de saisir la clef de ces notations qui sont d'un usage très commode. Il ne faut pas qu'elles empêchent les praticiens de lire les leçons de M. Hayem; ces leçons représentent, en effet, ce qu'on a fait depuis longtemps de plus original sur la dyspepsie.

M. Hayem et ses collaborateurs ont commencé à étudier, par le procédé Winter, l'effet sur l'estomac des principales substances alimentaires et des principales médications. Ils ont pu déterminer déjà l'influence excitante de certains aliments et de certains médicaments, l'influence calmante de quelques autres. Ils ont fourni des données nouvelles sur le lait, le képhir, le sel marin, la viande, le bicarbonate de soude, les amers, etc. Il y a là des renseignements utilisables pour tous, même pour ceux qui font les réserves que nous avons faites plus haut — et même quelques autres.

En pratique, en transposant, on peut utiliser beaucoup des données recueillies par M. Hayem. C'est ainsi, par exemple, que, sans admettre partout la gastrite, comme il le fait, il faut toujours la redouter et faire son possible pour qu'elle ne vienne pas compliquer et terminer la névrose primitive. Cette gastrite est à craindre surtout chez les hyperchlorhydriques, et l'on peut chez eux mettre à profit les expériences de M. Hayem, de façon à leur éviter une irritation inutile.

Chez les hypochlorhydriques la situation est moins nette, et si la gastrite est un aboutissant possible, le véritable ennemi, c'est l'atonie motrice. C'est un élément dont M. Hayem ne tient pas suffisamment compte, pas plus que du nervosisme général, parce qu'il ne peut se résigner à donner dans des cas nombreux le second rang à la viciation du chimisme. C'est de ce chimisme vicié, presque exclusivement, qu'il fait au contraire dériver toutes les indications thérapeutiques.

Dans l'hypochlorhydrie, le phénomène principal dans les cas graves, c'est la stase et la tendance à l'hyperacidité par fermentations anormales ou excessives. Bien que la façon dont M. Hayem estime la richesse du suc gastrique en acides organiques soit loin d'être irréprochable, on trouvera dans ses leçons des indications intéressantes sur sa façon de combattre ces fermentations, sur la façon dont il juge la médication et les médicaments antiseptiques de l'estomac.

Nous avons dû, dans cette analyse, nous en tenir à des termes généraux, et, nous nous demandons, au moment de mettre le point final, si la critique n'a pas tenu dans notre appréciation une part qui paraîtra trop prédominante. C'est que, espérant que nous pourrions contribuer en quelque chose à faire connaître aux médecins, et pour leur plus grand avantage, les leçons de M. Hayem, nous avons eu le souci de leur donner le moyen d'utiliser, dans une très large mesure, l'enseignement de ce professeur laborieux et consciencieux, alors même qu'ils ne partageraient que d'une façon partielle la façon théorique dont il interprète les faits.

A. M.

Manuel technique de massage (1), par le docteur J. Brousses, lauréat de l'Académie de médecine.

Masser une région du corps, c'est pratiquer sur elle, dans un but thérapeutique, une série de manipulations méthodiques, par lesquelles on se propose principalement : 1° dans les cas d'engorgement, d'infilration, etc., des parties molles, de chasser de la trame des tissus le sang, la lymphe, les exsudats qui s'infiltrent, et de les pousser dans la direction du courant sanguin diminuteur; 2° dans certaines maladies des systèmes musculaire et nerveux, de provoquer par le massage la production de chaleur, ou encore de simples ébranlements moléculaires destinés à modifier la constitution intime de ces tissus; 3° de rendre aux articulations leur souplesse et de renforcer les muscles. Les manipulations employées à obtenir la réalisation de ces différents effets, comprennent une technique générale et une technique particulière. Ce Manuel a pour objet d'instruire le médecin praticien, et surtout de le mettre à même de former des masseurs capables, sous sa direction et sa discipline, de rendre aux malades d'utiles services.

(1) Petit in-18. Prix : 2 francs. — Paris, G. Masson.

VARIÉTÉS

Le sel dans l'alimentation.

Dans son remarquable cours de chimie biologique et pathologique, Bunge formule la loi suivante (1) : « Dans tous les temps et dans tous les pays, les peuples, vivant exclusivement de nourriture animale, ne connaissent pas le sel ou ont une aversion marquée pour lui, tandis que les peuples se nourrissant principalement de végétaux ont un besoin impérieux de sel et le considèrent comme une substance indispensable. »

Voilà une conclusion bien faite pour surprendre, *a priori*. Bunge l'appuie sur des faits empruntés à l'histoire ancienne ou aux relations de voyages contemporains. On pense généralement que le sel est en quelque sorte indispensable à la vie, que les peuplades sauvages elles-mêmes parviennent à s'en procurer, soit par le commerce, soit par la guerre. On va voir que cette loi n'a rien d'absolu, et que les peuplades qui se nourrissent exclusivement de viande, peuvent non seulement ne pas faire usage du sel, mais même avoir pour lui une profonde répugnance.

Les Grecs et les Romains offraient aux dieux les victimes sans y ajouter de sel; le sel, au contraire, accompagnait toujours sur les autels l'offrande des fruits de la terre.

Les langues finnoises n'ont pas de mots pour désigner le sel; les tribus finnoises, qui vivent de leur chasse, n'usent pas de sel, non plus que les peuplades du nord de la Russie et de la Sibérie, qui vivent de la chasse et de la pêche.

Ces peuples ont même pour ce condiment une aversion marquée, et ils dédaignent complètement les vastes dépôts de sel que la nature met à leur disposition. Les mets salés leur paraissent très désagréables, d'après Ditmar. Les Kamtschadales font pendant la belle saison des provisions de poisson pour l'hiver. Ils jettent ce poisson dans de grandes fosses creusées en terre où il ne tarde pas à se putréfier. Le gouvernement russe a essayé de les forcer à saler leurs réserves de poisson; il n'a pas pu y parvenir. Les Kamtschadales, pour obéir aux ordonnances, achetèrent du sel, salèrent leurs poissons et ne les mangèrent pas. Il fallut renoncer à leur faire goûter autre chose que du poisson pourri suivant la coutume.

Dans ce siècle seulement, on a découvert aux Indes un peuple de bergers, les Tudas, qu'une ceinture de marais avait jusque-là caché aux Anglais. Les Tudas ne vivaient que du lait et de la viande de leurs troupeaux de buffles; or, ils ignoraient absolument l'existence du sel. Les Kirghizes, qui vivent également de lait et de viande, ne font pas usage de sel, bien qu'ils habitent dans le steppe salé et qu'il leur serait aisé de s'en procurer.

Salluste raconte la même chose des Numides. Les Bédouins, les Bushmen encore, ne mangent pas de sel.

Par contre, une alimentation végétale éveille au plus haut point le besoin du chlorure de sodium. Il est un régal supérieur à tout autre pour les peuplades adonnées à l'agriculture, se nourrissant de leurs récoltes et qui vivent loin du rivage de la mer ou de toute eau salée.

Le besoin du sel devient irrésistible chez les peuples qui n'en usaient pas autrefois et qui, de chasseurs ou pêcheurs, deviennent agriculteurs.

Les tribus qui se nourrissent de végétaux ont fait souvent de longues et terribles guerres pour la possession de sources salées. En Océanie, les habitants de certaines îles, dont la nourriture est végétale, boivent avec délice l'eau de la mer.

Les Bottas, peuplade agricole de Sumatra, ont une formule de

(1) Traduction A. Jaquet, p. 112.

serment bien caractéristique : « Que mes moissons soient anéanties, que mon bétail périsse, que je ne goûte plus jamais le sel, si je ne dis pas la vérité. »

En devenant carnivores exclusivement, des peuplades, jusque-là habituées au sel, arrivent à le dédaigner tout autant que celles qui n'en ont jamais fait usage.

N'est-ce pas très curieux?

Voici l'explication que donne Bunge de cette particularité si surprenante au premier abord.

Les végétaux renferment une notable proportion de sels de potasse; ils font pénétrer dans le sang une grande quantité de carbonate de potasse qui, mis en présence du chlorure de sodium du sérum sanguin, donne lieu, par double décomposition, à du chlorure de potassium et à du carbonate de soude, sels tous deux étrangers à la composition normale du sang et que le rein ne tarde pas à éliminer. L'organisme a donc, en dernier terme, perdu du chlorure de sodium. Il faut qu'il en retrouve; il fait dès lors appel au sel de cuisine. Voilà pourquoi les herbivores, les animaux autant que les hommes, sont si avides de sel marin. Les carnivores qui ont une alimentation riche en soude n'ont ni le même besoin, ni le même appétit. Ils ne feront jamais la guerre pour des sources salées, à moins d'ajouter des pommes de terre à leur beefsteak.

A. M.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique s'est réuni hier matin. M. Lannelongue a déposé le vœu suivant :

« Le Conseil de surveillance, tout en approuvant les mesures prises par l'Administration et blâmant l'attitude de M. Salmon, qui a exprimé ses regrets et présenté ses excuses, émet le vœu que la peine de M. Salmon soit levée. »

Ce vœu a été adopté.

M. Brouardel a proposé alors la motion suivante :

« Le Conseil de surveillance émet le vœu que les questions disciplinaires soient soumises à une Commission du Conseil de surveillance. »

Ce vœu a été également adopté.

— Les ministres de l'Intérieur et de l'Instruction publique se proposent, d'accord avec l'Administration de l'Assistance publique, de préparer un réglement fixant les conditions de l'externat et de l'internat des hôpitaux de Paris.

— L'affiche suivante a été placardée à la porte de nos hôpitaux et de notre Faculté :

« On sait les fâcheux incidents qui se sont produits entre un conseiller municipal et un externe de l'hôpital Saint-Antoine. Pour éviter le retour de pareils scandales, M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, vient de lancer une circulaire réglant définitivement le cérémonial de la réception des conseillers municipaux dans les hôpitaux de la Ville.

Voici les principaux passages de ce règlement qui, dès demain, sera mis en vigueur :

RÉGLEMENT

« ... Sitôt que l'interne ou l'externe de garde aura connaissance de l'arrivée d'un conseiller municipal, il réunira dans le vestibule de la salle les infirmiers de service armés de leurs instruments, les placera sur deux rangs et se tiendra lui-même sur le seuil, chapeau à la main, dans la position militaire.

Lorsque le conseiller paraîtra, les infirmiers pousseront par trois fois le cri de : « *Los au Seigneur conseiller!* » et présenteront les instruments.

En même temps, l'interne fera, à reculons, trois grandes révérences, après quoi il s'arrêtera et dira : « Seigneur conseiller, gloire à vous qui daignez nous honorer de votre illustre présence! »

Puis le cortège pénétrera dans la salle des malades dans l'ordre suivant : en tête deux infirmiers, l'interne de service, Son Excellence le conseiller municipal, entouré de quatre infirmiers de première classe.

Les malades seront tenus de retirer leurs bonnets de coton. Ils répondront respectueusement à toutes les questions qu'il plaira au Seigneur conseiller de leur adresser. Les acclamations ne leur sont pas défendues.

La visite achevée, le Seigneur conseiller sera reconduit jusqu'à la porte dans le même cérémonial.

Dans le vestibule, l'interne de service lui tendra, en ployant le genou, un hanap d'or plein de champagne ou d'alcool mélangé d'eau.

Tandis qu'il boira, les infirmiers crieront : « Le conseiller boit! »

Enfin, après le départ de l'honorable édile, l'interne fera aux malades une conférence sur la vie et la carrière politique de l'illustre visiteur. »

Nous sommes heureux d'être les premiers à féliciter M. Peyron de sa généreuse et intelligente initiative, si conforme aux traditions démocratiques de notre assemblée municipale. »

Pourquoi ne sommes-nous plus aux temps spirituels où tout se terminait par des chansons?

— M. le docteur Michou, député de l'Aube, a égayé hier la Chambre des députés par le diagnostic différentiel qu'il a établi entre le bon et le mauvais vin.

« La chimie, a-t-il dit, vous donnera bien les substances dont le vin est composé, mais elle ne vous dira pas si ce vin est bon ou mauvais.

Voici un moyen d'analyse que je vous recommande. Prenez du vin véritable, faites-en goûter à quelques amis (on rit) jusqu'à cette limite qu'on appelait autrefois la gaieté (nouveaux rires); les consommateurs vous paraîtront plus vifs, plus pétulants.

C'est, en un mot, ce qu'on appelle la chanson de la Bourgogne.

Quinze jours après, donnez à ces amis du vin fabriqué, même avec de l'alcool rectifié chimiquement; au lieu d'être vifs et pétulants comme la première fois, ils seront tristes et baisseront la tête. (On rit.) »

« Et ils parleront politique! » a conclu M. de Bernis au milieu des rires de l'Assemblée.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mathis, ancien maire de Dompaire, décédé à Begnécourt (Vosges), dans sa quatre-vingtième année; et de M. le comte de Beaufort secrétaire général de la Société française de secours aux blessés militaires; et de MM. les docteurs Farcy (de Vinalmont), Gavard (de Bellevesvre) et Rouch, décédé au Dahomey.

— La Société de médecine et d'hygiène de Cannes, justement émue des attaques intéressées dont les stations d'hiver sont l'objet de la part de nombreux journaux étrangers, croit de son devoir d'informer le public médical que les désinfections sont de rigueur à Cannes, dans les hôtels et les appartements qu'ont occupés, non seulement les tuberculeux, mais encore toutes personnes atteintes de maladies contagieuses quelconques.

Pour pratiquer ces désinfections, on envoie à une étuve à vapeur Geneste et Herscher, établie à Cannes depuis bientôt quatre années et dirigée par M. Collon, ingénieur des Arts et Manufactures, la literie, linges, tentures, tapis, etc., de la pièce où a séjourné le malade.

Dans l'appartement même, il est fait d'abondantes pulvérisations au sublimé, telles qu'elles sont pratiquées par la Préfecture de police à Paris.

Enfin, tous les médecins de Cannes sont appelés, toutes les fois qu'il est nécessaire, à contrôler ces mesures de désinfection et délivrent aux maîtres d'hôtels qui leur en font la demande un certificat constatant que l'opération a été faite rigoureusement.

— *Hôpital du Midi.* — M. le docteur Ch. Mauriac reprendra ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes le samedi 3 décembre, à neuf heures et demie du matin et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Variolo-vaccine, contribution à l'étude des rapports qui existent entre la variole et la vaccine, par Ch. HACCIUS, directeur de l'Institut vaccinal suisse. Broch. gr. in-8° avec 15 planches. — Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 136. — MARDI 29 NOVEMBRE 1892. 65e ANNÉE. MARDI 29 NOVEMBRE 1892. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 28 novembre 1892.

I. La Société médicale des hôpitaux, formée en comité secret, a reçu une délégation des élèves des hôpitaux — internes et externes — qui venait demander à leurs maîtres leur appui dans leurs revendications.

A l'unanimité des membres présents, la Société a voté l'ordre du jour suivant :

« La Société des médecins des hôpitaux exprime le vœu que M. Salmon, vu les excuses qu'il a faites et écrites, soit réintégré dans ses fonctions et que les élèves des hôpitaux reprennent leurs concours et leurs travaux. »

II. Hier soir, dimanche, la réunion plénière des internes et externes a adopté, à une très forte majorité, l'ordre du jour suivant :

« L'Assemblée générale des internes et externes, réunie le dimanche 27 novembre 1892, au grand amphithéâtre de l'École pratique :

Considérant que la cinquième commission du conseil municipal, qui a provoqué la punition de M. Salmon, a pris l'engagement formel de demander elle-même, le jour de la reprise des concours, la réintégration de notre camarade dans l'hôpital ;

Considérant, d'autre part, que cette démarche sera, suivant un engagement non moins formel de M. Peyron, immédiatement suivie d'effet;

Estime : l'incident Salmon a reçu une solution conforme à la justice et à sa dignité. Nous prononçons : l'incident Salmon est clos. »

M. Variot a soigné, à l'hôpital Trousseau, vingt-sept enfants atteints du choléra (1). Il a fait dix-huit fois la transfusion de sérum artificiel; six de ses transfusés ont guéri. C'est là une proportion relativement très heureuse, étant donné surtout que cette opération n'a été faite que dans des cas urgents, lorsqu'il y avait disparition du pouls radial. M. Variot considère donc la transfusion de sérum artificiel comme très justifiée. Il rappelle qu'elle a été employée dès 1832, et déclare que si les résultats obtenus en 1892 n'ont pas été notablement supérieurs à ceux de 1832, il ne faut pas en conclure à l'inutilité de cette intervention. Il est difficile de ne pas lui attribuer une véritable valeur, lorsqu'on voit sous son influence se produire des résurrections qui, pour être trop souvent momentanées, n'en sont pas moins encourageantes.

M. Variot a fait chez les enfants des transfusions veineuses de 1 litre de sérum chloruré; ces transfusions ont été quelquefois plusieurs fois répétées dans la même journée.

Dans son travail, M. Variot insiste surtout sur la discordance qu'il y a, chez les enfants cholériques, entre l'intensité des battements du cœur et la faiblesse des pulsations radiales. Il admet, avec Marey, qu'il y a une vaso-constriction exagérée, quelquefois localisée, prédominante d'un côté. C'est sans doute aux toxines spéciales du choléra qu'est due cette anémie périphérique. Une anémie du même ordre peut aussi, sans doute, se produire dans les muscles et dans les viscères, et par elle s'expliqueraient un certain nombre des phénomènes cholériques.

M. Comby a vu une femme mourir à la suite d'une série de trois attaques subintrantes, absolument hystériques d'aspect. Peut-on donc mourir par le fait d'une crise d'hystérie convulsive? M. Raymond déclare qu'il faut, en cas semblable, se défier de l'urémie. La malade de M. Comby avait eu, une vingtaine d'années auparavant, des attaques éclamptiques.

(1) Société médicale des hôpitaux, 25 novembre 1892.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Les plaques muqueuses buccales (1).

Les variétés de plaques muqueuses buccales sont très nombreuses. Dans ma dernière leçon, j'ai longuement étudié avec vous une des variétés les plus importantes au point de vue des erreurs de diagnostic, la variété diphthéroïde. Il est quelques autres variétés qu'il faut connaître plus sommairement.

Exceptionnellement, au lieu d'être disséminées, les plaques muqueuses forment des groupes disciplinés. La forme générale de ces groupes est la forme arciforme, annulaire, chère à toutes les manifestations syphilitiques.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 1229.

Suivant les points de la bouche intéressés, on note aussi quelques variations de forme. A la commissure des lèvres, les plaques se divisent en deux segments séparés ou fermés, suivant que la bouche est ouverte ou fermée. Ces plaques sont extrêmement douloureuses. Sur la langue, la disposition varie pour le bout et le dos de la langue. Sur le bord de la langue, les plaques peuvent se réduire à un sillon érosif, ulcéreux, vertical. Sur le dos, elles forment parfois des fissures simples ou se ramifient en étoiles. Une autre variété intéressante a reçu les noms significatifs de plaque lisse de la langue, alopécie linguale, disque desquamatif, disque de dépapillation. Au milieu du gazon papillaire de la muqueuse du dos de la langue, on dirait qu'une plaque annulaire a été fauchée. Les dimensions de ces plaques fauchées sont parfois considérables. Leur surface est sèche, sans érosion; c'est une simple desquamation des papilles.

Les troubles fonctionnels ne varient pas moins que les symptômes objectifs. La salivation est peu fréquente. La douleur est également rare. Elle varie beaucoup avec les régions. Les plaques de la commissure labiale et de la pointe de la langue sont très douloureuses, les plaques du palais sont indolores. La douleur varie aussi avec l'étendue des lésions, avec le nombre des lésions. Quand toute la bouche est criblée de plaques buccales, comme le fait est fréquent chez les fumeurs, il existe un malaise permanent, une sensibilité s'exaspérant au contact des aliments, pendant la mastication et la déglutition. Les plaques du pharynx peuvent même entraîner une véritable dysphagie.

Les plaques muqueuses absolument indolores sont, vous le concevez, les plus dangereuses au point de vue de la contagion. Souvent, en effet, le malade qui en est porteur ne les soupçonne nullement. Chez tout syphilitique, qu'il s'agisse du traitement à prescrire, d'une guérison à constater, il est indispensable d'examiner, de parti pris, la bouche et surtout le palais, alors même que le malade affirme n'avoir aucune lésion. Vous découvrirez souvent des plaques muqueuses indolores qui ont passé inaperçues.

Le diagnostic des plaques muqueuses reste assez délicat. En effet, elles n'ont pas de caractère pathognomonique. Il n'est aucun de leurs caractères qui permette d'affirmer absolument qu'une lésion buccale est une plaque muqueuse. Il est cependant deux de ces caractères qui doivent et peuvent éveiller les soupçons. Le premier est la forme pastillaire, papulo-érosive. Le second est la disposition en segment d'anneau. Il est sans doute d'autres indices qui sont loin d'être sans valeur. La plaque muqueuse est une lésion petite et minime. C'est une lésion bien circonscrite. Elle est le plus souvent une érosion. Sa forme est arrondie ou ovalaire. Sa couleur est rouge, blanche, mais surtout grise. Sa base est souple. Tous ces indices sont importants à relever. Mais il faut avouer qu'en dépit d'eux, on resterait bien souvent embarrassé pour le diagnostic, si l'on n'avait les commémoratifs et les autres accidents syphilitiques coexistant avec les plaques muqueuses pour trancher définitivement la question.

Le traitement des plaques muqueuses de la bouche ne doit jamais être négligé. Alors même qu'elles sont absolument indolores, on doit tenir compte de leur danger de contagion. On rappellera à tout malade, porteur de plaques muqueuses de la bouche, qu'il peut contagionner les personnes qui l'entourent, en dehors même de tout contact direct, par les ustensiles de table, de toilette, etc. C'est donc une lésion qu'il importe de guérir, si peu gênante en elle-même qu'elle soit.

Trois principes doivent dominer le traitement des plaques muqueuses de la bouche et de la gorge : 1° le traitement mercuriel est sans action sur ces plaques; 2° la cautérisation locale les guérit au contraire fort bien; 3° la cautérisation doit être aidée par l'hygiène buccale.

1° Le mercure est sans action sur ces plaques. Alors même qu'un traitement mercuriel a été méthodiquement conduit pendant toute la période secondaire, il est très fréquent de voir persister et résister des plaques bucco-pharyngées, plaques qui prolongent et entretiennent les dangers de contagion. Insister sur le traitement mercuriel, serait inutile et ne servirait souvent qu'à exaspérer les lésions buccales par la production d'une stomatite. Force est donc de recourir au traitement local.

2° La cautérisation constitue le meilleur traitement local. Bien faite, elle amène la guérison en quelques jours. Les caustiques ne doivent être ni trop faibles, ni trop forts. Faibles, ils restent sans aucune action; c'est le cas pour la teinture d'iode, le sulfate de cuivre, les solutions étendues de nitrate d'argent. Trop forts, ils présentent des risques entièrement inutiles. C'est le cas pour l'acide sulfurique, l'acide chromique, le chlorure de zinc.

Les deux caustiques vraiment recommandables sont le nitrate d'argent et le nitrate acide de mercure. Lequel convient-il d'employer, suivant le cas, et comment faut-il les employer?

Relativement au choix du caustique, on essaiera tout d'abord le nitrate d'argent, plus faible, moins douloureux, plus facile à manier. Mais si l'action tarde ou se ralentit, on renoncera au nitrate d'argent pour employer le nitrate acide de mercure. Dans certaines régions très douloureuses, telles que la pointe de la langue ou la commissure des lèvres, dans le cas de plaques très étendues, très nombreuses, on devra souvent patienter, en raison des inconvénients possibles du nitrate acide de mercure, dans l'emploi du nitrate d'argent.

Dans l'emploi du nitrate d'argent, le crayon bien effilé du bout, par friction sur un linge mouillé, pas trop long, solidement emmanché dans un porte-nitrate suffit. J'insiste sur les deux dernières précautions. Le crayon trop long risque, en effet, de se casser, le crayon mal fixé risque de se détacher. Ces deux accidents sont d'autant plus fréquents que la cautérisation produit souvent un spasme, un mouvement subit, un brusque effort musculaire. Le crayon dans la bouche produit peu de mal s'il est saisi et retiré de suite; il n'en est pas de même au cas où il est avalé. Vous concevez les dangers de ce caustique sur la muqueuse de l'estomac. Le meilleur remède est alors de faire fondre dans de l'eau une grande poignée de sel et de la faire de suite avaler.

Le nitrate acide de mercure est d'un maniement beaucoup plus difficile. C'est un liquide très fluide. Il s'étale et déborde sur la surface cautérisée, il se détache en gouttelette qui tombe du porte-caustique avec une grande facilité. Ne vous servez jamais pour l'appliquer d'un agitateur de verre, vous auriez toujours des gouttelettes tombant dans le pharynx. Si même la gouttelette tombe, comme le fait a été vu dans le larynx, elle produit une douleur, un spasme épouvantable qui peuvent entraîner la suffocation et la mort.

Les pinceaux d'aquarellistes, les tampons d'ouate

bout d'une simple tige sont aussi très dangereux. N'employez jamais d'autres instruments qu'une simple allumette effilée, ou un porte-mèche a fourche assez évasé autour de laquelle vous enroulerez fortement une languette de coton. Après avoir trempé l'allumette ou le porte-mèche garni de coton dans le nitrate acide essuyez-les avec soin, le dernier surtout. Il reste toujours trop de caustique. Ayez soin de plus de ne toucher que le centre de la plaque à cautériser. La périphérie sera suffisamment touchée par l'étalement du liquide.

Quand il existe des plaques nombreuses et très étendues, vous emploierez surtout le nitrate d'argent, vous aurez soin de plus de ne faire que des cautérisations partielles et d'espacer les séances suffisamment.

Les cautérisations partielles s'imposent surtout pour les plaques qui occupent — siège fréquent chez les fumeurs — l'isthme du gosier. Une cautérisation trop étendue amènerait de vives douleurs et des accidents graves de suffocation. Les douleurs, quoi qu'on fasse, sont toujours assez pénibles. Pour les calmer, en dehors des gargarismes émollients, conseillez de sucer de petits fragments de glace, de boire lentement des boissons glacées ou de déguster une glace à petites gorgées.

L'intervalle entre chaque séance de cautérisation ne sera jamais moindre de quatre à cinq jours. Il est inutile et dangereux de cautériser à intervalles plus fréquents.

3° Si bien faites qu'elles soient, les cautérisations échoueront sans une hygiène buccale sévère. Le tabac (tabac à fumer et chique), l'alcool, seront absolument proscrits. Le malade se soignera les dents avec une propreté minutieuse. Il devra se faire nettoyer les dents, du tartre qui les envahit, se faire arracher les dents cariées.

En cas d'inflammation vive, les gargarismes émollients au pavot, à la guimauve, au lait, réussissent mieux que les astringents. A cette période, le chlorate de potasse, l'alun sont très mal supportés. Conseillez de garder le liquide longtemps dans la bouche. Ces bains de bouche sont plus efficaces que les gargarismes. Quand l'inflammation tombe, employez les gargarismes astringents, les gargarismes au chlorate de potasse, au borate de soude. N'employez jamais les gargarismes au sublimé qui noirciraient affreusement les dents du malade.

Quand les douleurs sont par trop vives, les badigeonnages avec la solution de cocaïne au vingtième seront employés exceptionnellement. La décoction de 20 grammes de feuilles de coca dans 200 grammes d'eau, donne également un soulagement marqué.

DERMATOLOGIE

A propos de l'urticaire. Considérations sur la pathogénie de la lésion cutanée dans certaines dermatoses (1).

Par le docteur L. Jacquet,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

III

Dernière objection : « Du reste, il est à remarquer que, si parfois le prurit semble précéder l'éruption, il est très aggravé par elle et que son maximum d'intensité correspond à des plaques en plein développement. L'éruption est donc prurigineuse par elle-même ; elle peut se produire spontanément et l'irritation par le grattage est une puissante cause adjuvante qui ne suffit, à elle seule, à produire l'éruption que dans l'urticaire factice, et encore y a-t-il là un état nerveux antérieur. »

En dépit de leur simplicité apparente, de leur dogmatisme affirmatif et de l'entente quasi générale sur ce point, les formules qui expriment usuellement les relations des exanthèmes et du prurit consacrent, à mon avis, souvent tout au moins, une erreur d'observation. En réalité, les auteurs n'ont guère fait sur ce point qu'emboîter le pas aux malades. Le malade dit : « J'ai une éruption de boutons qui me démange » ; et le dermatologiste écrit : « L'éruption est prurigineuse. »

Or, quand on veut prendre la peine de reconstituer lentement, patiemment, l'évolution de la dermatose, on arrive à se convaincre que, *fort souvent*, il y a eu une période plus ou moins longue, plus ou moins marquée de sensations prurigineuses diverses, avant l'apparition des exanthèmes. Voilà qui est certain et qui aurait pu déjà donner à réfléchir ; mais c'est là, je le reconnais, un mauvais moyen d'étude, car le malade, neuf fois sur dix, est oublieux, distrait ou peu intelligent, ou bien encore, ce qui est pis, *théoricien* comme nous-mêmes.

Dans mes premières applications de l'enveloppement ouaté hermétique à l'étude pathogénique des lésions cutanées, j'avais remarqué constamment tout d'abord, dans l'urticaire et quelques autres dermatoses, la sédation *immédiate* du prurit, puis la diminution *progressive* des exanthèmes, et j'avais cru pouvoir renverser la formule classique et dire : « *Ce n'est pas l'éruption qui est prurigineuse, c'est le prurit qui est éruptif.* »

C'était aller trop vite et je m'en aperçus bientôt; car, en d'autres circonstances, je vis l'éruption s'éteindre sous l'appareil protecteur, avec *persistance* ou même *augmentation* de la dermalgie. Ma formule est donc à vau-l'eau, ainsi que je l'ai reconnu de moi-même. Mais la remarque précédente prouve du même coup que, dans ces cas du moins (lichens simples, prurigos, élythrodermies diverses), ce n'était pas l'*éruption qui apportait le prurit*, *puisque ce dernier persistait ou augmentait l'éruption éteinte.*

Et de plus, pour un même exanthème, dans des conditions de morphologie strictement identiques, il peut y avoir ici prurit violent, là calme sensitif absolu. Prenons, par exemple, l'urticaire : on peut, chez certains sujets, réaliser à volonté, par des applications locales diverses, des élevures reproduisant *toute* la morphologie urticarienne, et cela sans le *moindre prurit*, bien que ces sujets aient leur sensibilité parfaitement intacte.

En réalité, donc, une éruption donnée peut exister *sans* prurit, peut exister *avec* telle ou telle sensation prurigineuse. Et d'autre part, chacune de ces sensations peut elle-même exister soit temporairement, soit définitivement, sans exanthème d'aucune espèce. Qu'est-ce à dire, sinon qu'une éruption n'est pas prurigineuse *en soi?* Que prurit et éruption sont deux éléments souvent *associés*, mais aussi souvent *dissociés*, sans relation hiérarchique absolue et constante l'un vis-à-vis de l'autre, *mais dépendant tous deux d'une cause supérieure qui les commande soit isolément, soit successivement, soit simultanément.*

Réfléchissez maintenant à ceci : Voit-on bien fréquemment une éruption apparaître et, silencieuse d'abord, être

---

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 1259.

suivie, au bout d'un certain temps, du cortège des *dermalgies ?*

L'inverse n'est-il pas, au contraire, d'observation fréquente (et combien plus encore, si l'on n'était hypnotisé par la formule classique!) et n'en conclurez-vous pas que la mienne, pour grossière et inexacte qu'elle soit, ne se rapproche davantage de la vérité ?

Que maintenant, l'éruption une fois survenue puisse exagérer un prurit préexistant, cela se conçoit aisément : le trouble dynamique ou la lésion (?), des expansions nerveuses terminales qui créent le prurit étant établis, un afflux humoral surabondant l'augmente, rien de mieux. Encore le calme-t-il parfois au contraire et pourquoi M. Dubreuilh ne nous dit-il pas que, dans l'urticaire comme dans bien d'autres dermatoses, le malade ne retrouve le calme sensitif qu'après s'être gratté avec fureur et avoir quintuplé son exanthème ? Chose étrange ! l'éruption cesserait d'être prurigineuse au moment précis où elle est à son point culminant.

En voilà assez sur le prurit et ses relations avec la lésion cutanée; il me faut chercher une autre querelle à M. Dubreuilh.

« Elle (l'éruption) peut se produire, dit-il, spontanément et l'irritation de la peau par le grattage est une puissante cause adjuvante qui ne suffit, à elle seule, à produire l'éruption que dans l'urticaire factice, et encore y a-t-il là un état nerveux antérieur. »

Que voilà donc, à mon sens, une phrase fâcheuse et malavisée! Mais toute urtication est factice! Mais il y a *toujours* un état nerveux antérieur! Qu'il s'agisse de la tare névropathique, d'une intoxication aiguë (substances toxiques quelconques : moules, fraises, liquide hydatique, etc.); qu'il s'agisse de l'action *locale* du venin de la puce ou de la chenille processionnaire, c'est toujours l'élément nerveux qui est touché et qui réagit sur les vaisseaux! Mais le mécanisme de l'élevure ortiée est toujours et partout le même!

Voyez ce qui se passe couramment : je prends un cas d'intoxication aiguë par les conserves de homard; le sujet a une douloureuse et luxuriante urticaire; pendant une quinzaine de jours la peau est en hypertension ortiée excessive; tout grattage, tout contact, tout frôlement, toute excitation cutanée, en un mot, même la plus légère, est prétexte à élevures.

Peu à peu l'éréthisme vaso-moteur se calme, il faut pour produire l'élevure des contacts de plus en plus accentués; et enfin, le sujet, au bout d'un mois environ, devient un *dermographique* ordinaire et reste tel pendant près de deux ans! (Il s'agit de moi et j'en suis sûr.)

Eh bien! direz-vous que ce sujet a eu successivement une urticaire spontanée, puis une urticaire dermographique factice? N'est-il pas plus simple, plus satisfaisant pour l'esprit, et somme toute, plus conforme aux faits, de ne voir là qu'un même ordre de phénomènes, avec de simples différences de degré? La lésion de l'urticaire est donc partout identique à elle-même, et comme morphologie, et comme mécanisme; j'ajoute comme structure histologique.

Et voici justement mon dernier grief! Accessoire pour ma cause, il est fort important en soi : « L'anatomie pathologique de l'urticaire, nous dit M. Dubreuilh, se réduit à fort peu de chose Pick, Vidal, Leloir ont trouvé que les vaisseaux sanguins des couches superficielles du derme étaient entourés de leucocytes leur formant comme une gaîne, il y avait de plus un œdème interstitiel du tissu conjonctif, avec un nombre exagéré de cellules migratrices. En somme, c'est à peu près ce qu'on trouve dans l'œdème, c'est exactement ce qu'on trouve dans l'érythème polymorphe. »

Il y a là une confusion : les examens histologiques, dont nous parle notre auteur, ont été faits dans des cas d'urticaires *compliquées*, vésiculeuses ou bulleuses, etc., ou dans des cas d'érythèmes ortiés; mais dans les examens d'élevure ortiée *pure* comme, par exemple, l'élevure graphique, il n'y a pas trace d'altérations vasculaires ou périvasculaires, pas trace de diapédèse, mais purement et simplement exsudation au niveau et au-dessus du réseau sous-papillaire, d'un liquide extrêmement peu riche en albumine [Nicolle (1)].

Je n'ai pas à insister ici sur l'intérêt de cette constatation capitale : il me suffit de remarquer, contrairement à ce que paraît croire M. Dubreuilh, que ce n'est pas « exactement ce qu'on trouve dans l'érythème polymorphe ».

IV

J'ai essayé, tant bien que mal, d'exposer les faits qui m'ont conduit à une interprétation univoque du mécanisme de l'*urtication*. On le voit, qu'il s'agisse des élevures régulières « graphiques » des névropathes avérés; qu'il s'agisse des élevures irrégulières désordonnées, florides, des intoxiqués, il n'y a pas, au point de vue de la *lésion*, deux mécanismes, mais, tandis qu'ici, la peau réagit lentement, là, au contraire, il y a floraison urticarienne rapide; une excitation cutanée intense est nécessaire dans un cas, le plus léger frôlement suffit dans l'autre. Et, je le répète, ce sont là choses si notoirement de même ordre qu'un même sujet peut les présenter successivement.

Voilà pour l'urticaire.

Mais les choses n'en devaient pas rester là, et je ne tardai pas à me dire que vraisemblablement cette interprétation du mécanisme de la lésion ortiée devait avoir une portée plus générale et s'appliquer à d'autres dermatoses. Et, en effet, je le démontrai dans un cas d'érythrodermie chronique, diffuse, avec énorme infiltration dermique (2).

Dans ce même travail, j'étendais ces idées au lichen ruber acuminé d'Unna; je tâchais de faire entrevoir comment, à des excitations toujours semblables à elles-mêmes ou peu s'en faut (traumatismes divers, contacts, frottements, grattages, etc.), la peau pouvait répondre par des réactions exanthématiques fort variables, selon que la cause *centrale* a mis en branle plus spécialement telle ou telle de ses parties constituantes (capillaires, artérioles, veinules, lymphatiques, système épithélial, etc.); selon la nature de cette cause, sa persistance, l'état anatomo-pathologique *préalable* des tissus, etc.

Théories que cela, je le reconnais; mais plausibles, en somme, et nées de faits dont le domaine devait s'étendre. En effet, l'année suivante nous montrions, M. L. Brocq et moi, que les plaques du lichen simple naissent et s'accroissent par le même mécanisme; que ce sont de véritables *stig-*

(1) Cf. Cornu. *Contribution à l'étude de la dermographie*, Th. de Paris, 1890.

(2) L. Jacquet. Sur la pathogénie de la lésion cutanée dans quelques dermatoses vaso-motrices, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1890, p. 487.

mates de névropathie, ainsi que Cazenave l'avait, du reste, parfaitement indiqué, sans savoir, cependant, que le trait d'union entre la névrose cutanée et la plaque de dermite qui la traduisait en relief, n'est autre que le *traumatisme* de la zone hyperesthésiée (1).

Peu après, M. Brocq montrait, dans son étude sur la lichénification des téguments, d'autres exemples de la même loi générale (2).

Et tout n'est pas dit : il faudra restreindre encore la prétendue *floraison spontanée* dermatographique ; on verra de plus en plus que le traumatisme cutané est l'intermédiaire nécessaire entre le trouble nerveux originel, central ou périphérique, et la *lésion* qui le *traduit* sur la peau.

Pour ma part, je fais encore rentrer dans ce cadre les prurigos, le lichen de Wilson, la majorité des eczémas, la majorité des *ulcérations*, des *usures trophiques*.

Un mot seulement du prurigo. Je vois, dans un travail récent (1), une discussion sur l'origine secondaire ou primaire de la papule du prurigo. D'après Ehlers, en 1880, Auspitz aurait déclaré que les nodules de prurigo sont un produit *artificiel*. Ce serait à lui, par conséquent, que reviendrait le mérite d'avoir avancé que, dans cette dermatose, la lésion est créée par le traumatisme cutané. J'ignorais cette affirmation d'Auspitz et n'ai pu encore la vérifier. Peu importe d'ailleurs pour le moment. Hebra père et d'autres croient, au contraire, à la *spontanéité* de l'éruption de prurigo.

Eh bien ! voici une expérience clinique bien facile à répéter et qui me paraît démontrer ce qu'Auspitz aurait soupçonné. Une jeune fille, atteinte depuis deux années environ de prurigo classique, à lésions pures, sans complications, nous présente quotidiennement, sur le tronc et les membres, une éruption discrète de papules typiques de prurigo.

J'enveloppe hermétiquement à l'ouate hydrophile bien fixée par des bandes de tarlatane mouillée le membre supérieur droit de la malade. Chaque matin, le bandage est enlevé, puis réappliqué.

Jamais *une seule papule* sur le bras droit, *malgré* la *persistance d'un prurit très vivace*.

Au contraire, et à chaque fois, de trois à six papules fraîches avaient surgi sur le bras gauche, cela, pendant huit jours de durée.

Puis j'enveloppe le bras gauche et pendant huit autres jours, l'éclosion de papules fraîches y est suspendue, malgré la persistance du prurit, tandis qu'elles reparaissent quotidiennement sur le bras droit.

Ou bien les faits ne veulent rien dire, ou bien ils signifient expressément *qu'ici, comme pour l'urticaire proprement dite*, la production de la lésion exige la rencontre de deux éléments :

1° Le trouble nerveux originel, cause supérieure de la névrose cutanée prurigo, producteur de déséquilibrations vaso-motrices plus ou moins persistantes en certains territoires cutanés ;

2° L'excitation *locale* de ces territoires forçant la déséquilibration vaso-motrice à se traduire par la lésion.

Et donc, à quoi bon tant discuter sur les choses, quand il est si facile d'y aller voir !

(1) L. Brocq et L. Jacquet. Notes pour l'histoire des névro-dermites, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1891, p. 97.

(2) Brocq. Lichénification des téguments, *Gaz. des hôpit.*, 1892, p. 197.

(3) Edward Ehlers. Recherches cliniques sur le prurigo d'Hebra, *Nord. Med. Ark.*, 1890, p. 10 du tirage à part.

Il y aurait beaucoup à dire encore sur l'intérêt général, philosophique, de ces données, eu égard à la nosologie des maladies de la peau. L'heure n'est pas encore venue : il faut, tout d'abord, accumuler les faits et les contrôler ; alors seulement, il sera profitable d'en dégager le sens supérieur et de voir notamment, dans quelle mesure ils peuvent entrer en ligne de compte pour l'édification d'une doctrine dermatologique.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Paralysies et contractures hystériques (1), par Paul Richer.

Parmi les manifestations multiples, protéiformes de l'hystérie, l'une des plus intéressantes, tant au point de vue de l'observation clinique et du diagnostic qu'au point de vue de la philosophie générale, c'est l'impotence musculaire, avec flaccidité ou avec raideur, c'est en d'autres termes la paralysie ou la contracture. M. Paul Richer a été bien inspiré en écrivant une monographie des contractures et des paralysies hystériques.

La connaissance de ces accidents est, en pratique, d'une grande importance. En effet, ils simulent souvent des manifestations de cause matérielle, attribuables à une lésion, et cette erreur peut amener à des agissements thérapeutiques inutiles et même nuisibles, et conduire à une appréciation pronostique beaucoup trop sombre. Combien d'hémiplégies ou de monoplégies hystériques ont été considérées à tort comme des paralysies d'origine cérébrale ? Combien de contractures musculaires ont été considérées comme la manifestation d'une arthrite, d'une coxalgie, par exemple, pour en citer le type le plus frappant ?

M. Richer a divisé son travail en deux parties : dans la première, il étudie les paralysies et les contractures hystériques en général ; dans la seconde, ces mêmes paralysies et contractures en particulier. Après un chapitre d'étiologie générale, il passe d'abord en revue les paralysies sous leurs différents aspects : amyosthénie, paralysie de forme vulgaire, paralysie par suppression des mouvements coordonnés, dont l'abasie et l'astasie sont les exemples les plus frappants. Vient alors l'étude de la diathèse de contracture et des formes de la contracture hystérique : contracture permanente non douloureuse, permanente douloureuse et contracture de forme psychique.

M. Richer expose ensuite en quelques pages les connaissances acquises sur la physiologie du muscle paralysé ou contracturé, puis il fait connaître les différents modes de traitement applicable à ces accidents.

Le remarquable talent de dessinateur de l'auteur, qui est un artiste apprécié, lui a beaucoup servi pour la description des différents types cliniques de contracture et de paralysie.

M. P. Richer paraît avoir cherché à écrire un manuel clair et précis des paralysies et des contractures hystériques : c'est un but qu'il a pleinement atteint. En détachant de l'histoire de la « grande névrose » cet important chapitre, si fortement amplifié et remanié dans ces derniers temps, il aura été utile à tous les médecins, qui ont tous intérêt à connaître les accidents qui y sont étudiés.

Le régime des diabétiques (1), par W. Ebstein (traduit de l'allemand, par M. le docteur J. Dagonet).

L'expérience particulière de W. Ebstein donne un intérêt très grand à la connaissance du régime qu'il prescrit aux diabétiques. Il défend, dans le présent ouvrage, des idées qui nous paraissent excellentes en pratique. Il considère le régime comme d'importance primordiale dans le traitement du diabète ; mais il

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

(2) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

ne pousse pas les choses à l'extrême comme certains auteurs; il ne conseille pas la suppression complète et totale des hydrates de carbone; il ne conseille pas non plus l'usage exclusif du régime carné. L'alimentation par la viande seule présente en effet un double danger : c'est un régime d'inanition qui expose au coma diabétique. Si les hydrates de carbone ne doivent pas être complètement supprimés, ils seront du moins notablement diminués. Le diabétique n'en recevra que 100 grammes dans ses aliments au lieu des 300 à 400 grammes qui doivent entrer dans la ration d'entretien de l'homme sain. Par contre, au lieu de donner seulement 80 grammes de graisse, on en fera prendre 200 par jour, en remplacement des hydrates de carbone supprimés. La quantité des substances azotées sera un peu supérieure à ce qu'elle doit être chez l'adulte non diabétique. Reste à savoir quels sont les aliments qui permettront de remplir ce programme et sous quelle forme ces aliments seront présentés? C'est là précisément ce qu'apprendra la lecture du livre que nous analysons.

W. Ebstein pense que l'un des phénomènes capitaux du diabète sucré est la diminution de l'acide carbonique fabriqué par les éléments cellulaires et éliminé par le poumon.

Il y a donc une oxydation insuffisante, un ralentissement de la nutrition. Cela l'amène à donner une part importante à l'exercice et à la large aération. Il recommande tout spécialement le séjour dans les montagnes et surtout dans les Alpes.

Il n'y a pas lieu d'attacher une importance trop grande à la théorie, à propos d'une maladie dont on ne connaîtra peut-être jamais le dernier mot, dont l'interprétation nous échappe en tout cas complètement à l'heure actuelle. Les résultats cliniques l'emportent sur les visées théoriques; nous croyons sincèrement que le régime modéré recommandé par Ebstein est excellent, et nous engageons tous ceux qu'intéresse cette question de pratique à mettre à profit son expérience et son enseignement. M. J. Dagonet a bien eu raison de traduire ce petit traité de diététique spéciale.

Les causes de la fièvre typhoïde (1), par J. Gasser.

Ce petit livre est fort bien fait, très net et très clair. Après une courte esquisse historique, on y trouve une véritable monographie du bacille de la fièvre typhoïde ou bacille d'Eberth. L'auteur y a joint une étude plus courte du bacterium coli commune, ou coli-bacille, comme on l'appelle plus simplement. On a soutenu, en effet, à Lyon, que le bacille typhique n'est que le coli-bacille à virulence exagérée, que, par conséquent, la fièvre typhoïde n'est pas une maladie spécifique, et qu'elle ne procède pas toujours de la fièvre typhoïde. Comme le coli-bacille est l'hôte habituel, obligatoire de notre gros intestin, il suffirait parfois, d'après la théorie lyonnaise, du surmenage ou de toute autre circonstance débilitante, pour permettre à la fièvre typhoïde de se développer sous l'influence d'une véritable auto-infection. Avec l'école de Paris, M. Gasser est partisan de la spécificité du bacille d'Eberth, qu'il considère comme une espèce distincte du coli-bacille. Il développe surtout les arguments donnés dans ce sens par MM. Chantemesse, Widal, Perdrix et Wurtz.

Quelles sont les portes d'entrée du bacille typhique dans l'organisme, par quel véhicule y est-il apporté? L'eau sert surtout au transport du germe typhogène, ainsi que le démontrent de nombreuses petites épidémies de ruisseau, de fontaines ou de puits, l'épidémie bien connue d'Auxerre, les épidémies de Pierrefonds, de Trouville, de Villerville, etc., et les chiffres fournis par les casernes, avant et après qu'on leur eût donné de l'eau pure. D'autres modes de transport du bacille existent sûrement, mais l'eau doit être surtout incriminée et surveillée. Le bacille peut aussi souiller le lait ou d'autres aliments.

Si l'organisme ne crée pas la fièvre typhoïde, il peut cependant devenir un terrain plus ou moins propice à son éclosion : c'est par l'étude de cette prédisposition que M. Gasser termine son intéressant travail.

(1) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

I. **Étude clinique de la cardio-sclérose; cardiopathies artérielles, artério-sclérose du cœur** (1), par Henri Huchard. — II. **Contribution à l'étude clinique des cardiopathies artérielles à type myo-valvulaire** (2), par Faure-Miller.

Le premier de ces deux travaux a été écrit par M. H. Huchard lui-même, le second a été directement inspiré par lui. Les cardiopathies artérielles à type myo-valvulaire ne sont, du reste, qu'un cas particulier, qu'une forme spéciale des cardiopathies artérielles. Prochainement nous donnerons une revue générale de M. Huchard sur les cardiopathies artérielles et nous présenterons à nos lecteurs le traité sur les maladies du cœur, dont l'article publié dans la *Revue de médecine* est extrait : il n'y a donc pas lieu d'insister davantage aujourd'hui sur ce sujet. A. M.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 25 novembre 1892, un concours s'ouvrira le 5 juin 1893, devant l'École de médecine d'Angers, pour l'emploi de chef des travaux physiques et cliniques à ladite École.

— Une mention honorable a été accordée par le ministre de l'Intérieur, à M. Audignon, étudiant en médecine à Monségur (Gironde); 6 août 1892 : a failli périr victime de son dévouement en essayant de sauver une personne en danger de se noyer.

— M. le docteur Dehenne est nommé médecin oculiste du collège Chaptal.

— *Hôtel-Dieu de Lyon.* — Le concours pour le majorat s'est terminé par la nomination de M. le docteur Jaboulay.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Maubourguet est nommé préparateur du cours et des travaux pratiques de chimie.

M. Cassaët, agrégé, est nommé chef des travaux d'histologie.

M. Renault est nommé préparateur d'histologie.

— *Faculté de médecine de Lille.* — MM. Curtis et Laguesse, agrégés, sont nommés, le premier, chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique et, le second, chef des travaux pratiques d'histologie.

M. Carlier, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de médecine opératoire.

M. Surmont, agrégé, est nommé chef du laboratoire des cliniques.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Tournier est nommé moniteur de clinique médicale.

M. Fabre, aide d'anatomie, est nommé aide de clinique des maladies des femmes.

M. le docteur Loison est institué chef de clinique chirurgicale.

Sont nommés chefs de clinique médicale MM. les docteurs Pie, Chabalier et Bret. M. Bret remplira les fonctions de chef des travaux biologiques du laboratoire de clinique médicale.

M. Adenot, prosecteur, est nommé moniteur de clinique chirurgicale.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Allard est nommé préparateur de physique.

M. Sempé est chargé des fonctions d'aide de physique.

M. Azémar, aide de physiologie, est nommé préparateur de physiologie.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Geoffroy est nomm aide de clinique.

(1) Extrait de la *Rev. de méd.* Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan.
(2) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Pierre est nommé préparateur de médecine légale.

— *École de médecine de Clermont.* — M. Meunier est chargé des fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Rouen.* — M. le docteur Leudet est nommé professeur d'hygiène et de thérapeutique.

— M. le docteur Chartier, médecin-adjoint au lycée de Nantes, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Cochard, démissionnaire.

M. le docteur Lerat est nommé médecin-adjoint au lycée de Nantes.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs d'Agniéres, ancien médecin militaire; Eugène Bonnet (de Jujurieux), ancien sénateur; Gallet (de Rumilly); Grenet fils (de Joigny).

— M. le professeur Émile Blanchard commencera le cours de zoologie (animaux articulés), le mercredi 30 novembre 1892, à une heure, dans la nouvelle galerie de zoologie du Muséum, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— M. le professeur Louis Vaillant ouvrira le cours de zoologie (reptiles, batraciens et poissons), le jeudi 1er décembre 1892, à une heure, dans l'amphithéâtre du rez-de-chaussée des galeries de zoologie, au Muséum, et le continuera, à la même heure, les samedis, mardis et jeudis suivants.

— M. le professeur Ph. van Tieghem commencera le cours de botanique (organographie et physiologie végétales), le samedi 3 décembre 1892, à 8 heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, au Muséum, et le continuera les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, à la même heure.

Leçons de thérapeutique, par le docteur G. Hayem, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine. *Les Médications*, quatrième et dernière série. 1 fort vol. in-8°. — Prix : 12 francs. — Paris, G. Masson.

La pathologie des émotions, études physiologiques et cliniques, par le docteur Ch. Féré, médecin de Bicêtre. 1 volume grand in-8° de 620 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, Félix Alcan.

Les purgatifs (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par le docteur G. Patein. 1 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 137. — JEUDI 1er DÉCEMBRE 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 1er DÉCEMBRE 1892. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il est un certain nombre de questions qui reviennent périodiquement en discussion à l'Académie. Telle est, par exemple, celle du tétanos.

M. Berger a communiqué quelques faits intéressants d'où il a pu tirer ces conclusions générales : Étant donné un traumatisme aigu, le chirurgien ne doit pas hésiter à pratiquer immédiatement l'extirpation complète du foyer traumatique, même si cette extirpation doit entraîner une grande mutilation, telle que l'amputation d'un membre. Dans deux circonstances, M. Berger a agi ainsi et il a sauvé ses malades.

On sait le bruit qui s'est fait, dans ces derniers temps, surtout à l'étranger, à propos des injections sous-cutanées de sérum antitétanique comme vaccin et comme moyen curateur du tétanos. Or, il résulte des faits expérimentaux et des observations cliniques, rappelés par M. Berger, que ces injections sont de valeur thérapeutique nulle contre le tétanos aigu confirmé. Mais elles sont d'une efficacité réelle en tant que préservatrices et peuvent donner de bons résultats dans les cas de tétanos chronique. Il sera bon toutefois d'y joindre l'emploi des narcotiques, et particulièrement le chloral à hautes doses, qui, depuis longtemps déjà, a fait ses preuves dans le tétanos aussi bien que dans l'éclampsie.

La très intéressante communication de M. Berger va devenir le point de départ d'une nouvelle discussion sur le tétanos. Plusieurs orateurs se sont déjà fait inscrire et quelques-uns ont déjà pris la parole : M. Polaillon, par exemple, a cité un fait malheureux dans lequel la large extirpation du foyer traumatique, jointe aux injections sous-cutanées de sérum antitétanique, n'a pas empêché le malade de succomber en trente-six heures. Par contre, MM. Nocard et Weber ont cité des exemples, empruntés à la médecine vétérinaire, qui confirment pleinement l'opinion émise par M. Berger sur les avantages de cette éradication du foyer tétanique. Cette discussion sera continuée dans la prochaine séance et la parole sera donnée à M. Verneuil.

La lèpre et les différents états morbides qu'on tend de plus en plus à y rattacher sont en ce moment à l'étude. C'est encore là une de ces questions qui sont souvent portées à la tribune de l'Académie, et, dans cette séance, deux lectures ont été faites sur ce sujet, l'une par M. Pitres, le distingué doyen de la Faculté de Bordeaux, et l'autre par M. Roussel.

La lecture de M. Pitres a trait à un nouveau cas de syringomyélie qui n'est qu'un cas de lèpre, ainsi que l'a montré l'examen bactériologique.

Celle de M. Roussel est un historique complet de la question des cagots. Pour M. Roussel, les cagots d'aujourd'hui ne sont pas des lépreux, et les altérations unguéales, sur lesquelles a insisté M. Magitot, ne sont pas des altérations lépreuses. Voilà encore une discussion qui n'est pas près de se terminer!

La conférence de M. le docteur Armaingaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, sur l'organisation de la Ligue contre la tuberculose, a eu lieu samedi soir dans la salle de la Société nationale d'horticulture, sous la présidence de M. le professeur Verneuil.

Le conférencier a très clairement expliqué le but et le fonctionnement de la Ligue qu'il organise, en France, avec le concours de nombreux collaborateurs et de M. Verneuil lui-même, dont l'allocution chaleureuse a été vivement applaudie.

La Ligue ne se confond point avec l'*Œuvre de la tuberculose*, qui est exclusivement une œuvre de science; elle a pour objectif unique et exclusif la vulgarisation de la prophylaxie de la tuberculose et pour but de faire passer ses prescriptions dans la pratique. Le Congrès de la tuberculose a rédigé des instructions populaires excellentes; mais la publicité qui leur est donnée est trop restreinte pour qu'elles puissent atteindre leur véritable destination, qui est d'être conservées dans les familles pour y être lues, relues et consultées en temps opportun. S'il prend aujourd'hui l'initiative de cette propagation, c'est qu'il a déjà mené à bonne fin, par les mêmes moyens, sa propagande pour la fondation d'hôpitaux marins, qui est une lutte organisée contre la scrofule et toutes les misères physiologiques. C'est par la distribution d'innombrables exemplaires et des instructions populaires d'hygiène et par de nombreuses conférences dans plusieurs villes de France, qu'il a réalisé cette première Ligue. C'est par les mêmes moyens qu'il est tout naturellement conduit à organiser la seconde. Les instructions du Congrès sont imprimées dans ses petits *tracts*, et

arrivent à leur destination par les nombreuses conférences où elles sont commentées, dans un grand nombre de villes, par les collaborateurs médicaux de l'œuvre.

M. Grandmougin a dit, lui-même, après cette conférence très écoutée, une belle poésie improvisée pour la circonstance, sur « les petits enfants d'Arcachon » guéris par la mer.

HOPITAL NECKER. — M. Peter.

De la médication hypodermique.

I

Je voudrais vous parler aujourd'hui de la médication hypodermique, médication qui a lancé la thérapeutique moderne dans des voies pleines de promesses et qui a un mérite énorme : celui de faire pénétrer dans l'organisme des médicaments intacts, c'est-à-dire non touchés, non altérés, tels quels, n'ayant traversé ni l'estomac, ni le foie, et n'ayant été modifiés ni par le suc gastrique, ni par l'action hépatique.

Il résulte, en effet, des expériences de M. Roger, agrégé de cette École, qu'en traversant le foie, les substances alcaloïdiques perdent une partie de leur toxicité. Ainsi la morphine, la quinine, la strychnine. Il y a même certains médicaments, comme le curare, par exemple, qui, inoffensifs lorsqu'on les introduit dans l'organisme par le tube digestif, produisent l'intoxication que vous savez, lorsqu'on les injecte sous la peau.

L'action des médicaments introduits sous la peau est complexe. Il y a d'abord une action immédiate et directe sur les expansions terminales des nerfs, puis, par suite de l'absorption rapide, action sur les centres nerveux et enfin action réflexe sur la périphérie.

Ainsi puissance et rapidité d'action, tel est le double mérite de la médication hypodermique.

Ce mérite n'est pas le seul. Cette médication en a un autre, inappréciable. Elle respecte l'estomac ; or, vous verrez bientôt de quelle valeur est ce fait pour certains médicaments, tels que la créosote et le mercure, irritants pour l'estomac, mais bienfaisants pour l'organisme.

Ainsi, la médication hypodermique réalise ce multiple bienfait d'agir puissamment, rapidement et de ne pas offenser l'estomac, c'est tout simplement l'idéal de la thérapeutique réalisé.

Or, elle en réalise un autre, inattendu, c'est d'agir non pas seulement *quantitativement*, mais *qualitativement*. Je veux dire que le liquide injecté produit des effets hors de proportion avec sa masse. Dans le cas d'hémorrhagie abondante, par exemple, alors que la transfusion du sang paraît devoir s'imposer, 1 gramme d'éther, injecté sous la peau, ranime le malade exsangue ; moins de 100 grammes de sang injectés, en partie dans une veine, en partie dans le tissu cellulaire, ont le même résultat pour celui qui en a perdu près d'un kilogramme.

Dans ces deux cas, la tension artérielle augmente, le pouls se relève, la vitalité renaît.

Or, qu'est cette petite quantité d'éther ou de sang injectés par rapport à celle du sang perdu ?

Même effet produit par les injections sous-cutanées du sérum artificiel de M. Hayem dans le choléra, pratiquées récemment par M. Siredey ; même effet par les injections du sérum artificiel de M. Chéron, quant au relèvement de la tension artérielle et aux bienfaits qui s'ensuivent.

Et cette puissance qualitative est due vraisemblablement :

1° A une action immédiate et directe du liquide sur le réseau vasculaire périphérique et sur les expansions terminales des nerfs dans le tissu conjonctif sous-cutané ;

2° A une action consécutive, après absorption, sur le système nerveux central ;

3° A une action réflexe et périphérique de ce système sur l'ensemble de l'organisme.

Ces prémices étant posées, abordons maintenant l'étude des injections médicamenteuses qui ont fait leurs preuves, nous étudierons ensuite celles qui sont en train de faire les leurs.

En premier lieu, je parlerai des injections de morphine, d'éther, de caféine et d'ergotine.

C'est un fait banal que les injections de morphine agissent deux fois plus puissamment injectées sous la peau qu'ingérées dans l'estomac. Elles agissent immédiatement, aussi en résulte-t-il un double abus : abus mondain, le malheureux patient éprouve un tel bien-être, qu'il devient impatient de morphine et se fait des piqûres pour la moindre douleur, d'où morphinomanie ; abus médical, presque aussi grave. Le médecin demande à la morphine plus qu'elle ne peut donner. On emploie les injections pour combattre les insomnies et la douleur. Si les insomnies sont dues à la douleur, elles sont calmées par la morphine ; mais si elles dérivent d'une autre cause, elles sont justiciables de l'opium, du sulfonal, du bromidia, et il est inutile d'employer la morphine.

De plus, le médecin peut méconnaître ainsi l'acte morbide primitif. Un exemple entre mille :

Lorsque la douleur résulte d'une pleurésie diaphragmatique, par exemple, il se produit deux choses : un acte primordial, la phlogose, et un acte consécutif, la douleur, qui est le cri de souffrance du nerf offensé, seul acte dont se plaigne amèrement le malade et dont il désire être soulagé immédiatement. Eh bien, le médecin, complice du malade, fait une piqûre de morphine. Tout le monde est content, le patient parce qu'il ne souffre plus, le médecin parce qu'il n'entend plus le malade se plaindre. Et cependant, le médecin a fait une action irrationnelle ; car, si la douleur a disparu, si le nerf engourdi se tait, la phlogose persiste, non modifiée. Or, l'intervention médicale doit surtout combattre l'acte primitif, la phlogose, par une révulsion sanglante locale : par exemple, des ventouses scarifiées, qui souvent suffisent pour faire disparaître l'acte primitif, la phlogose, et diminuer l'acte consécutif, la douleur. S'il y a lieu, mais secondairement, on aura recours à la piqûre de morphine.

Il en est de même pour la névralgie sciatique. La névralgie est ici consécutive à une névrilémite, le tissu fibreux se gonfle, étrangle les filets et les tubes nerveux, et détermine ainsi de la douleur. Le fait primitif est une inflammation, le plus souvent *a frigore*. Il faut donc d'abord combattre le gonflement du névrilème à l'aide de ventouses scarifiées ou de vésicatoires appliqués *loco dolenti* ; puis faire des piqûres de morphine pour combattre la douleur. Si on fait une injection de morphine seule, on combat le phénomène consécutif mais non la cause.

La morphine s'emploie à la dose d'un centigramme, mais il faut auparavant tâter la susceptibilité individuelle.

Deux mots maintenant sur les injections de caféine. L'indication ici n'est plus de combattre la douleur, mais la

débilité cardiaque et générale. Il arrive que, sous l'influence d'une névralgie cardiaque ou d'une myocardite, le pouls devient faible, ralenti, et alors l'indication de la caféine est très nette. On en injecte 25 centigrammes à la fois, deux, trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. L'effet est extrêmement rapide. Les battements du cœur deviennent plus forts et plus fréquents, l'organisme et le pouls se relèvent.

Une autre substance, également très employée, est l'éther, qu'on injecte à la dose de 1 gramme dans les muscles et non sous la peau. L'injection sous-cutanée est, en effet, très douloureuse et, de plus, expose aux escharres, ce qui peut être dangereux dans la fièvre typhoïde, où les escharres se produisent si facilement.

Dans la dernière épidémie de choléra, les injections d'éther et de caféine nous ont rendu de grands services pour relever le pouls et les forces des malades.

L'éther n'agit pas seulement de la façon que je viens de dire. Dans les cas d'hémorrhagie abondante, une injection de 1 gramme suffit pour ranimer le malade. Ici l'éther agit évidemment d'une façon qualitative. Il m'a été donné une fois entre autres de constater d'une façon très nette la puissance de l'éther injecté dans les muscles. J'étais alors médecin à la Pitié. On vint me chercher pour une femme qui, par le fait d'un fibrome utérin, avait perdu tellement de sang, qu'elle était exsangue et presque sans pouls. Je fis faire aussitôt trois injections d'éther, le pouls se releva; et contre l'hémorrhagie on pratiqua trois injections dans la journée d'une seringuée de Pravaz de liqueur d'ergot d'Yvon (qui est beaucoup plus active que l'ergotine), l'hémorrhagie s'arrêta et la malade survécut.

Un autre fait analogue. Un de mes jeunes parents fut atteint d'une fièvre typhoïde très grave. Le dix-septième jour, il eut une hémorrhagie intestinale très abondante, avec des épistaxis continuelles. Au bout de trois jours le sang était décoloré. Grâce aux injections d'éther et de liqueur d'ergot, les hémorrhagies s'arrêtèrent et maintenant c'est un jeune homme des plus robustes.

Il s'agit maintenant des injections qui sont en train de faire leurs preuves.

Ici, j'aborde un sujet qui serait scabreux, s'il n'était justifié et purifié par l'intérêt scientifique : je veux parler des injections testiculaires de Brown-Séquard.

Et d'abord la puberté n'est pas seulement l'apparition de poils au pubis : le larynx subit une modification parallèle à celle des organes génitaux et la tonalité de la voix du mâle annonce alors à la femelle qu'il est apte à la reproduction. Les testicules, embryonnaires jusque-là, sécrètent. Le désir ne fait pas seulement venir l'eau à la bouche, mais le sperme au testicule; et, à l'occasion de désirs inassouvis, il se fait une résorption inconsciente de liqueur spermatique : une sorte d'auto-injection séquardienne. C'est cette « imprégnation spermatique » (comme je l'appelle depuis longtemps) qui fait la virilité.

La preuve indirecte en est donnée par les eunuques, qui, ne pouvant avoir d'imprégnation spermatique, n'ont ni virilité, ni vigueur.

Une autre preuve en est fournie par ce qu'on observe chez les petits animaux d'une même espèce, petits chiens et petits chevaux, qui ont des testicules d'un volume disproportionné avec leur taille et sont à la fois plus vifs et plus salaces que les chiens et les chevaux de plus grande stature.

Plus tard, dans la vieillesse, les testicules sécrètent peu ou ne sécrètent plus, l'imprégnation spermatique diminue ou cesse : la faiblesse et la caducité s'ensuivent.

D'où la possibilité hypothétique de redonner, par une injection spermatique, une vigueur momentanée à l'organisme défaillant. D'où les injections de Brown-Séquard.

LÈPRE ET SYRINGOMYÉLIE

Par M. Pitres,

Doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

M. Zambaco affirme que le mal de Morvan n'est qu'une manifestation atténuée de la lèpre et qu'il en est de même de la syringomyélie. Or nous venons d'observer un malade considéré comme syringomyélique qui est en réalité un lépreux ainsi que l'a prouvé l'examen bactériologique.

Il s'agit d'un malade qui, en 1876, après trois ans de séjour à la Martinique, avait constaté des plaques anesthésiques du mollet gauche d'abord, du droit ensuite, qui se sont étendues progressivement. En 1879 se sont produits des troubles trophiques guérissant puis se reproduisant indéfiniment.

Au moment où nous vîmes le malade, il était atteint de troubles trophiques multiples et persistants aux quatre extrémités; dissociation syringomyélique de la sensibilité sur les téguments des membres et rien de plus; nous le croyions atteint de syringomyélie. MM. Le Dantec et Vergniaud, qui avaient observé la lèpre aux colonies, ne considéraient pas le malade comme lépreux.

Plus tard, après la communication de M. Zambaco, nous avons étudié de nouveau ce cas.

L'examen clinique n'ayant révélé aucune particularité nouvelle, M. Sabrazès entreprit une série de recherches bactériologiques dont les résultats, après plusieurs tentatives infructueuses, devaient conduire à un diagnostic certain. Le sang du malade et le pus ichoreux qui s'écoulait de maux perforants plantaires ne contenaient pas de bacilles lépreux.

Il n'y en avait pas davantage dans la sérosité d'un vésicatoire appliqué sur la jambe gauche. On demanda alors au malade l'autorisation de lui exciser un petit fragment de nerf sous la peau de l'avant-bras, et, dans ce fragment de nerf, on trouva un grand nombre de bacilles de Hansen très facilement reconnaissables. Ces préparations, soumises à MM. Roux et Vaillard, furent reconnues pour des bacilles lépreux.

Ainsi ce malade n'était pas atteint de syringomyélie, mais bien de lèpre systématisée nerveuse.

Cette observation prouve tout d'abord que la dissociation, dite syringomyélique, de la sensibilité, n'a pas la valeur quasi absolue que lui ont attribuée quelques auteurs.

On la rencontre dans l'hystérie. On peut la rencontrer aussi dans la lèpre tuberculeuse et dans la lèpre anesthésique.

On a enfin constaté la dissociation syringomyélique franche dans des cas de lèpre à forme anormale.

En ce qui concerne la valeur de l'examen bactériologique dans le diagnostic de la lèpre, M. Zambaco paraît n'attribuer à cet examen qu'une faible importance. Tel n'est pas notre avis.

Si la lèpre est une maladie de cause microbienne, c'est le microbe qui fait sa spécificité et qui, pour les personnes inexpérimentées, lui donne sa caractéristique.

Si on ne l'a pas toujours rencontré, même dans des cas de lèpre authentique, c'est qu'on ne l'a pas recherché avec toutes les précautions voulues.

La recherche clinique du bacille lépreux ne doit pas être faite de la même façon dans tous les cas. S'il existe des tubercules, on en excise un fragment et on le soumet aux méthodes de coloration connues, et le tissu se montre infiltré de grosses cellules gorgées d'innombrables bacilles de Hansen. Mais, quand il

n'existe pas de tubercules, l'examen est plus délicat et plus aléatoire.

Quelques auteurs ont alors recherché le bacille dans le sang, et MM. Plügge, Ferré (de Bordeaux), Boinet, ont eu la chance de l'y rencontrer, mais d'autres ne l'y ont pas trouvé. M. F. Müller l'a trouvé dans la sérosité des bulles pemphygoïdes développées sur des plaques anesthésiques, mais il est rare qu'on ait l'occasion d'assister à la naissance et à l'évolution de ces bulles. Kalindéro conseille d'appliquer un vésicatoire et d'en examiner la sécrétion ; c'est là un procédé infidèle.

Il semblerait qu'on dût être plus heureux en examinant le pus des ulcérations spontanées ou le produit du raclage des excoriations trophiques de la peau. Il n'en est rien. En y réfléchissant, on le comprend. Les ulcérations lépreuses, sont, en effet, des troubles trophiques, c'est-à-dire le retentissement sur la peau de lésions nerveuses placées plus haut. Ce n'est pas l'ulcération qui est spécifique, c'est la névrite qui lui a donné naissance, et c'est dans le nerf, non dans la peau, qu'on aura chance de trouver la cause du mal. Il est évident que, si les nerfs présentaient des indurations nodulaires ou des ilots caséeux, il serait indiqué de les exciser au niveau de l'une de ces altérations. Dans des conditions de ce genre, MM. Arning et Cramer ont trouvé des amas de bacilles de Hansen.

De ce que la lèpre peut simuler, à s'y méprendre, la syringomyélie, ce n'est pas une raison pour rayer cette dernière du cadre nosologique et la considérer simplement comme une forme de lèpre. Elle a très probablement son existence propre.

Des considérations qui précèdent, nous tirons les conclusions suivantes :

1° La lèpre peut donner lieu à un ensemble de troubles trophiques et de symptômes sensitifs très analogues à ceux qui caractérisent la syringomyélie ;

2° Dans tous les cas douteux, la recherche méthodique du bacille de Hansen est le moyen le plus sûr que nous possédions pour établir le diagnostic entre ces deux affections ;

3° L'examen bactériologique du sang, du pus sécrété par les troubles trophiques, de la sérosité des vésicatoires placés sur les régions anesthésiques de la peau, ne donne que des résultats aléatoires et incertains ;

4° Pour que l'examen bactériologique ait toute sa valeur démonstrative, il convient qu'il soit pratiqué sur des fragments de tubercules cutanés, s'il en existe, et, s'il n'en existe pas, sur des fragments de nerfs excisés au-dessous de la peau, où la sensibilité et la nutrition sont notablement altérées.

NOTE SUR UN CAS DE TÉTANOS TRAUMATIQUE

GUÉRI PAR L'AMPUTATION ET LES INJECTIONS DE SÉRUM ANTITÉTANIQUE

Par M. Berger, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Un jeune homme de vingt-huit ans se blesse au petit doigt de la main gauche le 23 juillet. Quinze jours après l'accident, il constate de la raideur des mâchoires, et, trois jours après, le 9 août, il entre dans notre service avec un tétanos limité aux muscles masticateurs et aux muscles de la face. Insensiblement la raideur gagne les muscles de la nuque, du tronc, les membres inférieurs, malgré le traitement au chloral, énergiquement institué dès le début. Le 16 août, survient une première attaque tétanique généralisée, suivie d'attaques quotidiennes de plus en plus graves. La dose de chloral est élevée à 24 grammes par jour, associée à 6 centigrammes de morphine ; néanmoins, la situation s'aggrave de jour en jour et la terminaison fatale est imminente.

Le 2 septembre, nous pratiquons l'amputation du petit doigt blessé, dont l'articulation interphalangienne était suppurée. Ce jour même, et les jours suivants, furent pratiquées des injections de sérum antitétanique, à dose de 40 grammes de sérum représentant 4 grammes d'extrait sec (antitoxine) par jour, par la méthode de Tizzoni et Cattani. Le sérum fut fourni par M. Roux, qui donna toutes les indications nécessaires pour son emploi. M. Roux, d'ailleurs, avait insisté sur la nécessité de supprimer, tout d'abord, le foyer de l'infection tétanique. L'amélioration suivit aussitôt l'amputation : les attaques tétaniques ne se produisirent plus. Le malade quittait l'hôpital guéri au bout d'un mois.

Quelle est la part qu'il faut faire à l'amputation ? Quelle est celle qui revient aux injections antitoxiques dans cette guérison. L'expérimentation semble indiquer que les injections antitétaniques n'ont qu'une valeur prophylactique, qu'elles confèrent l'immunité contre le tétanos, mais qu'elles ne modifient ni ne guérissent un tétanos déclaré. Telle a été la conclusion des premières recherches de Tizzoni et Cattani, telle est aussi la manière de voir de M. Roux, fondée sur ses observations expérimentales.

Cependant, on a récemment publié, à l'étranger, un certain nombre de cas de guérisons de tétanos par les injections d'antitoxine Tizzoni. En présence de ces résultats peu concordants de l'expérimentation et de l'observation clinique, il faut suspendre tout jugement définitif ; mais, ce qui s'impose, c'est l'extirpation du foyer d'infection tétanique de la plaie, dût-on avoir recours, pour l'obtenir, à l'amputation. Cette manière d'agir, indiquée par les examens bactériologiques qui nous montrent l'infection bacillaire limitée à la plaie dans le tétanos, est confirmée par les faits.

Nous avons traité avec succès, par l'amputation, deux cas de tétanos graves. Nos autres tétaniques, au nombre d'une douzaine, ont tous succombé.

Nous croyons donc pouvoir conclure des faits et des expérimentations, que les injections de sérum antitétanique ne guérissent nullement le tétanos aigu confirmé, mais que ces injections ont une réelle valeur préservatrice. On peut dire que nous sommes en possession d'un véritable vaccin tétanique. Malheureusement, ce vaccin est de valeur thérapeutique nulle. Cependant, dans ces derniers temps, il a été publié, surtout à l'étranger, un certain nombre de faits qui semblent prouver que ces injections peuvent donner de bons résultats dans le traitement du tétanos chronique. Mais comme, dans ces cas, les injections de sérum antitétanique ont été employées en même temps que d'autres moyens, tels que le chloral ou la morphine à hautes doses qui, employés seuls, ont parfois aussi, donné de bons résultats, il est difficile de se prononcer d'une manière absolue sur la valeur de ces injections.

Quoi qu'il en soit, d'après ce qu'ont appris les faits cliniques et les recherches microbiologiques, il semble légitime d'admettre que l'extirpation complète du foyer traumatique, en cas de tétanos, est le plus sûr moyen d'enrayer la marche de la maladie et d'empêcher la propagation du bacille de Nicolaïer au reste de l'économie.

Concluons en disant : Dans tous les cas de tétanos grave, il faut, avant tout, pratiquer l'extirpation complète du foyer traumatique, quelque importante que soit la mutilation, toutes les autres indications, y compris les injections de sérum antitétanique, étant le plus ordinairement inefficaces.

MÉDECINE LÉGALE DES ACCIDENTS DE LA FOUDRE (1)

Par le docteur Vincent, de Guéret (Creuse),
Lauréat de l'Académie de médecine, de la Société de médecine du Nord et de la Société des langues romanes de Montpellier.

XVIII

4. *Mort d'animaux.* — Ce sujet nous intéresse à un double point de vue : d'abord la présence d'un et surtout de plusieurs animaux, trouvés morts à proximité d'un cadavre humain, constitue, comme les désordres produits sur les bâtiments, les arbres et le sol, une nouvelle présomption de la chute de la foudre ; ensuite cette mort peut devenir matière à accusations fausses et, par suite, cause de poursuites en police correctionnelle et dom-

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 1261.

mages intérêts intentés par les propriétaires de ces animaux. Il est donc, à ce double point de vue, utile de faire connaître les particularités qui s'y rapportent.

Les lésions, produites par la foudre sur les animaux, sont nécessairement les mêmes que celles que nous avons vues sur les personnes, ainsi du reste que nous en avons cité bien des exemples. Il n'y a donc pas à y revenir. Nous ferons seulement remarquer ici que les animaux sont beaucoup plus exposés que l'homme à la mort par le foudroiement latéral, qui est fréquent chez eux; cela est dû à la station quadrupède qui fait de leurs corps un *arc meilleur conducteur* que le sol, dans lequel se concentre le courant électrique qui entre par les pieds de derrière, par exemple, pour sortir par les pieds de devant, ou le museau, si l'animal paît dans un pacage, *aut vice versâ*. Ce sont ces points d'entrée et de sortie, les pieds et le museau, qui doivent attirer surtout l'attention du médecin ou du vétérinaire expert, parce que, plus que d'autres, ils sont le siège de lésions tant dans le foudroiement latéral que dans le foudroiement direct.

Dans un accident de foudre, arrivé près de Biarritz et rapporté par le *Petit Moniteur universel* (nº du 19 août 1887), le tonnerre tombe sur un landeau attelé, jette le cocher à bas, en déchirant son chapeau de cuir et sa veste, ne touche pas aux personnes qui sont dans l'intérieur de la voiture, mais renverse les deux chevaux, *dont les pieds sont brûlés*.

La citation suivante, que j'emprunte au professeur Tourdes, s'applique non pas au choc en retour, comme le prétend l'auteur, mais bien aux effets du foudroiement latéral sur l'homme et les animaux : « On a vu des troupeaux entiers, des attelages de plusieurs chevaux, de nombreuses personnes réunies, éprouver en même temps ce genre d'action et y succomber toutes à la fois, sans que l'on aperçût aucune blessure aux parties supérieures du corps foudroyé; mais on en trouvait à la plante des pieds et l'on constatait que les talons des chaussures étaient arrachés et les clous fondus.

5. *Attitudes, rigidité, putréfaction.* — A. Des expériences de Dechambre, Tourdes et Bertin ci-dessus signalées, il résulte que la décharge d'une forte batterie électrique, les électrodes étant appliquées l'une au front et l'autre au sacrum, produit, lorsqu'elle est assez énergique, un tétanos général qui amène la mort de l'animal. L'effet produit par la foudre est naturellement le même et le tétanos général et instantané, qui immobilise le système musculaire tout entier au moment du choc électrique, fait que la victime *conserve l'attitude qu'elle avait lorsqu'elle a été subitement frappée.*

Les exemples suivants, pris parmi ceux très nombreux cités par les auteurs, nous feront mieux comprendre cet effet singulier qui, dans bien des circonstances, est kéraugnomonique.

Le 22 janvier 1849, une chèvre, tuée par la foudre près de Clermont, resta debout sur ses pattes de derrière, tenant encore à la bouche une branche de verdure.

Dans le cas remarquable de Cardan, reproduit par Rivière et les auteurs modernes, « huit moissonneurs, tués sous un chêne en prenant leur repas, deviennent raides tout d'un coup et restent dans la position où ils se trouvaient, de manière que l'un paraît manger, l'autre porter sa main à son verre et un autre boire. »

Mais l'exemple le plus curieux est assurément celui d'un individu tué à cheval, que sa monture ramena chez lui dans la même pose et attitude que s'il avait chevauché vivant.

Cet effet, que la foudre à peu près seule peut produire, est, par cela même, important en médecine légale lorsqu'il existe, ce qui est loin d'être fréquent, attendu que, le plus souvent, l'homme ou l'animal sont terrassés.

B. *La rigidité cadavérique* ordinaire peut-elle être la suite du même état tétanique dont nous venons de parler? Je ne trouve, dans les auteurs et les faits, rien qui le prouve. Hors de cela, ce phénomène cadavérique ne me semble pas avoir, en médecine légale, l'importance qu'on a bien voulu lui attribuer. Comme dans tous les genres de mort où elle se présente, la rigidité cadavérique se déclare, en effet, ici, plus ou moins rapidement, dure plus ou moins longtemps, et est plus ou moins prononcée. De plus, elle est si loin d'être constante, que Hunter, Himbey et d'autres auteurs ont prétendu qu'elle manque chez les foudroyés.

C. Dans ce dernier cas, même, la *putréfaction* peut se produire avec une rapidité étonnante : c'est ce qui est arrivé dans un cas de foudroiement de quatre personnes, dont deux mortes sous un chêne, où j'ai été appelé. Des deux personnes mortes, l'une présentait une rigidité cadavérique générale et prononcée six heures après l'accident, et l'autre, après deux ou trois heures, était dans un état de putréfaction tellement avancée qu'on a été obligé, avant mon arrivée, de la transporter à son domicile assez éloigné. Ce dernier signe, c'est-à-dire la putréfaction rapide, est donc plus certain que la rigidité.

6. *Sulfuration; intoxication.* — De tous temps, on a observé que la foudre laisse assez fréquemment, après elle, une forte odeur de soufre sur le lieu même de sa chute ou sur les objets qu'elle frappe.

Dans le chant VIII de l'*Iliade*, Jupiter, pour protéger les Troyens, « tonne avec fracas et lance sa foudre brûlante devant les chevaux de Diomède; le SOUFRE *embrasé fait jaillir dans les airs une flamme terrible* ».

Dans le chant XII de l'*Odyssée*, à propos de la tempête suscitée contre Ulysse pour le punir d'avoir enlevé les bœufs du Soleil, nous trouvons : « Cependant Jupiter tonne et lance sur nous la foudre; sous ses coups redoublés, le navire tourbillonne et *se remplit de soufre.* »

Sénèque dit que « partout où la foudre tombe, il est constant qu'elle y laisse une *odeur de soufre* et cette odeur, naturellement forte, respirée en abondance, peut causer du délire ». Comme on le voit, l'idée d'empoisonnement par la foudre, qui est passé à l'état de croyance populaire, date de loin.

Pour prouver que l'odeur de soufre a été observée de tout temps, je pourrais ici citer les observations des auteurs de tous les siècles, si la liste n'en était trop longue; aussi vais-je me borner à rapporter les trois suivantes, parmi les dernières faites:

Le 11 juillet 1857, la foudre tombe sur l'église de Grossham pendant l'office, tue six personnes et en blesse cent. L'église est *remplie d'une odeur sulfureuse.*

La maisonnette de la gare de Sainte-Feyre, dont il a été déjà question, était remplie d'une *odeur de soufre des plus prononcées.*

Enfin la manche du paletot de Th..., effleurée par le globe électrique, exhale pendant trois jours *la même odeur.*

Cette odeur est-elle réellement celle du soufre qui brûle, c'est-à-dire de l'acide sulfureux ou même de l'acide sulfhydrique, résultat de la combinaison du soufre mis à nu avec l'hydrogène de l'humidité de l'air également à l'état naissant sous la même influence? Jusqu'à la dernière moitié de notre siècle incluse, cela ne faisait pas l'ombre d'un doute; mais, dans ces derniers temps, les opinions ont changé et, pour le plus grand nombre, cette odeur serait celle de l'ozone, c'est-à-dire de l'oxygène de l'air électrisé. Pour Boussingault, qui a assisté sept fois à la chute de la foudre sur des arbres, ce serait celle du bois distillé semblable à celle que l'on perçoit dans les usines où l'on prépare le vinaigre par la distillation du bois. Pour Moynier, c'est une odeur de moisi; pour Pétrée, une odeur de corne brûlée.

Ces odeurs, qui, en somme, peuvent être diverses, peuvent aussi se combiner et former des odeurs composées : dans le foudroiement de la frégate autrichienne la *Médée*, il y eut trois personnes blessées, dont le corps et les vêtements répandaient une *odeur de soufre brûlé* mêlée aux exhalaisons d'une huile empyreumatique provenant, selon toute apparence, du goudronnage ou vernis du navire.

Quoi qu'il en soit de cette divergence d'opinion des savants et des observateurs, l'existence de l'odeur sulfureuse et la présence possible du soufre dans ces circonstances, ne sauraient faire l'objet d'un doute, depuis la curieuse observation de M. Bonjean, de Chambéry. Ce chimiste distingué a, en effet, retrouvé ce mé-

talloïde, à l'état de sulfure, dans la poudre qu'il s'était procurée en raclant un cadre et des chandeliers de bois doré *noirci* par la foudre tombée le 14 juin 1846, sur l'église de Saint-Thibaud de Conz. (*Mémoires de l'Académie des sciences*, 1846.)

D'autres observations viennent corroborer celle de M. Bonjean : Fusinieri a trouvé de petits cristaux de *sulfure de fer* sur une barre de fer que la foudre avait frappée. On signale aussi la présence du même sel sur des troncs d'arbres foudroyés.

Le 24 août 1764, la foudre tombe sur le château électoral de Heidelberg et, le lendemain, on trouva les ardoises couvertes de petits cristaux jaunes, qu'on reconnaît pour être du soufre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 novembre 1892. — Présidence de M. Regnauld.

COMMUNICATIONS

Lèpre et syringomyélie. — **M. PITRES** (de Bordeaux) fait une communication sur ce sujet (Voir plus haut, p. 1287).

Cagots des Pyrénées. — **M. ROUSSEL** estime que les cagots d'aujourd'hui ne sont pas les descendants des lépreux. Quant aux déformations unguéales observées par M. Magitot sur les cagots de Salies-de-Béarn, ce sont de ces affections endémiques, sans rapport avec la lèpre et dont M. Roussel a vu quelques autres exemples au cours de ses recherches déjà anciennes sur la pellagre et sur la lèpre dans les campagnes du Sud-Ouest.

Le procédé des tractions de la langue dans l'asphyxie des nouveau-nés. — **M. LABORDE** disait, dans la dernière séance, que le procédé de rappel à la vie, par les tractions rythmiques de la langue, lui semblait pouvoir être employé avec avantages pour combattre l'asphyxie des enfants nouveau-nés. Avant cette date, M. Péronne (de Sedan) avait déjà fait, avec un succès complet, l'application de ce procédé à l'asphyxie des nouveau-nés. Il y a eu recours chez un nouveau-né qui ne présentait plus le moindre signe de vie. Il s'agissait d'un accouchement très naturel, sans aucune anomalie que des contractions utérines très énergiques et ininterrompues, pendant toute la durée du travail, qui avait été relativement courte. Il n'y avait aucune circulaire du cordon. M. Péronne s'est servi simplement de la pince à pansements, de trousse. Au bout de quelques tractions, l'enfant a eu une sorte de hoquet, et la respiration s'est établie. Il est vrai de dire qu'une fois la première manifestation de vie obtenue, il employa simultanément les autres moyens, frictions, tapotements, bains chauds, etc.

Depuis, M. Péronne a obtenu deux succès aussi complets, l'un à la suite d'une laborieuse application de forceps au détroit supérieur, l'autre à la suite d'un accouchement simple très retardé par des circulaires multiples du cordon. Dans les deux circonstances, il n'y avait, chez le nouveau-né, aucun signe de vie. Les choses se passèrent comme dans le premier cas.

Traitement du tétanos. — **M. BERGER** fait, sur ce sujet, une communication (Voir plus haut, p. 1288).

DISCUSSION

M. CHARPENTIER, à propos de ce qu'a dit M. Berger, relativement à la médication chloralique, fait observer qu'il est un courant, en Allemagne, en ce moment, qui tend à réagir contre l'emploi des narcotiques pour combattre le tétanos ou l'éclampsie.

M. Charpentier, en ce qui concerne au moins l'éclampsie, croit qu'il faut protester bien haut contre cette tendance d'outre-Rhin. Il faut bien qu'on sache que l'emploi du chloral ou des narcotiques à hautes doses constitue encore l'un des meilleurs moyens à opposer au tétanos ou à l'éclampsie et que ce serait une grande faute que de se priver de cette précieuse ressource.

M. POLAILLON communique une observation qui infirme ce qu'a dit M. Berger, relativement aux avantages des larges ablations du foyer traumatique dans les cas de tétanos aigu.

Un jeune homme se blesse avec une baguette de fusil ; il néglige sa blessure et, trois semaines après, il est pris de trismus. Un médecin appelé lui donne du chloral à hautes doses et l'envoie à l'hôpital. A son entrée dans le service de M. Polaillon, ce malade présentait encore seulement du trismus. Imbu des idées défendues par M. Berger, M. Polaillon fit une large ablation de la plaie de ce malade et appela M. Roux qui présida lui-même aux injections de sérum antirabique. Le tétanos n'en continua pas moins son cours et ce malade succomba le lendemain soir, malgré l'opération, malgré les injections et malgré le chloral à hautes doses. On avait trouvé le bacille de Nicolaïer sur les limites de la pièce enlevée.

M. Polaillon croit donc qu'il faut faire des réserves relativement à cette assertion émise par M. Berger, à savoir que l'ablation large du foyer traumatique est le plus sûr moyen d'arrêter un tétanos dans sa marche. Quant aux injections de sérum antirabique, M. Roux a déclaré que, selon lui, on les avait commencé déjà trop tard chez ce malade et qu'elles ne peuvent avoir quelque efficacité qu'à la condition d'être pratiquées tout à fait au début, dès l'apparition du premier symptôme de la maladie. Pour le chloral, M. Polaillon n'a jamais guéri, par ce moyen, que les tétanos chroniques.

M. NOCARD souscrit à l'opinion soutenue par M. Berger relativement à l'indication d'enlever largement le foyer traumatique. Mais il fait des réserves sur cette autre opinion de M. Berger, que les injections sous-cutanées de sérum antitétanique sont absolument inefficaces dans le traitement du tétanos. Il faut bien savoir que le tétanos chronique ne guérit pas toujours tout seul et que, dans ces cas, ces injections rendent les plus grands services. M. Nocard cite l'exemple d'un cheval mort après dix-sept jours de tétanos. Il est convaincu qu'il aurait pu sauver ce cheval, s'il avait eu, à ce moment, à sa disposition le moyen des injections de sérum antitétanique.

M. WEBER rappelle qu'il est une opération, chez le cheval, qui est fréquemment suivie du tétanos, c'est la section de la queue. Or, en pareil cas, les vétérinaires savent bien que le meilleur moyen d'enrayer la marche du tétanos est de couper la queue plus haut : cette pratique confirme absolument l'opinion émise par M. Berger sur les avantages de la suppression du foyer traumatique.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les concours de l'internat et de l'externat ont repris leurs séances dans le plus grand calme. Aujourd'hui mercredi 30 novembre 1892, M. Salmon a repris ses fonctions d'externe à l'hôpital Saint-Antoine.

Ainsi se termine un incident où les élèves de nos hôpitaux ont su, par leur esprit de corps, leur énergie et la sagesse de leurs revendications, mériter les sympathies les plus vives de tous ceux qui s'intéressent à l'avenir de nos études.

— Par décret, en date du 28 novembre 1892, les médecins aides-majors dont les noms suivent ont été promus au grade de médecins aides-majors de première classe, pour prendre rang du 1er décembre 1892. Par décision ministérielle du même jour, ces médecins militaires ont été maintenus à leur poste actuel :

MM. Rouget, Moingeard, Patte, Chabrut, Labougle, Friant, Braun, Courtet, Zurnbiehl, Patris de Broé, Biscons, Blum, Sibut, Bonnet, Decaux, Chambaud, Spillmann, Maré, Fromont, Iversenc, Vialaneix, Lespinasse, Georges, Pichon, Ausset, Baissas, Barré, Darricarrère, Albert, Malafosse, Foureur, Deumier, Merlat, Busquet, Roy, Lucy, Teissier, Cuvillier, Thomas, Vuillaume, Brico, Vielle, Alix, Duron, Vigneron, Martin, Franquet, Mauroux, Manceaux, Cousin, Dodieau, Ferrand, Pouy, Glorget, Sendral,

Althoffer, Bourguedieu, Montet, Maturié, Cadet, Laporte, Cauvet, Faivre, Payerme, Beaujean, Vèzes, Démery, Rougier, Austric, Leclercq, Cultin, Lafaille, Boursiac, Amat, Gremillon, Larrieu, Louët, Thooris.

— Par décret, en date du 28 novembre 1892, M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Pau a été promu au grade de pharmacien aide-major de première classe et, par décision ministérielle du même jour, maintenu à son poste actuel.

— Un comité de souscription s'est formé pour élever à la mémoire du docteur Villemin, à Prey-sous-Bruyères (Vosges), son pays natal, un monument perpétuant les services rendus au pays et à la science par notre illustre confrère.

Les demandes de renseignements et les souscriptions devront être adressées à M. le docteur Fournier, secrétaire-trésorier du comité, à Rambervillers (Vosges).

— M. le docteur Galezowski reprendra ses conférences cliniques sur les maladies des yeux et son cours sur le diagnostic et la thérapeutique oculaire à sa clinique, 41, rue Dauphine, le lundi 5 décembre, à deux heures et demie, et le continuera les lundis suivants à la même heure. — Tous les jeudis examen ophthalmoscopique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des eaux minérales et éléments de climatothérapie, par le docteur Mœller, membre correspondant de l'Académie de médecine de Belgique. (Balnéologie, balnéographie, balnéothérapie et climatothérapie.) 1 vol. in-8°. — Prix : 15 francs. — Paris, G. Masson.

Le vade-mecum du médecin expert, guide médical ou aide-mémoire de l'expert, du juge d'Instruction, des officiers de police judiciaire, de l'avocat, par A. Lacassagne, professeur de médecine légale à l'Université de Lyon, correspondant de l'Académie de médecine. 1 vol. in-18 cartonné toile souple. — Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

Une maladie de la personnalité, l'inversion sexuelle : psychophysiologie, sociologie, tératologie, aliénation mentale, psychologie morbide, anthropologie, médecine judiciaire, par le docteur J. Chevalier, préface du docteur A. Lacassagne, professeur à l'Université de Lyon. 1 vol. in-18 de la bibliothèque scientifique, judiciaire, cartonné toile.—Prix : 5 francs. — Paris G. Masson.

Les causes de la fièvre typhoïde (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par le docteur J. Gasser. In-16, reliure d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Moyens de se préserver du choléra, devoirs et hygiène des personnes appelées à soigner des malades; premiers soins à donner, par le docteur Depierris, préface du docteur De Christmas. 1 vol. in-8° de 50 pages. —Prix : 1 franc. —Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 2 décembre 1892.

LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE PREMIER

Conditions de l'exercice de la médecine.

Article premier. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État (facultés, écoles de plein exercice et écoles préparatoires réorganisées conformément aux règlements rendus après avis du Conseil supérieur de l'Instruction publique).

Les inscriptions précédant les deux premiers examens probatoires pourront être prises et les deux premiers examens subis, dans une école préparatoire réorganisée comme il est dit ci-dessus.

TITRE II

Conditions de l'exercice de la profession de dentiste.

Art. 2. — Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste. Le diplôme de chirurgien-dentiste sera délivré par le gouvernement français, à la suite d'études organisées suivant un règlement rendu après avis du Conseil supérieur de l'Instruction publique et d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État.

TITRE III

Conditions de l'exercice de la profession de sage-femme.

Art. 3. — Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de première ou de deuxième classe, délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une faculté de médecine, une école de plein exercice ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie de l'État.

Un arrêté, pris après avis du Conseil supérieur de l'Instruction publique, déterminera les conditions de scolarité et le programme applicable aux élèves sages-femmes.

Les sages-femmes de première et de deuxième classe continueront à exercer leur profession dans les conditions antérieures.

Art. 4. — Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine ou un officier de santé.

Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de médecine.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les revaccinations antivarioliques.

TITRE IV

Conditions communes à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire et de la profession de sage-femme.

Art. 5. — Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, de dentiste ou de sage-femme, et en se conformant aux dispositions prévues par les articles précédents.

Des dispenses de scolarité et d'examens pourront être accordées par le ministre, conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique. En aucun cas, les dispenses accordées pour l'obtention du doctorat ne pourront porter sur plus de trois épreuves.

Art. 6. — Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de douze inscriptions, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

Art. 7. — Les étudiants étrangers qui postulent, soit le

diplôme de docteur en médecine, visé à l'article 1er de la présente loi, soit le diplôme de chirurgien-dentiste, visé à l'article 2, et les élèves de nationalité étrangère qui postulent le diplôme de sage-femme de première ou de deuxième classe, visé à l'article 3, sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français.

Toutefois, il pourra leur être accordé, en vue de l'inscription dans les facultés et écoles de médecine, soit l'équivalence des diplômes ou certificats obtenus par eux à l'étranger, soit la dispense des grades français requis pour cette inscription, ainsi que des dispenses partielles de scolarité correspondant à la durée des études faites par eux à l'étranger.

Art. 8. — Le grade de docteur en chirurgie est et demeure aboli.

Art. 9. — Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le mois qui suit leur établissement, de faire enregistrer, sans frais, leur titre à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement.

Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai.

Ceux ou celles qui, n'exerçant plus depuis deux ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent faire enregistrer leur titre dans les mêmes conditions.

Il est interdit d'exercer sous un pseudonyme les professions ci-dessus, sous les peines édictées à l'article 18.

Art. 10. — Il est établi chaque année dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance du diplôme des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes visés par la présente loi.

Ces listes sont affichées chaque année, dans le mois de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique et de la Justice.

La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est dressée tous les ans, par les soins du ministre de l'Intérieur.

Art. 11. — L'article 2272 du Code civil est modifié ainsi qu'il suit :

« L'action des huissiers, pour le salaire des actes qu'ils signifient et des commissions qu'ils exécutent;

Celle des marchands, pour les marchandises qu'ils vendent aux particuliers non marchands ;

Celle des maîtres de pension, pour le prix de pension de leurs élèves, et des autres maîtres, pour le prix de l'apprentissage ;

Celle des domestiques qui se louent à année, pour le payement de leur salaire,

Se prescrivent par un an.

L'action des médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens, pour leurs visites, opérations et médicaments, se prescrit par deux ans. »

Art. 12. — L'article 2101 du Code civil, relatif aux privilèges généraux sur les meubles, est modifié ainsi qu'il suit dans son paragraphe 3 :

« Les frais quelconques de la dernière maladie, quelle qu'en ait été la terminaison, concurremment entre ceux à qui ils sont dus. »

Art. 13. — A partir de l'application de la présente loi, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels, à l'égard de toutes personnes autres que l'État, les départements et les communes.

Art. 14. — Les fonctions de médecins experts près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine français.

Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811, en ce qui touche les honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des médecins.

Le même règlement déterminera les conditions suivant lesquelles pourra être conféré le titre d'expert devant les tribunaux.

Art. 15. — Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu de faire, à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombées sous son observation et visées dans le paragraphe suivant.

La liste des maladies épidémiques, dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel, sera dressée par arrêté du ministre de l'Intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Le même arrêté fixera le mode des déclarations desdites maladies.

TITRE V

Exercice illégal. — Pénalités.

Art. 16. — Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 29 et 32 de la présente loi, prend part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf les cas d'urgence avérée;

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées pour l'exercice de sa profession par l'article 4 de la présente loi;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.

Les dispositions du paragraphe 1er du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux gardes-malades, ni aux personnes qui, sans prendre le titre de chirurgien-dentiste, opèrent accidentellement l'extraction des dents.

Art. 17. — Les infractions prévues et punies par la présente loi seront poursuivies devant la juridiction correctionnelle.

En ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de la pratique des accouchements, les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les associations de médecins régulièrement constituées, les syndicats visés dans l'article 13 pourront en saisir les tribunaux par voie de citation directe donnée dans les termes de l'article 182 du Code d'instruction criminelle, sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie

civile dans toute poursuite de ces délits intentée par le ministère public.

Art. 18. — Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs, et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1000 francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'exercice illégal de l'art dentaire est puni d'une amende de 50 à 100 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 francs.

L'exercice illégal de l'art des accouchements est puni d'une amende de 50 à 100 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 francs et d'un emprisonnement de six jours à un mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 19. — L'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire, avec usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé, est puni d'une amende de 1 000 à 2 000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 2000 à 3000 francs et d'un emprisonnement de six mois à un an, ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'usurpation du titre de dentiste sera punie d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1 000 francs et d'un emprisonnement de six jours à un mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'usurpation du titre de sage-femme sera punie d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1 000 francs et d'un emprisonnement de un mois à deux mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 20. — Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque, se livrant à l'exercice de la médecine, fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine sans en indiquer l'origine étrangère. Il sera puni d'une amende de 100 à 200 francs.

Art. 21. — Le docteur en médecine ou l'officier de santé qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par l'article 15 sera puni d'une amende de 50 à 200 francs.

Art. 22. — Quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 9 de la présente loi, est puni d'une amende de 25 à 100 francs.

Art. 23. — Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice, sous les peines portées à l'article précédent.

Art. 24. — Il n'y a récidive qu'autant que l'agent du délit relevé a été, dans les cinq ans qui précèdent ce délit, condamné pour une infraction de qualification identique.

Art. 25. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession peuvent être prononcées par les cours et tribunaux, accessoirement à la peine principale, contre tout médecin, officier de santé, dentiste ou sage-femme, qui est condamné :

1° A une peine afflictive et infamante ;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol et escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334 et 335 du Code pénal ;

3° A une peine correctionnelle prononcée par une cour d'assises pour des faits qualifiés crimes par la loi.

En cas de condamnation prononcée à l'étranger pour un des crimes et délits ci-dessus spécifiés, le coupable pourra également, à la requête du ministère public, être frappé, par les tribunaux français, de suspension temporaire ou d'incapacité absolue de l'exercice de sa profession.

Les aspirants ou aspirantes aux diplômes de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste et de sage-femme, condamnés à l'une des peines énumérées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article, peuvent être exclus des établissements d'enseignement supérieur.

La peine de l'exclusion sera prononcée dans les conditions prévues par la loi du 27 février 1880.

En aucun cas, les crimes et délits politiques ne pourront entraîner la suspension temporaire ou l'incapacité absolue d'exercer les professions visées au présent article, ni l'exclusion des établissements d'enseignement médical.

Art. 26. — L'exercice de leur profession par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue, dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 17, 18, 19, 20 et 21 de la présente loi.

Art. 27. — L'article 463 du Code pénal est applicable aux infractions prévues par la présente loi.

TITRE VI

Dispositions transitoires.

Art. 28. — Les médecins et sages-femmes venus de l'étranger, autorisés à exercer leur profession avant l'application de la présente loi, continueront à jouir de cette autorisation dans les conditions où elle leur a été donnée.

Art. 29. — Les officiers de santé reçus antérieurement à l'application de la présente loi, et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 31 ci-après, auront le droit d'exercer la médecine et l'art dentaire sur tout le territoire de la République. Ils seront soumis à toutes les obligations imposées par la loi aux docteurs en médecine.

Art. 30. — Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles ; 1° un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine ; 2° un dentiste qui bénéficie des dispositions transitoires ci-après pourra obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste.

Art. 31. — Les élèves qui, au moment de l'application de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé, pourront continuer leurs études médicales et obtenir le diplôme d'officier de santé.

Art. 32. — Le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892.

Les dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent n'auront le droit de pratiquer l'anesthésie qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé.

Les dentistes qui contreviendront aux dispositions du paragraphe précédent tomberont sous le coup des peines portées au deuxième paragraphe de l'article 19.

Art. 33. — Le droit de continuer l'exercice de leur profession est maintenu aux sages-femmes de première et de deuxième classe reçues en vertu des articles 30, 31 et 32 de la loi du 19 ventôse an XI ou des décrets et arrêtés ministériels ultérieurs.

Art. 34. — La présente loi ne sera exécutoire qu'un an après sa promulgation.

Art. 35. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'application de la présente

loi à l'Algérie et aux colonies et fixeront les dispositions transitoires ou spéciales qu'il sera nécessaire d'édicter ou de maintenir.

Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique déterminera les épreuves qu'auront à subir, pour obtenir le titre de docteur, les jeunes gens des colonies françaises ayant suivi les cours d'une école de médecine existant dans une colonie.

Art. 36. — Sont et demeurent abrogés, à partir du moment où la loi sera exécutoire, les dispositions de la loi du 19 ventôse an XI et généralement toutes les dispositions de lois et règlements contraires à la présente loi.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'État.

Fait à Paris, le 30 novembre 1892.

Carnot.

Par le Président de la République :

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,

Émile Loubet.

Le garde des Sceaux, ministre de la Justice et des Cultes,

L. Ricard.

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Léon Bourgeois.

Le ministre des Affaires étrangères,

Ribot.

REVUE GÉNÉRALE

Des blessures causées par la dynamite et de leur traitement.

Par le docteur Eugène Rochard,
Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine.

I

Les blessures causées par la dynamite offrent des particularités assez nombreuses pour leur donner une physionomie toute spéciale, et il nous a paru intéressant de mettre sous les yeux du public médical le tableau des terribles effets produits par cet explosif, qui prend de jour en jour un rôle trop important dans notre société moderne.

Toutes les substances déflagrantes nouvelles, comme le fulminate de mercure, les poudres chloratées, le fulmicoton, les panclastites, les dynamites, la mélinite, la grisoutine (1), etc., présentent un ensemble symptomatique semblable, et leurs blessures devraient tenir dans la pathologie une place entre les plaies par instruments tranchants et les plaies contuses, notamment celles produites par la combustion de la poudre à canon. C'est, du moins, ce que nous nous sommes efforcé de démontrer dans notre thèse inaugurale (2), et les faits récents ne sont venus que corroborer ce que nous écrivions à cette époque. En nous bornant à l'étude des plaies faites par la dynamite, nous décrirons donc les caractères des blessures causées par les substances explosibles d'invention moderne, et nous aurons l'avantage d'abréger un peu notre sujet.

Chacun sait que les dynamites sont des corps solides, gras, pâteux, formés par le mélange de deux substances : une huile explosive, la *nitroglycérine*, et un corps poreux destiné à absorber cette huile. C'est donc la nitroglycérine, découverte en 1847 par Sobrero, qui donne toutes ses qualités à la dynamite. Cette nitroglycérine se prépare en faisant réagir l'acide azotique concentré sur la glycérine. Comme ces deux corps sont très faciles à se procurer, on comprend que la fabrication de la nitroglycérine soit à la portée de tout le monde. Cette huile fait très facilement explosion si elle est chauffée brusquement ou si elle est mise en contact avec un corps détonant comme le fulminate de mercure, qui sert en général d'amorce. Le moindre choc agit aussi sur elle; de là, pour la manœuvrer sans danger, la nécessité de l'associer à un autre corps comme la silice, ce qui constitue la dynamite à base inerte, ainsi appelée pour la distinguer de la dynamite à base active, dans laquelle la nitroglycérine est alliée à un excipient susceptible de détoner lui-même.

Les dynamites à base inerte, dont on fait le plus grand usage en France, sont les dynamites Nobel, du nom du fabricant qui, le premier, installa une usine à Paulilles, dans les Pyrénées-Orientales. Elles comprennent plusieurs types : la dynamite n° 1, formée de 75 p. 100 de nitroglycérine; la dynamite n° 2, composée d'un mélange d'une poudre binaire (salpêtre et charbon) et de nitroglycérine, et, enfin, la dynamite n° 3, qui ne contient que 25 p. 100 de nitroglycérine. La silice peut être remplacée par n'importe quelle base inerte : la sciure de bois, par exemple, dont on se servit pendant le siège de Paris.

Tous ces produits fusent à l'air libre, quand on les approche d'un corps enflammé. Ils détonent en vase clos, sous l'influence d'un corps fulminant, d'une température élevée ou d'un acide.

La dynamite a été employée pour tous les usages, et la diversité des travaux auxquels elle peut s'adapter rend compte de son énorme consommation et des nombreux accidents auxquels elle a donné lieu.

C'est en 1875, au fort de Joux et dans les mines de Rio-Tinto, qu'eurent lieu les premiers sinistres. Dans cette dernière localité, un chef ouvrier portait un coffret plein de cartouches amorcées. Il se baissa près du feu où se chauffaient ses camarades; une cartouche tomba sur le brasier, le coffret sauta. Dix-huit personnes furent tuées, dix-huit autres furent blessées. On ne retrouva que la tête de l'infortuné contremaître.

Trois ans plus tard, dans un puits de mine à Blanzy, il y eut une nouvelle explosion qui fit dix victimes. Deux mineurs furent tués sur le coup; trois des autres présentèrent un gonflement énorme des paupières et des contusions multiples, causées probablement, comme nous le verrons plus loin, par la projection de la poussière de silice. L'un d'entre eux eut l'humérus gauche fracturé et les tissus du bras traversés de part en part par un éclat de bois.

Nous n'avons pas l'intention de résumer ici toutes les observations recueillies à la suite des explosions de dynamite, et nous ne citerons que les principales, dans lesquelles les effets produits par cette substance sont caractéristiques. Tel est le terrible tableau qui nous a été retracé

(1) La *grisoutine* est un explosif détonant à une température inférieure à celle du grisou, d'où son nom. Les formules en sont très nombreuses; chaque compagnie d'exploitation a la sienne. Une des plus employées est celle composée de nitrate d'ammoniaque et de mono, bi et même trinaphtaline.

On en fabrique aussi avec de la dynamite et du carbonate de soude.

(2) Eug. Rochard. *Des blessures causées par les substances explosibles d'invention moderne*, Th. de Paris, 1880.

par M. le docteur Catelan d'une catastrophe arrivée à l'École de pyrotechnie de Toulon. Un officier, avec l'aide de deux artificiers, essayait une amorce destinée à faire partir 3 litres de dynamite, lorsque la détonation eut inopinément lieu. Le toit de la baraque fut soulevé, les portes arrachées et un des artificiers enlevé et broyé contre le mur, où la trace en était évidente à 4 mètres et demi du sol. L'officier avait eu ses vêtements arrachés depuis le mamelon jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Tout le corps était rempli de plaies et d'un grand nombre de pertuis, de trous, obliquement anfractueux, du calibre d'une plume d'oie, quelquefois plus larges et admettant l'index. Les côtes étaient brisées et donnaient la sensation d'un sac de noix. Le cou, la face étaient couverts de marbrures. Les paupières étaient tuméfiées et les globes oculaires recouverts d'une bouillie blanchâtre. Les favoris, les cheveux, les poils du pubis, noirs auparavant, étaient devenus tout blancs, et ce brusque changement était dû à la présence de la poussière fine de poudre de silice. Les cuisses étaient ouvertes et laissaient apercevoir les deux sphères articulaires blanches, encore humides de synovie. Toutes ces plaies étaient vermeilles et ne présentaient pas la moindre trace de brûlures.

Les deux autres cadavres présentaient des lésions analogues : plaies profondes, saignantes, silice couvrant tous les poils et vêtements arrachés à la partie moyenne du corps.

Dans une autre observation, c'est un matelot qui est blessé par une torpille d'expériences chargée de dynamite. Il est jeté à la mer, sauvé par ses camarades. Quand on l'examine, il présente un écoulement de sang par l'oreille, dû à la déchirure de la membrane du tympan. Les cheveux, les favoris sont complètement couverts de poussière blanche. L'œil gauche est le siège de vives douleurs; les paupières, tuméfiées, rougies, laissent voir au-dessous d'elles un globe oculaire blanc sale, recouvert d'un tapis de mortier; on ne peut même pas distinguer la cornée de la conjonctive, et cependant, grâce à un traitement approprié, quelques jours plus tard toute lésion oculaire avait disparu. La main gauche, broyée, subit une amputation partielle.

Nous devons signaler les accidents causés pendant la pêche à la dynamite. On sait, en effet, que, par l'action de cette substance, faisant explosion sous l'eau, tous les poissons compris dans une certaine zone subissent une commotion telle qu'ils ne tardent pas à mourir et viennent flotter à la surface. Que la mèche soit allumée trop tôt ou brûle trop rapidement, et la cartouche qui n'a pas été lancée assez vite éclate dans la main et la sépare du tronc, en fracturant consécutivement les deux os de l'avant-bras et en arrachant toutes les parties molles de la main et du poignet. Dans une observation, où la mort arriva malgré l'amputation du membre, à cause des dégâts considérables qui existaient dans la poitrine, on trouva, sous les téguments de la cage thoracique, des fragments des métacarpiens et des phalanges de la main broyée, fragments qui avaient fait songer tout d'abord à des fractures de côtes. Le poumon du même côté était de plus perforé et, après l'avoir enlevé, on aperçut, implanté dans le corps d'une des vertèbres dorsales, un fragment d'ongle ayant la forme d'un cornet, qui avait dû traverser toute l'épaisseur de la cage thoracique.

On trouvera, dans un remarquable travail de M. S. Pozzi (1) sur ce même sujet, la relation d'une explosion arrivée à la cartoucherie de la fabrique de dynamite de Paulilles. Dix-neuf personnes furent tuées et les menus débris de leurs cadavres furent projetés sur un espace de 150 à 200 mètres. Sur les corps qui purent être retrouvés, on rencontra toujours les mêmes lésions : des membres arrachés au niveau des articulations, un segment inférieur complet détaché du tronc, des plaies avec décollements, des fragments de bois implantés dans les os. M. Challan de Belval (1), qui fut chargé de l'examen médico-légal, nous dit : « Les cheveux qui, cependant, sont très longs, ne présentent, non plus que les débris examinés, aucune trace de brûlure. » Il est vrai que, sur un autre sujet, il signale des traces certaines de brûlures; mais pour faire remarquer encore que sur un troisième cadavre, l'absence de brûlures de la peau était complète.

La place nous manque pour donner l'analyse de l'affaire du théâtre Bellecour de Lyon, et nous allons terminer cette série, déjà un peu longue, d'observations, en examinant si les blessures portées par Véry et Hamonod ressemblaient à celles signalées dans les explosions précédentes.

Il est inutile de revenir sur le récit de l'attentat du boulevard Magenta, chacun sait que l'engin qui causa la mort des deux victimes était chargé, non seulement avec de la dynamite, mais encore avec de la poudre noire ; les blessés, comme on va le voir, en portaient les stigmates sur les parties découvertes de leurs corps, de là une différence, bien minime du reste, dans l'ensemble des symptômes relevés.

Véry, le plus gravement atteint, présentait, à son entrée à l'hôpital Saint-Louis, de la stupeur; il ne prêtait pas l'oreille aux questions qu'on lui posait et avait de l'incontinence des matières fécales. Il était donc atteint d'une commotion cérébrale légère, car le lendemain, c'est-à-dire quatorze heures après l'accident, nous avons pu lui parler et il nous a répondu. Sa jambe gauche était tellement broyée que la partie moyenne du tibia manquait sur une longueur de 10 centimètres. Ce fragment d'os fut retrouvé dans les débris du comptoir. L'hémorrhagie grave avait nécessité l'application de la bande d'Esmarch et l'amputation dut être pratiquée immédiatement. La peau du voisinage était couverte d'un enduit noirâtre produit par la poudre noire. Les cheveux, les moustaches, les sourcils et les cils étaient roussis, mais pas complètement brûlés, comme flambés. La paupière supérieure gauche portait deux plaies superficielles ne pénétrant pas dans l'orbite et l'une d'elles contenait un fragment de verre qui fut enlevé. Le globe oculaire ne présentait aucune lésion. Le lendemain et le surlendemain la rougeur commença à se montrer et, le quatrième jour après l'accident, il existait une conjonctivite, une ulcération de la cornée, bientôt suivies de la suppuration du globe oculaire. Cette panophthalmie occasionnait une fièvre violente et nécessita l'énucléation de l'œil. Le membre inférieur droit, beaucoup moins maltraité, présentait une large plaie de 8 centimètres entourée de nombreux décollements.

On sait que Véry ne put faire les frais nécessaires à la cicatrisation de ses blessures et qu'il mourut quatorze jours après l'explosion.

Hamonod, qui fut conduit à Saint-Louis dans les mêmes circonstances, portait, comme Véry, les traces d'un violent

(1) S. Pozzi. Notions sur les substances explosives d'invention moderne et sur les blessures qu'elles produisent, *Gaz. méd. de Paris*, 1883.

(1) Challan de Belval. *Rev. d'hyg. et de police sanit.*, 1883.

traumatisme. Il était aussi couvert d'un enduit noirâtre semblable à du cambouis, était dépouillé d'une partie de ses vêtements, dont on constatait les restes effiloqués sans traces de brûlures. Les cheveux, les sourcils, les cils, la barbe étaient roussis et tout le corps de la victime ressemblait à un crible formé par d'innombrables blessures. Le péroné droit était fracturé et dans la plaie se trouvait un fragment de bois pénétrant dans l'os. Sur la face externe de la cuisse, il existait une blessure profonde de 11 à 12 centimètres allant jusqu'au fémur et donnant lieu à une hémorrhagie assez abondante, pour nécessiter l'application d'une pince à forcipressure. Dans la région trochantérienne se trouvaient aussi des plaies profondes, vermeilles au fond, noircies à la surface par les grains de poudre. Il existait de plus, sur le membre inférieur droit, de légères brûlures au premier degré produites par la combustion de la poudre noire. Sur la face interne de la cuisse gauche, une blessure anfractueuse permettait la pénétration de l'index tout entier.

Enfin, pour en finir avec cette terrible catastrophe, disons que Mme Véry, sa fille et plusieurs personnes placées sous le rayon d'action de l'agent explosif présentèrent un peu de stupeur et des troubles de l'ouïe.

II

Mécanisme des lésions produites par la dynamite. — Telles sont, abrégées, les plus curieuses observations publiées sur les accidents causés par la dynamite. Nous allons maintenant chercher à faire ressortir ce que ces blessures présentent de particulier.

Les gaz émis par la déflagation de la dynamite ne font pas, comme on pourrait le croire, également irruption dans tous les sens. Des expériences, faites dans les laboratoires de pyrotechnie, ont semblé prouver qu'ils obéissent aux lois suivantes :

Le principal effort se produit toujours sur le plan de résistance ; c'est ce qui donne à ces gaz leur formidable puissance. Toutes les fois qu'un corps de cette nature éclate à l'air libre, il s'appuie d'abord sur la surface qui le supporte : sol, plancher, etc., et exerce ensuite sa violence sur les objets les plus rapprochés.

Cet effort agit dans trois directions principales : dans le sens vertical en bas, dans le sens vertical en haut et dans le sens horizontal.

La poussée, dans ce dernier sens, est très curieuse : il se fait, au moment de l'explosion, une expansion circulairement transversale qui semble suivre la direction du plan sur lequel l'explosif est déposé et qui semble agir dans une zone limitée.

Les faits pathologiques semblent, du reste, venir à l'appui de ce que nous venons d'avancer. On voit, en effet, dans certaines observations, des fractures limitées à la hauteur même où la substance déflagrante a été placée. En dehors de cette lésion rien au tronc, rien à la face, rien aux membres. Dans d'autres circonstances, la tête seule sera enlevée ou le ventre largement ouvert. Les vêtements seront arrachés à l'endroit même le plus rapproché de la dynamite et on peut voir sur une victime la partie inférieure du pantalon demeurée intacte d'une part et la chemise déchirée au niveau de l'aisselle de l'autre, fixant les limites des lésions. Enfin, quand la cartouche de dynamite éclate dans la main qui la porte, l'avant-bras peut être seul arraché et le tronc présenter des blessures insignifiantes.

Quant aux agents qui produisent ces plaies, ce sont, bien entendu, ou les fragments du récipient contenant l'explosif, ou les éclats déterminés par la déflagration des gaz aux dépens de tous les objets qui sont situés dans leur rayon d'action ; mais il faut savoir aussi que l'expansion seule de ces gaz, la vitesse énorme dont ils sont animés, suffisent pour ouvrir une cuisse et faire sortir la tête fémorale de la cavité cotyloïde. Ils agissent, à la violence près, de la même façon que le vent, lorsque dans un ouragan il tord les barreaux d'une grille en fer. On se fera une idée de la puissance de ces nouvelles substances, quand on saura que, tandis qu'une quantité donnée de gaz d'éclairage se change après déflagration en un volume six à sept fois plus considérable, tandis que la poudre à canon donne 1800 à 2000 volumes après combustion, les agents explosifs tels que la dynamite produisent plus de 10000 volumes après l'explosion (1).

III

Caractères particuliers des blessures produites par la dynamite. — Le fait qui attire le plus vivement l'attention, lorsqu'on examine les plaies produites par la dynamite, c'est l'absence de brûlures. Nous avons cité des faits dans lesquels des cartouches partaient dans les mains mêmes des blessés, d'autres où des déflagrations se produisaient à moins de 50 centimètres de la victime et dans aucun de ces cas, ces explosions, arrivant au contact même des parties vivantes, n'ont produit sur elle l'effet de la flamme. Nous savons bien que, dans l'observation de Véry et d'Hamonod, on a noté des brûlures de peu d'importance, mais nous rappelons que, dans ce cas, de la poudre noire était mélangée à de la dynamite.

La seule explication qu'on puisse donner de ce phénomène, c'est la rapidité de la combustion, même à l'air libre : les vêtements sont dilacérés, émiettés, les membres arrachés avant que le jet de flamme ait eu le temps de comburer les tissus. Une expérience bien simple peut donner une idée de ce que nous venons d'exprimer. Elle consiste à placer, dans la paume de la main, une petite quantité de fulmicoton et à y mettre le feu. L'épiderme n'est même pas roussi. Il se passe, dans ce cas, quelque chose d'analogue au phénomène qui se produit lorsqu'on traverse, sans danger, avec la main, un jet de fonte rouge coulant du haut fourneau.

Les blessures produites par la déflagration de la poudre noire, par l'explosion du gaz d'éclairage sont bien différentes. Les tissus sont tous brûlés, noirs, parcheminés, les membres sont moins mutilés, les sections sont moins nettes, les hémorrhagies beaucoup moins fréquentes et seulement redoutables dans les cas où un corps tranchant, un fragment de pierre, par exemple, vient atteindre un vaisseau principal.

Les plaies causées par la dynamite, au contraire, sont saignantes, vermeilles et, si parfois elles sont entourées d'un cercle noir, ce n'est que l'effet de la contusion. Elles peuvent offrir des sections très nettes et sembler être produites par un instrument tranchant. Elles sont, il est vrai, souvent déchiquetées, mais les solutions de continuité sont

(1) Eug. Rochard. Relation d'un accident de torpille survenu sur le cuirassé l' « Océan », *Arch. de méd. navale*, septembre 1882.

cependant moins mâchées que celles des plaies contuses dont elles se rapprochent et, pour les raisons que je viens d'énumérer, elles semblent tenir une place spéciale entre celles-ci et les plaies par instruments tranchants. Les hémorrhagies sont immédiates, compromettent la vie et nécessitent, comme chez Véry, l'application de la bande d'Esmarch. Il en était de même chez une des victimes de la rue des Bons-Enfants qui fut apportée à l'Hôtel-Dieu et que l'amputation de la cuisse ne put sauver (1).

Les blessures qui font l'objet de ce travail sont, en général, bornées à une région qui a supporté tout l'effort de la cause vulnérante. Celles que produisent la poudre noire ou le gaz d'éclairage sont souvent très étendues. On y observe tous les degrés de la brûlure, le plus souvent aggravés par la combustion des vêtements. Les cheveux, les sourcils, sont le plus souvent brûlés, tandis qu'avec la dynamite, les parties recouvertes de poils sont presque toujours protégées; elles peuvent être même poudrées à blanc par la silice. Les grains siliceux pénètrent aussi dans le tissu cellulaire, pouvant y produire de petits décollements, et s'incrustent dans le derme comme des grains de poudre.

Les plaies faites par la dynamite ne sont pas douloureuses comme celles causées par la poudre noire, qui, par son salpêtre, détermine une cuisson très pénible. Elles sont quelquefois longues à guérir, sont difficiles à asepsier à cause des décollements et de l'attrition des tissus, mais elles ne laissent pas, après elles, des cicatrices larges adhérentes et les difformités incurables dues à la rétraction du tissu inodulaire. Enfin on n'a pas à redouter, à leur suite, les complications gastro-intestinales qu'on observe si souvent après les brûlures étendues qu'occasionnent la poudre et le gaz d'éclairage.

Nous nous sommes étendu un peu sur ces différents points qui nous ont paru intéressants. A l'aspect seul des blessés, on pourrait reconnaître, en effet, si l'explosion est due au gaz d'éclairage ou à toute autre substance, comme la dynamite ou les composés analogues. C'est toujours là la question qui se pose et, comme on le voit, elle peut facilement se résoudre. Combustion dans un cas, commencement d'incendie, victimes brûlées; dans l'autre, jamais d'incendie, des fracas considérables, mais pas de brûlures.

Terminons ce chapitre, en disant que jamais corps déflagrant quelconque n'a causé de traumatisme aussi considérable que la dynamite ou les substances similaires, d'invention moderne. Il est inutile de revenir sur les observations où un fragment de bois très mince pénètre à travers les deux tables du pariétal dans le cerveau, où les membres sont emportés, la tête arrachée et lancée à plus de 100 mètres. Je crois aussi qu'il n'existe pas dans la science d'observations où les membres du blessé se tournent contre lui-même, où les os d'un individu, agissant comme projectiles, pénètrent dans sa propre poitrine, où on trouve des ongles implantés dans la colonne vertébrale, des phalanges réduites en esquilles et fixées dans la bouche comme des aiguilles.

En raison même de la vitesse dont ils sont animés, ces gaz épuisent leur violence sur place. Il y a peu de retentissement sur l'organisme et ces graves mutilations s'accompagnent de peu de stupeur générale. La commotion cérébrale, relatée dans plusieurs observations, a toujours été légère et la victime avait repris connaissance moins de vingt-quatre heures après l'accident.

(1) Communication orale de M. le docteur Walther, chirurgien des hôpitaux.

IV

Traitement. — Est-il permis de parler de traitement pour des lésions qui, dans la grande majorité des cas, amènent une mort immédiate ? Et cependant certains blessés réchappent de ces terribles explosions ! Le chirurgien doit donc savoir quelle est la conduite à tenir vis-à-vis de pareilles mutilations et quels sont les points particuliers qui doivent attirer son attention ?

Lorsqu'on est appelé à soigner les victimes d'accidents aussi graves, on se trouve, en général, en présence de blessures compliquées d'hémorrhagies. La première chose à faire est d'appliquer une bande d'Esmarch et de courir ainsi au plus pressé. Si on n'avait pas à sa disposition la bande de caoutchouc, un lien quelconque, un garrot, pourrait la remplacer.

Va-t-on rechercher les artères ouvertes pour en pratiquer la ligature ? Il se peut que cette indication se pose; mais, le plus souvent, les lésions vasculaires sont accompagnées de lésions nerveuses, de broiements des os, de déchirures des parties molles, tels que la conservation du membre est impossible et qu'il faut pratiquer l'amputation immédiate.

Le chirurgien doit alors observer attentivement l'état des parties qu'il doit conserver et se rappeler que, bien que saines en apparence, elles sont toujours exposées au sphacèle. Dans les trois amputations citées dans notre thèse, il n'y a eu qu'un seul blessé à ne pas être atteint de gangrène et, dans ce cas, le couteau avait porté beaucoup au-dessus de la lésion. Chez les deux autres opérés, les lambeaux se sont sphacélés et pourtant il est noté, dans les observations, que la peau et les muscles qui devaient servir à matelasser le moignon étaient absolument intacts. On comprend, en effet, que les tissus soient comme frappés de stupeur et même de mort à brève échéance, sous l'influence d'un choc aussi formidable et, de plus, une autre raison vient encore commander de pratiquer l'amputation, soit sur le segment du membre situé au-dessus de la lésion, soit sur le même segment, le plus loin possible de la blessure : la peau peut n'être pas atteinte, les parties molles peuvent paraître saines ; mais dans l'intérieur du membre se trouvent des fissures, des canaux infundibuliformes, produits par les gaz eux-mêmes, par la silice ou par quelque corps étranger. Ces ouvertures permettent à la contusion de s'étendre sur une plus grande surface et d'aller déterminer profondément des foyers d'infection.

Nous avons dit que les blessures étaient toujours très nombreuses, parfois innombrables, et cette multiplicité de plaies vient encore compliquer l'état du blessé, en faisant sur sa blessure des quantités d'inoculations septiques. Les décollements sont aussi très fréquents, ainsi que les anfractuosités; des corps étrangers s'y rencontrent très souvent et dans ces conditions, l'antisepsie de toutes les surfaces saignantes est véritablement très difficile. Le chirurgien ne devra pourtant pas omettre de désinfecter toutes les plaies, la plus petite comme la plus grande, et d'y appliquer un pansement antiseptique, sous peine de voir l'une d'elles devenir le point de départ d'accidents infectieux.

La commotion cérébrale est légère, n'existe quelquefois pas et l'absence de phénomènes cérébraux graves autorise l'administration du chloroforme, si on a à intervenir. Dans

les différentes observations que nous avons relevées, son administration n'a pas causé le plus petit accident.

Une lésion qui peut ne pas paraître grave et le devenir plus tard, sur laquelle nous croyons devoir attirer toute l'attention du médecin traitant, c'est le traumatisme oculaire. Il se manifeste très souvent par une conjonctivite due à l'expansion des gaz chargés de matière siliceuse, mais il peut aussi déterminer dans l'œil des dégâts plus sérieux, tels que luxation du cristallin, déchirure de l'iris, décollement de la rétine, pénétration de corps étranger dans le globe, etc.

Dans notre thèse, nous insistions sur la nécessité d'un examen très minutieux de l'œil; nous disions que la conjonctivite causée par la dynamite était quelquefois intense, accompagnée d'un énorme chémosis, qui masque la cornée et qui peut faire craindre une perforation du globe oculaire. Cette perforation, ajoutions-nous, peut arriver dans certains cas, de même que le cristallin peut être luxé, mais le plus souvent les émollients viennent à bout de l'inflammation conjonctivale; le chémosis disparaît et au bout de trois jours on est étonné de voir l'œil revenir à son état normal. Les grains de silice se retrouvent sur les pansements aux deux angles de l'œil. Les récentes explosions n'ont fait que nous confirmer dans cette opinion de bien examiner les yeux des victimes, et au moindre signe d'être prêt à appliquer une thérapeutique active. Nous avons dit, en effet, que Véry fut pris d'accidents infectieux qui déterminèrent une panophthalmie, et forcèrent le chirurgien à pratiquer l'énucléation de l'œil. Les globes oculaires de l'agent qui fut amené à l'Hôtel-Dieu, lors de l'explosion de la rue des Bons-Enfants, étaient aussi fort maltraités. Il faut donc visiter avec attention la surface de la conjonctive, ses culs-de-sac, la cornée, et ne pas hésiter à faire des lotions boriquées au moindre soupçon d'une inflammation possible.

Il ne faudra pas non plus omettre d'examiner avec soin les conduits auditifs. Dans plusieurs observations, et notamment dans le cas de Véry, on a pu remarquer un écoulement de sang par l'oreille, dû certainement à la déchirure du tympan. Cette déchirure s'explique, du reste, facilement par l'énorme expansion des gaz et la vitesse dont ils sont animés. Là encore il faudra pratiquer des lavages antiseptiques et appliquer un pansement de même nature.

Quand toutes ces précautions auront été prises, si le blessé peut traverser la période traumatique, s'il ne meurt pas du choc, qui est ici plus violent que dans les autres lésions, il rentre dans le cas ordinaire et n'a pas à redouter les accidents qui surviennent à la suite d'explosions pouvant occasionner de grandes brûlures.

ENTÉROSTOMIE BILIAIRE

Par M. Reclus,

Chirurgien de l'hôpital Broussais.

L'anastomose entre la vésicule biliaire et l'intestin est une opération qui a été encore assez peu pratiquée. Aussi l'observation suivante présente-t-elle un certain intérêt.

Il s'agit d'un Portugais, âgé de trente-six ans, que je vis, pour la première fois, avec le docteur Œttinger, le 21 juin 1892. Le début de son affection remontait au mois de septembre 1891; le malade avait alors des troubles digestifs très accusés, une douleur vive au niveau du creux épigastrique; jamais, cependant, ces douleurs ne présentèrent le vrai caractère des coliques hépatiques. Dans l'espace de quatre ou cinq mois, ces phénomènes se compliquèrent d'un ictère intense, de démangeaisons continuelles à la peau, d'une grande faiblesse et d'un amaigrissement extrême. L'ictère était très accentué; les sclérotiques étaient d'un brun foncé, la peau de couleur acajou et le prurigo était généralisé; les matières fécales étaient extrêmement fétides et décolorées, l'urine contenait 32 centigrammes d'albumine. Le foie était gros et présentait une voussure, mais sans fluctuation. Je cherchai à sentir la vésicule biliaire, mais il ne me fut pas possible de la découvrir. La rate était normale.

Il s'agissait là d'une rétention de la bile par obstruction du canal cholédoque.

Le 25 mai, ce malade avait consulté M. Bouchard qui inclinait à admettre l'existence d'un cancer de la tête du pancréas. Peu de temps après, M. Hanot, consulté à son tour, pencha plutôt vers l'hypothèse d'un calcul du canal cholédoque. Le dix-huitième jour, MM. Bouchard, Périer, Hanot, Œttinger et moi, réunis en consultation, proposâmes, d'un commun accord, une laparotomie exploratrice. Le malade s'y refusa et partit pour l'Allemagne, où, à Strasbourg comme à Heidelberg, on diagnostiqua une cirrhose et on déconseilla l'opération. Plusieurs autres médecins allemands trouvèrenté galement l'opération contre-indiquée. Seul, Czerny conseilla la laparotomie exploratrice.

Le malade revint à Paris, le 15 juillet, et consulta alors M. Terrier qui proposa également l'opération. Il ne l'accepta pas encore et se soumit à un traitement médical institué par M. Bouchard. Sous l'influence de ce traitement, il y eut une légère amélioration; mais celle-ci ne dura pas. Jusqu'alors il n'y avait pas eu de fièvre; puis le thermomètre se mit à monter à 39 degrés. M. Bouchard, constatant que l'amaigrissement avait cessé, que le coefficient de l'urée dans l'urine restait le même, commença à hésiter sur le diagnostic de cancer et conseilla de nouveau une laparotomie exploratrice.

Je pratiquai cette opération, assisté par M. Chaput, le 13 août. Je fis, sur la ligne médiane, une incision de 14 centimètres, dont 7 au-dessous et 7 au-dessus. Le foie était très gros et gorgé de bile. Je dus faire un débridement transversal. La vésicule biliaire était énorme et distendue par la bile. Au niveau du canal cholédoque, on sentait une tumeur grosse comme une noix, dure, qui paraissait être un calcul.

Je pensais d'abord à inciser le canal cholédoqne et à chercher à extraire le calcul, mais je dus abandonner cette idée d'inciser ce canal à cause de l'extrême profondeur où il se trouvait situé, et je me décidai, séance tenante, pour l'entérostomie biliaire. Je ponctionnai donc la vésicule biliaire d'où il sortit environ 480 grammes de bile et je fis une double boutonnière à la vésicule et à l'intestin, et les abouchai l'une à l'autre par un premier plan de sept points de suture séro-séreuse, puis par deux sutures muco-muqueuses et un dernier plan de suture séro-séreuse. Je nettoyai le champ opératoire et fermai la plaie sans drainage.

Les suites immédiates de l'opération furent bonnes.

La température ne dépassait pas 37 degrés, quand, le troisième jour, le malade fut pris d'un frisson violent et la température monta à 40 degrés, mais cela ne dura pas et le thermomètre, dès le lendemain, était redescendu à 37 degrés. Le soir, nouveau frisson, puis tout rentra dans l'ordre et la température resta normale. J'enlevai les sutures le septième jour. Malgré ces accidents, le ventre était resté souple et il n'y avait pas eu de vomissements; c'est là ce qui m'avait rassuré, malgré l'élévation de la température à 40 degrés. Le quinzième jour, le malade se levait et le succès opératoire était complet.

Dès le réveil, après l'opération, les démangeaisons avaient disparu pour ne plus jamais reparaître; il n'y eut plus d'albumine dans les urines et la peau se décolora, pas complètement cependant. Le foie diminua de volume. De 28 centimètres qu'il mesurait avant l'opération, il était tombé à 17 centimètres au septième jour. Les matières fécales se coloraient très peu.

M. le docteur Sabourin, auprès duquel se trouve actuellement le malade, m'écrit qu'il a engraissé de 11 kilogrammes, qu'il

rend des matières formées et colorées, qu'il a repris ses forces et qu'il n'accuse plus qu'une légère douleur épigastrique, au moment de la digestion. M. Sabourin termine sa lettre en disant :

« L'opéré vit comme tout individu bien portant. »

Dans ce cas, la cholédocotomie eût été l'opération de choix. Malheureusement, elle n'a pas été praticable. Autant que possible, l'abouchement doit être fait avec le duodénum, mais il était impossible ici de rapprocher la vésicule biliaire du duodénum et j'ai dû pratiquer l'abouchement avec le jéjunum. Il est certain que cet abouchement, avec une partie aussi inférieure de l'intestin, pouvait ne pas être favorable et il est évident qu'en principe, il vaut mieux, autant que faire se peut, choisir le duodénum. Mais dans le cas présent, cela n'était pas possible.

Ce malade a attendu trop longtemps avant de se décider à l'opération. Il voulait un diagnostic précis. La laparotomie le lui eût donné. Somme toute, l'hésitation n'avait lieu qu'entre un calcul et un cancer et comme, dans les deux cas, le traitement était le même et qu'il fallait toujours en venir à l'entérostomie biliaire, il eût été préférable de pratiquer plus tôt l'opération. Le pronostic seul eût changé, la mort devant être rapide dans l'hypothèse du cancer.

En résumé, quand le diagnostic d'obstruction biliaire peut être nettement posé, quelle que puisse être d'ailleurs la cause de l'obstruction, il est indiqué d'opérer après qu'on a essayé, sans succès, toutes les médications rationnelles.

MÉDECINE LÉGALE DES ACCIDENTS DE LA FOUDRE (1)

Par le docteur Vincent, de Guéret (Creuse),
Lauréat de l'Académie de médecine, de la Société de médecine du Nord et de la Société des langues romanes de Montpellier.

XIX

L'existence du soufre, dans les cas de fulguration, n'est donc pas douteuse. Mais quelle est l'origine de ce corps ? Existe-t-il dans l'atmosphère en général, comme on prétend l'avoir constaté dans celle qui environne les volcans ? Se forme-t-il aux dépens des principes de l'air, sous l'influence de cette puissante étincelle qu'on appelle l'éclair ? dernière hypothèse qui donnerait raison à cette opinion du professeur Orfila, que beaucoup de corps, que nous croyons simples maintenant, sont réellement des corps composés, dont la chimie dévoilera plus tard la composition. Existe-t-il dans la nuée orageuse, comme quelques-uns le prétendent ? Rien ne le prouve ; en tous cas, resterait encore la question de savoir comment il s'y est formé. Vient-il du sol, des édifices, arbres et autres objets qui le portent ? Cette origine est la plus probable. En effet, le plâtre des édifices est du sulfate de chaux ; le sol renferme, à peu près dans tous les terrains, des sulfates de diverses bases, du sulfure de fer, etc. ; les sulfates de potasse, de soude et de chaux se rencontrent dans les eaux minérales et ne peuvent provenir que du sol ; les mêmes sels se rencontrent en assez forte proportion dans les cendres des végétaux.

Le soufre, à l'état de combinaison, est donc très répandu dans la nature, et l'étincelle fulgurante, en décomposant ces divers sels et l'eau très abondante dans l'atmosphère en temps d'orage, doit donner naissance à de l'acide sulfhydrique qui, comme à Saint-Thibaud-de-Couz, transforme en sulfures les métaux qu'il rencontre, voire même les sulfates alcalins en sulfures de la même base, c'est-à-dire en foie de soufre.

Cela étant, une question importante se présente : les mêmes produits peuvent-ils se développer chez l'homme et les animaux foudroyés ? Cela ne paraît pas douteux, attendu que le soufre entre pour une large part dans la composition de nos tissus : d'après le chimiste allemand Mulder, l'albumine, si abondante dans le sang, la lymphe et toutes nos sécrétions naturelles et morbides, est un composé de protéine, principe immédiat, de *soufre* et de phosphore ; l'odeur typique de l'œuf pourri accuse évidemment l'existence du *soufre*, soit dans l'albumine ou blanc, soit dans la vitelline ou jaune de l'œuf ; la fibrine, qui existe en forte proportion dans le sang et forme la base de la plupart de nos tissus et du tissu musculaire notamment, contient les mêmes éléments avec moitié moins de *soufre*, il est vrai, que l'albumine. La composition de l'urine qui, d'après l'analyse de Berzélius, contient 7 *grammes de sulfate de soude et de potasse par litre*, est une autre preuve de l'existence du *soufre*, en proportion considérable dans le corps de l'homme et des animaux.

Comme dans le sol et les végétaux, il existe donc, dans l'économie animale, les éléments nécessaires à la formation de l'acide sulfhydrique. Ce corps s'y développe-t-il réellement sous l'influence de la foudre ? Les observations suivantes répondent par l'affirmative :

A l'autopsie de la vigneronne d'Orléans, dont il a déjà été question, faite par le docteur Ballay, lorsqu'on incisa le cuir chevelu, il se répandit dans la chambre une forte odeur de soufre qui persista jusqu'au lendemain soir.

L'escharre du bras droit du meunier de Saint-Yrieix (Haute-Vienne), foudroyé le 7 juin 1777, exhalait une odeur de soufre suffocante.

Le docteur Gaultier de Claubry, qui a écrit sa propre observation, fut renversé lui et sa monture, le 15 février de l'an II, par la foudre, dans les environs de Blois. Parmi les effets immédiats qu'il éprouva, il signala « un léger goût de gaz hépatique (foie de soufre) à la bouche, avec odeur de même qui se faisait percevoir également par les personnes qui l'approchaient. » Après onze jours du calme le plus parfait, le douzième jour il fut pris de violentes convulsions dans les bras, qui durèrent une heure, de céphalalgie et d'une grande agitation pendant la nuit. Trois saignées coup sur coup modérèrent ces accidents, mais *le goût et l'odeur hépatiques devinrent insupportables. La dernière, surtout, augmentait à mesure que la moiteur s'établissait. Cette même odeur des urines était si forte*, qu'on était obligé de les jeter à mesure de leur émission. A ces accidents se joignirent une enflure générale de la tête, avec tumeurs partielles sur lesquelles se formèrent d'autres tumeurs plus petites, dures, accompagnées de douleurs, de rougeur et d'une chaleur excessive. Cet état, qui indique une *intoxication manifeste* et dura plusieurs jours, est bien, comme disait Sydenham, un effort, un mouvement critique de la nature pour éliminer le poison.

Chez la femme Chabot, observée par le même médecin et dans la même région, le 12 germinal an II, le lendemain de l'accident, les urines et les garde-robes avaient une *forte odeur d'hydrogène sulfuré.*

Le docteur Brillonet, frappé par la foudre et blessé peu grièvement au dos et à la jambe gauche, ne reprit connaissance que trois quarts d'heure après. Mis au lit dans une maison voisine, il éprouva un accès de fièvre qui se termina par une sueur abondante, laquelle *remplit la chambre d'une odeur hépatique tellement prononcée* que ceux qui y entraient en étaient incommodés.

Ces faits, empruntés à MM. Sestier et Méhu auxquels nous pourrions en joindre d'autres rapportés par les mêmes auteurs, démontrent avec la dernière évidence, qu'il se développe, dans le corps des fulgurés, de l'hydrogène sulfuré qui produit une véritable intoxication. Cette intoxication peut-elle amener la mort ? Jusqu'ici, il n'en existe pas d'exemples authentiques ; mais la chose est bien possible, et l'opinion populaire que « la foudre peut empoisonner », n'est nullement dénuée de fondement.

Quoi qu'il en soit, une forte odeur d'hydrogène sulfuré, exhalée à l'autopsie d'un cadavre même en l'absence de toute autre lésion cadavérique caractéristique, deviendrait une présomption très forte, sinon une certitude de la mort par fulguration, pour peu

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 1288.

que les circonstances extérieures s'y prêtassent. Les épreuves chimiques pourraient ici venir en aide à la sensation, en démontrant la présence réelle du composé sulfureux.

Faisons ici cette remarque : que l'électrisation de l'oxygène du sang artériel peut provoquer la formation de l'ozone dans le corps de l'homme et des animaux, et que l'*odeur* de cette dernière aurait la même valeur pour le diagnostic de la mort par fulguration. Ici encore, la chimie pourrait trancher la question de savoir si l'odeur exhalée par le cadavre est due à l'ozonisation ou à la sulfuration.

7. *Altérations du sang.* — L'examen microscopique et l'analyse chimique du sang, qui ont été faits par le chimiste Ritter, sur les foudroyés du pont de Kehl, offrent peu d'intérêt pour ce qui concerne le diagnostic de la mort par la foudre. Pour ceux que ce sujet intéresserait, je renvoie à l'article du professeur Tourdes, du *Grand Dictionnaire*, et relatif à la médecine légale des accidents de la foudre.

Il nous resterait à établir un diagnostic différentiel entre les lésions de la foudre et celles produites par d'autres causes, si ce n'était pas allonger inutilement ce mémoire déjà trop long. En effet, la difficulté ne sera jamais bien grande, si l'on veut bien tenir compte des caractères que la foudre imprime à ses œuvres, caractère sur lequel j'aurais voulu insister d'avantage, si les exigences du journal me l'avaient permis. Dans le cours de ce travail, en traitant de chaque lésion en particulier, nous avons, du reste, fait ressortir, le plus souvent, les différences qui empêchent de la confondre avec une lésion analogue due à une autre cause, ou produite par un agent ou un instrument d'une autre nature. Aussi, en tenant compte de toutes ces circonstances, de tous les effets et lésions que nous avons décrits, de toutes les réflexions qu'il nous ont suggérées, auxquels on pourrait joindre une foule de particularités encore inconnues et que pourront révéler les observations ultérieures, ou, comme le dit Boudin, « de l'imprévu, du mystérieux, du protéiforme », le diagnostic médico-légal des accidents de la foudre, contrairement à l'avis de quelques auteurs, de Follin, notamment, dans la grande majorité des cas, ne me semble devoir présenter aucune difficulté sérieuse.

APPENDICE

La foudre peut-elle simuler un vol avec effraction? La nouvelle suivante : la *Perle noire*, de M. Victorien Sardou, insérée dans le *Conseiller des dames et des demoiselles* (numéros des 1er et 16 janvier et 1er février 1887), toute fictive qu'elle est, me porterait volontiers à répondre par l'affirmative, tant les faits et arguments, mis en avant par le romancier, offrent de vraisemblance, lorsqu'on les met en présence des effets de la foudre que nous avons décrits dans ce travail. Qu'on en juge :

A la suite d'un orage violent, avec coups de tonnerre, dont un, entre tous les autres, a été formidable, qui a sévi sur la localité, on trouve, dans une maison habitée, les désordres que voici : Le parquet d'une chambre est jonché de papiers de toute sorte; des cartons sont ouverts et arrachés de leur casier en bois; un portefeuille en maroquin est ouvert; un secrétaire est brisé avec quelques-unes de ses parties broyées; un de ses tiroirs, notamment, est arraché et les monnaies métalliques avec un médaillon enchâssant une perle noire, qu'il contient, ont complètement disparu. De plus, le papier de tenture est décollé au niveau d'une porte condamnée faisant communiquer cette pièce avec une chambre habitée par une jeune fille, orpheline des plus intéressantes, sous tous les rapports, recueillie dans cette maison par ses maîtres qui sont ses parents. La malheureuse jeune fille est naturellement soupçonnée d'avoir commis ces dégats et de s'être emparée des valeurs que contenaient le portefeuille et le tiroir; et cela, avec d'autant plus de vraisemblance qu'on retrouve chez elle la perle noire. Le commissaire de police appelé fait une enquête et démontre, clair comme le jour, que la jeune fille, malgré les difficultés, a pu passer par le décollement du papier et que, par conséquent, elle est bien la coupable.

Fort heureusement pour elle, qu'en ce moment reçoit l'hospitalité, dans la maison, un jeune savant du plus grand mérite, ami du fils de la famille. L'attention de ce jeune homme est d'abord attirée par la *perle noire* dont un des angles présente des traces de brûlure. De plus, le cadre d'or, qui l'enchâssait, a disparu et un christ en bronze, qui existait dans l'appartement, se trouve doré. Ces deux circonstances intriguent le jeune savant qui fait un examen attentif de tous les objets métalliques des appartements ravagés et, en suivant le fil de fer de la sonnette qui ne sonne plus, il arrive à découvrir, dans l'intérieur de celle-ci, une masse d'alliage formée par la fusion de son battant, immobile parce qu'il est soudé, et des pièces d'or et d'argent que contenait le tiroir dévasté. Le commissaire de police est obligé de reconnaître qu'il s'est trompé; c'est la foudre qui est reconnue coupable et la jeune fille innocente. Ai-je besoin d'ajouter qu'elle devint la récompense de son heureux sauveur? Certes, si tous les médecins légistes, qui sauvent l'innocence injustement accusée, étaient si gracieusement récompensés, ils ne demanderaient pas la revision des tarifs de 1811.

Quoi qu'il en soit, si cette histoire n'est pas vraie, elle est toujours bien trouvée et il suffit qu'elle soit possible pour trouver place ici pour attirer l'attention du médecin légiste sur des cas analogues qui pourraient lui être soumis.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 novembre 1892. — Présidence de M. Chauvel.

COMMUNICATION

Entérostomie biliaire. — M. RECLUS communique une observation. (Voir plus haut, p. 1300.)

DISCUSSION

M. TERRIER a été, en effet, appelé en consultation auprès de ce malade, et il a été d'avis qu'il fallait intervenir. Malgré les explications fournies par M. Reclus, il reste encore dans le doute sur la véritable cause de l'obstruction biliaire dans ce cas. Le diagnostic porté avait été le suivant : obstruction du canal cholédoque par cancer de la tête du pancréas ou par calcul. M. Reclus a trouvé une dilatation de la vésicule biliaire; or, cette dilatation n'est pas en faveur d'un calcul du canal cholédoque; onze fois sur dix-huit, en effet, dans les cas de calcul, on a trouvé la vésicule biliaire complètement atrophiée.

La dilatation de la vésicule constatée, dans ce cas, par M. Reclus, serait donc plutôt en faveur d'un cancer de la tête du pancréas que d'un calcul.

M. Terrier cite un fait qu'il a récemment observé et dans lequel avait été diagnostiqué un calcul du canal cholédoque. Sur le seul fait de la dilatation de la vésicule biliaire, il a déclaré qu'il croyait plutôt à l'existence d'un cancer de la tête du pancréas. En effet, c'était bien d'un cancer de la tête du pancréas qu'il s'agissait. Dans ces cas de doute, on doit recourir à la ponction, qui permet le plus souvent de distinguer la consistance d'un calcul de celle d'un néoplasme.

Dans l'espèce donc, M. Terrier n'est pas tout à fait rassuré sur l'avenir du malade opéré par M. Reclus. L'amélioration qu'il présente actuellement et qui est due à la suppression de la cholémie par l'opération, ne prouve pas d'une façon absolue qu'il ne s'agit pas d'une affection cancéreuse.

Quoi qu'il en soit, la thérapeutique chirurgicale reste la même et M. Reclus a bien fait d'opérer ce malade.

Quant à l'abouchement, sans doute c'est avec le duodénum qu'il est préférable de le faire, mais, en pareil cas, on fait, non pas ce qu'on veut, mais ce qu'on peut, et il est souvent impossible, comme il l'a été, dans ce cas, à M. Reclus, d'aboucher la vésicule biliaire avec le duodénum.

M. ROUTIER fait observer que la suture, dans ces cas, n'a pas l'importance qu'on pourrait croire. Les expériences sur les ani-

maux montrent que toutes les lésions pratiquées sur la vésicule biliaire se rétablissent avec une grande rapidité.

M. TERRIER dit qu'à ce point de vue la question est complexe. Il en est de la bile comme de l'urine, elle est ou non septique; d'autre part, il faut tenir compte des adhérences qui peuvent exister à la face inférieure du foie et isoler, pour ainsi dire, le champ opératoire de la grande cavité péritonéale.

Les conditions sont donc très différentes, suivant qu'il y a ou non septicité de la bile et qu'il existe ou non des adhérences.

M. PRENGRUEBER a vu, avec M. Gombault, une malade atteinte d'obstruction du canal cholédoque. Croyant à un calcul, il fit la laparotomie; il ne trouva rien et il se contenta, pour parer aux accidents graves de l'obstruction biliaire, de suturer la vésicule à la peau et d'établir une fistule biliaire. Cette malade succomba deux mois après. A l'autopsie on trouva un cancer limité à l'orifice du canal de Wirsung. La vésicule biliaire était dilatée, ce qui confirme l'opinion émise par M. Terrier.

M. RECLUS est très frappé des arguments qu'a fait valoir M. Terrier, en faveur d'un cancer chez son malade. Il craint qu'il n'ait raison. Cependant, il lui a bien semblé percevoir un certain glissement de la paroi du canal sur un noyau dur et profond. Quoi qu'il en soit, il doit tenir grand compte des observations de M. Terrier. L'amélioration actuelle de ce malade n'est pas, en effet, une raison de repousser d'une façon absolue l'hypothèse d'un cancer. Toutefois, l'évolution du cancer du pancréas est habituellement très rapide.

La bile, chez le malade de M. Reclus, était aseptique. Il n'y avait aucune espèce d'adhérences permettant d'opérer d'une façon, pour ainsi dire, extra-péritonéale.

M. TERRIER fait observer qu'on a signalé des tumeurs du pancréas autres que du cancer. C'est encore là une hypothèse dont il faut tenir compte.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 1er décembre 1892, M. Piedpremier, médecin aide-major de première classe au bataillon des régiments étrangers détaché au Bénin, a été inscrit d'office à la suite du tableau d'avancement au grade de médecin-major de deuxième classe établi pour 1892 (Dahomey).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Fayt (de Theminettes) et Filipini (de Saint-Denis-du-Sig).

Essai sur la part des Écoles vétérinaires françaises dans les progrès de la médecine générale, par le docteur VIGNARDOU. Broch. in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 139. — MARDI 6 DÉCEMBRE 1892. 65e ANNÉE. MARDI 6 DÉCEMBRE 1892. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 5 décembre 1892.

Le Syndicat des médecins de la Seine poursuit, en ce moment, avec ardeur, une légitime campagne. Il se plaint, non sans raison, que les hôpitaux de Paris qui devraient être exclusivement réservés aux indigents sont, en réalité, ouverts à tout venant, riche ou pauvre. Il existe, il est vrai, des inspecteurs chargés de vérifier l'état de fortune des malades reçus à l'hôpital, mais ce service est-il insuffisant, mal compris ou mal rempli, toujours est-il que bien des malades hospitalisés pourraient rétribuer le médecin de la ville qui aurait à les traiter.

Nos confrères citent quelques exemples à l'appui de leur thèse. Ces exemples sont loin d'être rares; en voici un que l'on vient de nous communiquer.

Une malade va se faire opérer à l'hôpital Cochin d'une affection abdominale. L'opération réussit à merveille ; mais il persiste quelques douleurs. La malade, de retour chez elle, fait venir un chirurgien, qu'elle choisit des mieux titrés. Notre confrère apprend alors que cette femme, propriétaire de deux immeubles à Paris, sort d'un hôpital où elle vient d'être opérée et où, pendant quinze jours, elle a occupé la place d'une indigente. Devant les remontrances qui lui sont faites, sur l'ingratitude qu'elle témoigne au chirurgien qui l'a soignée et sur son admission à l'asile des pauvres, la malade répond qu'elle n'est allée à l'hôpital que sur les conseils de son médecin, qui lui a fait voir qu'elle serait plus confortablement et mieux que chez elle, qu'en réalité, il lui répugnait, à elle, d'aller à l'hôpital, mais qu'elle a dû céder devant les instances de son médecin habituel.

Nous nous bornons à ce simple fait que nous choisissons entre mille parvenus à notre connaissance, car à lui seul, il comporte tout un enseignement.

Comme le Syndicat des médecins de la Seine, nous pensons que l'hôpital doit être le refuge uniquement destiné à l'indigent, à celui qui a besoin de l'assistance des autres. Comme lui, nous pensons que le riche, qui reçoit gratuitement des soins à l'hôpital, dérobe et s'approprie le bien du pauvre; comme lui, nous pensons qu'il y a intérêt à faire cesser, si faire se peut, un abus qui devient criant.

Nos confrères s'adressent à l'Administration et réclament que l'enquête administrative, sur la situation pécuniaire des « admis », soit plus rigoureuse qu'elle ne l'est actuellement. Pour leur donner satisfaction, il n'y aurait qu'un moyen : n'admettre à l'hôpital que tout individu porteur d'un certificat d'indigence. La mesure, admissible en principe, est impraticable en fait. En dehors de l'indigent véritable, il y a toute une catégorie d'individus vivant au jour le jour, ne manquant de rien quand ils travaillent ou occupent un emploi, mais pouvant tomber momentanément dans la gêne et incapables, sans s'endetter pour longtemps, de faire les frais d'une longue maladie. Faut-il admettre que le malade doit dépenser jusqu'à son dernier sou, avant d'avoir le droit à l'hospitalisation? Évidemment non, et nos confrères du Syndicat sont loin d'avoir cette pensée; ce qu'ils demandent s'applique seulement à cette catégorie de malades qui, jouissant de petits revenus et possédant quelque aisance, n'ont aucun droit à l'assistance. Mais voilà où gît la difficulté. A quoi reconnaîtra-t-on l'indigent d'un jour du faux indigent? Sans doute, le véritable riche sera vite démasqué, pour peu que les commissaires enquêteurs fassent leur devoir. Mais les véritables riches sont rares à l'hôpital : ceux seuls que peuvent viser les membres du Syndicat sont les petits commerçants, les petits bourgeois, petits rentiers, qui, pour s'économiser quelques dépenses et garder intacts leurs revenus, envoient les leurs à l'hôpital. Mais comment arriver à les démasquer, sans recourir à de véritables procédés d'inquisition, qui répugnent à nos mœurs? Il y a là, nous le répétons, une grande difficulté. Que nos collègues du Syndicat travaillent à la vaincre, rien de mieux, nous les approuvons pleinement.

Mais en attendant la réalisation de leurs vœux, qu'ils réfléchissent à la petite histoire que nous leur livrons plus haut. Dans le cas que nous rapportons, est-ce la malade qui est coupable d'être entrée à l'hôpital, ou bien le médecin qui l'a conseillée, qui a écrit à un ancien maître pour demander l'admission d'une de ses clientes? La réponse est facile, le médecin est seul répréhensible et, dans bien des cas, il en est ainsi. C'est le médecin de Paris, ou de province, qui donne le conseil, qui enseigne la façon dont on doit s'y prendre pour entrer à l'hôpital, c'est lui qui écrit au chef du service pour solliciter l'admission; c'est souvent lui qui est le coupable.

Nous ne nions donc pas les abus qui existent dans la manière dont se fait l'hospitalisation; toutefois il vaut mieux, ce nous semble, trop ouvrir la porte d'un hôpital

que de trop la fermer. La difficulté est d'obtenir ce juste milieu qui concilie les droits des médecins, des pauvres et des malades. Est-ce par une mesure administrative qu'on y arrivera? La chose est fort possible, nous laissons à d'autres plus compétents le soin d'étudier les règlements à mettre en usage. Mais que nos confrères, praticiens des hôpitaux ou de la ville, cessent les premiers de conseiller l'entrée à l'hôpital à ceux qui n'y ont pas droit et tout de suite ils verront les abus diminuer dans une notable proportion.

A la Société médicale des hôpitaux (2 décembre), discussion animée et joute oratoire des plus intéressantes entre MM. Debove et Le Gendre à propos de la dilatation de l'estomac.

M. Debove était venu répéter devant la Société une expérience dont nous avons parlé déjà. Lorsqu'on vide un intestin et qu'après l'avoir lavé, on l'insuffle modérément, on obtient en l'agglomérant et en le palpant avec les doigts l'illusion auditive et tactile d'un liquide qui clapote. Cela peut être, pense M. Debove, une cause d'erreur lorsqu'on recherche la dilatation de l'estomac par le procédé de M. Bouchard, et il est probable qu'un semblable bruit d'origine intestinale a été pris bien des fois pour un clapotement intra-stomacal. On en a conclu à tort à l'existence d'une dilatation permanente de l'estomac, et on a soumis, sous ce prétexte, les malades à un véritable traitement d'inanition. On a, du reste, une tendance manifeste, depuis quelques années, à voir partout de la dilatation de l'estomac. On fait boire un verre d'eau à jeun et on recherche le clapotage gastrique. Lorsqu'on l'a trouvé — et comment ne le trouverait-on pas presque toujours dans des conditions semblables? — on déclare qu'il y a dilatation, stase des liquides et l'on soumet les malades au régime sec, régime qui n'est pas sans avoir de sérieux inconvénients.

Pour M. Debove, on ne doit diagnostiquer la dilatation de l'estomac avec stase permanente que lorsque, le matin à jeun, on peut démontrer, par le passage de la sonde et le lavage de l'estomac, qu'il y avait réellement stagnation de liquide. Quand on agit ainsi, on voit souvent que l'estomac était vide alors que l'on avait déterminé du clapotage par la succussion digitale; et l'on en arrive à restreindre singulièrement le nombre des vrais dilatés.

M. Le Gendre ne conteste pas que l'on perçoive un bruit apparent de liquide déplacé quand on fait l'expérience précédente, mais pour lui il s'agit d'un bruit de gargouillement intestinal et non d'un bruit de clapotage stomacal. Cela correspond à des sensations auditives bien différentes.

D'autre part, il ne suffit pas, dit-il, de percevoir du clapotage gastrique, à jeun, après avoir fait boire les malades pour déclarer qu'il y a dilatation de l'estomac, il faut encore que ce bruit soit perçu au-dessous d'un certain niveau. Enfin, dilatation de l'estomac ne doit pas être considérée comme synonyme de régime sec. Il est certain, toutefois, que le régime est chose très utile chez des malades à manifestations névropathiques, que les uns considèrent primitivement comme des neurasthéniques, les autres comme des dilatés.

Où est la vérité entre ces deux façons de voir? Pour notre compte nous pensons : que l'on confond et que l'on a dû souvent confondre le bruit de clapotage intestinal avec le bruit de clapotage stomacal; que l'origine stomacale du clapotage doit toujours être contrôlée par la succussion hippocratique; qu'il n'y a pas de dilatation vraie quand on ne peut pas démontrer avec certitude l'existence du liquide stagnant dans l'estomac à jeun; qu'on a souvent diagnostiqué : dilatation de l'estomac avec stase, alors qu'il n'y avait que relâchement atonique sans stase.

Si nous insistons autant, c'est à cause de la grosse question de doctrine que soulève la dilatation de l'estomac en pathologie générale.

On se rappelle qu'au mois de mai dernier, M. Raymond a soulevé, devant la Société des hôpitaux, la question de la communauté de nature entre la paralysie et le tabes. Aujourd'hui il apporte les résultats de l'autopsie d'un malade dont il avait parlé à cette époque, et ce malade avait présenté, après des signes très nets d'ataxie locomotrice, des phénomènes cérébraux qui n'étaient pas sans analogie avec ceux que l'on observe dans la paralysie générale. A l'autopsie, il a trouvé des lésions des cordons postérieurs de la moelle, et, du côté des circonvolutions, des lésions de méningo-encéphalite. Ce fait serait donc encore à l'appui de la théorie uniciste. M. Rendu a vu, de nouveau, un malade présenter des signes manifestes de paralysie générale, après avoir été un pur tabétique auparavant.

M. Babinski a étudié les crampes douloureuses que provoquent les courants faradiques dans diverses maladies : le choléra, la péritonite aiguë, certaines névrites périphériques, le tabes et encore chez certains névropathes hystériques ou neurasthéniques. Dans trois cas, il a pu constater ces crampes provoquées quelques jours avant l'apparition des symptômes de choléra. Ces crampes douloureuses sont absolument semblables à celles qui se montrent spontanément dans cette maladie. Peut-être y aurait-il là, dit M. Babinski, un moyen de faire le diagnostic précoce du choléra.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

De la médication hypodermique (1).

II

C'est en 1889, que M. Brown-Séquard a fait à la Société de biologie sa première communication sur les injections de suc testiculaire. Il rappelle d'abord que, dès 1869, il a émis l'idée que les glandes ont des sécrétions internes et fournissent au sang des principes utiles, et cette autre idée que la sénilité tenait à ce que les glandes sexuelles ne versent plus ces principes dans le sang, ces principes ayant une action tonique spéciale qui augmente certaines puissances d'action de la moelle et du cerveau. De là, l'idée d'employer les injections de suc testiculaire pour relever les forces. En mai 1889, il essaya la méthode sur lui-même, à l'âge de soixante-douze ans. Les résultats furent : augmentation de la force mesurée au dynamomètre, disparition de la sensation de fatigue, capacité de travail intellectuel augmentée, miction et défécation, insuffisantes jusqu'alors, régularisées.

L'effet se prolongea un mois.

M. Brown-Séquard insiste sur ce fait que l'action du suc testiculaire n'est pas une simple stimulation, car elle n'est pas suivie de la déperdition de force nerveuse et de la fatigue qui accompagne toujours une simple stimulation.

---

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 1286.

On aurait tort de croire que ces injections sont destinées à donner des excitations érotiques : elles redonnent de la vigueur plus que de la virilité ; elles sont toniques et non lubriques.

Ce qu'il y a de curieux, c'est que Buffon, en 1774, a eu comme la prescience de ce que devait, un siècle plus tard, démontrer M. Brown-Séquard.

Il rapporte, en effet, dans son *Histoire naturelle de l'homme*, le cas d'un malheureux ecclésiastique que torturait sa virilité exubérante et non satisfaite.

Dès l'âge de onze ans, il était déjà très vigoureux et avait eu des appétits sexuels. Mais il était destiné à être prêtre et, profondément croyant, il avait pu maîtriser ses passions.

A l'âge viril, ses souffrances devinrent terribles ; parfois, à la vue d'une femme, il avait des hallucinations ; il était pris d'accès convulsifs épileptiformes et se livrait à des excès de langage et d'imagination.

A l'âge de trente-deux ans, ce pauvre prêtre eut une attaque convulsive et délirante érotique qui dura six mois. Enfin un sommeil réparateur suivit cette « crise amoureuse », dit le malade qui envoya à Buffon sa propre observation ; et après le sommeil, revinrent le sens et la raison.

« Je vis clairement alors, dit-il, que ma maladie avait été causée par la surabondance et la rétention forcée de l'humeur séminale.

J'aurais eu bien plus tôt cette maladie différée jusqu'à trente-deux ans, si la nature et mon tempérament n'eussent été périodiquement soulagés par l'évacuation de l'humeur séminale, due à l'illusion et aux songes de la nuit. »

A ce propos, Buffon fait remarquer que « la nature ne veut pas qu'on renferme en soi la liqueur séminale, elle l'a destinée, au contraire, à se répandre au dehors et à passer de corps en corps.

Mais ce n'est que dans la force de l'âge et pour les hommes vigoureux, que cette évacuation est absolument nécessaire.

Dans le commun des hommes, dès que l'on a passé cinquante-cinq ou soixante ans, on peut garder en conscience, et sans grand tourment, la liqueur séminale qui, quoique aussi abondante, est bien moins provoquante que dans la jeunesse ; *c'est même un baume pour l'âge avancé.* »

Ainsi Buffon avait, par induction, précédé M. Brown-Séquard.

Pour en revenir à ce savant et à ses injections, je dirai qu'un assez grand nombre de médecins ont essayé sa méthode et il en résulte qu'elle produit des effets favorables, surtout dans l'ataxie locomotrice : alors disparition des douleurs fulgurantes, des troubles génitaux et vésicaux, augmentation de la force musculaire, disparition de l'incoordination motrice. Il y a des insuccès ; néanmoins il semble que les injections sous-cutanées de suc testiculaire constituent le meilleur mode de traitement de l'ataxie (à preuve les cas de Depoux, de Gibert (du Havre), d'Ouspenski, etc.).

Ses effets sont également bienfaisants, comme on l'a vu, dans la faiblesse sénile.

Pour préparer ce suc testiculaire, on choisit des testicules de cobaye, de lapin, de taureau ou de bouc, tués récemment. On les divise grossièrement avec des ciseaux et on les met infuser dans trois fois leur poids de glycérine à 28 degrés. On étend ensuite d'eau bouillie, à raison de trois fois le volume de la glycérine employée. Cette solution glycérique au quart est simplement filtrée sur papier et on a un liquide limpide.

Mais si on injecte ce liquide tel quel, on risque de provoquer des abcès et le fait est arrivé fréquemment. Il faut stériliser ce liquide ; mais si on emploie la chaleur, on détruit son activité. Il était donc nécessaire de découvrir un procédé de stérilisation qui dépouillât le liquide des germes, sans détruire son activité. C'est ce qu'a fait M. d'Arsonval, dont le nouveau procédé de stérilisation est une véritable découverte.

Avant d'injecter le liquide, on le place dans un autoclave à acide carbonique, sous une pression de 53 atmosphères, pendant deux heures ; puis on met l'autoclave dans un bain d'eau à 42 centigrades, ce qui porte la pression à 90 atmosphères ; ainsi, on a tué tous les germes, en respectant les matières albuminoïdes.

Le liquide de M. Brown-Séquard doit être administré en injections sous-cutanées ; par la bouche, il ne produit rien, probablement parce que le foie le détruit ; en lavement, il en faut des doses trop élevées.

On doit l'étendre de moitié eau distillée et bouillie ; sans cela, l'injection est très douloureuse.

On doit se servir de la seringue de Collin (de 4 centimètres cubes), dont le piston, en moelle de sureau, peut se changer facilement, et qui peut être mise tout entière dans l'eau bouillante sans dommage. Les aiguilles doivent être en platine iridié, de façon à pouvoir être flambées, sans que la pointe s'émousse.

Avant chaque injection, la seringue doit passer dans l'eau bouillante et l'aiguille doit être flambée, si l'on veut éviter des abcès.

L'injection doit se faire à la face externe de la cuisse, entre les deux épaules ou sur le ventre.

A chaque séance, on doit injecter au moins 3 ou 4 centimètres cubes de la substance active et au plus 12 centimètres cubes.

On peut faire une injection tous les jours. La dose de substance et la fréquence des injections sont subordonnées à la gravité du cas.

Dans l'ataxie, il faut injecter 7 ou 8 centimètres cubes chaque jour.

Dans la faiblesse sénile, on peut injecter 4 centimètres cubes deux fois la semaine.

Il est à remarquer ici que la substance à injecter, devant être étendue de moitié eau distillée et bouillie, quand on veut donner 4 centimètres cubes de substance active, c'est 8 centimètres cubes qu'on injecte en tout.

Voici maintenant pour les injections de suc thyroïdien.

Dès 1887, c'est-à-dire avant Davies, Murray, etc., qui l'ont précédé pratiquement, M. Bouchard avait eu l'idée de faire des injections de suc thyroïdien à une malade de son service atteinte de myxœdème fruste.

Vous savez que cette maladie est caractérisée par l'œdème de la face, du tronc et des membres, et par des troubles fonctionnels importants : diminution de l'appétit, affaiblissement de l'intelligence, alanguissement de l'organisme. De plus, les malades ont toujours froid, même en été. Ils recherchent la chaleur artificielle, et leur température descend au-dessous de la normale, à 36, 35 degrés. C'est le contraire de ce qu'on observe dans le goître exophthalmique où les malades se plaignent d'avoir toujours trop chaud.

Or, les individus affectés de myxœdème n'ont plus de corps thyroïde (soit congénitalement, soit parce qu'on le

leur a enlevé). Par conséquent, puisqu'il n'y a plus de corps thyroïde et qu'il en résulte une cachexie spéciale, il est évident que c'est à l'absence du corps thyroïde et du suc qu'il sécrète, que le myxœdémateux doit sa maladie. Il semblait donc rationnel de rendre le suc thyroïdien à celui qui en manquait. C'est ce que Bouchard a essayé de faire et la clinique paraît lui avoir donné raison.

Il a d'abord commencé l'expérience sur des chiens. Après avoir enlevé le corps thyroïde chez treize de ces animaux, il les greffa dans le péritoine de l'un d'eux. Celui-ci eut une survie de douze jours sur les autres, qui moururent quatre ou cinq jours après l'opération. L'autopsie montra que les corps thyroïdes ne s'étaient pas greffés. La survie avait eu lieu grâce à une action chimique et non à une action nerveuse.

Ce résultat détourna Bouchard de faire la greffe du corps thyroïde, d'autant plus que si la greffe avait si peu réussi chez des animaux de même espèce, elle serait tout à fait nulle chez l'homme, avec le corps thyroïde du chien ou de tout autre animal. D'ailleurs, les greffes prennent mal en général, excepté celles des tissus ou des animaux inférieurs.

Lannelongue, qui avait pratiqué une greffe chez un enfant, sous l'inspiration de Legroux, n'a pas obtenu de bons résultats.

Bouchard résolut de faire des injections de sucs extraits du corps thyroïde.

Pour préparer le suc thyroïdien, M. Bouchard prend un corps thyroïde qu'il coupe en petits morceaux. On le triture dans un mortier avec de la glycérine, on y ajoute ensuite de l'acide phénique pour le rendre antiseptique.

On injecte 1, 2, 3 ou même 4 centimètres cubes par jour dans les cuisses et on répète les injections deux fois par semaine. Ces injections ne sont pas douloureuses.

Les résultats furent extrêmement rapides. L'œdème des paupières, de la face, des mains disparut très vite. L'une des malades perdait son dé à chaque instant, il était devenu trop grand, l'autre perdait sa bague. La sécrétion urinaire succéda très abondante aux injections du liquide thyroïdien.

En même temps que l'œdème disparaissait, la parole devint plus rapide, l'esprit plus vif. La température subit aussi des modifications sensibles. Ces deux femmes qui auparavant restaient tout habillées dans leur lit et qui, à peine découvertes, tremblaient de froid, furent réchauffées après les injections.

Mais s'il y eut amélioration, il y eut aussi des effets fâcheux. Il se produisit des céphalées et des douleurs dans les bras chez les deux malades. Ces phénomènes pénibles disparurent aussitôt qu'on interrompit les injections et reparurent à leur reprise. Les dernières injections amenèrent une recrudescence très marquée des douleurs céphaliques et brachiales, qui cessèrent bientôt d'ailleurs.

A ces myxœdémateux, il faut continuer les injections. Il faut à côté d'eux un « médecin thyroïdien », car l'action n'est pas persistante et les injections doivent être continuées tous les jours, toutes les semaines, tous les mois. Cependant, il ne faut pas en faire trop, car on pourrait déterminer de la fièvre.

Il semble également résulter des expériences de Bouchard que ce ne sont pas les cellules, mais le suc qui agit; car si on filtre, on obtient les mêmes effets. Il existe là une substance analogue à la spermine, qu'on trouve non seulement dans les testicules, mais encore dans les capsules surrénales et d'autres organes.

Il y a donc là, vous le voyez, une médication pleine de promesses. Les bienfaits n'en sont pas douteux; mais c'est une médication, dont il faut sans cesse continuer l'emploi. On fournit ainsi, mais d'une manière passagère, des « béquilles » à l'organisme qui fléchit (1).

Dans une prochaine leçon, je vous parlerai des injections de créosote dans la tuberculose, et d'autres applications de la méthode hypodermique.

DIAGNOSTIC DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

Par le docteur Bazy,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

I

L'étude des rétrécissements de l'urèthre a été, au point de vue clinique, et, en particulier, au point de vue restreint du diagnostic, l'objet de tant de mémoires et de travaux qu'il semble qu'il n'y ait plus rien à dire sur ce sujet. Néanmoins, il est un point dont il est parlé d'une manière tout à fait insuffisante dans les livres classiques, je veux parler du diagnostic du rétrécissement d'avec le spasme. C'est ce point que je désire surtout traiter aujourd'hui; il a été du reste étudié dans l'*Atlas des maladies des voies urinaires*, que j'ai fait en collaboration avec M. Guyon. Mais comme, dans des leçons publiées ultérieurement sur ce point, ce professeur (2) ne parle pas de ces moyens de diagnostic que je considère comme précis et certains, je me crois obligé d'en parler, ne fût-ce que pour les défendre et pour convier à les contrôler ceux de mes confrères qui se trouveraient embarrassés dans des cas comme ceux que j'envisage aujourd'hui. Ceci me force à prendre pour moi seul la responsabilité d'une étude qui, ayant été faite en commun, devenait en quelque sorte impersonnelle.

Il est établi, comme vous le savez, depuis longtemps, que les rétrécissements ont ou une origine inflammatoire ou une origine cicatricielle. Cette cicatrice est consécutive à une plaie de l'urèthre ou à une ulcération. Cette ulcération est le plus souvent un chancre et, en général, le rétrécissement siège alors au méat et dans la fosse naviculaire. J'ai, pour ce qui me concerne, assisté trois fois à l'évolution d'un pareil chancre et au rétrécissement qui en a été la conséquence.

La plaie de l'urèthre peut être le résultat soit d'une rupture, soit de l'action directe d'un corps vulnérant.

La rupture peut se produire dans le coït et alors elle se fera à la racine de la verge, elle se produira dans le cours de la chaudepisse dite cordée, et alors elle est spontanée ou provoquée et elle siège vers le milieu de la verge. Cette rupture peut être le résultat d'une chute à califourchon ou d'un coup porté sur le périnée; elle siège alors dans la région périnéale de l'urèthre. Enfin la portion membraneuse peut être déchirée dans les cas de fracture double verticale du bassin.

Quand le corps vulnérant a agi directement, la plaie peut siéger dans tous les points. Je n'ai pas à insister ici

---

(1) Voir, sur le même sujet, la Revue générale de M. Dauriac, *Gaz. des hôp.*, 1892, p. 713.

(1) Voir *Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1887, p. 257-279.

sur toutes les variétés. Disons cependant que ces corps vulnérants peuvent agir de dehors en dedans et de dedans en dehors : ces derniers sont ceux qui sont introduits par les voies naturelles, qu'ils viennent de l'extérieur (corps étrangers, sondes, etc.), ou de la vessie (calculs ou fragments de calcul). Il existe enfin des plaies de l'urèthre par armes à feu. La plupart de ces types sont réunis dans l'*Atlas* dont je viens de parler.

Ces plaies, ces ruptures, ces déchirures de l'urèthre se caractérisent par l'existence d'uréthrorrhagies. Toutes les fois qu'on observera une uréthrorrhagie dans les antécédents d'un malade qui urine mal, il faudra songer à un rétrécissement. Celles des hématuries terminales de la miction qui ont, ainsi que je l'ai démontré (1), leur origine dans l'urèthre antérieur, proviennent, en général, de lésions trop minimes et, dans beaucoup de cas, se confondent trop avec les lésions de l'uréthrite chronique, pour qu'on puisse attacher à ces hématuries, envisagées à ce point de vue, l'importance diagnostique qu'il faut accorder aux uréthrorrhagies.

II

Les antécédents doivent jouer un grand rôle comme éléments de diagnostic du rétrécissement, surtout quand il s'agit d'un traumatisme.

La connaissance d'une ou de plusieurs blennorrhagies dans les antécédents sert moins, attendu que ce ne sont pas toujours ceux qui ont les blennorrhagies les plus nombreuses ou les plus prolongées, qui ont des rétrécissements. A tel point qu'on pourrait dire : N'a pas un rétrécissement qui veut. La production d'un rétrécissement est liée à certaines formes de blennorrhagies, dont la connaissance ne nous est pas encore familière : les formes douloureuses paraissent surtout celles qui sont suivies de stricture ; par douleur, j'entends celle qui n'est pas liée à la cystite, laquelle complique trop souvent la blennorrhagie. Les uréthrites gonococciques sont celles qui semblent suivies le plus souvent de stricture. Cela tient peut-être à ce que ces micro-organismes déterminent par eux-mêmes ou par les autres agents dont ils favorisent la pullulation, des lésions qui sont plus profondes que celles des agents de la suppuration ordinaire.

Un deuxième élément de diagnostic est l'existence d'une goutte purulente soit matutinale simplement, soit constante. M. Jamin, dans sa thèse, a essayé de montrer, d'après l'enseignement de M. Guyon, que la goutte militaire, la blennorrhée, était, moins souvent qu'on ne l'avait dit, symptomatique d'un rétrécissement ; mais ces deux auteurs sont, je crois, tombés à leur tour dans l'excès contraire, en ne tenant pas compte, ainsi que je l'ai dit ailleurs (2), de ces rétrécissements commençants qui ne sont guère appréciables qu'aux boules n°s 18 ou 19 et même 16 ou 17 et qui, traités par la dilatation, ne donnent plus lieu à cet écoulement (c'est le cas de répéter : *Naturam morborum curationes ostendunt*).

Si, donc, ces suintements matutinaux ou continus sont souvent symptomatiques d'une uréthrite et plutôt d'une uréthrite rétro-membraneuse, ils peuvent l'être de rétrécissements non pas seulement étroits, mais encore de rétrécissements larges. On est donc toujours dans la nécessité d'explorer avec des numéros un peu plus forts, n°s 20 ou 21 au minimum (contrairement à ce que vous lirez dans un traité de chirurgie tout récent, où on parle des n°s 16 ou 17) les canaux qui ont un petit suintement.

Les troubles de la miction ont bien leur importance. Celui auquel j'en attache le plus et qui m'a trompé le moins souvent, est la *lenteur dans la miction.*

Les malades qui viennent consulter pensent avoir un rétrécissement de l'urèthre, accusent fréquemment un trouble qu'on voit signalé dans tous les livres classiques, qui est réel mais qui ne s'observe pas seulement dans les rétrécissements ; je veux parler du jet tortillé, du jet en tire-bouchon, en vrille. C'est même sur ce signe qu'ils se fondent pour affirmer l'existence d'un rétrécissement.

Or ce signe est loin d'avoir la valeur qu'ils lui donnent ; il peut s'observer, même en l'absence de tout rétrécissement et de toute affection des voies urinaires, car il dépend bien souvent de la quantité de liquide qui est dans la vessie et de la force d'expulsion de cette dernière.

Quand le rétrécissement n'est pas très étroit, il peut manquer et cela arrivera, si la vessie contient une grande quantité de liquide à expulser. Enfin c'est une question d'appréciation qui variera avec les sujets. Tel verra un jet tortillé là où un autre verra un jet normal.

Néanmoins, on doit attacher de l'importance à ce signe. Mais c'est encore à la lenteur de la miction qu'il faut, parmi les troubles fonctionnels, attacher le plus d'importance. On urine en effet *avec son canal et avec sa vessie.* A vessie égale, la miction se fera d'autant plus facilement que le canal sera plus large ; nous savons bien que la vessie s'hypertrophie, en raison de l'obstacle qu'elle sent devant elle, mais cette hypertrophie n'est pas proportionnelle, car le jet devrait gagner en longueur ce qu'il perd en épaisseur : or il n'en est rien. Il en résulte que l'écoulement se fait plus lentement et les malades s'en aperçoivent quand ils peuvent faire une comparaison ; ils voient qu'ils mettent plus de temps à uriner que leurs voisins.

On peut ajouter à ces signes l'écoulement involontaire de quelques gouttes d'urine survenant quelques instants après la miction et venant souiller la chemise et le pantalon. Mais ce signe est loin d'avoir une grande valeur : on peut l'observer chez des sujets dont le canal est simplement induré par le fait d'une uréthrite chronique et même chez des nerveux, des neurasthéniques.

Maintenant, je ne ferai que mentionner certains accidents qui se montrent dans de vieux rétrécissements, et qui en sont plutôt des complications : l'incontinence d'urine, la stagnation d'urine, la miction par regorgement, la rétention d'urine, les accès de fièvre, les troubles digestifs, les fistules urinaires, les indurations, phlegmons chroniques du périnée, etc. A ce degré-là le diagnostic ne devient pas difficile. De même l'existence d'indurations, de nodosités plus ou moins nombreuses et disséminées le long du canal et accessibles à la palpation, fourniront d'utiles notions.

Mais quoi qu'il en soit, c'est, en somme, à l'exploration de l'urèthre, au moyen de l'*explorateur à boule* imaginé par Leroy d'Étiolles, qu'il faut avoir recours.

C'est elle qui juge en dernier ressort : bien souvent, en effet, vous ne devez pas compter sur les antécédents, 1° parce que vous ne pourrez pas les rechercher ; on peut, en effet, se trouver dans des conditions telles que vous ne pourrez pas et vous ne devrez pas interroger le passé du malade,

(1) Voir *Semaine méd.*, 1889, p. 405.
(2) Voir *Progr. méd.*, 1890.

2° parce que le malade pourra lui-même vous induire volontairement ou involontairement en erreur.

Aussi ne faut-il attacher qu'une importance relative au premier des deux principes que vous trouverez énoncés dans une leçon de M. Guyon sur le diagnostic des rétrécissements (1); ces deux principes sont les suivants :

« 1° Tout individu qui n'a pas de passé uréthral, c'est-à-dire qui est indemne de blennorrhagie, de traumatisme, d'ulcération spéciale, n'a pas droit au rétrécissement.

2° On ne peut sûrement diagnostiquer un rétrécissement qu'après l'avoir franchi. »

Le premier principe est inattaquable, quoi qu'on puisse dire qu'il ne tient pas compte des rétrécissements congénitaux. Il est inattaquable, en théorie; mais, dans la pratique, il est loin d'être toujours applicable. Si vous êtes amené à explorer un mari devant sa femme, un père devant ses enfants, vous serez peu tenté de remuer les cendres du passé et de vous enquérir du nombre et de la qualité des blennorrhagies qu'aura pu avoir votre client, et celui-ci, à son tour, sera peu disposé à s'en vanter.

Tel individu qui se sera fourgonné le canal avec un instrument et qui se sera fait des plaies dans l'urèthre (d'où rétrécissement) ne se hâtera pas de vous signaler cette particularité.

Ces réserves faites, il faut, ainsi que cela est enseigné depuis longtemps, tenir le plus grand compte des antécédents, tout en se souvenant qu'il ne suffit pas d'avoir eu des blennorrhagies pour avoir des rétrécissements.

On doit commencer par la bougie à boule la plus volumineuse, pour aller en décroissant. De cette façon, on pourra se rendre compte de l'état de chacune des régions du canal. Le rétrécissement, en effet, peut n'être pas unique; quand il en existe plusieurs, ils sont, ainsi que le faisait remarquer depuis longtemps Voillemier, disposés de telle façon que le plus profond est le plus étroit. En prenant des bougies progressivement décroissantes, on sera ainsi amené à connaître les différents calibres du canal. Il existe cependant des cas dans lesquels le rétrécissement qui occupe la portion pénienne sera plus étroit que ceux situés plus profondément : c'est dans certains cas de blennorrhagie particulièrement intense et à localisation rare, où il se fait autour de l'urèthre pénien, une virole peu étendue, il est vrai, mais singulièrement rétractile; dans ces cas qui peuvent fournir ce qu'on a appelé la chaudepisse cordée, la rétractilité particulière peut être le résultat d'un traumatisme résultant de la rupture spontanée ou artificielle de la corde.

Quoi qu'il en soit, la boule éprouvera un ou plusieurs arrêts passagers ou définitifs : si elle passe à frottement dur, le chirurgien éprouve au retour une sensation caractéristique de ressaut sec, sensation unique ou multiple; dans ce dernier cas, ces sensations multiples de ressaut seront ressenties, soit à petite distance l'une de l'autre, soit à intervalles plus éloignés.

Quand la boule est arrêtée, on met le doigt au niveau de la région du canal où l'on suppose qu'elle est, et on la sent sous la forme d'un noyau dur : si on la sent difficilement ou si l'on craint de se tromper, on imprime à la bougie de petits mouvements de va et vient et la sensation devient nette. On sait donc exactement le point où le rétrécissement existe.

Je ferai en passant une petite recommandation : celle de bien tendre la verge et de mettre la portion pénienne dans l'axe de la portion périnéo-scrotale, sans cela la boule peut être arrêtée au niveau de l'angle péno-scrotal, et on peut croire à un rétrécissement qui n'existe pas.

Cette réserve faite, on peut dire que *tout arrêt* de la boule dans la région pénienne, scrotale et dans la plus grande partie de la région périnéale, indique, *à n'en pas douter*, un rétrécissement.

(1) Guyon. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1887, p. 260.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

1. M. Faguet. Troubles moteurs consécutifs aux traumatismes anciens du crâne et de leur traitement par la trépanation. — 2. David. Contribution à l'étude de la méthode sclérogène (traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses par les injections périarticulaires de chlorure de zinc). — 3. M. Brun-Bourguet. Contribution à l'étude des fractures du condyle externe de l'humérus chez l'enfant, leur consolidation vicieuse (traitement de cette complication par l'ostéotomie linéaire). — 4. M. Morel. Etude historique, critique et expérimentale de l'action des courants continus sur le nerf acoustique à l'état sain et à l'état pathologique. — 5. M. Caillard. Contribution à l'étude des troubles viscéraux chez les eczémateux. — 6. M. Meslet. Contribution à l'étude des névromes plexiformes. — 7. M. Nogué. Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse. — 8. M. Avérous. Contribution à l'étude du traitement de l'infiltration urineuse. — 9. M. Damian. Recherches sur la question de l'âge dans le mariage. — 10. M. Burain. Phthiriase des paupières. — 11. M. Hazard. Étude sur la syphilide pigmentaire. — 12. M. Giraud. Sur les lichénifications des téguments. — 13. M. Laurent. Des états seconds; variations pathologiques du champ de la conscience. — 14. M. Barrau. Des troubles musculaires dans la neurasthénie. — 15. M. Lallemant. Contribution à l'étude de l'hypertrophie des amygdales et de son traitement par la cautérisation ignée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 2 décembre 1892, M. Vaillard, médecin-major de première classe, a été nommé professeur du cours des épidémies et maladies des armées, au Val-de-Grâce. Dans sa situation nouvelle, M. Vaillard restera chargé d'assurer le fonctionnement du laboratoire de bactériologie. — M. Georges, pharmacien-major de deuxième classe, est nommé professeur agrégé de toxicologie et chimie appliquées aux expertises de l'armée, au Val-de-Grâce.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 novembre 1892, une médaille d'honneur en bronze a été décernée à Mme Louise Menu, en religion sœur Marie-Hippolyte, religieuse hospitalière à Roybon (Isère), en récompense du zèle et du dévouement dont elle a fait preuve au cours de diverses épidémies, notamment d'épidémies de diphthérie qui ont sévi en 1890, 1891 et 1892 dans cette commune.

— *Hôpital de Limoges.* — Sont nommés : médecin titulaire, M. le docteur Boullaud; médecin suppléant, M. le docteur Devaux; internes titulaires, MM. Vidal et Roque de Fursac; internes suppléants, MM. Terrade et Nadaud.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Collet est nommé aide-préparateur de pathologie générale.

M. Maître est nommé préparateur de chimie minérale.

M. le docteur Devay est institué chef de clinique des maladies mentales.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — MM. Bize et Molinié sont nommés aides d'anatomie.

— M. le docteur Angelo Bolognesi est nommé médecin-adjoint au lycée du Mans (emploi nouveau).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Auguste Causard (de Bourbonne-les-Bains).

— M. le docteur F. Jousseaume est chargé d'une mission scientifique sur les rives de la mer Rouge et du golfe d'Aden, à l'effet d'y poursuivre ses recherches sur la faune malacologique et sur les formations géologiques des plaques soulevées du littoral et des îles de ces mers.

— L'Association contre l'abus des boissons alcooliques, Société française de tempérance (reconnue d'utilité publique par décret du 5 février 1880), tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. le docteur E. Vidal, de l'Académie de médecine, président de la Société, le dimanche 11 décembre 1892, à deux heures de relevée, à l'hôtel de la Société nationale d'Horticulture, rue de Grenelle, 84, à Paris.

— *Postes médicaux.*— Paris : s'adresser à M. Lasnier, greffier au tribunal de la Seine, 10, quai de la Mégisserie, Paris. — Drôme : s'adresser à M. le docteur Laurens, maire de Nyons.

L'hygiène nouvelle dans la famille, par le docteur A. Cancalon. 1 vol. in-8°. —Prix : 3 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Anatomie obstétricale, par le docteur L.-A. Demelin. 1 volume petit in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Vals Précieuse — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.*
Le **Sirop de chloral de Freyssinge** est agréable et très actif. — *1 gramme par cuillerée à soupe.* — Le flacon, 2 francs.
Dyspepsies — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Nº 140. — JEUDI 8 DÉCEMBRE 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 8 DÉCEMBRE 1892. — Nº 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Voici une nouvelle discussion sur le traitement du tétanos. Il y entre cette fois un élément dont il n'était pas question dans les précédentes discussions, nous voulons parler des injections de sérum anti-tétanique. La valeur de ces injections nous paraît pouvoir être jugée dès maintenant. Tous, en effet, expérimentateurs et cliniciens, s'accordent à déclarer qu'elles sont absolument inefficaces dans les cas aigus et à peu près inutiles dans les cas de tétanos chronique, puisque, dans la grande majorité des cas, celui-ci guérit, aussi bien chez l'homme que chez les animaux, par les autres moyens. Voilà un premier point qui paraît bien établi.

Une autre question se pose dans cette discussion, c'est celle qui en a été le point de départ et qui a été soulevée, dans la dernière séance, par M. Berger, c'est-à-dire l'éradication du foyer tétanique. Ici les avis sont partagés. Toutefois, les conclusions, en apparence fort logiques, que M. Berger a tirées de ses propres faits, sont loin d'être admises sans conteste. M. Verneuil a cité des observations dans lesquelles cette intervention, proposée par M. Berger, paraît avoir elle-même causé la mort des tétaniques. Ce n'est pas d'aujourd'hui, d'ailleurs, que les chirurgiens ont recours à cette méthode, puisque, ainsi que l'a rappelé M. Larrey, son père l'a pratiquée pendant la campagne d'Égypte. Parmi les arguments qu'on peut faire valoir contre l'intervention chirurgicale, il faut mettre en première ligne les dangers résultant de la chloroformisation et de l'excitation produite par le traumatisme lui-même; d'autre part, cette éradication du foyer tétanique, acceptable s'il s'agit d'un doigt ou d'une petite perte de substance, devra-t-elle être préconisée quand il faudra pousser le sacrifice jusqu'à la désarticulation de la hanche ou de l'épaule? On comprendrait les hésitations du chirurgien en présence d'interventions aussi importantes et aussi dangereuses.

Hâtons-nous d'ajouter que ces graves problèmes n'ont pas lieu de préoccuper les chirurgiens actuels, au point de vue de leurs opérés, car, ainsi que l'a fait justement observer M. Péan, le tétanos, comme l'infection purulente, devient une complication absolument exceptionnelle des plaies chirurgicales. Ceci est vrai pour la prophylaxie du tétanos post-opératoire, mais il n'en faut pas moins compter avec les malades atteints de tétanos déjà confirmé.

Au début de la séance, la parole a été donnée à M. Saint-Yves Ménard pour une lecture sur l'épuration de la pulpe vaccinale glycérinée. Il résulte des observations de MM. Chambon et Saint-Yves Ménard que la pulpe vaccinale s'épure en vieillissant.

Mardi prochain aura lieu la séance publique annuelle et la distribution des prix.

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 5 décembre 1892.

Monsieur le Président,

Le décret du 19 octobre dernier, portant règlement sur le fonctionnement général des sociétés d'assistance aux blessés et malades des armées de terre et de mer, spécifie (art. 5 et 7) la création d'une commission mixte par société et la création d'une commission supérieure des sociétés.

La nomination des membres de ces commissions fait l'objet des décrets ci-joints que j'ai l'honneur de soumettre à votre haute approbation, en vous priant de vouloir bien les revêtir de votre signature.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le ministre de la Guerre,
C. DE FREYCINET.

Par décret en date du 5 décembre 1892, ont été nommés :

Commission mixte de la Société française de secours aux blessés.— Commissaire militaire : M. le médecin principal de première classe Lemardeley, adjoint au directeur du service de santé au ministère de la guerre.

Commissaire civil : M. le docteur A. Riant, vice-président de la Société de secours aux blessés.

Commission mixte de la société « l'Union des femmes de France ». — Commissaire militaire : M. le médecin-major de première classe Schneider, attaché à la direction du service de santé au ministère de la guerre.

Commissaire civil : M. le docteur Bouloumié, secrétaire général de la société « l'Union des femmes de France ».

Commission mixte de la société « l'Association des dames françaises ». — Commissaire militaire : M. le médecin-major de première classe Benech, détaché au ministère de la guerre (direction du service de santé).

Commissaire civil : M. le docteur Duchaussoy, secrétaire général de la société « l'Association des dames françaises ».

Par décret en date du 5 décembre 1892, la commission supérieure des sociétés d'assistance aux blessés et malades militaires, prévue par l'article 7 du décret du 19 octobre 1892, est composée comme il suit, savoir :

Président. — M. le médecin-inspecteur Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé au ministère de la guerre.

Membres. — M. le marquis de Vogüé, vice-président de la Société de secours aux blessés militaires, membre de l'Institut, délégué de la société.

Mme Kœchlin-Schwartz, présidente de la société « l'Union des femmes de France ».

Mme la comtesse Foucher de Careil, présidente de la société « l'Association des dames françaises ».

M. le docteur Riant, vice-président de la Société de secours aux blessés militaires, commissaire civil de ladite société.

M. le docteur Bouloumié, secrétaire général de la société « l'Union des femmes de France », commissaire civil de ladite société.

M. le docteur Duchaussoy, secrétaire général de la société « l'Association des dames françaises », commissaire civil de ladite société.

M. Nogier, médecin principal de première classe, adjoint au directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, membre du comité technique de santé, chargé de la surveillance des magasins centraux du service de santé.

M. Bonnafy, médecin en chef de la marine, membre du conseil supérieur de santé de la marine, représentant le ministre de la marine et des colonies.

M. Lemardeley, médecin principal de première classe, adjoint au directeur du service de santé au ministère de la guerre, commissaire militaire près la Société de secours aux blessés.

M. Benech, médecin-major de première classe, détaché au ministère de la guerre (direction du service de santé), commissaire militaire près la société « l'Association des dames françaises ».

M. Schneider, médecin-major de première classe, attaché à la direction du service de santé au ministère de la guerre, commissaire militaire près la société « l'Union des femmes de France ».

M. Robini, officier d'administration de deuxième classe du service des hôpitaux militaires, détaché au ministère de la guerre (direction du service de santé), secrétaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DUPLAY.

Hydrocèle enkystée de l'épididyme.

Je vais opérer ce matin, devant vous, un malade atteint d'une collection fluctuante des bourses. L'opération en elle-même sera d'une grande simplicité, puisqu'elle consistera en une simple ponction suivie d'injection iodée. Le diagnostic, en revanche, a présenté des difficultés réelles et a donné lieu à une discussion d'un véritable intérêt pratique.

Voici vingt ans déjà que la tumeur a débuté. Son évolution a été graduelle, progressive, et, fait particulièrement important, toujours absolument indolente. Actuellement, dans le côté gauche du scrotum, existe une tumeur grosse comme le poing, de la forme d'une brioche, composée par conséquent de deux parties contiguës. La plus grosse est irrégulièrement sphérique. La plus petite est ovoïde, située au-dessous de la précédente, et a environ le volume d'un œuf de pigeon. Les téguments qui recouvrent cette tumeur sont absolument sains.

A la palpation, la grosse et la petite tumeur présentent des caractères bien différents. La première est rénitente et fluctuante ; elle est absolument indolente à la palpation. La seconde est moins franchement rénitente ; elle n'est pas du tout fluctuante ; elle est sensible à la pression. De plus, la grosse tumeur est transparente sur tous ses points. Ces trois signes, rénitence, fluctuation et transparence, nous permettent d'affirmer qu'elle est remplie par un liquide séreux. En raison de son volume, de sa forme, de sa consistance, de sa sensibilité, nous pouvons, au contraire, affirmer que la petite tumeur est constituée par le testicule. Je reviendrai plus loin sur une autre particularité fort curieuse qu'elle présente.

De l'état général du malade, je n'ai qu'un mot à vous dire. Cet état général est absolument satisfaisant.

Ces premiers points établis, nous avons à discuter la nature de l'épanchement séreux qui constitue la grosse tumeur. L'indolence absolue nous permet d'abord d'éliminer de suite toute idée d'épanchement inflammatoire. Il s'agit donc d'une collection séreuse chronique ; mais quelle en est la variété ? S'agit-il d'une hydrocèle vaginale simple ? S'agit-il d'une hydrocèle vaginale appartenant à la variété dite congénitale, c'est-à-dire communiquant avec le péritoine ? S'agit-il d'une hydrocèle du cordon enkysté ou communiquant, comme l'hydrocèle congénitale de la vaginale, avec le péritoine ? S'agit-il d'une hydrocèle enkystée de l'épididyme ? Une dernière variété rare, l'hydrocèle développée dans un sac herniaire, doit être simplement mentionnée.

Nous pouvons très vite éliminer toute idée d'hydrocèle congénitale développée soit dans la vaginale, soit dans le cordon. La collection, en effet, n'offre pas de communication ni même de rapport avec le canal vaginal. Nous pouvons aussi éliminer l'hypothèse d'une hydrocèle enkystée du cordon, car cette hydrocèle ne serait pas en rapport aussi étroit avec le testicule, qui en est toujours nettement séparé.

Par ces éliminations successives, le diagnostic se circonscrit donc entre l'hydrocèle vaginale commune et l'hydrocèle enkystée de l'épididyme. Mais, dans l'hydrocèle vaginale, le liquide enveloppe le testicule de tous côtés. Ainsi enveloppé, le testicule n'a pas cette indépendance qu'il offre chez notre malade. Même dans les cas les plus favorables, il est deviné par la palpation plutôt que senti. Au contraire, l'hydrocèle enkystée de l'épididyme, se développant entre l'épididyme et le corps du testicule, les écarte, les sépare. Le corps du testicule est donc très net et très indépendant à la palpation. L'épididyme, au contraire, est masqué derrière et disparaît souvent.

C'est le cas chez notre malade ; le corps du testicule est très bien senti chez lui, mais on ne peut trouver l'épididyme. Une recherche minutieuse fait cependant constater un petit fait intéressant au point de vue symptomatologique et qui, je crois, n'a pas encore été signalé. Du point d'union du testicule et de l'épididyme se détache un mince

cordon qui va se perdre dans la cavité vaginale. Ce cordon paraît certainement constitué par le canal déférent dissocié des autres éléments du cordon spermatique.

Ce cas est relativement simple. Mais, dans d'autres cas, on trouve à la fois une hydrocèle enkystée de l'épididyme et une hydrocèle vaginale ordinaire. Le caractère fondamental tiré de l'indépendance du testicule, de la forme en brioche, manque du fait de cette coïncidence. L'hydrocèle enkystée de l'épididyme pourra être facilement méconnue. Quelquefois pourtant, on sent qu'il existe, entre les divers points de la poche kystique, une différence manifeste de transparence et de fluctuation, différence qui permet de soupçonner la nature complexe de ce kyste, sinon de préciser entièrement le diagnostic.

Les hydrocèles enkystées de l'épididyme présentent, dans la nature de leur liquide, une particularité intéressante. Cette particularité peut, en effet, servir à fixer rétrospectivement le diagnostic. Elle a donné lieu à de nombreuses théories relatives à la pathogénie de ces kystes.

Le liquide, au lieu d'être citrin comme celui de l'hydrocèle ordinaire, est tantôt clair comme de l'eau de roche, tantôt lactescent et opalin. Dans ce dernier cas, il se sépare par le repos en deux couches, la supérieure claire, l'inférieure opaque. Très fréquemment, de plus, l'examen microscoqique montre dans le liquide, et surtout dans le dépôt formé, des spermatozoïdes tantôt vivaces et mobiles, tantôt oblitérés et déformés. Plus le kyste est volumineux, plus vous aurez chance d'y rencontrer des spermatozoïdes. Ceux-ci, au contraire, ne se rencontrent jamais dans une autre variété de kystes de l'épididyme, les petits kystes ne dépassant pas le volume d'un pois, plus petits même, très fréquents chez le vieillard et n'ayant d'ailleurs aucune importance chirurgicale.

Comment expliquer la formation de ces kystes et la présence des spermatozoïdes dans leur liquide? On est assez mal fixé sur ces deux points et on doit même avouer que les avis diffèrent sur le point de départ anatomique de ces productions. Les théories sont nombreuses; je ne ferai que vous citer brièvement les principales.

L'hypothèse souvent défendue est que ces kystes se développent dans un petit conduit persistant, débris du corps de Wolf. Leur origine offrirait ainsi une grande analogie avec celle de certains kystes du ligament large chez la femme. M. Ch. Monod a montré le rôle que la sclérose péricanaliculaire, si fréquente à un certain âge autour des canaux de l'épididyme, pouvait avoir, en oblitérant la lumière de ces canaux et amenant une dilatation en arrière de l'obstacle. Gosselin attribuait ces kystes à la rupture préalable d'un des canaux efférents; le sperme sorti par cette rupture finissait par s'entourer d'une poche kystique. M. Poirier, enfin, a tout récemment invoqué l'existence de petites cavités séreuses situées entre le testicule et l'épididyme. Ces cavités, comme toutes les séreuses, peuvent être le siège d'un épanchement qui les distend. Cette distension entraîne souvent la rupture d'un vaisseau efférent voisin. De là, la présence de spermatozoïdes dans le liquide kystique.

Mais revenons à la clinique pure. Au point de vue du pronostic, ces kystes ne sont pas graves. Jamais ils n'acquièrent un volume aussi considérable que certaines hydrocèles vaginales ordinaires. Ils offrent toutefois deux ordres d'inconvénients. Par suite de leur voisinage immédiat avec les canaux efférents, ils sont susceptibles d'entraîner des troubles physiologiques au point de vue de l'excrétion et de la sécrétion du sperme. Parfois aussi, mais assez rarement, ils s'enflamment. Ils peuvent alors se transformer en une sorte d'hématocèle. Ce trouble physiologique possible, ce danger persistant d'inflammation, justifient donc l'intervention chirurgicale, intervention d'ailleurs essentiellement bénigne.

Une simple ponction évacuatrice a suffi, dans quelques cas, à assurer la guérison. Il est cependant plus utile de faire suivre cette ponction d'une injection iodée, comme dans le traitement de l'hydrocèle ordinaire. En prenant, pour cette ponction et cette injection, des précautions antiseptiques minutieuses, les suites seront aussi simples que possible. Il sera bien exceptionnellement nécessaire d'avoir recours aux autres méthodes proposées, incision ou excision par dissection de la poche kystique.

REVUE DE LA PRESSE

De l'allochirie sensorielle. — M. Bosc résume ainsi le mémoire qu'il vient de publier dans la *Revue de médecine* sur la place que l'allochirie sensorielle occupe dans la symptomatologie des maladies du système nerveux.

Il y a allochirie toutes les fois que le malade fait erreur sur le côté du corps impressionné, c'est-à-dire toutes les fois que le malade rapporte à un côté une sensation partie du côté du corps opposé. L'allochirie peut exister pour toutes les sensibilités. L'allochirie est un simple phénomène qui peut accompagner des troubles de la sensibilité ordinairement unilatéraux ou tout au moins plus prononcés d'un côté. Elle n'est pas, à proprement parler, un symptôme : elle ne dépend pas directement de la lésion, mais d'une distribution telle de cette dernière, qu'il y a déviation dans la marche des sensations.

Plusieurs causes peuvent produire l'allochirie, on peut la rencontrer : 1° chez les névrosiques purs (hystériques). Elle est suggérée ou spontanée : allochirie de réception simple; 2° chez des malades atteints de lésions organiques : *a.* cérébrales : allochirie de réception avec lésions; *b.* médullaires : allochirie de transmission pure. Ces divisions sont elles-mêmes factices. Pour une même allochirie la cause de cette déviation, en effet, peut être indifféremment médullaire ou cérébrale. Dans le premier cas, la déviation se fait d'un côté à l'autre de la moelle; dans le deuxième cas, elle se fait directement d'un hémisphère à l'autre. Mais quel que soit le siège de la lésion le résultat est le même : perception de ces sensations déviées par l'hémisphère auquel elles n'étaient pas normalement destinées.

Pour comprendre ce passage des sensations d'un côté à l'autre de la moelle ou des hémisphères, il faut qu'il y ait des moyens de communication entre les parties symétriques de la moelle et du cerveau. Ces moyens de communication, pour la moelle, quoique insuffisamment démontrés anatomiquement, sont affirmés par des observations et des expériences diverses; pour le cerveau, il est démontré que le corps calleux réunit les centres corticaux symétriques des deux hémisphères.

Il faut distinguer l'allochirie vraie, par déviation des sensations, de la fausse allochirie par transmission insuffisante et univoque des sensations au cerveau.

La discussion de notre observation personnelle nous permet de soulever des questions intéressantes : pathogénie de la douleur cérébrale, retards dans la perception, centres de sensibilité musculaire.

On peut produire, par suggestion, une allochirie typique, pour tous les modes de la sensibilité, avec localisation exacte, et l'on ne peut l'expliquer que par « transfert de l'état dynamique particulier d'un hémisphère à l'autre ».

Variole et vaccine. — M. le docteur V. Prautois, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy, résume ainsi les recherches qu'il vient de publier dans la « Revue médicale de l'Est » :

La collision de la variole et du cow-pox est possible dans certaines conditions seulement. L'effet préservatif du cow-pox contre la variole est obtenu vers le septième jour, au moment où les vésicules d'inoculation atteignent leur maturité, deviennent passives, et vont commencer la suppuration. Vers le seizième jour de l'infection variolique l'organisme perd l'aptitude à contracter le cow-pox pendant un certain temps. L'inoculation du cow-pox sur quelque sujet que ce soit et à quelque moment de la variole qu'on la pratique n'a jamais été démontrée nuisible. Il faut donc la tenter en temps d'épidémie sur tous les sujets. Pratiquée au moment de l'éruption variolique, elle se manifeste par de très petites pustules et semble sans effet sur la variole. Pratiquée un à quatre jours avant l'invasion variolique ou pendant l'invasion, elle semble rendre bénigne l'évolution de la variole, sans en modifier l'éruption; les pustules du cow-pox, au contraire, sont diminuées de volume. Pratiquée plus de cinq jours avant l'invasion variolique, elle se manifeste par des pustules normales, gêne le développement de l'éruption variolique, en atténue la suppuration et change parfois la variole en varioloïde.

THÉRAPEUTIQUE

Nouveau traitement de la phtisie.

Par le docteur X. Delmis.

Le remarquable travail de M. Vial, *La Vie dans le Monde réel* (Masson, éditeur), ayant pour conclusion le but de toute thérapeutique qui est de guérir, est parti d'un fait avéré, c'est que nombre de personnes ont été tuberculeuses et ont guéri par transformation calcaire de leurs tubercules. Il se passe, dans ce cas, une sorte d'enkystement des produits morbides qui les rend inoffensifs. Par quel mécanisme se produit cet enkystement? Il est difficile de le découvrir, mais nous savons que la plupart des proto-organismes ont une tendance naturelle à la calcification, c'est ainsi que les immenses couches de craie sont formées par des globigérines calcifiées et que le tartre dentaire est constitué par des phosphates enrobant les microbes et les algues de la bouche. Favoriser cette calcification ou plutôt cette *phospho-calcification* est donc, théoriquement, déjà une bonne chose; la pratique tend à démontrer que la théorie est juste, et il n'est pas un seul praticien qui ne soit convaincu de l'utilité des phosphates calciques dans les maladies de langueur.

Mais comment la chaux et l'acide phosphorique doivent-ils pénétrer dans l'organisme pour y produire le maximum d'effet utile? C'est le problème que longuement, trop longuement peut-être, M. Vial a cherché à résoudre et à exposer.

M. le professeur G. Sée et M. Dujardin-Beaumetz reconnaissent, d'une part, le peu d'utilité des phosphates connus, d'autre part, la facile absorption des phosphates au préalable *combinés avec la matière organique* albuminoïde, qui existe en grande quantité dans les légumineuses.

Or, cette opinion vient de tous points confirmer l'opinion de M. Vial, qui affirme la liaison des matières minérales et des matières albuminoïdes, au point « qu'aucun élément minéral ne peut faire partie intégrante de nos tissus, s'il n'est combiné, au préalable, avec une matière nutrimentive ». D'où la nécessité de l'administration des *protéo-phosphates*, c'est-à-dire des phosphates combinés à l'albumine.

Mais les protéo-phosphates, eux-mêmes, vont-ils convenir à tous les cas?

Quel est le mécanisme qui leur permettra de se transformer au moment voulu en phosphates tribasiques? C'est là que commence le rôle physiologique du fer que l'auteur a longuement étudié.

Jusqu'à présent, en effet, on n'avait jamais songé qu'à l'action physiologique, soit des ferrugineux seuls, soit des phosphates calciques isolés. A M. Vial revient, croyons-nous, le mérite d'avoir montré, au point de vue chimique, du moins, « l'influence synergique de l'administration simultanée du fer et des phosphates calciques », action qui peut, comme tout ce qui est vraiment actif, avoir de bons ou de mauvais effets et exiger, par conséquent, pour être mise en œuvre, l'intervention constante et éclairée d'un médecin attentif et prudent.

D'une part, suivant les circonstances dans lesquelles se trouve le malade, et suivant le mode d'administration des phosphates, on obtient ou de la stimulation, ou, au contraire, de l'anémie. Le mécanisme indiqué par M. Vial est extrêmement ingénieux et tout à fait nouveau, il sort même de ce qui a été enseigné.

Le sesquiphosphate de chaux une fois introduit dans l'organisme, par l'administration du protéo-phosphate, a besoin de se transformer en phosphate tribasique pour être absorbé. Il rencontre le phosphate ferreux, qui nous est fourni par les aliments ou existe dans le sang, et grâce à l'intervention de l'oxygène de l'air, ce phosphate ferreux, tout en se transformant en phosphate ferrique, reconstitue le phosphate tribasique de chaux à l'état naissant.

L'auteur ne nous affirme pas que cette réaction chimique est seule à se produire, il est probable qu'elle ne s'effectue que grâce à une intervention vitale, mais, en somme, cette dernière se réduit en dernière analyse à une suite de phénomènes chimiques.

Or, il résulte de cette action du protéophosphate de chaux une première chose très singulière, c'est que le premier effet de l'administration de cette substance est un effet sédatif par suite de la soustraction du fer contenu dans l'organisme.

Il y a donc une action déprimante utilisable et utile dans un certain nombre de cas.

Si, au contraire, on a soin de rendre au sang le phosphate ferreux au fur et à mesure que le sesquiphosphate de chaux agit, on obtient une action générale stimulante et phosphorisante.

Jamais encore la possibilité de tirer d'un seul médicament deux effets, en apparence presque opposés, n'avait été aussi bien mise en évidence.

On a donc le légitime espoir de voir la phtisie guérir si « l'on fait vivre le phtisique assez longtemps pour que la concurrence vitale combinée avec la phosphatisation des tubercules viennent à bout d'arrêter les progrès de la maladie et de l'anéantir ».

M. Vial, à l'exemple de M. le professeur G. Sée, conseille donc de faire respirer le phtisique dans une atmosphère artificielle, susceptible d'entraver le développement des bacilles. C'est le seul moyen d'agir directement sur ces micro-organismes qui ne peuvent être atténués que par la voie pulmonaire. Mais au lieu d'inhalations médicamenteuses, faites en commun pendant de longues heures dans une chambre spéciale, M. Vial imagine un tube fort ingénieux, que l'on peut emporter partout avec soi, et qui permet de pratiquer les inhalations à tout instant et en tout lieu. On peut également faire varier la substance à inhaler, avoir recours, selon les indications, à la créosote, au gaïacol, à l'essence d'eucalyptus, à l'eau de laurier-cerise, etc., c'est-à-dire qu'on peut employer, selon les indications, les antiseptiques, les balsamiques, les calmants, etc.

Il y a donc, dans le travail dé M. Vial, de très sérieuses indications thérapeutiques que la clinique a même déjà confirmées, le médecin se trouverait armé de médicaments sérieux et actifs qui permettraient de lutter avec avantages contre le plus grand fléau de l'humanité.

Ces moyens peuvent être ainsi résumés :

1° Emploi du protéo-phosphate de chaux, seul assimilable par l'organisme, permettant de favoriser la phosphatisation et diminuant l'éréthisme, s'il est employé seul, susceptible de décongestionner, d'anémier même, etc.

2° Emploi combiné du protéo-phosphate combiné avec son

réactif le phosphate ferreux, permettant de phosphater l'organisme sans le débiliter et même en le stimulant.

3° Création facile d'une atmosphère artificielle, appropriée à l'état du malade, et lui permettant de se soigner sans cesser de vaquer à ses occupations.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 décembre 1892. — Présidence de M. Regnauld.

PRÉSENTATION

M. PÉAN présente le tome VIII de ses *Cliniques chirurgicales*. Comme les précédents, ce tome est divisé en trois parties :

« La première contient une vingtaine de leçons, dont huit ont trait à la gynécologie opératoire; quatre à notre méthode de morcellement qui, après avoir été vivement critiquée, finit par être adoptée et par porter ses fruits; six à des sujets de clinique ou de médecine opératoire à l'ordre du jour, tels que les rétrécissements du cæcum, la trépanation dans l'épilepsie, les tumeurs intra-craniennes.

La seconde renferme toutes les observations des malades qui ont été traités dans notre service pendant les années 1887 et 1888, ainsi que les opérations qu'ils ont subies : sur 536 opérés, il n'y a eu que 12 décès, dont 5 seulement imputables à l'opération, résultats qui nous dispensent de commentaires.

La troisième comprend la statistique des gastrotomies que nous avons pratiquées pour l'ablation des tumeurs abdominales et pelviennes, du 1er janvier 1888 au 1er janvier 1890 : ces opérations, au nombre de 402, forment notre huitième série et portent à plus de 1 500 le chiffre de celles que nous avons pratiquées depuis 1864 jusqu'à cette époque.

Voici comment elles se répartissent : 181 tumeurs liquides ou solides de l'utérus, dont 20 par voie abdominale avec 2 insuccès et 161 par voie vaginale sans insuccès; 134 tumeurs liquides ou solides des ovaires, des trompes et des ligaments larges, dont 127 par voie abdominale avec 3 insuccès et 4 par voie vaginale sans insuccès; 13 tumeurs du mésentère, avec 10 succès; 8 du bassin, avec 7 succès; 1 de la paroi abdominale, succès; 2 de la vessie, succès; 11 du foie et de la vésicule biliaire, sans insuccès; 4 de l'estomac, avec 1 insuccès; 19 de l'intestin, avec 18 succès.

Ces résultats favorables nous semblent dus, au moins en partie, aux méthodes que nous avons créées pour faciliter l'ablation de ces diverses productions morbides. »

LECTURE

Épuration de la pulpe vaccinale glycérinée.—M. SAINT-YVES MÉNARD, en son nom et au nom de M. Chambon, lit une note sur ce sujet. (Sera publié.)

DISCUSSION SUR LE TÉTANOS

M. VERNEUIL rappelle que, depuis la discussion qui a eu lieu, en 1889, sur le tétanos, on a, tout en employant les anciennes médications, essayé les inoculations préventives et les injections hypodermiques de sérum anti-tétanique. Ces essais ont réussi quelquefois, mais ils comptent aussi des revers, et on n'a pas encore trouvé l'agent destructeur infaillible du bacille de Nicolaïer ou de ses toxines.

M. Berger, tout en parlant de ces méthodes nouvelles, a préconisé une vieille pratique, incertaine dans ses résultats, cependant logique en principe, et s'appuyant sur les recherches expérimentales modernes qui tendent à prouver la confination du microbe tétanique dans le foyer même de la plaie.

Cette pratique consiste à supprimer, par l'amputation ou l'excision, l'organe qui contient le poison.

Cette pratique n'est rigoureusement applicable que dans un nombre de cas assez restreint; elle expose souvent les malades, et nous ignorons les causes de ses succès ou de ses revers, aussi bien que le meilleur moment où il conviendrait d'y avoir recours; enfin, sauf les cas de petites mutilations portant sur les extrémités des membres ou sur des régions circonscrites de la surface du corps, elle entraîne par elle-même quelques dangers.

En outre, par elles-mêmes, les amputations sont particulièrement dangereuses chez les tétaniques. L'excitation qu'elles provoquent peut suffire pour amener une crise suraiguë de tétanos, et la mort en sera parfois la conséquence. La chloroformisation agit dans le même sens, et M. Prengrueber a publié, à ce sujet, une observation dans laquelle un tétanique, après avoir inspiré quelques bouffées de chloroforme, fut pris subitement d'une contracture généralisée de tous les muscles du corps et succomba immédiatement.

Relativement aux insuccès, après amputation, M. Verneuil cite les suivants :

Un garçon de quinze ans se fait une blessure du pouce dans une chute sur le sol. Tétanos violent quelques jours après. Les opiacés et les inhalations de chloroforme n'amenant qu'une détente momentanée, on désarticule le pouce. Mort trois jours après (Camus, de Montmarault).

Fracture double du radius, chez un cavalier; les fragments sont souillés par la terre du manège et incomplètement nettoyés. Septicémie gangréneuse pour laquelle on ampute le bras. Quatre jours après, soit sept jours après l'accident, tétanos et mort au vingt-deuxième jour (Labit, médecin-major).

Fracture de la jambe avec plaie; septicémie gangréneuse et tétanos. Amputation. Mort (Poncet, de Lyon).

Plaie de la main gauche par l'éclat d'un canon de fusil. Tétanos datant seulement de quarante-huit heures et même peu violent lorsque, la conservation du membre paraissant impossible, on ampute l'avant-bras au tiers inférieur. Mort rapide (Verneuil).

Écrasement des orteils et des têtes des métatarsiens. Amputation dans la continuité du métatarse, cinq jours après le début d'un tétanos. Mort rapide (Verneuil).

Broiement du médius. Amputation partielle du doigt pratiquée le jour même, développement du tétanos le sixième jour.

Le fait que, dans trois de ces cas, l'amputation faite cinq jours, quatre jours et deux jours avant le début du tétanos, ne l'a pas empêché de se produire, est, évidemment, un gros argument à invoquer contre la théorie de la suppression par l'amputation du foyer tétanique.

On peut donc supposer que l'empoisonnement de l'organisme est réalisé de très bonne heure, soit par le microbe de Nicolaïer, soit par ses toxines.

M. CHAUVEL appuie les réserves que vient de faire M. Verneuil. Il ne lui semble pas, en effet, que, d'une façon générale, l'amputation du foyer tétanique donne des résultats plus favorables que les autres méthodes de traitement dans les cas de tétanos. C'est du moins ce qui résulte des statistiques de l'armée. S'il s'agit du tétanos aigu, le doute ne saurait être permis sur le moment de l'intervention, car le malade meurt en l'espace de deux ou trois jours. Mais dans les cas de tétanos chronique, le chirurgien peut se trouver très embarrassé sur le moment d'intervenir. C'est pourquoi M. Chauvel demande à M. Berger quand, selon lui, il faut opérer. Sans doute, s'il s'agit de l'amputation d'un doigt, le sacrifice n'est pas tellement important, ni l'opération si dangereuse, qu'il y ait lieu d'hésiter, s'il est démontré que c'est un moyen sûr et efficace de guérison. Mais en sera-t-il de même quand il s'agira, par exemple, d'une désarticulation de l'épaule ou d'une amputation de cuisse? D'autre part, l'intervention ne peut-elle devenir dangereuse par elle-même, en tant que cause d'excitation propre à transformer un tétanos chronique en tétanos aigu? Un traumatisme, déjà grave par lui-même, pourrait donc devenir doublement dangereux, à ce titre, chez un tétanique.

Il faut être reconnaissant à M. Verneuil de nous avoir montré l'origine la plus fréquente du tétanos. Mais les récentes recherches de MM. Vincent et Vaillard ont montré que le microbe du tétanos n'agissait pas seul et qu'il était associé à d'autres microbes septiques, le staphylocoque, par exemple, qui venaient singulièrement aggraver la maladie.

Or, si l'on a eu soin de pratiquer une antisepsie rigoureuse de la plaie, on se met presque sûrement à l'abri des accidents. On ne saurait donc trop insister sur la prophylaxie du tétanos, c'est-à-dire sur l'extrême importance d'un traitement approprié des plaies, comme étant le plus sûr moyen d'éviter le tétanos, plus facile ainsi à prévenir qu'à guérir.

M. TRASBOT, sans vouloir entrer dans les discussions de théories, fait connaître ce que montre l'observation clinique vétérinaire, le tétanos étant très fréquent chez le cheval.

Le tétanos tue le cheval en quatre ou cinq jours. Si l'animal n'est pas mort après la première semaine, il a de grandes chances de guérir. Après deux semaines, on peut affirmer qu'il guérira, sans traitement autre que l'absence de toute excitation, et que de bonnes conditions hygiéniques.

M. LEBLANC fait quelques réserves sur les assertions émises, dans la dernière séance, par M. Nocard, relativement à l'efficacité des injections de sérum anti-tétanique. S'il s'agit de tétanos chronique, comme il guérit par tous les procédés, les injections de sérum anti-tétanique ne sauraient avoir une grande valeur. Dans les cas aigus, au contraire, comme il est démontré que ces injections sont absolument inefficaces, elles ne pourraient être que dangereuses par suite de l'excitation qu'elles peuvent produire et qui peut être funeste par elle-même.

M. BERGER répond à M. Verneuil que l'opinion qu'il a cru pouvoir émettre sur l'efficacité de l'amputation lui paraît justifiée par les faits : M. Berger, en effet, a soigné 14 tétaniques par le chloral à hautes doses, poussé, dans quelques cas, jusqu'à 20 grammes par jour; tous ces malades sont morts. Chez 2 tétaniques, il pratique l'amputation et ces 2 malades guérissent. L'un d'eux était dans un état des plus alarmants ; il avait pris jusqu'à 24 grammes de chloral et 10 centigrammes de morphine par jour, sans le moindre résultat. M. Berger l'ampute et immédiatement le tétanos cesse. Ces deux faits lui paraissent donc absolument concluants. Il est hors de doute, pour lui, que c'est le traitement chirurgical qui a sauvé ces deux malades.

M. Berger ne prétend pas dire que l'opération soit toujours un moyen infaillible. Toutefois, il croit pouvoir émettre quelques doutes sur les faits apportés par M. Verneuil et tendant à prouver l'inefficacité de l'amputation. Il faudrait savoir comment, dans ces faits, les choses se sont passées, comment les plaies avaient été traitées, si les opérations pratiquées l'ont été avec la rigueur antiseptique indispensable. Il faudrait donc des observations irréprochables. Il paraît démontré que le bacille de Nicolaïer reste limité au foyer traumatique ; toutefois, il peut se diffuser dans certains cas, et dès lors, l'amputation du foyer tétanique peut n'avoir pas été suffisante. Il est certain qu'on ne sauvera pas tous les tétaniques par l'amputation.

M. Nocard a reproché à M. Berger d'avoir dit que les injections de sérum anti-tétanique étaient inefficaces. M. Berger répond à cela que, dans un cas récent, Tizzoni a pratiqué ces injections, mais, en même temps, il a amputé le malade. Dans aucun cas, ces injections n'ont été pratiquées seules, à l'état de méthode simple. Tantôt on a donné, en même temps, le chloral à hautes doses, tantôt on a eu recours à l'amputation.

D'accord avec M. Charpentier, M. Berger ne croit pas, comme le prétendent les Allemands, que la médication par le chloral à hautes doses puisse amener des accidents d'embolies graisseuses. Il ajoute que, selon lui, le chloroforme est bien supporté par les tétaniques, souvent même ils en éprouvent une certaine amélioration.

M. LARREY rappelle que la méthode des amputations comme traitement du tétanos n'est pas une méthode nouvelle. Son père y avait déjà eu recours dans la campagne d'Égypte, il y a près d'un siècle. Le premier cas a été favorable, mais cela ne lui a pas réussi dans les six autres cas où il y a eu recours et il y avait renoncé. Il est vrai qu'à cette époque on ne connaissait pas les anesthésiques et que, par conséquent, on pouvait craindre l'excitation, résultant de l'opération elle-même.

M. LE FORT considère l'anesthésie chloroformique comme très dangereuse chez les tétaniques. Deux fois il a failli perdre des malades dans ces conditions et, dans un cas, il en a vu mourir un entre les mains d'un de ses jeunes collègues. Le danger de la chloroformisation réside dans la période d'excitation.

Il faut établir une distinction absolue entre le tétanos à marche chronique et le tétanos à marche aiguë. Tandis que l'un guérit généralement, l'autre entraîne presque constamment la mort. Les microbes ne sont pas seuls en jeu ici. Autrefois, on admettait les actions réflexes. Aujourd'hui on ne parle plus que des théories microbiennes. Il faut bien admettre, cependant, l'influence du système nerveux. M. Le Fort cite à ce propos l'exemple suivant : un malade de son service, atteint de tétanos, était à l'agonie. M. Faucher, l'inventeur du tube qui porte son nom, qui était alors externe dans ce service, y faisait de l'électricité et se servait d'une pile à courants continus. Les deux pôles de cette pile furent appliqués, l'un sur la nuque, l'autre à la partie inférieure de la colonne vertébrale et presque immédiatement le tétanos cessa et le malade revint à lui en criant : « Nom de Dieu ! je reviens de loin. » Malheureusement l'amélioration ne fut que momentanée et, trois jours après, ce malade succombait à une nouvelle crise, malgré l'application souvent renouvelée des courants continus. En somme, on peut dire que, presque toujours, le tétanos chronique guérit, tandis que, presque toujours, le tétanos aigu tue, quels que soient, d'ailleurs, les moyens employés pour les combattre l'un et l'autre.

M. VERNEUIL ne croit pas que cela soit exact; on meurt parfaitement du tétanos chronique ; on peut parfaitement guérir du tétanos aigu ; c'est-à-dire qu'on peut arriver, par les moyens médicaux, bien entendu, à transformer un tétanos aigu en un tétanos chronique.

M. PÉAN croit qu'il faut insister sur ce fait que le meilleur traitement du tétanos, ainsi que l'a dit M. Chauvel, est encore la prophylaxie. Or, les plaies bien traitées n'amènent jamais le tétanos, voilà ce qu'il faut bien savoir. Depuis dix ou douze ans, M. Péan n'a pas eu un seul cas de tétanos dans son service pas plus que chez les nombreux malades auxquels il a pratiqué la laparotomie ou l'hystérectomie. Insistons donc sur la prophylaxie, sur le traitement, bien entendu, des plaies et nous n'aurons plus de tétanos. Un chirurgien soigneux et attentif ne doit plus jamais voir cette terrible complication des plaies.

M. LABORDE, pour répondre à cette accusation portée, en Allemagne, contre les hautes doses de chloral, rappelle de nombreuses expériences dans lesquelles il injecta jusqu'à 10 grammes de chloral dans les veines des chiens, sans jamais avoir constaté chez ces animaux le moindre accident.

Pour éviter les dangers du chloroforme chez les tétaniques, M. Laborde croit qu'il serait sage d'employer les méthodes mixtes, c'est-à-dire de recourir à la morphine d'abord, puis au chloroforme ensuite, dont on pourrait ainsi éviter la période d'excitation.

M. BERGER, pour répondre à l'objection de M. Péan, fait observer que les tétaniques, dont il a rapporté l'histoire, étaient des malades venus du dehors et dont les plaies avaient été mal soignées.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans sa dernière séance, l'Académie des sciences a élu, par 33 voix sur 64 votants, M. Brouardel à la place d'académicien libre. Cette nomination sera accueillie avec joie par le corps médical tout entier.

— Par décret, en date du 6 décembre 1892, M. Charles Dupuy, député, est nommé ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, en remplacement de M. Léon Bourgeois, dont la démission est acceptée.

— Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du

13 mars 1875, M. le médecin-inspecteur Arôn, directeur du service de santé du 19e corps d'armée, est placé, à dater du 6 décembre 1892, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 141. — SAMEDI 10 DÉCEMBRE 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 10 DÉCEMBRE 1892. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La toxicité de l'urine normale.

Par le docteur P. LE NOIR,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

HISTORIQUE. — La démonstration de la toxicité urinaire est de date récente. Ce n'est pas que l'hypothèse de l'existence de poisons dans l'urine n'ait été émise depuis longtemps. La connaissance des accidents graves qui succèdent à l'arrêt de la secrétion rénale est fort ancienne et, dès le début de l'étude du mal de Bright, la théorie toxique qui suppose une altération du sang fut opposée à la théorie anatomique pour expliquer les phénomènes urémiques observés et principalement les troubles nerveux. Ainsi s'était peu à peu établie cette opinion qu'il s'échappe normalement par les reins quelque chose de nuisible pour l'organisme et que la rétention de cette substance est capable de provoquer un véritable empoisonnement.

Nysten invoquait la métastase de l'urine comme cause des symptômes qui éclatent dans le cours de l'anurie persistante. Les analyses chimiques de Bostock, Christison (1829), de Prévost et Dumas montrèrent que, dans l'urémie, le sang contient plus d'urée qu'à l'état normal. Wilson, en 1833, édifiait sur ces faits sa théorie pathogénique de l'urémie, par laquelle il attribuait à l'urée l'empoisonnement de l'organisme. L'étude expérimentale de l'anurie paraissait confirmer cette opinion.

Les physiologistes s'efforcèrent de démontrer la présence, dans les urines, d'un principe toxique capable de reproduire expérimentalement les principaux phénomènes de l'urémie. Ils s'adressèrent, dans ce but, aux différentes substances que l'analyse chimique révèle dans l'urine. Aucune de ces recherches ne donna les résultats attendus. C'est ainsi que successivement l'urée, l'acide urique, les matières extractives, les matières colorantes furent incriminées, sans toutefois qu'aucun argument décisif ne fût apporté au débat. Loin d'avoir été élucidée, la notion de la toxicité urinaire s'était singulièrement obscurcie. Le problème s'était, en effet, peu à peu déplacé et les investigateurs, à la recherche d'un poison unique chimiquement défini, avaient négligé l'étude de l'urine en totalité. Or, c'était là que résidait la solution et c'est seulement lorsque l'on s'est adressé, non plus à tel ou tel corps chimique, mais à l'urine considérée dans son ensemble, que la question a commencé à s'éclaircir.

Les premières recherches exécutées dans ce sens avaient été entreprises par Segalas et Vauquelin. Ces physiologistes, dans le cours de leurs études sur la présence de l'urée dans le sang des animaux néphrectomisés, injectèrent dans les veines d'un lapin de l'urine en nature et constatèrent ses propriétés toxiques (1).

Mais ces faits étaient trop peu nombreux pour apporter la preuve définitive de la toxicité urinaire. Aussi les conclusions de Segalas et Vauquelin furent-elles attaquées. Gaspard, Courten, Frerichs répétèrent leurs expériences et ne purent déterminer la mort des animaux. Ils rejetèrent donc l'hypothèse d'un poison contenu dans les urines normales et ils attribuèrent les accidents observés à la production d'embolies, les urines n'ayant pas été préalablement filtrées.

En 1859, Claude Bernard apporta un argument nouveau, en faveur de la toxicité urinaire, en injectant à des grenouilles des urines de mammifères.

Plus tard, Muron (2), en 1872, concluait cependant encore à l'innocuité de l'injection sous-cutanée d'urine normale.

La question n'était donc pas encore définitivement tranchée, lorsque, en 1880, MM. Feltz et Ritter publièrent leur important travail sur l'urémie expérimentale (3). Les recherches de MM. G. Pouchet, Bouchard (1882) démontrèrent la présence de substances alcaloïdiques dans les urines; celles de Schiffer (1883) la toxicité d'extrait éthéré de l'urine.

Bocci, en 1882, avait tué des grenouilles en leur injectant de l'urine humaine par la voie sous-cutanée.

M. Bouchard, par des recherches multipliées (1884-1886), donnait la démonstration complète et définitive de la toxicité urinaire et établissait, sur des bases expérimentales, une théorie pathogénique de l'urémie. Les recherches de

(1) SÉGALAS et VAUQUELIN. *Journ. de Magendie*, 1822.
(2) MURON. Th. de Paris, 1872.
(3) FELTZ et RITTER. De l'urémie expérimentale, *Rev. méd. de l'Est*, 1880-1881.

MM. Charrin et Roger, Roger et Gaume, Lépine, Dupard et Guérin, Mairet et Bosc, etc., vinrent compléter cette étude des propriétés physiologiques de l'urine, soit normale, soit pathologique.

Ce sont ces travaux que nous allons passer en revue et nous exposerons, en particulier, avec détails, les recherches de M. Bouchard sur la toxicité urinaire, les résultats obtenus par cet auteur constituant la majeure partie de nos connaissances sur ce sujet.

II

Démonstration expérimentale de la toxicité urinaire. — L'urine est-elle toxique? A cette première question, nous venons de voir que les recherches de ces dernières années ont répondu par l'affirmative. MM. Feltz et Ritter avaient fait des injections intra-veineuses d'urine chez le chien et avaient conclu à la toxicité de l'urine humaine.

M. Bouchard, se servant de la même voie d'introduction, expérimenta sur le lapin. Le lapin présente, en effet, une disposition anatomique spéciale des veines de l'oreille qui facilite singulièrement les recherches de ce genre et qui doit le faire préférer à tout autre animal pour les expériences, dans lesquelles on a recours à la méthode des injections intra-veineuses. Cette méthode offre de grands avantages pour l'étude des poisons en général; elle seule permet de connaître exactement, à un moment, la quantité de substances toxiques introduite dans le sang; elle seule permet, en outre, d'obtenir l'action immédiate des substances expérimentées.

En opérant de la sorte, si l'on injecte à un lapin un mélange des urines émises en vingt-quatre heures par un homme adulte, en bonne santé, l'on observe successivement un certain nombre de phénomènes morbides que nous étudierons dans un autre paragraphe, mais si l'on continue l'expérience, la mort survient à la suite de l'introduction dans le sang d'une certaine quantité d'urine. En moyenne, il faut injecter 45 centimètres cubes d'urine normale par kilogramme d'animal pour amener la mort.

L'urine possède donc un pouvoir toxique évident. Mais il est permis de se demander si cette toxicité est due à la présence de poisons. L'urine tue, c'est là un fait démontré; mais l'eau distillée introduite dans le sang tue également. L'urine pourrait donc amener des accidents mortels par l'eau qu'elle contient. Il est facile de répondre à cette objection. Il faut, en effet, injecter 122 centimètres cubes d'eau par kilogramme d'animal pour déterminer la mort, or, l'urine tue à dose de plus de moitié inférieure. Ce n'est donc pas la quantité de liquide introduite dans le sang qui empoisonne l'animal, mais les qualités de ce liquide.

L'urine ne doit pas non plus ses propriétés nocives à sa réaction acide. La neutralisation exacte de l'urine par le carbonate de soude ne modifie en rien sa toxicité (Bouchard); l'injection d'eau distillée, acidulée par l'acide chlorhydrique ou par le phosphate acide de soude, ne tue pas les animaux beaucoup plus vite que l'injection d'eau pure.

L'urine ne devant son pouvoir toxique ni à la présence de l'eau qu'elle contient, ni à son acidité, ne peut avoir d'action que par les substances dissoutes qu'elle renferme. Une autre preuve de l'élimination, par les reins, de véritables poisons, est fournie par l'expérience suivante. Si l'on injecte comparativement de l'urine normale et de l'urine concentrée par l'évaporateur, la toxicité augmente en raison inverse du volume. C'est là un fait qui s'observe également dans les conditions physiologiques : les urines concentrées, peu abondantes, sont douées d'un pouvoir toxique élevé; au contraire, les urines des polyuriques sont souvent très peu toxiques.

Bien des circonstances peuvent faire varier la quantité, comme la qualité des poisons qui s'échappent par les reins. L'alimentation, la fatigue, l'activité cérébrale modifient la toxicité des urines. Il faut aussi tenir compte du poids du sujet qui a fourni les urines à injecter comme il y a lieu de tenir compte du poids de l'animal en expérience. En d'autres termes, pour se faire une idée exacte du pouvoir toxique d'une urine et pour avoir des résultats comparables entre eux, il convient d'envisager, plutôt que les chiffres absolus, le rapport entre les différents facteurs de cette toxicité.

Ce rapport peut être fixé une fois pour toutes pour l'urine normale, et il servira de terme de comparaison dans l'étude des variations de la toxicité urinaire. M. Bouchard a établi, sur des recherches expérimentales, cette unité de mesure du pouvoir toxique de l'urine. De même qu'en physique on définit arbitrairement l'unité de chaleur, en mécanique, l'unité de force, M. Bouchard définit l'unité de toxicité « la quantité de toxicité nécessaire pour tuer un kilogramme d'être vivant », c'est l'urotoxie, et le coefficient urotoxique est « la quantité d'urotoxie qu'un kilogramme d'homme peut fabriquer en vingt-quatre heures ». Nous empruntons à cet auteur l'exemple suivant :

« Un homme sain du poids de 60 kilogrammes rend, en vingt-quatre heures, 1200 centimètres cubes d'urine. Si 50 centimètres cubes de cette urine tuent 1 kilogramme d'animal, 1200 centimètres cubes d'urine tuent 24 kilogrammes d'animal ; donc 60 kilogrammes fabriquent et éliminent par les reins, en vingt-quatre heures, de quoi tuer 24 kilogrammes d'animal. Ainsi, 1 kilogramme d'homme fabrique, en vingt-quatre heures, de quoi tuer 400 grammes d'animal; or, pour tuer 1 kilogramme, il faut 1 urotoxie. Le coefficient urotoxique de cet homme de 60 kilogrammes est donc de 0,4. »

Le coefficient urotoxique normal est en moyenne exactement 0,464.

En deux jours et quatre heures, un homme sécrète donc une dose de poisons capable de le tuer. Dans les cas d'anurie, les accidents peuvent apparaître du deuxième au troisième jour; ils peuvent, il est vrai, ne se manifester que plus tardivement, ce qui s'explique par les troubles considérables apportés aux échanges nutritifs du fait même de la suppression de la fonction rénale.

III

Symptomes de l'intoxication expérimentale par les poisons urinaires. — L'étude des symptômes morbides, qui se manifestent dans le cours de l'intoxication expérimentale provoquée par l'injection intra-veineuse d'urine, est extrêmement importante au point de vue de l'intelligence des accidents urémiques. C'est, à proprement parler, l'étude physiologique des poisons urinaires.

Dès le début de l'injection, un premier phénomène se manifeste, c'est la contraction pupillaire. Le myosis apparaît dès que 10 à 15 centimètres cubes d'urine ont été introduits dans le sang; il s'accentue dans le cours de l'injection ; la pupille devient rapidement punctiforme et conserve ce caractère jusqu'à la mort.

Successivement apparaissent d'autres symptômes :

Les mouvements respiratoires augmentent de fréquence en même temps qu'ils perdent de leur amplitude. Les battements cardiaques s'accélèrent, les artères périphériques sont violemment soulevées.

La sécrétion urinaire s'accroît; les mictions sont à la fois plus abondantes et plus rapprochées. Les urines sont rarement albumineuses, du moins après l'injection d'urine normale; cette albuminurie est d'ailleurs passagère. On peut encore exceptionnellement observer l'hématurie.

Des troubles nerveux se produisent, les réflexes palpébraux, les réflexes cornéens sont diminués; l'animal, après une période d'agitation, tombe dans un état de somnolence qui aboutit à la résolution complète et au coma, état qui n'est interrompu que par quelques secousses musculaires.

L'exophthalmie peut apparaître, mais non d'une façon constante.

Les injections d'urine ont toujours une action très manifeste sur la température centrale; elles déterminent une hypothermie souvent considérable. Cet abaissement thermique, qui peut atteindre 7 degrés, ne tient pas seulement, comme on pourrait le croire, à l'introduction d'un liquide froid quelconque dans l'organisme. L'expérience et la théorie établissent que la perte de calories est due à une diminution de la calorification et non à l'équilibre de température qui s'établit entre l'urine injectée et le corps de l'animal.

Lorsque l'injection a été poussée jusqu'aux doses mortelles, la mort survient brusquement, sans crises convulsives; l'animal est seulement parfois agité de secousses musculaires.

L'autopsie montre une congestion très intense de tous les organes, en particulier des poumons et des reins. Le cœur continue à battre quelques instants après la mort, ses cavités sont augmentées de volume. La pupille conserve souvent son état punctiforme.

Mais si l'injection n'a pas été suffisante pour amener la mort, l'animal revient graduellement à la santé, et dans l'espace d'une demi-heure les symptômes morbides ont disparu. La torpeur cesse peu à peu, les mouvements sont recouvrés, la température remonte, la pupille reprend son aspect normal. Les émissions d'urine sont fréquentes et cette polyurie paraît jouer un rôle important dans la guérison, en éliminant de l'organisme les produits toxiques que l'injection d'urine vient d'y introduire. Au bout d'un temps assez court, le rétablissement de l'animal peut être complet et le plus souvent il est définitif. MM. Mairet et Bosc ont vu cependant les animaux mourir tardivement, parfois plusieurs jours après l'injection.

IV

Variabilité de la toxicité urinaire. — Toutes les urines n'agissent pas de la même façon, ni avec la même intensité. Le poison urinaire varie suivant son origine. Sans même considérer les urines pathologiques qui présentent de grandes variétés quant à leur toxicité, l'observation démontre que des causes nombreuses modifient la quantité aussi bien que la qualité des matières toxiques, éliminées par le rein à l'état physiologique.

L'organisme humain fabrique plus ou moins de poison, suivant le degré de son activité vitale, suivant l'alimentation, etc.

L'influence qui se traduit au point de vue de l'action physiologique par les différences les plus accentuées est celle du sommeil et de l'état de veille. Les urines recueillies pendant le sommeil sont deux à quatre fois moins toxiques que celles recueillies pendant la veille (1). Ce fait doit d'autant plus attirer notre attention que ces urines éliminées pendant la période de sommeil sont plus concentrées, qu'elles contiennent plus de matériaux solides que les urines de la veille. M. Bouchard a étudié la façon dont se fait l'élimination des poisons urinaires pendant les différents moments de la journée. Divisant la journée de vingt-quatre heures en trois périodes de huit heures chacune et correspondant, l'une à huit heures de sommeil et les deux autres à seize heures de veille, il est arrivé aux conclusions suivantes : le minimum de l'élimination coïncide avec le début du sommeil; à partir de ce moment, l'élimination augmente progressivement pendant les huit heures de sommeil et pendant la première moitié de la veille. A la fin de ces huit premières heures, la toxicité est au maximum; elle redescend pendant les huit heures suivantes, pour revenir à son point minimum à la fin de la journée. Si l'on veut représenter par un graphique la courbe des variations de la toxicité urinaire, on aura, par exemple, une ligne progressivement ascendante depuis dix heures du soir jusqu'à deux heures de l'après-midi, puis une ligne descendante à inclinaison deux fois plus grande, de deux heures de l'après-midi à dix heures du soir.

La qualité des matières toxiques varie en même temps que leur quantité. Tandis que les urines de la veille déterminent en général la somnolence et ne provoquent que rarement les mouvements convulsifs, le contraire se produit lorsque l'on injecte les urines sécrétées pendant le sommeil; les convulsions sont très accentuées et fréquentes. Comme le fait remarquer M. Bouchard, il y a peut-être dans ce fait la confirmation physiologique et expérimentale de la théorie toxique du sommeil, émise autrefois par Preyer. Le sommeil serait le résultat de l'accumulation dans l'organisme d'une ou plusieurs substances narcotiques, et le réveil serait dû à l'action d'une ou plusieurs substances convulsivantes. C'est qu'en effet le poison contenu dans les urines de la veille et celui éliminé pendant le sommeil, sont les véritables antidotes l'un de l'autre. Leur action se neutralise partiellement. Ce fait est mis en évidence par l'expérience suivante : on injecte séparément les urines recueillies dans les deux périodes d'activité et de repos, l'on recherche ensuite le pouvoir toxique du mélange des deux urines. La toxicité constatée pour le mélange est inférieure à celle indiquée par le calcul.

La production des poisons dans l'organisme varie donc d'un moment à l'autre. Elle est influencée par les causes les plus diverses, dont les mieux connues sont : l'abstinence, le travail musculaire, la vie dans l'air comprimé, le régime alimentaire.

L'urine des enfants, d'après M. Favelier (2), serait moins toxique que celle de l'adulte. M. Banal (3) admet, au contraire, une augmentation de la toxicité chez l'enfant et une légère diminution chez le vieillard.

(1) Bouchard. Acad. des sc., 29 mars 1886; — Leçons sur les auto-intoxications, 1887.

(2) Favelier. *Toxicité de l'urine chez les enfants*, Th. de Lyon, 1887.

(3) Banal. *Recherches biologiques sur l'excrétion urinaire aux différents âges de la vie*, Th. de Montpellier, 1890.

La toxicité urinaire ayant été démontrée et les causes de cette toxicité ayant été rapportées aux matières dissoutes dans l'urine, il fallait rechercher si cette toxicité devait être attribuée à une ou plusieurs substances, et quelles étaient ces substances.

V

Causes de la toxicité urinaire. — Nous avons vu précédemment que les différentes théories qui avaient voulu faire de l'urémie un empoisonnement par l'une des substances chimiques contenues dans les urines, n'avaient pas trouvé de confirmations expérimentales. De nouvelles recherches ont été faites dans ces dernières années, pour contrôler ou compléter les résultats antérieurs.

L'urée est le corps chimique qui tient le premier rang parmi les matières solides de l'urine. C'est aussi l'urée que l'on expérimenta tout d'abord. Wilson (1), rappelons-le, fut le défenseur de l'action toxique de l'urée. Ses expériences infirmèrent cette hypothèse.

Vauquelin et Ségalas concluaient déjà, d'après leurs observations, « que l'urée n'a pas d'action sensiblement nuisible sur l'économie animale ». Plus tard, Gallois (2), Treitz, Richardson, Frerichs, Oppler, Petroff, etc., affirment que l'urée n'est nullement toxique. Hammond et Meisner avaient déterminé des convulsions, en injectant de l'urée à des animaux. D'après MM. Gréhant et Quinquaud (3), la dose mortelle est, chez le chien, de 3 grammes par kilogramme d'animal. Ces mêmes auteurs, tout en attribuant à l'urée une toxicité assez élevée, avaient démontré (4) que l'urine du chien est beaucoup plus toxique pour le cobaye que l'urée en nature. M. Bouchard (5), ayant injecté dans les veines des solutions d'urée, reconnut que ces solutions ne sont pas plus dangereuses que l'eau pure et que, si l'on parvient à tuer les animaux en augmentant la quantité d'urée dissoute dans le liquide injecté, c'est plutôt par action physique que par action toxique.

L'urée en solution à 1/10 ne tue qu'à la dose de 6gr31 par kilogramme d'animal, ce qui nécessiterait, pour produire chez l'homme l'intoxication, une production dix-neuf fois plus considérable qu'à l'état normal, et l'accumulation dans le sang d'une quantité d'urée bien supérieure à celle que l'analyse démontre dans l'empoisonnement urémique.

L'innocuité de l'urée ainsi mise en évidence, l'on a cherché le poison urinaire dans le groupe des substances extractives. L'acide urique pouvait-il être la cause des accidents observés ? Mais ce corps peut être injecté à la dose de 64 centigrammes par kilogramme d'animal sans déterminer la mort immédiate; de plus, les quantités d'acide urique, contenues dans l'urine normale, sont bien trop faibles pour que ce corps puisse jouer un rôle dans l'intoxication urinaire.

L'acide hippurique peut être également injecté à doses considérables sans provoquer d'accidents.

Les autres substances du groupe des matières extractives ne sont pas ou sont très peu toxiques. Après Ranke et Schiffer, MM. Feltz et Ritter ont injecté la créaturine; ils ont injecté aussi la créatine et ses sels, la leucine, la tyrosine, la guanine, la xanthine, l'hypoxanthine, la taurine. Leurs recherches les ont amenés à conclure qu'aucun de ces corps n'était capable de produire les phénomènes provoqués par les injections d'urine en nature.

MM. Feltz et Ritter, ayant dénié toute espèce de rôle aux produits d'oxydation, instituèrent une longue série d'expériences, et dans un mémoire très détaillé (1), ils rapportèrent les résultats de leurs investigations.

D'après ces auteurs, la toxicité des urines est due à la présence des matières minérales et en particulier aux sels de potasse. Contrairement à ce que croyait Picot, les sels de sodium sont peu toxiques. MM. Feltz et Ritter l'ont démontré expérimentalement; ils ont, en outre, établi directement la toxicité des sels de potasse. S'appuyant sur ces expériences, ils attribuèrent la majeure partie de l'action nocive des urines à la potasse et édifièrent sur cette opinion une théorie qui faisait de l'urémie une véritable intoxication par les sels de potasse.

L'action toxique des sels de potassium a été confirmée par les recherches d'autres expérimentateurs (Bouchard, Nothnagel et Rosbach, Mairet et Bosc, Astachevsky).

Il n'est pourtant pas possible d'attribuer à la potasse toute l'action toxique de l'urine; la potasse est un des éléments, mais non le seul de cette toxicité. La démonstration de ce fait a été donnée par M. Bouchard. Si, en effet, on injecte l'urine décolorée par le charbon, l'on constate une diminution d'un tiers dans l'action toxique, comparativement à l'urine non décolorée. Or le charbon ne retient que la seizième partie des sels de potasse; une partie des autres substances toxiques a donc été également fixée. Quelles peuvent être ces substances ? Deux ordres de matières nous sont au moins connues : les matières colorantes et les alcaloïdes.

Voyons si l'on peut attribuer une part de la toxicité soit aux matières colorantes, soit aux alcaloïdes. Thudicum attribuait un rôle prépondérant aux matières colorantes. M. Bouchard les considère comme l'un des facteurs principaux de la toxicité urinaire. MM. Mairet et Bosc, à la suite de recherches nombreuses, sont arrivés, par des traitements successifs, à extraire les matières colorantes de l'urine. Ils ont injecté les produits qu'ils avaient obtenus et ils ont constaté leur très grande toxicité. Ils en concluent qu'avec les sels de potasse, les matières colorantes constituent la presque totalité des matériaux toxiques de l'urine.

Il reste acquis de leurs expériences, ainsi que de celles de M. Bouchard, que le rôle des matières colorantes est considérable.

Restent les alcaloïdes. M. Gabriel Pouchet, en 1880, opérant sur des masses considérables d'urine, a pu démontrer l'élimination par les reins de substances alcaloïdiques, comparables aux alcaloïdes végétaux. Il a même pu extraire une certaine quantité de ces produits et étudier leur action physiologique. L'injection de ces substances aux animaux détermine différents symptômes tels que la stupeur, les convulsions, mais il faut atteindre des doses considérables pour amener la mort.

Les urines normales contiennent donc des alcaloïdes toxiques, mais en si faible proportion, qu'il est impossible d'attribuer à ces produits une part un peu importante de la toxicité urinaire.

(1) Wilson. *London Med. Gaz.*, 1833.
(2) Gallois. *Essai physiologique sur l'urée et les urates*, Th. de Paris, 1857.
(3) Gréhant et Quinquaud. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1885.
(4) Gréhant et Quinquaud. *Journ. de l'anat.*, 1884.
(5) Bouchard. Soc. de biol., déc. 1887 — Leçons sur les auto-intoxications, 1887.

(1) Feltz et Ritter. Loc. cit.

En résumé, l'empoisonnement provoqué chez les animaux revient bien en partie aux sels minéraux et surtout à la potasse et en partie également aux substances organiques, telles que les matières colorantes et les alcaloïdes.

Mais les matières organiques sont multiples et nous ne les connaissons qu'imparfaitement. Il faut, en outre, penser que d'autres matières, également d'ordre organique, n'appartenant ni à l'un ni à l'autre de ces groupes, peuvent encore exister dans l'urine et que leur action vient s'ajouter à l'action des corps que nous venons d'énumérer. En d'autres termes, la dissociation chimique conduit à admettre la pluralité des poisons urinaires.

Cette pluralité est encore plus sûrement démontrée par la physiologie. Cette étude a été entreprise par M. Bouchard qui est arrivé à dissocier dans l'urine sept substances à action physiologique différente sur l'organisme du lapin. La méthode employée a consisté à étudier séparément et à comparer les matières solubles dans l'alcool, les matières insolubles dans l'alcool, les substances que le charbon ne fixe pas, enfin, les matières minérales obtenues par calcination.

De ces recherches, il résulte qu'il existe dans l'urine normale :

Une substance diurétique, de nature organique, et qui n'est autre que l'urée, non toxique;

Une substance toxique contenue dans l'extrait alcoolique, également organique, que le charbon ne retient pas; cette substance détermine la narcose; elle n'a pas été isolée, sa constitution chimique est inconnue.

L'extrait alcoolique contient une matière différente des deux précédentes et cette matière provoque la salivation. Ce fait mérite d'attirer l'attention, car dans l'énumération des symptômes que provoque, chez l'animal, l'injection d'urine en nature, nous n'avons pas signalé la salivation. En effet, l'urine ne possède pas le pouvoir d'augmenter la sécrétion salivaire et, au premier abord, il peut paraître paradoxal de constater, dans une partie de l'urine, un corps ne se révélant pas dans l'urine en nature.

L'on comprend cependant que les choses se passent ainsi, si l'on considère que l'extrait alcoolique est moins actif que l'urine elle-même et que, dans les injections d'urine normale, la mort arrive avant que le corps qui produit la salivation ait pu manifester son action et ce n'est que lorsque les substances les plus toxiques ont été écartées par le traitement du résidu sec par l'alcool, que son pouvoir sialogène devient apparent. Cette substance sialogène se retrouve dans le sang, dans le foie, dans les muscles; elle est donc assez répandue dans l'économie. Elle est fixe, organique, non fixée par le charbon, soluble dans l'alcool. Tels sont les corps qui constituent le premier groupe des substances toxiques de l'urine, celles qui sont solubles dans l'alcool.

Le second groupe, celui des matières insolubles dans l'alcool, renferme les matières minérales et une partie des matières organiques.

Une de ces substances détermine la contraction pupillaire; elle se fixe sur le charbon, elle n'est donc pas d'origine minérale ; elle n'est probablement pas non plus de nature alcaloïdique, n'étant pas soluble dans l'alcool.

La substance hypothermisante de l'urine doit être comptée dans le même groupe, c'est aussi une matière organique; elle est, selon toute vraisemblance, différente de la précédente.

L'urine contient enfin deux matières douées de propriétés convulsivantes. La première appartient à la classe des substances organiques, elle est insoluble dans l'alcool; elle existe surtout dans l'urine du sommeil et paraît moins toxique que la matière narcotique.

La seconde substance convulsivante est fixe, inorganique, et celle-là, nous la connaissons chimiquement, c'est la potasse. Les sels de potasse, et en particulier le chlorure de potassium, possèdent des propriétés convulsivantes très marquées.

En résumé, des sept substances que l'analyse physiologique permet de différencier, une seule appartient au groupe des matières inorganiques, c'est la potasse. Les six autres sont d'origine organique, comme le démontre la calcination, une seule nous est connue et est dénommée, c'est l'urée. Les cinq autres substances n'ont pas été isolées; la connaissance de leur action physiologique permet d'affirmer leur existence ; mais leur étude chimique est entièrement à faire.

VI

Origine des substances toxiques de l'urine. — Les substances ainsi éliminées par le rein existent dans le sang, mais en faibles proportions.

Le sang, en effet, se débarrasse à chaque instant, grâce au fonctionnement du rein, d'une partie des matières toxiques qu'il contient et, à l'état normal, l'organisme est ainsi protégé contre le danger d'un empoisonnement. Que la sécrétion de l'urine s'arrête, que le sang ne puisse éliminer ces produits dangereux, l'accumulation de ces poisons ne tarde pas à provoquer l'intoxication.

Mais le sang lui-même ne fait que transporter les matériaux qu'il reçoit ; il faut donc rechercher plus loin l'origine des poisons urinaires. La vie des tissus met à chaque instant en liberté des corps toxiques, inorganiques comme la potasse, organiques comme la leucine, la tyrosine, etc.

Les extraits des tissus sont toxiques. Le sang se charge à chaque instant de ces déchets de la vie cellulaire. Les organes sécréteurs, le foie en particulier, déversent également des matériaux toxiques qui peuvent être, en totalité, ou en partie, résorbés par le sang. Dans l'ictère, le sang et l'urine entraînent les éléments de la bile et la bile possède un pouvoir toxique considérable.

Mais il existe dans l'intestin une grande source de poisons. Ces poisons sont de deux ordres : les uns arrivent tout formés, ils ont été apportés par les aliments; le plus important est la potasse. Les expériences de MM. Charrin et Roger (1) ont démontré que si l'on supprime la potasse des aliments, en soumettant, comme ils l'ont fait, les animaux à la diète lactée, on diminue la toxicité urinaire de moitié ou même des deux tiers.

D'autres poisons sont élaborés dans la cavité intestinale elle-même; ils sont le résultat de la putréfaction intestinale. M. Bouchard a démontré la présence d'alcaloïdes dans les matières fécales et l'élimination de ces mêmes alcaloïdes par l'urine.

On peut, en partie, supprimer les phénomènes qui donnent naissance à ces produits toxiques. La fixation des

(1) Charrin et Roger. De la toxicité urinaire chez les divers animaux influence du jeûne et du régime lacté, Soc. de biol., mars 1887.

matières putrides de l'intestin par le charbon, la réalisation de l'antisepsie intestinale, abaissent la toxicité urinaire. Pour compléter l'énumération des différents facteurs de la toxicité des matières fécales, il faudrait joindre aux poisons alimentaires et aux poisons putrides les sécrétions qui sont déversées dans l'intestin, et en particulier la bile.

Quatre origines peuvent donc être attribuées aux produits toxiques de l'urine :

La vie cellulaire, les sécrétions normales, les aliments, la putréfaction.

S'il reste encore bien des points inconnus dans cette étude physiologique, des notions importantes sont dès maintenant acquises. Nous connaissons l'existence des poisons dans l'urine, nous savons que ces poisons sont multiples et qu'ils se différencient par leur action sur l'organisme animal, mais qu'ils diffèrent aussi par leur origine. Ce sont là des faits d'autant plus intéressants à connaître que la portée de ces recherches n'est pas seulement théorique; l'intérêt s'étend plus loin, et la connaissance exacte de la toxicité urinaire, de ses causes, conduit à des déductions de premier ordre dans le domaine de la médecine proprement dite.

VII

Déductions pathogéniques. — L'étude expérimentale des propriétés physiologiques de l'urine permet de mieux comprendre les phénomènes qui se passent dans l'anurie et dans l'urémie. L'arrêt de la sécrétion urinaire crée, nous le savons, un danger d'empoisonnement. Dans l'anurie persistante, la mort survient au bout de quelques jours après l'apparition des phénomènes urémiques. C'est la réalisation de l'intoxication aiguë par les poisons urinaires.

Si la fonction du rein persiste, mais imparfaitement, si le rein laisse encore passer certaines substances, tout en retenant les autres, les accidents seront plus longs à survenir; l'urémie s'établira lentement.

La preuve qu'il ne s'agit pas là d'une conception purement théorique, et qu'il y a bien réellement empoisonnement par les éléments de l'urine, est fournie par l'expérimentation et par la clinique.

L'urine des urémiques a perdu la majeure partie de sa toxicité; elle ne contient plus de poisons; elle peut ne pas être plus toxique que l'eau distillée. Si l'urémique ne fournit plus une urine capable d'empoisonner les animaux, c'est qu'il est intoxiqué lui-même.

La clinique, elle aussi, démontre cette auto-intoxication. Elle nous permet de retrouver dans l'urémie les principaux phénomènes que nous avons signalés dans le cours des injections intra-veineuses d'urine. Les troubles nerveux, le coma et les convulsions, les troubles respiratoires, l'hyperthermie, appartiennent au cortège des symptômes urémiques. M. Bouchard a signalé le myosis comme un des premiers signes de l'insuffisance urinaire; il fait observer que cette contraction pupillaire se produit également au début de l'injection d'urine.

On pourrait se demander pourquoi l'urémie affecte des allures si dissemblables suivant les cas. A cela, il est facile de répondre que, sauf le cas d'anurie, l'insuffisance urinaire n'est que partielle et que le rein reste encore perméable pour certaines substances, alors qu'il ne l'est plus pour d'autres. Les substances convulsivantes par exemple, pourront être éliminées, tandis que le rein ne sera plus capable de laisser filtrer les substances narcotiques. On observera, dans ce cas, la forme comateuse, de même que les convulsions apparaîtront si l'inverse se produit.

La production elle-même des matières nocives peut varier en qualité et en intensité. C'est ainsi que l'on peut observer la salivation dans l'urémie, comme l'a prouvé M. A. Robin. La substance sialogène, nous l'avons vu, existe bien réellement dans l'urine, mais son action est habituellement masquée par les autres substances, et il faut réaliser certaines conditions spéciales pour la mettre en évidence.

L'empoisonnement a donc lieu, dans l'urémie, par tous les éléments de l'urine, en admettant cependant que l'un de ces éléments puisse exercer une action prédominante, suivant qu'il sera produit en excès ou éliminé en quantité insuffisante; mais la recherche des facteurs normaux de la toxicité urinaire nous a montré que l'on ne pouvait accuser une seule des substances contenues dans l'urine à l'exclusion des autres.

Aucune des théories unicistes de l'urémie n'est donc acceptable. Ni l'urée (Wilson), ni les matières extractives (Schottin, créatinémie de Jaccoud), ni les matières colorantes (Thudicum), ni les alcaloïdes, ni les sels de potasse (Feltz et Ritter), ne sont la cause unique de l'urémie. Mais tous ces corps concourent à produire l'intoxication de l'organisme.

La théorie pathogénique établie par M. Bouchard est donc plus compréhensive qu'aucune des théories que nous venons de rappeler, puisqu'elle admet « une intoxication par tous les poisons qui, normalement introduits ou formés dans l'organisme, auraient dû s'éliminer par la voie rénale et en sont empêchés par l'imperméabilité du rein ».

Il nous reste à signaler la théorie de l'urémie proposée par Frerichs, qui supposait un empoisonnement, non plus par un des éléments normaux de l'urine, mais par un des produits de dédoublement de l'urée, par le carbonate d'ammoniaque. Pour Frerichs, cette transformation aurait lieu dans le sang. D'autres auteurs, Bernard et Giraudeau, Treitz, Jacksh, ont pensé que l'origine de l'ammoniaque était, non le sang, mais le tube digestif.

L'ammoniaque existe réellement dans l'intestin et dans le sang des urémiques; mais elle n'est jamais assez abondante pour déterminer, à elle seule, les accidents urémiques. L'ammoniaque se range, par sa toxicité, à côté de la potasse et, si elle existe en excès, elle vient s'ajouter aux autres éléments de l'empoisonnement urémique.

La théorie de l'ammoniémie n'est donc pas plus acceptable que les autres théories exclusives de l'urémie.

Il n'est d'ailleurs nullement besoin, pour expliquer non pas tous les phénomènes de l'urémie, mais au moins ceux d'ordre toxique, de faire intervenir autre chose que les qualités de l'urine normale.

VIII

Thérapeutique de l'urémie. — La thérapeutique va pouvoir largement bénéficier des connaissances nouvelles acquises sur la nature de l'urémie; cette thérapeutique, vraiment pathogénique, a été développée par M. Bouchard (1).

(1) Bouchard. Leçon sur les auto-intoxications, *Semaine méd.*, 1885.

Pour combattre efficacement les manifestations urémiques, il faut supprimer ou au moins diminuer la production des poisons organiques, leucomaïnes ou toxines, et des poisons inorganiques, sels minéraux; il faut favoriser leur élimination, il faut encore neutraliser leur action nocive.

Pouvons-nous diminuer la quantité des poisons qui pénètrent dans le sang? Passons en revue les quatre groupes de matières toxiques classées suivant leur origine. Et, d'abord, il est une première catégorie de poisons sur laquelle notre action peut être considérable, ce sont ceux que nous introduisons par l'alimentation. Nous pouvons, parmi les aliments, choisir ceux qui apporteront le moins d'éléments nuisibles. Nous avons vu que les sels minéraux sont doués d'une action toxique considérable; il faudra donc éliminer de l'alimentation de l'urémique tous les aliments contenant de la potasse, tels le bouillon, les viandes. Il faudra choisir, au contraire, un aliment peu riche en potasse; le lait remplit ces conditions; c'est un aliment complet et, de plus, il satisfait à une seconde indication par ses propriétés diurétiques. Avec la diète lactée, on introduira donc dans l'organisme le moins de substances toxiques possible. Le lait a encore l'avantage de fournir peu de matières à putréfaction. Mais il conviendra de diminuer encore la production des toxines élaborées par les microbes de l'intestin en réalisant l'antisepsie intestinale aussi complètement que possible.

Les poisons qui trouvent leur origine dans la sécrétion glandulaire ou dans la vie des cellules seront moins accessibles aux moyens thérapeutiques. On peut, cependant, tenter quelques efforts dans ce sens. Sur la toxicité de la bile, il y a peu à faire. Mais on peut favoriser l'oxydation plus complète des matériaux de la désassimilation; nous savons, en effet, que leur pouvoir toxique est d'autant moindre que leur oxydation est plus parfaite. Les stimulants cutanés, l'exercice modéré, l'oxygène introduit en abondance (Jaccoud), la vie au grand air ou les inhalations d'oxygène, permettront d'agir, dans une certaine limite, sur cette cause de la toxicité urinaire.

Néanmoins, il sera parfois impossible de supprimer l'accumulation des poisons organiques. La potasse produite par la destruction des cellules, par exemple, ne pourra être évitée; la bile conservera son action toxique, et, si la fonction urinaire est par trop imparfaite, les accidents urémiques éclateront. Aussi devra-t-on s'efforcer d'augmenter l'élimination des poisons par l'urine; la diurèse sera provoquée. Un des moyens les plus efficaces consiste à donner de grands lavements froids. Le lait jouera un rôle dans cette action thérapeutique.

Si, malgré tout, l'urémie se déclare, si l'empoisonnement n'a pu être enrayé, il faudra recourir à la soustraction directe des poisons par une autre voie que la voie rénale.

Depuis longtemps, les purgatifs sont prescrits pour combattre les accidents urémiques. Ils ont un double avantage, ils débarrassent l'intestin de la bile qu'il contient, ils expulsent aussi les produits de la putréfaction intestinale. Cette médication peut avoir cependant un inconvénient, une spoliation aqueuse trop considérable. C'était même le résultat que l'on recherchait, pensant, par ce moyen, entraîner les produits toxiques retenus dans le sang. Il est vrai que les liquides diarrhéiques éliminent une certaine quantité de poisons; mais l'urine en emporterait bien plus, et l'eau qui s'échappe par la sécrétion intestinale est perdue pour la sécrétion rénale.

L'utilité des purgatifs est cependant démontrée par l'expérience; ils peuvent avoir une influence favorable sur d'autres phénomènes urémiques qui ne sont plus directement d'ordre toxique, mais d'ordre mécanique, les œdèmes par exemple.

La peau a été également exploitée comme une voie dérivative des poisons; les sudations abondantes ont été recommandées; théoriquement, le bénéfice paraît encore moindre que pour les purgatifs. Il est pourtant bon d'exciter les fonctions de la peau chez les urémiques.

L'influence nerveuse que l'on provoque ainsi peut amener la diurèse; elle modifie à coup sûr la nutrition générale. Il peut, par contre, être dangereux de provoquer des sueurs excessives qui seraient capables de ralentir la sécrétion urinaire, et, à moins que le rein ne soit complètement imperméable, l'urine emportera encore plus de matériaux toxiques que la sueur.

La saignée, par contre, se justifie bien mieux. Le sang contient un excès de poisons; si les accidents urémiques se déclarent, une saignée copieuse pourra arrêter l'empoisonnement, en enlevant à l'organisme une partie des matériaux toxiques au moment où l'accumulation de ces matériaux devient menaçante. Nous savons, en effet, qu' « une saignée de 32 grammes enlève autant de matières extractives que 280 grammes de liquide diarrhéique et que 100 litres de sueurs » (Bouchard). Nous comprendrons donc facilement que la saignée est un moyen d'une efficacité bien supérieure aux purgatifs et aux sudorifiques, lorsque l'on recherche la soustraction des poisons urémiques.

Mais ne pourrait-on combattre l'action de ces poisons par des antidotes? C'est à ce titre qu'ont été administrés le chloral, le chloroforme, le bromure de potassium, dans les formes convulsives principalement. Ces médicaments ont une action curative bien incertaine; ils peuvent être employés à titre de palliatifs.

Remarquons qu'il faut proscrire les sels de potassium des médicaments de l'urémie; qu'il faut leur substituer des sels à base métallique moins toxiques, comme les sels de soude.

En résumé, grâce aux travaux récents sur la toxicité urinaire, nous pouvons établir une classification méthodique des agents thérapeutiques à employer dans l'urémie. Les uns sont en usage depuis longtemps; leur efficacité est établie par une expérience ancienne; nous avons appris seulement à mieux connaître leur action et à savoir ceux auxquels il convient d'accorder la préférence, sans toutefois nous refuser, dans les cas extrêmes, à recourir aux autres moyens d'action. Le lait est le premier de ces moyens; la saignée, les purgatifs, les diurétiques, trouveront ensuite leur indication. En dernier lieu, on s'adressera aux médicaments qui pourront, plus ou moins efficacement, jouer le rôle de contre-poison.

Mais la connaissance de la pathogénie de l'intoxication urémique nous a permis de faire mieux encore; elle nous a fourni de nouveaux moyens thérapeutiques. Le régime alimentaire des urémiques, en dehors de la diète lactée, la réalisation de l'antisepsie intestinale, la fixation des matières colorantes de la bile et des poisons bactériens par le charbon, sont autant d'acquisitions dues à la thérapeutique pathogénique.

RUPTURE TRAUMATIQUE DE L'URÈTHRE

DANS LA RÉGION BULBO-MEMBRANEUSE, URÉTHROTOMIE EXTERNE, INSUCCÈS; SUTURE CONSÉCUTIVE, RÉUNION IMMÉDIATE, RÉSULTAT FONCTIONNEL SATISFAISANT.

Par le docteur DELORME,
Médecin principal, professeur au Val-de-Grâce.

L'observation suivante vient à l'appui de la valeur de la suture de l'urèthre dans ses ruptures traumatiques, alors même qu'elles sont infectées. Elle montre la simplicité, la facilité avec laquelle on obtient la guérison dans ces cas, alors que l'uréthrotomie externe peut se montrer insuffisante à la procurer.

En sautant sur une bicyclette, le soldat R... glisse sur le marchepied et tombe à califourchon sur le garde-crotte de la roue de derrière (1). Il présente les signes classiques immédiats de la rupture de l'urèthre et subit à l'hôpital, dans lequel il fut transporté le deuxième jour, une uréthrotomie externe suivie du maintien d'une sonde à demeure.

L'uréthrotomie externe pallia les premiers accidents de rétention et d'infiltration d'urine, mais la plaie périnéale se réunit mal; il persista des fistules donnant issue à une sécrétion assez abondante et par lesquelles je constatai un décollement étendu à presque toute la région périnéale antérieure. Le blessé avait perdu l'appétit, était fébricitant; je lui proposai une suture de l'urèthre, qu'il accepta. Je la pratiquai deux mois après l'uréthrotomie.

Grâce à une incision médiane, à l'extrémité postérieure de laquelle je portai une section courbe de taille pré-rectale, je découvris la cavité étalée en surface sous-cutanée, reconnue par le cathétérisme de la fistule; je la débarrassai par un curage attentif de toutes les fongosités qui la tapissaient. Son curage me conduisit dans un canal médian, des dimensions de l'index, également rempli de fongosités.

Il répondait à la perte de substance de la moitié inférieure du canal dans la région bulbo-membraneuse. Après l'ablation des fongosités, à la curette, je découvris aisément les deux bouts du canal, distants de 2 centimètres environ, que j'avivai au bistouri. Suture extra-muqueuse du canal par trois fils de soie, l'un médian, deux latéraux; suture par quatre fils de soie transversaux des tissus intermédiaires entre le canal et la peau; réunion de la peau sans drainage, sonde à demeure.

Lors de la levée du pansement, le douzième jour, la plaie était réunie par première intention. Je laissai la sonde à demeure quelques jours encore, par précaution. Deux jours plus tard, elle était mal supportée et, dans les efforts que le blessé fit pour l'expulser et rendre son urine, il sortit quelques gouttelettes d'urine par un très petit point décollé de la plaie.

Je laissai les choses en l'état; quelques jours après, je réintroduisais une sonde à demeure, la fistulette s'oblitérait.

Actuellement, quatre mois après l'accident, deux mois après la suture, le périnée est souple, le jet d'urine, à peine diminué de calibre, pour ainsi dire normal, dardé à distance ordinaire; le canal n'a pas été dilaté et quand, pour contrôle, j'ai, à plusieurs reprises, ces jours-ci, introduit une bougie à bout olivaire n° 18, celle-ci a pénétré très aisément.

DIAGNOSTIC DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE (2)

Par le docteur BAZY,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

III

Nous voilà loin du deuxième principe que je vous signalais précédemment, à savoir : *On ne peut sûrement diagnostiquer un rétrécissement qu'après l'avoir franchi.* L'erreur de ce principe est manifeste, car il ne tendrait à rien moins qu'à faire nier les rétrécissements les plus étroits, c'est-à-dire les rétrécissements momentanément infranchissables, ou tout au moins à se demander si un rétrécissement infranchissable existe ou n'existe pas. Or, on conviendra avec nous que ce sont ceux dont on doute le moins. Supposons même que ce rétrécissement très étroit soit franchi, il ne pourra l'être qu'avec une bougie filiforme, non armée d'une boule, et de plus il ne pourra guère être franchi qu'avec une bougie passant facilement, sans aucun frottement. Quelle notion ajoutera le fait de l'avoir franchi ? Le passage de la bougie démontrera uniquement que ce rétrécissement n'est pas imperméable; mais il n'aura pas fourni une preuve de plus de son existence.

Donc, je me répète à dessein, tout arrêt de la boule dans la région pénienne, scrotale et dans la plus grande partie de la région périnéale, indique, *à n'en pas douter*, un rétrécissement.

Je dis la plus grande partie de la région périnéale et non toute la région périnéale; car, dans les recherches que j'ai dû faire pour l'*Atlas des maladies des voies urinaires*, en collaboration avec M. Guyon, j'ai pu constater que les rétrécissements, ou du moins la partie la plus étroite, siégeaient toujours à 1 centimètre au moins en avant de la région membraneuse. Toute la région périnéale ou périnéo-bulbaire n'est donc pas envahie par le rétrécissement. On peut donc dire que les rétrécissements *siègent toujours* dans un point *parfaitement accessible au toucher pratiqué par le périnée.* C'est là un renseignement important que nous allons utiliser pour le diagnostic dans les cas difficiles.

La difficulté, en effet, commence seulement quand on a un arrêt dans un point voisin de la portion membraneuse. Ici on peut se demander si on a affaire à un rétrécissement ou à un spasme de la portion membraneuse, on pourrait encore ajouter : ou à une dépressibilité anormale du cul-de-sac du bulbe. Je réunis néanmoins ces deux états pathologiques parce que, quand on a à se poser la question de savoir s'il existe ou non un rétrécissement, les deux états, spasme et dépressibilité, se confondent. En effet, *le spasme de la portion membraneuse a pour résultat de rapprocher le sphincter uréthral de l'arcade pubienne*, de surélever en quelque sorte cette portion du canal, d'interrompre la régularité de la courbe uréthrale, de la briser, de faire à ce niveau une espèce d'angle à sommet tourné en haut, d'où il résulte qu'il existe réellement un cul-de-sac du bulbe. C'est là un point que vous ne trouverez pas dans les livres classiques et qui est cliniquement vrai, car dans des cas semblables vous serez obligés de strictement suivre la paroi supérieure, si vous voulez franchir la portion membraneuse du canal. Cette particularité s'observe surtout chez les névropathes. Elle a, du reste, son explication anatomique : il suffit de se rappeler la disposition des fibres du muscle de Wilson. J'ai dû, dans deux cas de rétention d'urine observés chez des hommes jeunes et qui s'accompagnaient de spasme de la portion membraneuse, me servir de sonde-béquille pour évacuer la vessie; les autres sondes, telles que la sonde en caoutchouc rouge et les sondes bougies, étaient arrêtées au cul-de-sac du bulbe.

Donc cliniquement les deux états : spasme de la portion membraneuse ou du sphincter uréthral et dépressibilité du cul-de-sac bulbaire, se confondent. Cette dépressibilité peut aussi exister chez les vieillards : mais dans ce cas, on sait

---

(1) C'est la deuxième fois, à peu de distance, que j'observe cet accident.

(2) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 1308.

que le plus souvent l'obstacle à l'émission de l'urine réside dans la prostate, et si on trouve un arrêt en avant de la portion membraneuse, il est à peu près certain que cet arrêt est dû à la dépressibilité du cul-de sac du bulbe, et alors soit en tendant davantage l'urèthre pour effacer ce cul-de-sac, soit en prenant une sonde à béquille, on est sûr de passer. Néanmoins, les vieillards pouvant être atteints de rétrécissement, il sera bon de faire le diagnostic entre le rétrécissement et ce qui ne l'est pas (spasme ou dépressibilité).

III

Ce diagnostic, indépendamment des commémoratifs dont nous connaissons la valeur, repose sur deux faits importants, deux faits d'anatomie pathologique :

1° Le siège du rétrécissement;

2° La forme du rétrécissement.

Je dois encore parler d'un troisième fait : c'est l'existence des rétrécissements échelonnés le long de l'urèthre, mais alors la difficulté n'existe plus.

1° *Le siège.* — Je viens de dire que les rétrécissements les plus reculés siègent à 1 centimètre au moins en avant de la portion membraneuse. Donc une boule, qui sera arrêtée par ce rétrécissement, sera franchement et carrément arrêtée au périnée : elle pourra donc être sentie par le périnée. Il suffira, pour mieux la sentir, de lui imprimer quelques petits mouvements de va et vient, et alors on n'aura plus de doute.

Est-elle arrêtée, au contraire, par le spasme uréthral? Ce n'est plus par le périnée qu'on pourra la sentir, mais par le rectum. Souvenons-nous, en effet, que, quand on pratique le toucher rectal pour explorer les parties profondes du canal, on trouve, immédiatement après avoir franchi le sphincter anal, une dépression plane, molle, qui se trouve située immédiatement en avant de la prostate. Cette dépression correspond à la portion membraneuse ; c'est donc par le toucher rectal qu'on sent cette portion membraneuse et une boule arrêtée par la portion membraneuse sera sentie plutôt par le toucher rectal que par le toucher périnéal. C'est en plaçant la pulpe du doigt immédiatement derrière le sphincter anal qu'on sent la boule.

Donc toute boule *facilement accessible par le périnée* est arrêtée par un *rétrécissement :* toute boule *facilement accessible par le toucher rectal* est arrêtée devant le *sphincter membraneux.*

Dans le premier cas, elle ne sera pas accessible au toucher rectal : dans le deuxième cas, au toucher périnéal. Il y a cependant quelques réserves à faire quand il s'agit de sujets très maigres ou de sujets très gras, mais ces réserves néanmoins disparaissent, si on prend soin de contrôler ses sensations.

En effet, chez les sujets très maigres, une bougie arrêtée devant la portion membraneuse pourra être sentie par le périnée; mais alors elle sera perçue par le toucher rectal.

Chez les sujets très gras, une boule arrêtée devant un rétrécissement pourra n'être pas sentie par le périnée, mais alors elle ne sera pas sentie davantage par le rectum.

Donc, dans les deux cas, quand on contrôlera les renseignements, on sera certain d'être dans la vérité. Il y a encore un autre contrôle, c'est celui qui est fourni par le deuxième fait anatomo-pathologique, c'est-à-dire la forme du rétrécissement.

On sait, d'après les recherches de Voillemier, que le rétrécissement a une forme en double entonnoir : en d'autres termes, dans tout rétrécissement, il existe un point qui correspond au *maximum* des lésions et au *minimum* de calibre du canal; à partir de ce point, soit en avant, soit en arrière, les lésions vont en diminuant et le canal en s'élargissant. Il résulte de cette forme en entonnoir ce fait que la boule de la bougie exploratrice s'enfoncera d'autant plus qu'elle sera plus petite.

Si donc, en introduisant des bougies à boule de calibre décroissant, on constate que la longueur de bougie qui s'enfonce dans le canal est d'autant plus grande que la bougie est elle-même plus petite, on sera certain qu'on a affaire à un rétrécissement.

Avec un spasme, il n'en sera pas ainsi : quel que soit le volume de la boule, elle s'arrêtera toujours au même point; par conséquent, la longueur de la bougie qui aura disparu dans le canal sera la même, quel que soit le calibre de la boule : c'est en cela que la mensuration est utile, et voici comment on doit la pratiquer.

On introduit une bougie à boule jusqu'à ce qu'elle s'arrête. On la maintient alors légèrement appuyée contre l'obstacle et on laisse la verge revenir sur elle-même. On marque le point qui correspond au méat et on mesure la longueur de bougie enfoncée dans l'urèthre. Cela fait, on prend une bougie ayant une boule plus petite et on fait la même mensuration.

Voilà donc deux points importants, sur lesquels on peut établir ce diagnostic et qui sont d'autant plus précieux qu'ils se contrôlent l'un l'autre : je n'hésite pas à dire néanmoins que le premier est plus précieux que le second, parce qu'avec un organe aussi mobile, aussi extensible spontanément et aussi rétractile que la verge, la mensuration peut être infidèle.

Vous trouverez dans les livres classiques et non dans les moins importants, que ce diagnostic se fait au moyen d'une sonde métallique à petite courbure ou une bougie Béniqué, soit seule, soit précédée d'une bougie conductrice. Dans le cas de spasme, y est-il dit, on pourra franchir aisément l'obstacle et ainsi sera démontrée l'absence de rétrécissement. Mais prouver qu'on a raison n'est pas enseigner à éviter l'erreur.

Cette conduite est aisée pour ceux qui ont une grande pratique des affections des voies urinaires et dont la main a acquis, par l'habitude et l'expérience, un tact et une délicatesse qui peuvent mettre à l'abri des accidents (et encore en voit-on de temps en temps entre les mains des plus habiles). Mais ce n'est pas pour ceux-là que nous parlons, nous visons ceux dont l'activité est obligée de s'exercer sur tous les sujets, médecine, chirurgie, obstétrique, entre les mains desquels nous devons mettre des armes sûres et auxquels nous devons montrer les moyens de s'en servir avec sécurité pour les malades qui se confient à eux et dont le mal réclame des soins urgents que tout praticien est exposé et obligé à donner.

Or, après un interrogatoire, même approfondi, prendre en main une grosse sonde et essayer de la passer, peut conduire à des désastres. Assurément, si on la passe, ce sera la meilleure preuve qu'on ne s'était pas trompé, c'est là la meilleure démonstration; mais il ne s'agit pas de démontrer qu'on ne s'est pas trompé. Il s'agit d'apprendre à éviter l'erreur, et le passage d'une grosse bougie ne doit être que la *confirmation* d'un diagnostic établi par d'autres moyens.

Assurément, il est possible, dans quelques circonstances, d'agir ainsi, c'est-à-dire de passer d'emblée une grosse bougie, mais il en est une foule d'autres où cela n'est pas possible. Ce grand nombre de circonstances auxquelles je fais allusion, vous les rencontrerez toutes les fois qu'il vous sera impossible d'avoir des renseignements sur le passé du malade, et dans les cas, rares à la vérité, où l'exploration de la portion pénienne, de la portion scrotale et de la plus grande partie de la portion périnéale du canal sont saines.

Mais quelque rares qu'on veuille bien supposer ces cas, l'importance et la gravité de la situation compensent cette rareté et vous imposent le devoir de poser un diagnostic ferme, et les conditions dans lesquelles on opère sont telles qu'il est extrêmement préjudiciable pour le malade, et aussi pour le chirurgien, de faire une erreur.

IV

Donc nécessité absolue de faire un diagnostic précis, et ce diagnostic je le résumerai rapidement pour terminer.

Le diagnostic des rétrécissements de l'urèthre a pour bases :

1° La connaissance des antécédents : chute ou coup sur le périnée, blennorrhagies antérieures, ulcérations, traumatismes divers, etc.

2° Symptômes fonctionnels : modifications dans le jet d'urine, petitesse du jet et surtout lenteur de la miction, phénomène important chez un homme jeune, écoulements matutinaux ou constants, troubles de l'urine, etc.

3° Surtout les résultats fournis par l'examen externe du canal et le passage de la bougie exploratrice : irrégularités, inégalités, rétrécissements des portions pénienne, scrotale, qui sont les meilleurs arguments en faveur de l'existence du rétrécissement périnéal profond en cas de rétrécissement localisé à la partie reculée de la région périnéale seule, les résultats fournis par le toucher périnéal et rectal et par la mensuration des différentes bougies à boule introduites dans l'urèthre.

A dessein, j'ai négligé de traiter la question de la coexistence du spasme et du rétrécissement, c'est une question doctrinale qui peut avoir son intérêt, mais qui en a moins, quand on sait distinguer, comme j'ai essayé de le prouver, ces deux états pathologiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 décembre 1892. — Présidence de M. Chauvel.

COMMUNICATION

Entérostomie biliaire. — M. **RECLUS** revenant sur l'observation qu'il a communiquée dans la dernière séance (voy. *Gazette des hôpitaux*, p. 1300), déclare avoir été ébranlé par les réflexions qu'a faites M. Terrier au sujet de son malade, et il s'est demandé s'il n'avait pas pris, pour un calcul du canal cholédoque, un cancer de la tête du pancréas. Mais depuis, M. Reclus a lu des mémoires et des observations et ces lectures l'ont plutôt rassuré sur l'avenir de son opéré.

L'un des principaux arguments invoqués par M. Terrier en faveur du cancer, est la dilatation de la vésicule biliaire, cette dilatation, selon lui, n'existant pas dans les cas de calculs du cholédoque. Or, d'après les recherches qu'il a faites, M. Reclus déclare que la dilatation de la vésicule biliaire n'est pas rare dans les cas de calculs, et il cite plusieurs observations empruntées à MM. Terrillon, Chauffard, Lancereaux, etc., dans lesquelles a été nettement notée la coexistence de la dilatation de la vésicule biliaire et de calculs du canal cholédoque. En somme, dans le cas de M. Reclus, tout plaide en faveur d'un calcul; le malade n'a que trente-six ans et le cancer de la tête du pancréas s'observe surtout chez le vieillard. En outre, M. Bouchard n'a pas constaté que le coefficient de l'urée fût en rapport avec l'existence d'un cancer. M. Reclus croit donc pouvoir maintenir le diagnostic de calcul dans le cas qu'il a communiqué.

M. **TERRIER** fait observer qu'il faut séparer complètement les obstructions du canal cystique de celles du canal cholédoque. Toute oblitération du canal cholédoque s'accompagne exceptionnellement de dilatation de la vésicule biliaire; voilà la règle. Comme toute règle elle peut avoir ses exceptions. M. Reclus dit qu'il n'y a pas d'hypertrophie du foie dans le cancer de la tête du pancréas, et que ce cancer n'apparaît que chez les vieillards. Or, M. Terrier a rencontré un cas où il existait un cancer du pancréas, en même temps qu'une hypertrophie du foie sur un sujet de quarante ans. Il s'agissait d'une très petite tumeur, il n'y avait pas de glycosurie expérimentale, la quantité d'urée n'était pas diminuée. M. Terrier a enlevé, il y a quatre jours, une tumeur du pancréas, plus grosse qu'une tête d'adulte. C'était une tumeur kystique du pancréas, de nature cancéreuse, datant de plus de deux ans. Il faut bien savoir aussi qu'il n'y a pas que des oblitérations du canal cholédoque d'origine cancéreuse, M. Hayem a cité un cas de sclérose de la tête du pancréas. Il peut donc y avoir des lésions multiples et M. Terrier persiste à croire qu'il ne s'agissait pas d'un calcul dans le cas de M. Reclus.

M. **RECLUS** rappelle, de nouveau, un cas de M. Lancereaux dans lequel il s'agissait d'un calcul avec dilatation de la vésicule biliaire; ce n'est pas d'ailleurs avec un seul signe qu'on peut faire un diagnostic précis.

RAPPORT

M. **TERRILLON** fait un rapport sur une observation adressée par M. Michaux, dans laquelle il s'agit d'une hernie enkystée congénitale dans une hydrocèle funiculaire enkystée également congénitale chez un petit garçon de trois ans. M. Michaux a pratiqué la cure radicale et l'oblitération du canal inguinal. Ce fait, ajoute M. le rapporteur, peut être comparé à ceux dont M. Berger a cité récemment plusieurs exemples chez la femme.

M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** fait observer que ces hernies se rattachent à un groupe de hernies congénitales, présentant sept ou huit formes distinctes, mais se rapprochant les unes des autres par un trait commun.

M. **TERRILLON** ajoute que la connaissance de ces faits a un côté pratique intéressant : on pourrait, en effet, n'opérer que le kyste et laisser la hernie congénitale; or, il vaut mieux, ainsi que l'a fait M. Michaux, opérer les deux en même temps.

LECTURE

Rupture des voies biliaires. — M. **ROUTIER** lit un travail sur la rupture des voies biliaires consécutive aux traumatismes de la paroi abdominale. Il a observé un cas de cette nature et en rapproche les faits analogues qu'il a pu relever. Il s'agit, dans ce cas, de la rupture des conduits ou de la vésicule biliaires, avec épanchement de bile dans le péritoine. C'est à la suite d'un choc violent sur l'abdomen que se produisent ces ruptures. Des faits cliniques et des expériences sur les animaux, il résulte que ces ruptures et l'épanchement de bile dans le péritoine qui en est la conséquence ne sont pas toujours dangereuses. Il ne faut donc jamais intervenir immédiatement. Il faut d'abord recourir à la glace, à l'opium et à l'immobilisation. Mais au moindre symptôme d'infection péritonéale, il faut pratiquer la laparotomie.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Ankylose de la mâchoire. — M. **JALAGUIER** présente une fillette qui avait une ankylose osseuse de la mâchoire, datant de cinq ans et qu'il a guérie en lui faisant la résection de la partie

supérieure de la branche montante du maxillaire inférieur. Cet enfant peut, aujourd'hui, parfaitement ouvrir la bouche et mastiquer ses aliments.

Suture du canal de l'urèthre. — M. DELORME fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1328.)

La Société se forme en comité secret.

— L'Académie de médecine tiendra sa séance annuelle le mardi 13 décembre 1892, à trois heures, rue des Saints-Pères, 49, sous la présidence de M. Regnauld. — Ordre des lectures : 1° Rapport général sur les prix décernés en 1892, par M. Cadet de Gassicourt, secrétaire annuel; 2° Prix proposés pour 1893, 1894 et 1895; 3° Éloge de M. Michel Lévy, par M. Bergeron, secrétaire perpétuel.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 12 décembre 1892.

Jeudi dernier, la Faculté de médecine était réunie en assemblée générale pour entendre la lecture du rapport de M. le professeur Le Fort sur la réforme des études médicales.

Par une lettre en date du 11 mai dernier, M. le Recteur avait invité la Faculté « à examiner la nature et la portée des réformes qu'il pourrait être utile d'apporter à l'organisation des études médicales, en vue du doctorat». La Faculté, réunie en assemblée le 19 mai, avait jugé nécessaire de confier à une commission l'étude préalable du difficile problème qui lui était soumis. Cette commission, après de nombreuses délibérations, a chargé M. Le Fort d'exposer, en un rapport, quelques principes fondamentaux que la majorité de ses membres avait adoptés. C'est sur les conclusions de ce rapport que l'assemblée des professeurs avait à se prononcer dans la séance du 8 décembre dernier.

La première question posée par M. le Recteur était la suivante : *Organisation, dans les Facultés des sciences, après des études secondaires complètes, y compris la classe de philosophie, d'une année d'études théoriques et pratiques, comprenant la physique, la chimie et l'histoire naturelle, à la place du baccalauréat ès sciences restreint et de la première année du programme actuel des Facultés de médecine.*

Avant de discuter le fond même de la question, la Faculté a dû envisager la situation faite à nos étudiants par la nouvelle loi militaire, qui, d'une part, les oblige à être docteurs avant l'âge de vingt-six ans, et, d'autre part, leur prend une année pendant le cours de leurs études.

De ces obligations, imposées par la loi, résulte la nécessité de gagner une année sur la durée des études médicales. Mais comment gagner cette année? Ici commencent les difficultés. Transporter à une Faculté des sciences l'enseignement de la physique, chimie et histoire naturelle, n'est évidemment pas une solution. L'étudiant n'y gagne rien. Il faut, de toute nécessité, ou qu'on recule la limite d'âge du doctorat, ou qu'on supprime une année des études secondaires classiques. Il n'y a pas de moyen terme.

Reculer la limite d'âge du doctorat, limite votée par une loi, il n'y faut guère songer; la Faculté ne manquera pas d'émettre un vœu, mais un vœu tout platonique. Il faut donc chercher de l'autre côté et tâcher de modifier les études classiques.

Doit-on supprimer purement et simplement l'année de philosophie des lycées, et la remplacer par une année d'études des sciences physiques, chimiques et naturelles, préparatoires à l'étude de la médecine? Tel paraît être l'avis de la Commission; mais il ne va pas sans soulever de graves objections. M. Bouchard, entre autres, proteste contre cette décapitation des études classiques, qui ferait de l'étudiant en médecine, un élève d'instruction insuffisante et de capacité inférieure à celle de ses autres condisciples qui se préparent aux Écoles du gouvernement ou aux différents emplois des administrations.

Supprimer la philosophie c'est, dit M. Bouchard, jeter du discrédit sur l'étudiant en médecine et, par suite, sur le corps médical en entier. Aussi, exprime-t-il les vœux suivants :

1° Inviter les familles qui peuvent donner à leurs enfants une éducation classique, à ne pas retarder sans nécessité l'admission de ces enfants dans les lycées ;

2° Rétablir dans les lycées l'enseignement des sciences physiques et naturelles, dès la classe de seconde ;

3° Établir la possibilité d'obtenir le diplôme de bachelier ès lettres dans le cours de l'année où l'élève a atteint ou doit atteindre l'âge de dix-sept ans révolus.

Par ces réformes, M. Bouchard pense qu'il sera possible de gagner le temps nécessaire.

C'est sur ces deux manières de voir que l'assemblée des professeurs est appelée à se prononcer jeudi prochain. Il ne nous appartient guère de donner notre avis en semblable occurrence ; mais il nous semble qu'entre les deux manières de voir, il y a, en réalité, bien peu de différence. La Commission, en parlant de *supprimer* l'année de philosophie, n'entend évidemment pas parler de suppression absolue, sans quoi il faudrait, de toute nécessité, reporter le programme de cette année d'études sur les années précédentes, déjà bien surchargées avec le programme actuel. Elle a certainement voulu dire qu'il était nécessaire de *modifier* l'année de philosophie et d'y donner l'enseignement élémentaire de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle. Il semble donc que les professeurs proposeront un remaniement dans ce programme des études secondaires, remaniement qui permettra au futur étudiant en médecine de

sortir du lycée avec des notions suffisantes pour être inscrit d'emblée près d'une Faculté de médecine.

De la sorte, on supprimera la première année d'études médicales, telle qu'elle est actuellement comprise; l'enseignement des sciences accessoires dans leur application à la médecine se ferait, désormais, au cours des études médicales et les connaissances acquises seraient consacrées par un examen probatoire.

M. Debove se demande s'il ne devrait pas intituler « Une série d'erreurs de diagnostic », la curieuse observation qu'il a rapportée à la Société médicale des hôpitaux (9 décembre). Une jeune femme entre dans son service avec des signes de tuberculose pulmonaire au début, et des phénomènes abdominaux qui font penser à l'existence d'une péritonite tuberculeuse. Il y avait un certain degré d'épanchement ascitique. Une ponction exploratrice permet de constater que le liquide était filant, muqueux et fortement teinté par de la bile. L'idée vint alors qu'il pouvait s'agir d'une vésicule biliaire fortement distendue, devenue kystique. Un chirurgien se charge de faire la laparotomie. Les parois abdominales sectionnées, on tombe sur les anses intestinales, et, à leur surface, on rencontre un certain nombre de granulations blanchâtres. « C'est une péritonite tuberculeuse, déclare le chirurgien, inutile d'aller plus loin. » On s'en tient là et l'on fait la suture de l'incision. La malade guérit rapidement de la plaie opératoire, mais l'épanchement abdominal ne tarde pas à se reproduire, à tel point qu'une ponction évacuatrice devient bientôt nécessaire. Même aspect du liquide extrait. Cette fois, cependant, on ne se borne pas à en faire l'analyse chimique, on en fait aussi l'examen microscopique, et, chose caractéristique, on trouve des crochets et des débris d'hydatide. Le diagnostic se faisait donc enfin, après cette longue série d'hésitations et d'erreurs : il s'agissait d'un kyste hydatique du foie ouvert dans le péritoine, avec fistule biliaire intra-kystique.

Tout devenait dès lors beaucoup plus clair dans l'histoire de la malade. A l'existence latente du kyste du foie correspondaient sans doute des douleurs sourdes dans l'hypochondre gauche. Une douleur plus vive avait été suivie d'une poussée d'urticaire. Cet accident eût dû amener à faire le diagnostic. On sait, en effet, que souvent l'irruption du contenu des kystes, dans le péritoine, est suivie d'une poussée d'urticaire.

Il est bien démontré maintenant que la bile peut pénétrer dans le péritoine, sans causer de péritonite, si elle est aseptique. Cette notion est absolument opposée à ce qu'on croyait autrefois.

M. Debove espère que sa malade guérira. En effet, les vésicules examinées étaient flétries, mortes sans doute, et, depuis la dernière ponction, il ne s'est développé, dans l'abdomen, qu'une très petite quantité de liquide.

N'est-ce pas là une histoire intéressante à bien des points de vue?

M. Rendu a, lui aussi, conté une histoire clinique qui ne manque pas d'intérêt. Une dame vient dans son cabinet lui montrer une conjonctivite avec léger chémosis, à laquelle il n'attache pas grande importance. Le lendemain, il y avait, au pourtour, une plaque érysipélateuse non douteuse. L'érysipèle de la face fut limité et très bénin. Il évolua en quelques jours. Il avait à peine disparu, que des signes d'infection générale se montraient et qu'un petit foyer de pneumonie se développait à la base d'un des poumons. La pneumonie gagna bientôt la partie supérieure du poumon, puis le poumon du côté opposé, et la malade mourut. Il y avait eu, sans doute, infection générale par un microbe, dont la conjonctive avait été la porte d'entrée et l'érysipèle la première manifestation.

N'est-il pas curieux de voir une conjonctivite sans fièvre, assez bénigne d'apparence, suivie bientôt de semblables complications et d'une semblable catastrophe?

A la même séance de la Société de dermatologie (8 décembre), il a été présenté trois cas de mycosis fongoïde; cette maladie rare n'est donc pas absolument exceptionnelle.

Dans un premier cas de MM. Hallopeau et Phulpin, il s'agissait d'une tumeur gangrénée du cuir chevelu, qui avait laissé derrière elle une vaste ulcération donnant tout à fait l'idée d'un épithélioma ou d'un carcinome ulcéré; une tumeur aplatie, rougeâtre, située sur le front, devait servir à rectifier le diagnostic. Un second malade, présenté par MM. Hallopeau et Jeanselme, a la face déformée par de grosses tumeurs rougeâtres, semblables à des tomates, qui sont évidemment de la même nature. A signaler, chez le même malade, une lésion semblable du voile du palais, et une sorte d'induration scléreuse de la peau. Le troisième malade, amené par M. Du Castel, n'est pas, lui, encore parvenu à la période des tumeurs; il présente une sorte de dermite papuleuse très prurigineuse, de prurigo, de lichen chronique, d'aspect assez insolite, durant depuis quatorze ans, qui pourrait bien représenter la première phase de cette singulière maladie. L'examen d'un petit cube de peau enlevé sur le vivant, permettra de faire le diagnostic, et du même coup le pronostic. Cette méthode d'examen histologique sur le vivant, dite biopsie, est assez fréquemment usitée à Saint-Louis.

M. Quinquaud a présenté un malade atteint, depuis sept ans, d'une vaste ulcération qui occupe la partie inférieure du ventre, la fesse et la région lombaire gauches. Le centre est cicatrisé, blanchâtre, scléreux. A la périphérie, on trouve, le long d'un bourrelet inégal, une série d'ulcérations qui entament toute l'épaisseur de la peau. L'ulcération a commencé à l'aine au niveau d'un bubon suppuré et a gagné successivement par une marche excentrique et serpigineuse. L'examen histologique et l'inoculation aux animaux ont montré qu'il s'agissait d'une lésion tuberculeuse. Malgré cela, M. Fournier se demande s'il ne s'est pas agi primitivement d'un chancre mou serpigineux, phagédénique, auquel se serait secondairement ajouté un élément tuberculeux. Il a vu, pour son compte, un semblable chancre, également né dans l'aine, s'étendre de façon à couvrir presque tout le corps, et présenter un développement de $1^{m}50$ ou $1^{m}60$. La tuberculose pourrait également se surajouter à la syphilis; cela ne paraît pas être le cas chez le présent malade, car on a essayé, sans succès, un traitement antisyphilitique aussi varié qu'énergique.

M. Quinquaud et son élève M. Nicolle communiquent un travail sur l'hypertrophie de la rate dans la syphilis; chez les individus sains, la matité splénique n'est pas perceptible. Chez les syphilitiques, cette matité commence à apparaître un peu avant les accidents secondaires; elle mesure

en moyenne de quatre à cinq travers de doigt. Elle disparaît complètement vers la fin de la première année et on ne la retrouve plus dans la période tertiaire. MM. Quinquaud et Nicolle se demandent s'il n'y aurait pas là un signe diagnostique différentiel de la syphilis. L'hypertrophie splénique ne se constate pas, en effet, chez les malades atteints de chancre simple.

M. Zambaco (de Constantinople) a renouvelé, devant la Société de dermatologie, la communication qu'il a faite récemment à l'Académie sur la lèpre en Bretagne. On sait qu'il pense que la lèpre existe encore en Bretagne, et, qu'en particulier, les affections décrites sous le nom de panaris analgésique, par Morvan (de Lanilis), et la syringomyélie ne sont que des variétés atténuées de lèpre anesthésique et mutilante. Il a retrouvé, en Bretagne, des cas de lèpre tuberculeuse et ulcéreuse, ce qui complète ainsi la série des formes cliniques. Son argumentation, ses séries de photographies sont très intéressantes et très propres à entraîner la conviction. Cependant, on ne peut que se joindre à MM. Besnier et Vidal pour réclamer la preuve scientifique, irréfutable de l'exactitude de cette conception, pour réclamer la démonstration chez les malades bretons du bacille lépreux. Ce bacille a été vu déjà par M. Pitres dans un cas où il avait primitivement diagnostiqué syringomyélie.

L'agitation scientifique faite par M. Zambaco autour de cette question amènera, sans doute, une révolution véritable dans cette partie de la clinique, et beaucoup de faits bizarres, inexpliqués, de troubles trophiques singuliers, inclassés, seront attribués à la lèpre nostras. Pour que le mouvement aboutisse, il faut que la démonstration du bacille dans certains cas, sinon dans tous, vienne abattre les dernières résistances et les dernières objections.

M. Zambaco est persuadé que la lèpre existe également dans les Pyrénées, et que ce sont des lépreux qu'a récemment étudiés M. Magitot. Il pense aussi qu'on trouvera des faits de ce genre dans divers coins de la province; avis aux chercheurs.

Qui eût dit, il y a quelques années, que la lèpre française ferait autant parler d'elle !

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

De la gratuité des consultations dans les hôpitaux et policliniques.

Par M. le docteur J. Ladreit de Lacharrière.

La *Gazette des hôpitaux* ne reste jamais indifférente aux questions qui touchent aux intérêts professionnels de la médecine, aussi vous n'avez pas manqué de signaler la campagne que le syndicat médical a entreprise contre les abus de la gratuité des traitements dans les hôpitaux.

Permettez-moi de vous adresser quelques réflexions qui me sont inspirées par une appréciation un peu différente de la question.

Je ne crois pas que l'hospitalisation des malades offre un réel préjudice aux praticiens modestes qui sont les membres les plus intéressants de notre corporation.

Un certain nombre de malades, dans une situation aisée, se font admettre dans les hôpitaux pour obtenir des soins de nos illustrations chirurgicales, pour éviter des honoraires très légitimes mais souvent élevés. Les médecins eux-mêmes provoquent parfois ces combinaisons, ainsi que vous en rapportez un exemple, mais, en dehors des services chirurgicaux, vous trouveriez peu de malades dans ces conditions. Ce n'est donc pas cette catégorie que peut viser le syndicat.

Je crois que le dommage, dont on se plaint, existe peu pour les hospitalisés, mais il me paraît plus réel pour les consultations externes.

On voit affluer aux consultations gratuites un grand nombre de malades qui sont loin d'être dans la gêne. Ils vont consulter pour tous les maux qui ne les retiennent pas à la maison, et ne font appeler leur médecin habituel que lorsqu'ils ne peuvent plus bouger.

De tout temps on a considéré l'intérêt du médecin comme valeur négligeable, toutes les fois qu'il n'a pas paru concorder exactement avec celui du malade. Nous sommes les premiers à penser ainsi, et nous aurions mauvaise grâce à nous en plaindre, car l'abnégation et la charité sont, je ne dirai pas des vertus, mais des habitudes de notre profession. Je ne vois donc pas bien comment le syndicat pense atteindre le but qu'il poursuit, car personne, je crois, n'est d'avis qu'on puisse supprimer la consultation gratuite.

Si cette consultation doit rester gratuite pour le médecin, si, comme je le crois, nous devons une part de notre vie à ceux qui ne peuvent pas rémunérer notre temps, et s'il ne nous appartient pas de faire la distinction entre ceux qui abusent de nous et ceux qui en ont réellement besoin, je voudrais, au moins, que le temps que nous donnons à ceux qui n'y ont pas droit gratuitement, fût profitable aux véritables pauvres.

Le principe de la gratuité n'existe pas pour les malades hospitalisés, pourquoi existerait-il pour ceux qui viennent consulter? J'estime que le *droit à la gratuité* est absurde, et qu'on pourrait sauvegarder les intérêts des pauvres par une organisation simple et facile.

Elle consisterait à demander, à tous les malades, un droit d'inscription et à accorder la gratuité à tous ceux qui la réclameraient, en justifiant cette faveur par la déclaration d'une profession manuelle, ou un minimum d'impositions.

Ce droit d'inscription serait constaté par la délivrance d'une carte valable pour un temps déterminé.

Aujourd'hui, les malades aisés, qui vont demander des consultations gratuites, sont-ils tout à fait satisfaits? Je ne le crois pas. La plupart ne veulent pas payer un prix honorable, mais ils seraient bien aises de payer quelque chose. La feuille de consultation gratuite gêne leur amour-propre chez le pharmacien, et ils ne la conservent pas volontiers dans leurs petites archives médicales.

Je suis convaincu que le droit que j'indique ne soulèverait, dans le public, aucune protestation, et que les établissements hospitaliers trouveraient, dans cette rémunération, individuellement très faible, des ressources considérables qui pourraient contribuer à leur prospérité, et leur permettraient de donner dans une plus large mesure, aux véritables pauvres, une compensation au dommage que leur causent les consultants aisés en prenant leur place, et en leur faisant perdre un temps particulièrement précieux. Le syndicat accepterait, peut-être, cette mesure comme donnant une certaine satisfaction à ses intérêts.

Il est d'autres considérations d'un autre ordre qui ne me paraissent pas non plus indifférentes :

Les consultations externes sont données rapidement, on

n'y prend guère des notes, et comme il n'y a aucune feuille pour cet objet, ce ne sont, quand on en prend, que des notes personnelles, je crois donc que les consultations des hôpitaux ne sont d'aucun profit pour la science, l'absence de statistique ne permet même pas d'apprécier la fréquence de certaines affections, le moment de l'année où elles se produisent plus particulièrement, et, dans une même ville, de comparer les milieux dans lesquels elles se sont développées.

La clinique otologique a été organisée, il y a déjà longtemps, en se conformant au principe de gratuité admis par tous les établissements de bienfaisance, mais j'ai fait établir des cartes personnelles où le diagnostic, le traitement et ses résultats sont consignés. Les malades n'ont pas le droit de les emporter, mais elles leur sont rendues chaque fois qu'ils se présentent. Elles sont donc une source de très précieux renseignements. Si la clinique otologique n'a pas cherché, jusqu'à ce jour, à se créer des ressources dont elle aurait grand besoin pour réaliser ses desiderata, l'administration hospitalière pourrait faire mieux encore, en accumulant des documents scientifiques, et en recueillant des ressources pécuniaires qui réaliseraient un double progrès dans la mission charitable qu'elle s'est donnée.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Le lichen plan ou lichen de Wilson.

Le lichen plan qui fut bien décrit et nettement différencié, en 1869, par Erasmus Wilson, est une dermatose, dont les caractères et le diagnostic sont fort importants à connaître en raison surtout de la fréquence des confusions avec la syphilis. Son évolution est très lente, très chronique. Chaque poussée de lésions passe par trois étapes distinctes qu'il importe, tout d'abord, d'étudier : 1° étape des papules plates et brillantes; 2° étape des placards eczémateux et psoriasiformes; 3° maculatures mélaniques.

A la première étape, les agglomérations de papules offrent quelques caractères de premier ordre. Leur forme plane en plateau, qui a valu à la maladie le nom de lichen plan, est assez caractéristique. Plus caractéristique encore est la configuration de la circonférence de la papule. Cette circonférence n'est pas arrondie comme celle des papules syphilitiques. Elle est polygonale. En l'examinant avec soin vous constatez de petits côtés et de petits angles. L'aspect brillant, comme verni de la papule est également important. Un caractère plus secondaire est le petit pointillé, l'ombilication légère qui existe au centre de la papule.

Les papules, d'abord disséminées et séparées les unes des autres, finissent par se fusionner et former des plaques offrant un aspect tantôt eczémateux, tantôt psoriasiforme. Ces plaques sont irrégulières. Elles sont desquamatives; cette desquamation est fine, farineuse, pityriasique. Elles offrent un aspect quadrillé, disposé en mosaïque. Elles sont absolument sèches et dénuées de poils.

Les papules qui ne se fusionnent pas et les plaques formées par la fusion des papules s'affaissent peu à peu et finissent par disparaître sans laisser de cicatrice. Mais sur les points atteints se produit une pigmentation noirâtre ou brunâtre. C'est à cette période de taches mélaniques, de papules mélaniques, que le lichen plan ressemble le plus à la syphilis. La syphilis, en effet, donne souvent, elle aussi, des taches noirâtres, des maculatures terminales.

C'est là l'évolution la plus commune. Plus souvent, beaucoup plus rarement, la régression se produit non en masse, mais par le centre. L'aspect est en pareil cas assez singulier. La tache noire du centre apparaît comme entourée d'un cadre rouge.

Presque toujours vous trouvez, sur le même malade, des lésions aux diverses périodes de leur évolution. En effet, le lichen plan est une de ces éruptions qu'on a pu nommer subintrantes. La maladie est toujours en travail, en activité. Aux papules vieilles se surajoutent sans cesse des papules jeunes et nouvelles.

Le siège du lichen plan est assez spécial. L'affection respecte toujours la face. Elle est rare aux extrémités, aux pieds et aux mains. Elle occupe surtout les membres et, en particulier, les avant-bras, la face antéro-externe des membres inférieurs. Sur le tronc, son siège favori est la partie inférieure du tronc, l'abdomen et les lombes. Le degré de confluence des papules et des plaques est extrêmement variable.

Le lichen plan débute en pleine santé; l'éruption cutanée apparaît constituant toute la maladie sans symptômes réactionnels, sans retentir sur l'état général. Parmi les symptômes qui accompagnent l'éruption, celui qui éveille le plus l'attention du malade est le prurit. Le degré du prurit est très variable. Il est intense dans quelques cas; le plus souvent il est moyen ou faible. Dans les formes moyennes et légères, le prurit est intermittent. Les démangeaisons se manifestent surtout au moment où le malade a chaud, entre dans un appartement chauffé ou se met au lit. Si légères qu'elles soient, elles constituent avec la syphilis un caractère différentiel important.

On a voulu rapporter au lichen plan quelques autres troubles généraux, dont l'existence est d'ailleurs très inconstante et qui constituent, sans doute, de simples coïncidences pathologiques. Sans doute, certains malades ont, en même temps que leur éruption, quelques troubles digestifs. D'autres présentent quelques troubles nerveux, ils sont agités, dorment mal. Cette insomnie est assez fréquente. Ils peuvent même présenter tous les accidents de l'asthénie nerveuse. Mais ce sont là des manifestations inconstantes et, somme toute, assez banales. Le lichen plan est avant tout une simple dermatose, constituée par des lésions cutanées sans accidents de l'état général.

La marche du lichen plan est lente et chronique. C'est par mois, c'est par années même qu'il faut compter la durée de l'affection. Sans doute, il est des formes heureuses où l'évolution est plus rapide, où les poussées successives et subintrantes sont moins multipliées. Mais ces cas heureux sont l'exception. La forme chronique est la règle. On doit ajouter que l'affection tend à se localiser sur une région, à mesure qu'elle devient plus ancienne et qu'elle vieillit.

On a distingué dans le lichen plan un nombre considérable de variétés. Pour la plupart, il suffira d'une simple mention. C'est le cas pour le lichen discret, pour le lichen diffus, pour les formes de lichen dites annulatus, marginatus, acuminatus, obtusus, monilifore. Mais il est trois variétés qu'il faut connaître. Ce sont le lichen atrophique, le lichen corné, enfin, et surtout, le lichen à forme de localisation muqueuse.

Le lichen atrophique a été décrit par MM. Hallopeau et Darier. C'est une affection rare. Les plaques à contours

sinueux forment une saillie légère. Elles semblent constituées par la conglomération de papules. Au centre de papules isolées et arrondies, existent des dépressions punctiformes. Ces dépressions se retrouvent à la surface des plaques. La surface des plaques est blanchâtre, décolorée, souvent d'aspect cicatriciel. C'est, pour vous résumer d'un mot cette description, l'aspect ordinaire des plaques de sclérodermie.

Le lichen corné pachydermique, décrit et étudié surtout par M. Vidal, est une forme essentiellement chronique. C'est aussi une forme terminale succédant à des lésions anciennes. On voit se former des papules volumineuses, de consistance dure et cornacée, d'aspect pachydermique, de coloration brunâtre et même noirâtre. L'épaississement du derme est telle que ces papules forment de véritables petites tumeurs irrégulières, à surfaces criblées d'orifices. Le prurit est, dans cette forme spéciale, souvent très vif; il peut encore offrir le caractère intermittent.

Le lichen des muqueuses peut s'observer sur les diverses muqueuses et, en particulier, sur la muqueuse du gland. Mais son siège de prédilection est la bouche. Il occupe surtout la langue et les joues, au niveau de l'interligne, entre les dents supérieures et les dents inférieures. L'éruption est particulièrement confluente à la partie postérieure de cet interligne, au niveau des grosses molaires.

A la langue, le lichen siège surtout sur le dos, sur les parties latérales. Il forme des taches d'un blanc d'argent. Ces taches ressemblent aux plaques de la leucoplasie buccale. Elles ressemblent plus encore à des plaques muqueuses qui viendraient d'être cautérisées au nitrate d'argent. Leur blanc est pourtant d'un éclat plus spécial; elles offrent au toucher une certaine consistance, à leur niveau les papules linguales paraissent plus rudes. Mais le caractère différentiel le plus important est la présence de tractus, de stries blanchâtres sillonnant la surface des plaques.

Sur la joue, les tractus, les stries blanchâtres apparaissent avec plus de netteté que sur la langue. Ces stries sont souvent légèrement saillantes; elles s'embranchent irrégulièrement les unes avec les autres, formant des ramifications étoilées. Leur direction générale, dans la forme la plus commune, est celle de l'interligne interdentaire. Par places, sur les stries, apparaissent des saillies, des renflements.

Le lichen des muqueuses, comme le lichen de la peau et plus encore que le lichen de la peau, puisqu'il n'a pas de prurit, évolue en quelque sorte sans symptômes. Il survient sans avertir le malade; c'est souvent le hasard qui le fait découvrir. Son évolution assez lente tend vers la régression et la résolution spontanée. L'arsenic mérite dans le traitement une mention spéciale, car il semble vraiment activer et favoriser cette régression.

A PROPOS DE L'URTICAIRE

Par M. le docteur W. Dubreuilh,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux,

A l'occasion d'une Revue générale publiée ici même il y a quelques semaines, M. Jacquet me prend à partie et expose sur mon dos ses idées sur l'urticaire.

Il me reproche d'abord de ne l'avoir pas cité assez explicitement et de n'avoir pas donné l'indication bibliographique de sa note de 1888. Je reconnais que, tout en le citant, je n'ai pas donné à son travail toute l'importance qu'il mérite et j'avoue mes torts sans chercher à les atténuer.

Je ne veux pas reprendre point par point sa longue et subtile argumentation qui mérite au moins, autant que ma modeste Revue, le reproche de contenir plus de théories que de faits; je ne répondrai qu'à deux objections.

J'ai dit que le grattage joue un très grand rôle dans le développement et la généralisation de l'urticaire, mais que l'éruption peut survenir spontanément et qu'elle est prurigineuse par elle-même. Pour M. Jacquet, l'urticaire est une névrose prurigineuse, l'éruption est toujours secondaire à une irritation locale. Dans les expériences mêmes de M. Jacquet, je trouve la preuve que l'éruption et le prurit marchent de pair, puisque l'enveloppement les fait disparaître en même temps, au moins pour l'urticaire, car je laisse les lichens de côté. J'ajoute que, chez un urticarien, le grattage d'une région non prurigineuse fait apparaître en même temps l'éruption et la démangeaison, peut-être même l'éruption est-elle la première. M. Jacquet, voulant partout trouver un traumatisme, même pour l'urticaire de la langue, incrimine le contact de l'air et dit : « Qu'un courant d'air est, après tout, agent de traumatisme. » Il est évident que c'est là un argument sans réplique, car je ne pourrai jamais démontrer que la partie urticariée n'a pas été en contact avec les vêtements, avec l'air extérieur ou, pour ce qui concerne la langue, avec la voûte du palais. Si des causes aussi banales, dont l'action s'exerce à chaque instant de notre existence, suffisent à provoquer l'éruption, au lieu de dire que l'urticaire est caractérisée par une éruption prurigineuse spéciale, je dirai que l'urticaire est caractérisée par un état tel que le moindre traumatisme, voire le contact de l'air ambiant, suffit à déterminer à la fois du prurit et une éruption spéciale, que ces mêmes causes ne produisent pas en d'autres circonstances.

A propos de l'anatomie pathologique, j'ai dit qu'il y a de l'œdème interstitiel et de la diapédèse des globules blancs. M. Jacquet me renvoie à l'école en affirmant que les auteurs que je cite n'ont examiné que des urticaires compliquées et veut me prouver qu'il n'y a pas de diapédèse, en rapportant un examen microscopique de dermographisme. C'est là une assertion purement gratuite, car les auteurs que je cite ont parfaitement examiné des urticaires simples, ainsi qu'il est facile de s'en assurer en se reportant aux sources, notamment pour M. Vidal dont le travail est accompagné d'une figure où l'on ne voit pas d'altération de l'épiderme; dans le cas de Leloir, il s'agit d'une plaque d'urticaire banale excisée sur lui-même; pour le cas de Pick, je n'ai pas pu trouver l'original, mais aucun des auteurs qui le citent ne parle d'urticaire compliquée.

Dans tous ces cas, il y avait de la diapédèse des globules blancs et si ce phénomène manque dans l'élevure dermographique, c'est une différence entre ces deux lésions, que je remercie M. Jacquet de m'avoir signalée, car elle vient à l'appui de ma thèse sur leur non-identité.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie obstétricale (1), par le docteur L.-A. Demelin.

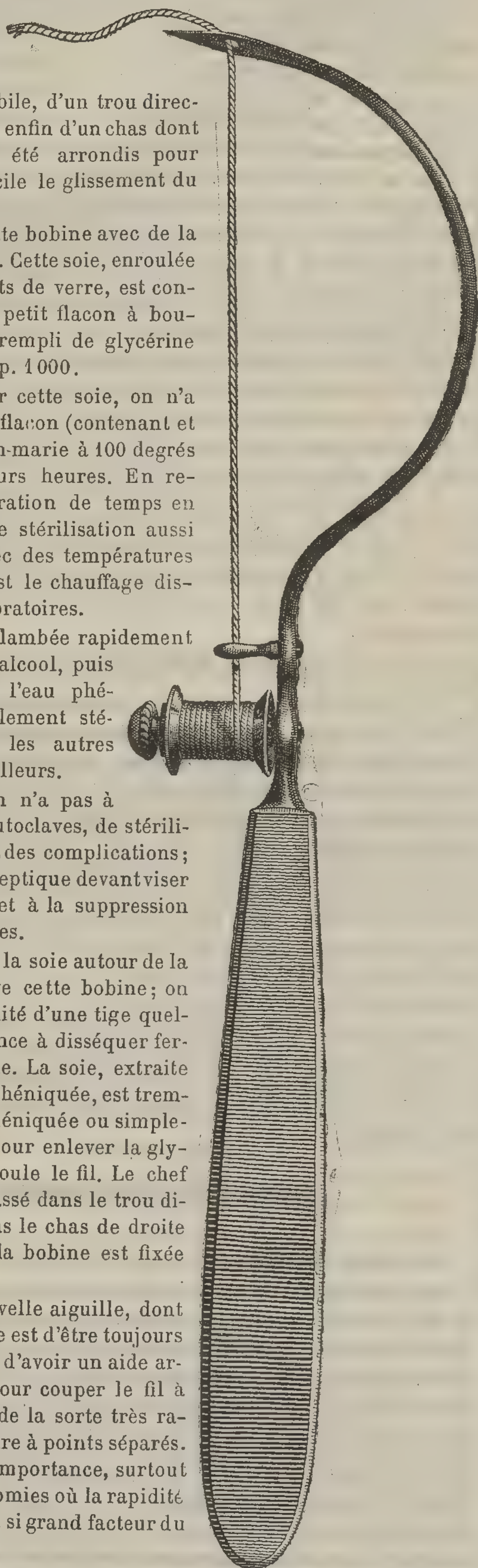
Cet Aide-Mémoire est consacré à l'anatomie gynécologique, en ce qui concerne les modifications survenues dans l'organisme féminin après la fécondation, et aux principaux phénomènes de l'accouchement. L'auteur examine d'obord le bassin, au point de vue obstétrical de la pathogénie des viciations pelviennes; puis, après un court chapitre relatif aux parties molles qui ont à supporter l'effort de la parturition, il étudie l'utérus hors de la grossesse, pendant la grossesse, l'accouchement, la délivrance, les suites de couches et l'avortement. Les modifications subies par les annexes et les divers organes de l'économie (l'appareil génital excepté), sont ensuite examinées. L'étude de l'œuf aux diverses époques de la grossesse, constitue la seconde partie de l'ouvrage, qui se termine par un index bibliographique.

(1) Petit in-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Aiguille de Montaz.

C'est une aiguille (1) à bobine. Elle se compose d'un manche en aluminium plein, d'une bobine du même métal, extrêmement mobile, d'un trou directeur pour le fil, enfin d'un chas dont les bords ont été arrondis pour rendre plus facile le glissement du fil.



On charge cette bobine avec de la soie cordée n° 2. Cette soie, enroulée sur des bâtonnets de verre, est conservée dans un petit flacon à bouchon de verre rempli de glycérine phéniquée à 25 p. 1000.

Pour stériliser cette soie, on n'a qu'à chauffer le flacon (contenant et contenu) au bain-marie à 100 degrés pendant plusieurs heures. En renouvelant l'opération de temps en temps, on a une stérilisation aussi complète qu'avec des températures supérieures. C'est le chauffage discontinu des laboratoires.

L'aiguille est flambée rapidement à une lampe à alcool, puis immergée dans l'eau phéniquée ou simplement stérilisée, comme les autres instruments d'ailleurs.

De la sorte on n'a pas à s'encombrer d'autoclaves, de stérilisateurs, qui sont des complications; la méthode antiseptique devant viser à la simplicité et à la suppression des intermédiaires.

Pour enrouler la soie autour de la bobine, on enlève cette bobine; on la fixe à l'extrémité d'une tige quelconque, d'une pince à disséquer fermée, par exemple. La soie, extraite de la glycérine phéniquée, est trempée dans l'eau phéniquée ou simplement stérilisée pour enlever la glycérine et on enroule le fil. Le chef du fil est alors passé dans le trou directeur, puis dans le chas de droite à gauche, enfin la bobine est fixée à sa place.

Avec cette nouvelle aiguille, dont le grand avantage est d'être toujours chargée, il suffit d'avoir un aide armé de ciseaux pour couper le fil à mesure; on fait de la sorte très rapidement la suture à points séparés. Cela a bien son importance, surtout dans les laparotomies où la rapidité opératoire est un si grand facteur du succès.

(1) On la trouve chez M. Antoine, fabricant d'instruments de chirurgie, 7, Grande-Rue, à Grenoble.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — La chaire de médecine opératoire est déclarée vacante.

M. Nélaton, agrégé, est chargé d'un cours de médecine opératoire.

Un congé est accordé à M. Tissier, préparateur du cours et des conférences d'accouchement.

M. Hélat est nommé préparateur du cours de chimie.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Sont chargés des cours complémentaires : clinique interne, maladies des enfants, M. Moussous, agrégé; clinique des maladies des femmes, M. Boursier, agrégé libre ; clinique des maladies des voies urinaires, M. Pousson, agrégé; clinique des maladies syphilitiques et cutanées, M. Dubreuilh, agrégé; maladies du larynx, des oreilles et du nez, M. le docteur Moure ; accouchements, M. Rivière, agrégé ; chimie, M. Denigès, agrégé.

M. Messant est nommé préparateur du laboratoire d'histoire naturelle.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Bouveault est nommé chef des travaux du laboratoire de chimie organique et toxicologie.

M. Meschinet de Rochemond est nommé préparateur du laboratoire de physique.

M. Paviot est nommé préparateur d'anatomie pathologique.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Un congé est accordé à M. Bédos, aide de clinique des maladies des enfants.

M. Moitessier, agrégé, est nommé chef des travaux chimiques.

M. Raymond est nommé préparateur de chimie.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Hoche est nommé préparateur de physiologie expérimentale.

M. Lambert est nommé chef des travaux pratiques de physiologie.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Jammet est maintenu dans les fonctions de préparateur de pathologie externe.

M. Bonnet est nommé préparateur de pathologie et de thérapeutique générales.

— *École de médecine d'Amiens.* — Sont nommés préparateurs : chimie, M. Boyeldieu; pharmacie, M. Lesquendieu ; histoire naturelle, M. Flayelle.

M. Louis Lenoël est prorogé dans la suppléance de la chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Laroulandie est institué suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

M. le docteur Thouvenet est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Fallourd est nommé préparateur des cours de physique, d'histoire naturelle et de matière médicale.

M. Touaille de Larabrie, suppléant, est chargé d'un cours de clinique chirurgicale.

— M. le docteur Léon Colonna-Ceccaldi est nommé médecin-adjoint du lycée Condorcet (petit lycée).

— Un nouveau congé d'inactivité est accordé, sur sa demande, à M. le docteur Thonion, médecin du lycée d'Annecy.

— M. le docteur Fleys est nommé médecin-adjoint du lycée d'Aurillac (emploi nouveau).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs G. Boyé (de Paris); Crozat, explorateur, décédé près de Dakar; Leglaize (de Vichy).

— L'Association contre l'abus des boissons alcooliques (Société française de Tempérance) a tenu sa séance solennelle le 11 décembre 1892, sous la présidence de M. le docteur E. Vidal, de l'Académie de médecine, président de la Société. Après avoir

entendu l'allocution de M. le docteur E. Vidal, le rapport de la Commission du prix offert par M. le Président de la République et sur la situation morale et financière de l'Œuvre par M. le docteur A. Motet, le rapport de M. le docteur E. Philbert sur les récompenses, la Société a décerné : 1° les deux vases de Sèvres offerts par M. le Président de la République à M. le docteur Paul Raymond, ancien interne des hôpitaux ; 2° une mention honorable avec un diplôme de membre associé honoraire à M. le docteur Delobel, de Noyon (Oise) ; des médailles de vermeil à MM. le professeur Villard, à Marseille, pour ses leçons sur l'alcoolisme faites à l'École de médecine de Marseille ; Fr.-A. Robyns, inspecteur principal de l'enseignement primaire à Hasselt (Belgique), pour ses efforts en faveur de la tempérance, dans les Écoles ; et à M. Adolphe Coste, vice-président de la Société de statistique de Paris pour son ouvrage : « Alcoolisme ou épargne » ; une médaille d'argent à M. le médecin-major J.-E. Marty, au 4e de ligne, pour son travail sur l'alcoolisme en Algérie ; 263 diplômes de membres associés honoraires ; 9 médailles d'argent ; 348 médailles de bronze et un rappel ; 112 diplômes de témoignage de satisfaction, avec diverses publications de la Société et 1560 exemplaires de l'avis de l'Académie de médecine.

Elle a décerné, en outre, un prix de 100 francs à M. Jean Durrieu, instituteur à Rieux (Ariège), et un prix de 60 francs à M. Pierre-Hilaire Durand, instituteur à Donjeux (Haute-Marne), au nom de l'ancienne Société contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques.

— M. Contejean soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le 20 décembre, à neuf heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : « Contribution à l'étude de la physiologie de l'estomac. »

Études de clinique chirurgicale (hôpital Necker, année 1890, 1891), par A. Le Dentu, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine. 1 vol. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

55

ANÉMIE, CHLOROSE, ÉPUISEMENT

Affaiblissement général

HÉMOGLOBINE SOLUBLE

de V. DESCHIENS

PRINCIPE FERRUGINEUX NATUREL, RÉPARATEUR DES GLOBULES DU SANG

SIROP, VIN, DRAGÉES préparées par **Adrian et Cie**
9 et 11, rue de la Perle, PARIS

32

DYSPEPSIES ATONIQUES

COLIQUES HÉPATIQUES et NÉPHRÉTIQUES

La QUASSINE ADRIAN

EXCITE L'APPÉTIT ET DÉVELOPPE LES FORCES

DRAGÉES dosées à 25 mgr **Quassine amorphe.**
GRANULES dosées 2 mgr **Quassine cristallisée.**

10

COLIQUES HÉPATIQUES
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES
COLIQUES UTÉRINES

CAPSULES BRUEL

D'ÉTHER AMYL VALÉRIANIQUE

Spécifique des maladies nerveuses en général. Le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispasmodiques.

12

TUBERCULOSE PULMONAIRE

PLEURÉSIE D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Bronchites aiguës et chroniques
Dilatation des bronches, Bronchorrhée

GAIACOL IODOFORMÉ SÉRAFON

& GAIACOL-EUCALYPTOL IODOFORMÉ SÉRAFON

en CAPSULES pour l'usage interne.
en SOLUTIONS pour injections hypodermiques.

Préparation et vente en gros : Mon ADRIAN et Cie, Paris.

11

NI GASTRALGIES, NI ENTERALGIES !

ROB LECHAUX

La cuillerée à soupe contient :

Iodure de potassium recristallisé.	0gr 40
Extrait de quinquina calisaia. . .	0 20
Extrait de salsepareille	0 25

RACHITISME, SYPHILIS
ANÉMIES GRAVES
MALADIES DE LA PEAU
ADÉNOPATHIES STRUMEUSES

Envoi gracieux d'échantillons aux médecins.

164, rue Ste-Catherine, BORDEAUX, et phies.

43

FIÈVRE PALUDÉENNE
ET CONVALESCENCE D'INFLUENZA

GRAND REMÈDE FÉBRIFUGE

du docteur G. GAUDIN, des Sables-d'Olonne.
EN 60 BOLS
FER, QUINA ET PRINCIPES AMERS
Préparé par F. BARTHÉLEMY,
pharmacien de 1re classe, ex interne des hôpitaux, *seul dépositaire*, 5 et 7, r. Dugommier, Nantes.

64

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie,** *la* **dyspepsie atonique,** *les* **fièvres intermittentes,** *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds,* on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café **d'ELIXIR de BOLDO-VERNE.** — Dépt : VERNE, profr à l'Ec. de méd., Grenoble (France), et phies de France et Etranger.

23

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

55

Inappétence, Dyspepsie flatulente, Atonie du tube digestif.

GRANULES DE BAUMÉ

(*Chaque granule contient 2 gouttes de Teinture.*)

Phie FRANÇAISE, 1 et 3, pl. de la République, Paris

99

SIROP D'AUBERGIER

AU LACTUCARIUM

TOUX, RHUMES, GRIPPE, BRONCHITES

Approbation de l'Académie de médecine.

Contre les affections des **Poumons** et des **Bronches,** calme la **Toux** et supprime **l'Insomnie.**

DANS TOUTES LES PHARMACIES

50



NOUVEAU BANDAGE

Inventé par le Dr PRÉVOST.

Ce bandage, expérimenté avec succès dans les hôpitaux de Paris, a été présenté à la Société de chirurgie, dans sa séance du 22 avril 1891. Il a été accepté avec un rapport des plus favorables.

Ce bandage, *à pression élastique, fixe, sans ressort lombaire, ni sous-cuisse,* **contient les hernies les plus rebelles.**

ENVOI SUR TOUTE DEMANDE

Meyrignac, 229, rue Saint-Honoré, Paris.

52

VICHY, SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS
GRANDE-GRILLE
HOPITAL

Avoir soin de désigner la source.

PASTILLES AUX SELS NATURELS

SAISON DES BAINS

DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

34

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Prix : **4** *fr. le flacon.*

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

66

DRAGÉES ET CACHETS DE

PHÉNÉDINE-PELISSE

Paraacétphénétidine

fabriqués par la Soc. des mat. color. de St-Denis.
DOSAGE : *0g25 de Phénédine pr dragée et pr cachet.*

Deux dragées ou deux cachets suffisent pour supprimer la **migraine** et calmer les **douleurs névralgiques.** — Ils n'occasionnent ni troubles gastriques ni vertiges.

Dépôt à Paris : Phie PENNÈS, 49, r. des Écoles.

DÉTAIL DANS TOUTES LES PHARMACIES

72

PILULES RHÉO-FERRÉES VIGIER

contre la constipation. — 1 à 2 au dîner.

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100**gr.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

22

ÉLIXIR ET VIN DE J. BAIN

à la Coca du Pérou.

TONIQUE ET FORTIFIANT, LE PLUS PUISSANT RÉPARATEUR DES FORCES ÉPUISÉES.

Phie, 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

22

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

45

LIQUEUR CONCENTRÉE

BALSAMIQUE, ANTISEPTIQUE

GOUDRON FREYSSINGE

Deux cuillerées par litre donnent instantanément une *excellente eau de goudron,* que l'on boit aux repas au lieu d'eau ordinaire, contre :

MALADIES DE LA PEAU
VOIES RESPIRATOIRES
VOIES URINAIRES
Diathèse furonculeuse
MALADIES ÉPIDÉMIQUES

Couper de 1 ou 2 parties d'eau pour *lotions, pulvérisations.*

Le flacon : **1 fr. 50**

Rue de Rennes, 105, Paris, et dans les pharmacies.

77

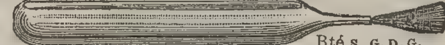
CHLORURE D'ÉTHYLE PUR

Anesthésique local du Prof.-Docteur REDARD.

PRÉPARÉ PAR

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER

LYON



(Tube réduit au 5e de la grandeur naturelle,)

Innocuité absolue. — Anesthésie parfaite.
Guérison des névralgies, sciatiques, etc.

DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES

Prix : **9 fr.** *la boîte de 10 tubes.*

Expérs : FRIBOURG et HESSE, 26, r. des Écoles, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. Prix de 1892 et prix proposés pour 1893, 1894 et 1895. — Épuration de la pulpe vaccinale glycérinée. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle du 13 décembre 1892. — Présidence de M. REGNAULD.

RAPPORT

M. CADET DE GASSICOURT, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1892.

PRIX DE 1892

PRIX DE L'ACADÉMIE (1 000 francs). — Question : *Phénomènes circulatoires, thermiques et chimiques de la contraction des muscles striés.* — Aucun mémoire sur ce sujet n'étant parvenu à l'Académie, la même question est remise au concours pour l'année 1895.

PRIX ALVARENGA, de Piauhy [Brésil] (800 francs). — Dix-sept concurrents se sont présentés. — L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1° 400 francs à M. le docteur Courmont (de Paris); 2° 200 francs à M. le docteur Marcel Baudouin (de Paris); 3° 200 francs à M. le docteur Ed. Arnould (de Paris). — Trois mentions honorables sont, en outre, accordées à MM. les docteurs Arthaud et Butte (de Paris); M. J. Bernhard, pharmacien de première classe (de Paris); M. le docteur Cathelineau (de Paris).

PRIX AMUSSAT (1 000 francs). — Six ouvrages ont été soumis au jugement de l'Académie; le prix n'est pas décerné; l'Académie accorde à titre d'encouragement : 1° 500 francs à M. le docteur Emile Berger (de Paris); 2° 500 francs à M. le docteur A. Broca (de Paris).

PRIX BARBIER (2 500 francs). — Huit ouvrages ont été adressés pour ce concours. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : 1° une mention honorable avec une somme de 1 000 francs à M. le docteur Calmette, médecin de première classe du corps de santé des colonies, à Saïgon; 2° une mention honorable avec une somme de 1 000 francs à MM. C. Cadéac et A. Meunier (de Lyon); 3° une mention honorable avec une somme de 500 francs à M. Ad. Lucet, médecin vétérinaire à Courtenay (Loiret).

PRIX HENRI BUIGNET (1 500 francs). — Huit concurrents se sont présentés. — L'Académie décerne le prix à MM. Debierre et Doumer (de Lille).

PRIX ADRIEN BUISSON (10 500 francs). — L'Académie a reçu cinq ouvrages pour ce concours. — Le prix est partagé comme il suit : 1° 6 000 francs à M. le professeur Leloir (de Lille); 2° 4 500 francs à MM. les docteurs Paul Blocq et Albert Londe (de Paris).

PRIX CAPURON (1 200 francs). — Question : *De la phlegmatia alba dolens au point de vue obstétrical.* — Trois mémoires sur ce sujet ont été présentés au concours. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde un encouragement de 400 francs à M. le docteur Léon Bec (d'Avignon).

PRIX CIVRIEUX (900 francs). — Question : *Établir, par des recherches cliniques et anatomo-pathologiques, la nature des pseudo-paralysies saturnine et alcoolique.* — Deux concurrents se sont présentés. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Charles Vallon, médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine). — Une mention honorable est, en outre, accordée à M. le docteur A. Paris, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Meurthe-et-Moselle, à Maréville.

PRIX DAUDET (1 000 francs). — Question : *Leucoplasie buccale.* — L'Académie a reçu deux mémoires sur ce sujet. — Le prix est partagé de la manière suivante : 1° 600 francs à M. le docteur Paul de Molènes (de Paris); 2° 400 francs à M. le docteur Clémenceau de la Loquerie (de Fontenay-le-Comte).

PRIX DESPORTES (1 300 francs). — Douze concurrents se sont présentés. — L'Académie partage le prix comme il suit : 1° 1 000 francs à M. le docteur Soulier, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lyon; 2° 300 francs à M. le docteur Burlureaux, professeur agrégé au Val-de-Grâce; 3° des mentions honorables sont, en outre, accordées à : M. Manquat, répétiteur à l'École du service de santé militaire de Lyon; M. Peyrou (de Paris).

PRIX FALRET (1 000 francs). — Question : *Accidents nerveux de l'urémie.* — Deux mémoires sur ce sujet ont été adressés à l'Académie. — Le prix est décerné à M. le docteur Bernard, de Dinard-les-Bains. — Une mention honorable est, en outre, accordée à M. le docteur A. Courtade, de Thiers.

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — L'Académie a versé, en 1892, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 1° 1 000 francs à M. Cathelineau, pour ses rapports sur Barèges et Salies-de-Béarn. L'Académie lui a, en outre, décerné le titre de lauréat, *Prix d'hydrologie;* 2° 2 500 francs à M. Matton, pour sa mission à Uriage, en 1892, et ses rapports sur Saint-Nectaire et Maizières; 3° 1 500 fr. à M. Bernard, pour sa mission à la Bourboule, en 1892; 4° 1 500 fr. à M. Arthus, pour sa mission à Vichy, en 1892.

PRIX ERNEST GODARD (1 000 francs). — Six concurrents se sont présentés. — L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1° 600 francs à M. le docteur Jules Thiroloix (de Paris); 2° 400 fr. à M. le docteur Édouard Enriquez (de Paris); 3° une mention honorable est, en outre, accordée à M. le docteur Poulaillon (de Paris).

PRIX HUGUIER (3 000 francs.) — Deux ouvrages ont été soumis au jugement de l'Académie. — Le prix est décerné à M. le docteur Pozzi (de Paris).

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE (1 000 francs). — Question : *Prophylaxie de la syphilis dans l'allaitement.* — L'Académie a reçu cinq mémoires sur ce sujet. — Le prix est décerné à M. Paul Raymond

(de Paris). — Une mention honorable est, en outre, accordée à M. le docteur Jules Bauzon (de Chalon-sur-Saône).

Prix Laborie (5000 francs). — Sept ouvrages ont été adressés pour ce concours. — L'Académie décerne : 1° un prix de 4000 francs à M. le docteur Chipault (de Paris); 2° un encouragement de 500 francs à M. le docteur A. Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris; 3° un encouragement de 500 francs à M. le docteur Lemière, chef du laboratoire des cliniques de la Faculté libre de Lille; 4° une mention honorable à M. le docteur Louis Géraud, médecin-major à l'école de cavalerie de Saumur; 5° une mention honorable à M. le docteur Guinard (de Paris);

Prix Laval (1000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Noël, interne en médecine à la Maison de Nanterre.

Prix Louis (5000 francs). — Question : *De l'eau froide dans le traitement de la fièvre typhoïde.* — Sept mémoires sur ce sujet ont été présentés au concours. — L'Académie décerne : 1° un prix de 3500 francs à M. le docteur Sacreste, médecin en chef de l'hôpital militaire de Milianah (Algérie); 2° une mention honorable avec une somme de 1000 francs à M. le docteur Jacquemart (de Paris); 3° une mention honorable avec une somme de 500 francs à M. le docteur Pouchet, médecin-major de première classe au 9e régiment d'infanterie; 4° une mention honorable à M. le docteur Hector Maillard, médecin assistant à la clinique médicale de l'Université de Genève.

Prix Mège (900 francs). — Question : *Des saignées locales.* — Trois concurrents se sont présentés. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Guichamans, d'Arzacq (Basses-Pyrénées).

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère [Drôme] (2600 francs). — Quatre ouvrages ont été adressés pour ce concours. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Martha (de Paris).

Prix Adolphe Monbinne (1500 francs). — Onze mémoires ont été soumis à l'examen de l'Académie. — Le prix est décerné à M. Moulé, médecin vétérinaire, à Paris. — Des mentions honorables sont, en outre, accordées à : MM. les docteurs Albert Palmberg (de Paris); Delvaille (de Bayonne); Castex (de Paris); G. Lorey (de Paris); Félix Regnault (de Paris).

Prix Nativelle (300 francs). — Il n'y a pas eu de candidat.

Prix Orfila (4000 francs). — Question : *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale?* — Aucun concurrent ne s'étant présenté, la même question est remise au concours pour l'année 1894.

Prix Oulmont (1000 francs). — M. Mauclaire, interne des hôpitaux de Paris, a obtenu le prix.

Prix Portal (600 francs). — Question : *Anatomie pathologique du corps thyroïde.* — Le prix n'est pas décerné. Une récompense de 500 francs a été accordée au mémoire unique adressé à l'Académie; les auteurs de ce travail sont M. le docteur Hector Cristiani, privat-docent à l'Université de Genève, et Mme Anna Klasson, docteur en médecine à Kiew (Russie).

Prix Pourat (1200 francs). — Question : *Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques.* — L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce prix; le même sujet est remis au concours pour 1895.

Prix Saint-Lager (1500 francs). — Pas de candidat.

Prix Saint-Paul (25000 francs). — Vingt-deux concurrents se sont présentés. L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde des encouragements de 500 francs à MM. Barbier, Berlioz et Ruault (de Paris); M. Abel Goumy, médecin-major au 9e cuirassiers, à Senlis. — Une mention honorable, est, en outre, accordée à M. le docteur Henri Bourges (de Paris).

Prix Stanski (1800 francs). — Dix ouvrages ont été soumis au concours. — L'Académie décerne : 1° un prix de 1200 francs à M. Galtier, professeur à l'École de médecine vétérinaire de Lyon; 2° un prix de 600 francs à M. le docteur Thoinot (de Paris); 3° mentions très honorables à MM. les docteurs E. Mosny (de Paris), Schoull (de Troyes), M. Chénier, vétérinaire au 6e cuirassiers; 4° mentions honorables à MM. les docteurs Lemoine, médecin-major de deuxième classe, répétiteur à l'École du service de santé militaire de Lyon, et Larger (de Paris).

Prix Vernois (700 francs). — Vingt-deux concurrents se sont présentés. — L'Académie décerne : 1° un prix de 300 francs à M. Burcker, pharmacien principal de l'armée, professeur de chimie au Val-de-Grâce; 2° un prix de 200 francs à M. Gustave Jourdan, chef de bureau à la préfecture de la Seine; 3° un prix de 200 francs à M. le docteur Dardignac, médecin-major de première classe; 4° quatre mentions honorables à MM. les docteurs Jeannel (de Villefranche-sur-Mer), Regnault (de Paris), Rousselet (de Paris), Villard, médecin à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Service des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des Eaux minérales de la France pendant l'année 1890 :

Médailles d'or à : MM. les docteurs Danjoy, médecin à la Bourboule, et Paul Rodet (de Vittel).

Rappels de médailles d'or à : MM. les docteurs Caulet (de Saint-Sauveur) et Grimaud (de Barèges).

Médailles d'argent à : MM. les docteurs de Bosia, Ferras et Laussedat.

Rappels de médailles d'argent à : MM. les docteurs Chiaïs, Frémont, Lavielle et Planche.

Médailles de bronze à : M. le docteur Bertin (de Nantes); M. Martel, avocat à Paris; M. Moissonnier, pharmacien-major de première classe; M. F. Parmentier; M. Roman, pharmacien-major de première classe, et M. Colin, pharmacien-major de deuxième classe.

Service des épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1891 :

Médailles d'or à : MM. les docteurs Carlier, médecin-major de première classe au 74e de ligne; Le Roy des Barres (de Saint-Denis); Sicard, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Béziers.

Rappels de médailles d'or à : MM. les docteurs Alison (de Baccarat); Aubert, médecin-major de première classe au 23e de ligne; Chabenat, de La Châtre (Indre); Fiessinger, d'Oyonnax (Ain); Jablonski (de Poitiers); Lardier, de Rambervilliers (Vosges): Marvaud, médecin-principal de première classe à Lyon.

Médailles d'argent à : MM. les docteurs Camus, médecin-major de première classe au 41e de ligne, à Briançon; Cavaillon, de Carpentras (Vaucluse); Fouquet (de Vannes); Jaubert, médecin-major de deuxième classe; Marix, médecin-major de deuxième classe au 103e de ligne, à Mamers; Sudour, médecin-major de deuxième classe au 15e de ligne, à Carcassonne; Tuefferd, de Montbéliard (Doubs).

Rappels de médailles d'argent à : MM. les docteurs André (de Toulouse); Blanquinque, de Laon (Aisne); Bompaire, de Millau (Aveyron); Courrent, de Tuchan (Aude); Duvernet (de Paris); Fleury, de Saint-Étienne (Loire); Kelsch, professeur à l'École du Val-de-Grâce; Pauthier, de Senlis (Oise); Schmit, médecin-major de première classe.

Médailles de bronze à : MM. les docteurs Achintre, médecin-major au 11e régiment de cuirassiers; Antony, médecin-major, agrégé au Val-de-Grâce; Bauzon et Bertrand (de Chalon-sur-Saône); Calmette, médecin-major de première classe au 118e de ligne, à Quimper; Clavelin, médecin-major de deuxième classe au 60e de ligne, à Besançon; M. Edgard Combes, sous-préfet de Castelnaudary (Aude); MM. les docteurs David, pharmacien-major de première classe; Delmas, médecin principal de deuxième classe; Demmler, médecin principal de deuxième classe; Dettori (de Vezzani); Famechon, médecin-major de deuxième classe; Fournié, médecin-major de premièreclasse; Gaudefroy (de Vatan); Géraud, médecin-major de première classe; Gorez (de Lille); Jenot, médecin à Dercy (Aisne); M. Lacour-Eymard, pharmacien-major de première classe; MM. les docteurs Legrain, de la colonie de Vaucluse (Seine-et-Oise); Loison, médecin-major de deuxième classe, et Simonin, médecin aide-major de première classe; M. Lop, interne à l'hôpital Rothschild, à Paris; MM. les docteurs

Malingre, de Chaumont (Haute-Marne); Malichecq (de Mont-de-Marsan); Mathieu (de Vassy); Ollivier (de Reims); Pernet (de Rambervilliers); Peyret, médecin-major de deuxième classe; Piedpremier, médecin aide-major de première classe; Santi, médecin-major de deuxième classe; Touyon (de Pont-Audemer).

Rappels de médailles de bronze à : MM. les docteurs Chonnaux-Dubisson (de Villers-Bocage); Guibert (de Saint-Brieuc); Larue, médecin-major de deuxième classe au 106e de ligne; Rayer (des Andelys).

Service de l'hygiène de l'enfance. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde aux mémoires ou aux travaux, en dehors de la question de prix, les récompenses suivantes :

Rappel de médaille d'or à : M. le docteur Ledé (de Paris), secrétaire-rédacteur du Comité supérieur de la protection de l'enfance.

Médailles de vermeil à : M. Gautrelet, pharmacien de première classe; M. Lelimouzin, inspecteur départemental de la Loire-Inférieure; M. le docteur Maurice Springer (de Paris); M. Thiébaut, inspecteur départemental de la Meuse.

Rappels de médailles de vermeil à : M. Jenot, médecin de Dercy (Aisne); M. le docteur Picard (de Selles-sur-Cher).

Médailles d'argent à : M. Audoin, inspecteur départemental de la Dordogne; M. le docteur Barthès (de Caen); M. Burlet, inspecteur des enfants assistés de la Drôme; M. Carlier, inspecteur départemental du Pas-de-Calais; MM. les docteurs Courrent, inspecteur et médecin cantonal de la circonscription de Tuchan (Aude); H. Drouet (de Paris); Durand, de Saint-Martin (Cher); Gaudefroy (de Vatan); Golay (de Genève); Napias (de Paris); M. Parisot, inspecteur départemental du Doubs; M. Serrès, inspecteur départemental du Rhône; M. le docteur Surbled (de Corbeil).

Rappels de médailles d'argent à : MM. les docteurs Delobel (de Noyon); Denizet (de Château-Landon); Driard (de Moret-sur-Loing); Carassus (de Milly); Coffignon, de Marle (Aisne); M. Fonné, inspecteur départemental de la Corrèze; MM. les docteurs Gierszynski, d'Ouarville (Eure-et-Loir); Grosjean (de Montmirail); Picard (de Lagny); M. Rollet, inspecteur départemental de l'Ain; M. Savouré-Bonville, inspecteur départemental de l'Eure; M. Sourd, inspecteur départemental de la Nièvre.

Médailles de bronze à : MM. les docteurs Espagne (de Montpellier); Foucault (de Fontainebleau); Guyot (de Calais); M. Martin-Dupont, inspecteur départemental de l'Isère; M. le docteur Prompt (de Bourg-d'Oisans); M. Rome, sous-inspecteur départemental du Loiret; MM. les docteurs Simonneaux, de Montfort (Ille-et-Vilaine); Spiridion Zavitziano (de Constantinople); Trotignon (d'Issoudun).

Service de la vaccine. — *Prix et médailles accordés à MM. les médecins-vaccinateurs pour le service de la vaccine, en 1891.* — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder :

Un prix de 1500 francs à partager également entre MM. les docteurs Choux, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Vincennes (Seine); Liron, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Fort-National (Algérie); Stroebel, médecin-major de deuxième classe au 137e régiment d'infanterie (à Fontenay-le-Comte).

Rappel du prix de 500 francs à : M. le docteur Antony, médecin-major de première classe, professeur agrégé à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Quatre médailles d'or à : MM. les docteurs Berthoud (A.), médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire du Dey, à Alger; Descosse (Paul), médecin-major de deuxième classe; Ebstein (F.), médecin-major de première classe au 67e régiment d'infanterie, à Soissons (Aisne); Huguenard, médecin-major de première classe au 161e régiment d'infanterie, au camp de Châlons (Marne).

Cent médailles d'argent aux vaccinateurs dont les noms suivent et qui se sont distingués soit par leurs travaux sur la vaccine, soit par le grand nombre de leurs vaccinations : MM. les docteurs Albanel (de Seillans); Bardy (de Belfort); Bergeon (de Lyon); Binet (de Vence); Blanc, médecin aide-major de première classe, à Biskra; Blayac (de Paris); Bornèque (de Thaon); Boudon (de la Canourgue); Bourneville (de Paris); Bouzol (du Cheylard); Bütterlin (de Baume-les-Dames); Camus, médecin-major de première classe, à Rennes; Cassedebat, médecin-major de première classe à Oran; Cavaillon (de Carpentras); Chapoy (de Besançon); Chonnaux-Dubisson (de Villers-Bocage); Ciaudo (de Nice); Darbouet, médecin aide-major à Limoges; Delobel (de Noyon); Dengler, interne à l'Asile de Maréville; de Valicourt (de Philippeville); de Welling (de Rouen); Dezautière (de La Machine); Droubet (de Melle); Dumée (de Nemours); Duvernet (de Paris); Fallan (de Rocquevaire); Fichot (de Jonzac); Fouilloux (de Saint-Bonnet-le-Château); Gidon (de Cunlhat); Hellet (de Clichy); Herrmann (de Pierrefontaine-les-Varans); Hervéou (de Saint-Quentin); Jacquin, médecin-major de première classe à Biskra; Lalagade (d'Albi); Launay (du Havre); Laurent, médecin-major de première classe à Versailles; Lombard (de l'Isle); Longuet, interne des Enfants-Assistés; Lorin, médecin aide-major à Versailles; Mantel père (de Saint-Omer); Martin (d'Aubenas); Martin, médecin aide-major de première classe à Frendah; Maze (du Havre); Ménard (de Feurs); Michaux (d'Aubervilliers); Moinel, médecin-major à Bruyères; Nodet (de Chambon); J.-E. Parisot (du Thillot); L. Parisot (du Thillot); Pasteau (de Paris); Pernet (de Rambervilliers); Philip (de Grasse); Piedpremier, médecin aide-major à Bel-Abbès; Plaussu (du Touvet); Poincarré (de Nancy); Poulet (de Plancher-Bas); Rebillard (de Héricourt); Roche (de Saint-Symphorien); Rousselot (de Saint-Dié); Schmit, médecin-major à Versailles; Séraphini (de Vico); Subert (de Nevers); Thelliez (de Henin-Liétard); Toreilli (de Vence); Trotobas (de Garéoult); Uzols (d'Aurillac); Vaillaron (de Firminy); Védel (de Lunel).

MM. les officiers de santé Bergerat (de Neuilly-le-Réal); Jenot (de Bercy); Lacombe (de Saint-Privat); Malbrancq (de Wingles); Massina (du Boulou); Monflier (de Saint-Amand-sur-Fion).

Mmes les sages-femmes Astier (de Sisteron); Aubry (de Pierrefitte); Aussourd (de Vierzon-Ville); Borice (de Mazamet); Brunet (de Bourges); Burellier (de Roanne); Debord (de Bourges); Marion Delpy (de Suc); Gaucher (de Vierzon-Ville); Gobert (de Montmédy); Hanicot (de Paris); Jauze (de Tarascon); Laffitte (de Salies-de-Béarn); Laurent (de Bar-le-Duc); Le Bloaz (de Rostrenen); Lecorre (d'Antony); Veuve Louis (de Ploëmeur); Malmezac (d'Aurillac); Morin (de Verdun); Rouffiac (d'Aumont); Templer (de Vannes); Vanwedinghem (de Paris); Weissier (de Chambon).

MM. les médecins-vétérinaires Bérard (d'Angoulême); Pourquier (de Montpellier).

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1893

(Les concours seront clos fin février 1893.)

Prix de l'Académie. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des origines et des modes de transmission des cancers.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire, ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix d'Argenteuil. — 6800 francs. (Sexennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des voies urinaires.

Prix Barbier. — 2500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans

avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Henri Buignet. — 1 500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1 500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs sera partagée en deux prix de 1 500 francs chacun.

Prix Capuron. — 1 200 francs. (Annuel.) — Question : *De l'influence des maladies de la mère sur le fœtus et, réciproquement, de l'influence des maladies du fœtus sur l'état de santé de la mère.*

Prix Civrieux. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Des troubles de l'intelligence dans la fièvre typhoïde.*

Prix Daudet. — 1 000 francs. (Annuel.) — Question : *Des parotidites.*

Prix Desportes. — 1 300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Concours Vulfranc-Gerdy. — Le legs Vulfranc-Gerdy est destiné à entretenir, près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger, des élèves en médecine nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. — L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie de médecine, 49, rue des Saint-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1893. Un exemplaire du règlement du concours Vulfranc-Gerdy est déposé dans toutes les Facultés et Écoles de médecine et de pharmacie. — Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1894. — Une somme de 1 500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1 000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *De l'ictère des nouveau-nés.*

Prix Laborie. — 5 000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix Laval. — 1 000 francs. (Annuel.) — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. — Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Lefèvre. — 1 800 francs. (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2 600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Adolphe Monbinne. — 1 500 francs. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1 500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. — Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Nativelle. — 300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Oulmont. — 1 000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'internat (médecine).

Prix Portal. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Les luxations congénitales de la hanche.*

Prix Pourat. — 1 200 francs. (Annuel.) — Question : *Déterminer, à l'aide de l'expérimentation et de la physiologie pathologique, le rôle du pancréas dans la glycogénie et la glycosurie diabétique.*

Prix Philippe Ricord. — 600 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

Prix Tremblay. — 7 200 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur les maladies des voies urinaires, catarrhe, affections de la prostate, plus particulièrement ces deux cas.

Prix Vernois. — 700 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1894

(Les Concours seront clos fin février 1894.)

Prix de l'Académie. — 1 000 francs. (Annuel.) — Question : *De l'étiologie de la grippe.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1343.)

Prix Amussat. — 800 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Baillarger. — 2 000 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés consacrés aux aliénés.

Prix Barbier. — 2 500 francs. — (Voir plus haut, p. 1343.)

Prix Mathieu Bourceret. — 800 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1 500 francs. — (Voir plus haut, p. 1344.)

Prix Capuron. — 1 200 francs. (Annuel.) — Question : *Étude comparative sur le traitement hydrologique du diabète sucré.*

Prix Civrieux. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Des troubles du langage chez les aliénés.*

Prix Daudet. — 1 000 francs. (Annuel.) — Question : *De l'hystérectomie totale et de sa valeur dans le traitement du cancer de l'utérus.*

Prix Desportes. — 1 380 francs. — (Voir plus haut, p. 1344.)

Prix Falret. — 900 francs. (Bisannuel.) — Question : *Les somnambulistes.*

Prix Ernest Godard. — 1 000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — 1 000 francs. (Annuel.) — Question : *De la mort apparente des nouveau-nés.*

Prix Herpin (de Metz). — 1 200 francs. (Quadriennal.) — Question : *Du traitement abortif de l'érysipèle.*

Prix Itard. — 2400 francs. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Laborie. — 5 000 francs. — (Voir plus haut, p. 1344.)

Prix Laval. — 1 000 francs. — (Voir plus haut, p. 1344.)

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2 600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne. — 1 500 francs. — (Voir plus haut, p. 1344.)

Prix Nativelle. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1344.)

Prix Oulmont. — 1 000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (chirurgie).

Prix Orfila. — 6 000 francs. (Bisannuel.) — Question : *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps, de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale ?*

Prix Portal. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique des maladies causées par le « bacterium coli commune ».*

Prix Pourat. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.*

Prix Saintour. — 4400 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Saint-Paul. — 25000 francs. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérie.*

Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné, tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérie lui auront paru mériter cette récompense.

Prix Saint-Lager. — 1500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goîtreuses. » — Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Prix Stanski. — 1800 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. — Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque, relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Vernois. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1344.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1895

(Les Concours seront clos fin février 1895.)

Prix de l'Académie. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Phénomènes circulatoires, thermiques et chimiques de la contraction des muscles striés.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1343.)

Prix Barbier. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1343.)

Prix Henri Buignet. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1344.)

Prix Mathieu Bourceret. — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1344.)

Prix Adrien Buisson. — 10500 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron. — 1200 francs. (Annuel.) — Question : *Recherches expérimentales sur un objet d'obstétrique laissé au choix de chacun des concurrents.*

Prix Civrieux. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Des obsessions en pathologie mentale.*

Prix Daudet. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Du myxœdème.*

Prix Desportes. — 1300 francs. — (Voir plus haut, p. 1344.)

Concours Vulfranc-Gerdy. — (Voir plus haut, p. 1344.) La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1895 et les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1896.

Prix Ernest Godard. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Huguier. — 3000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers et les traductions. — Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Laborie. — 5000 francs. — (Voir plus haut, p. 1344.)

Prix Laval. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1344.)

Prix Louis. — 4000 francs. (Triennal.) — Question : *Étude comparée des iodures au point de vue thérapeutique.*

Prix Mège. — 900 francs. (Triennal.) — Question : *De la pathologie des myocardites.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Adolphe Monbinne. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1344.)

Prix Nativelle. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1344.)

Prix Oulmont. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'internat (médecine).

Prix Perron. — 3800 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire qui paraîtra à l'Académie le plus utile au progrès de la médecine.

Prix Portal. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique des tumeurs de la parotide.*

Prix Pourat. — 1200 francs. (Annuel.) — Question : *Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques.*

Prix Philippe Ricord. — 600 francs. (Bisannuel.) — (Voir plus haut, p. 1344.)

Prix Vernois. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1344.)

Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis aux concours, à l'exception des prix Buignet et Huguier.

Tout concurrent qui se sera fait connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Alvarenga, Amussat, d'Argenteuil, Barbier, Bourceret, Buignet, Buisson, Desportes, Godard, Huguier, Itard, Laborie, Meynot, Monbinne, Nativelle, Perron, Ricord, Saint-Paul, Saintour, Stanski et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés et instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne sont pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

Prix Aubert. — 500 francs. — M. le docteur Aubert, de Mâcon (Saône-et-Loire), a donné à l'Académie de médecine la somme de 500 francs pour être distribuée, en 1898, à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : *Rechercher, par l'observation clinique et expérimentale, s'il existe chez l'homme des constitutions réfractaires à la tuberculose.*

LECTURE

M. BERGERON, secrétaire perpétuel, lit l'éloge de M. Michel Lévy.

La séance est levée.

ÉPURATION DE LA PULPE VACCINALE GLYCÉRINÉE

Par MM. E. Chambon et Saint-Yves Ménard,
Directeurs de l'Institut de vaccine animale.

Si l'on suit le fonctionnement de divers Instituts vaccinogènes où le vaccin s'entretient sans interruption de génisse à génisse, on s'aperçoit que les éruptions obtenues ne présentent pas toujours le même aspect.

On trouve, par exemple, un champ vaccinal avec des pustules régulièrement développées en tous les points ensemencés; et chacune de ces pustules offre les caractères suivants : saillie légère et aplatie; épiderme soulevé présentant une surface unie d'un gris argenté, également large à droite, à gauche et aux extrémités de la ligne d'inoculation; dépression ou ombilication suivant cette ligne; liséré rouge étroit et peu accusé sur le pourtour. L'évolution n'a commencé nettement qu'au quatrième jour après celui de l'inoculation, ce sont là les caractères de la vaccine type.

Parfois, au contraire, les pustules sont inégalement développées, les unes plus ou moins complètement avortées, les autres tuméfiées à l'excès, trop larges à la base, avec aréole inflammatoire étendue; la zone grise, irrégulière dans son contour, est recouverte de croûtes jaunâtres; la pression du doigt sur ces croûtes fait sourdre une ou plusieurs gouttelettes purulentes. L'évolution de ces pustules a été hâtive, elle a commencé au troisième jour après celui de l'inoculation.

La plupart des Instituts de vaccine animale, que nous connaissons, ont eu, pendant un certain temps, des éruptions de vaccine type se succédant d'une génération à l'autre. La plupart ont eu aussi, à un moment donné, de mauvaises éruptions. L'altération s'est montrée à divers degrés; elle a été plus ou moins rapide, plus ou moins complète, suivant les procédés de culture; mais souvent, en dépit des précautions prises, les éruptions ont été de mal en pis jusqu'à ce que se soient faits des ensemencements complètement stériles.

En pareil cas, le directeur d'un Institut de vaccine n'a que la ressource de s'adresser à un collègue plus heureux pour obtenir de lui une nouvelle souche de vaccin, comme on le dit, et recommencer une série de cultures.

Par bonheur, nous nous hâtons de le dire, le vaccin, puisé sur des éruptions médiocres, produit chez les enfants des pustules normales. Il faut un degré d'altération déjà avancé pour que le vaccin perde de sa virulence et donne des insuccès de plus en plus fréquents. En tout cas, l'inoculation de ce vaccin est toujours inoffensive pour l'espèce humaine.

Sur 124000 vaccinations et revaccinations pratiquées dans nos divers services en 1891, nous n'avons pas eu connaissance d'une seule complication attribuable au vaccin, même dans les périodes où nos cultures ne nous donnaient pas une entière satisfaction.

L'altération des éruptions vaccinales est donc propre à l'espèce bovine. Ses causes ont été recherchées, depuis plusieurs années, et bien des moyens ont été proposés pour la prévenir.

1° On a pensé que la culture ininterrompue du vaccin sur le terrain de l'espèce bovine était de nature à atténuer sa virulence; de là, l'idée de reprendre de temps en temps du vaccin humain pour inoculer les veaux. C'est la méthode de rétro-vaccination en faveur en Allemagne.

2° L'inoculation par scarification, généralement en usage dans la vaccination animale, a été rendue responsable par M. le professeur Layet, qui pense obtenir de meilleures éruptions en inoculant les génisses par simples piqûres, comme on le fait, le plus souvent, pour les enfants.

3° M. Pourquier (de Montpellier) a constaté que « l'altération de plus en plus grande coïncidait avec un envahissement progressif de la pustule par un parasite », qu'il a désigné sous le nom de parasite du cow-pox. Et il lutte contre ce parasite par l'asepsie et l'antisepsie dans la préparation du champ vaccinal.

4° L'un de nous (Chambon), qui n'a pas connu les mauvaises éruptions vaccinales, pendant vingt ans qu'il a inoculé ses génisses au moyen de la sérosité défibrinée et qui les a vues survenir quand il a fait usage de la pulpe glycérinée, considérait la première comme une semence plus pure et préconisait son emploi, malgré sa virulence plus faible, sans se départir, bien entendu, de soins minutieux de propreté et d'antisepsie.

5° Pour notre compte commun, en 1889 et 1890, au cours de recherches faites en collaboration avec M. le professeur Straus pour essayer de déterminer l'organisme de la vaccine, nous avons appris que le vaccin recueilli sur des éruptions quelque peu altérées présentait, non pas « un parasite de cow-pox », mais toute une série de microbes étrangers. Aussi avons-nous pensé que, si la propreté de l'étable et la préparation antiseptique du champ vaccinal pouvaient en diminuer la pullulation, le premier soin devait consister avant tout à obtenir une semence aussi pure que possible.

Nous nous sommes donc appliqués à faire une sélection rigoureuse, recherchant les plus beaux vaccinifères et, sur eux-mêmes, choisissant encore les pustules les plus régulières.

Nous avons pour cela de grandes facilités, car l'importance des services de l'Assistance publique nous permet d'utiliser de cinq à dix génisses par semaine.

Dans cette voie de sélection, nous avons mis à profit, comme d'autres l'ont fait à un point de vue différent, la propriété précieuse de la pulpe glycérinée, qui est de se conserver longtemps avec son activité virulente dans des tubes de verre préalablement stérilisés et fermés au chalumeau; quand nous avions une semence bien choisie, donnant de bons résultats, nous l'utilisions pendant plusieurs semaines pour vacciner successivement dix à douze puis quinze à vingt génisses, réduisant ainsi le nombre des générations capables de nous produire des altérations croissantes.

Nos cultures se maintenaient ainsi à un degré de perfection satisfaisant, quand s'est offert à nous un moyen sûr et méthodique pour obtenir une semence complètement exempte de parasites étrangers et capable de reproduire invariablement la vaccine la plus pure. C'est ce moyen que nous vous soumettons aujourd'hui.

Lorsque nous prolongions, par hasard, l'emploi d'une même pulpe glycérinée jusqu'à quatre et cinq semaines, elle semblait nous donner des éruptions plus belles que précédemment. Frappés de ce fait, nous en avons recherché systématiquement la vérification et nous avons reconnu qu'en effet, une pulpe glycérinée qui, à l'état frais, donnait un résultat médiocre, produisait, au bout de quinze jours, une éruption passable et, après quarante, cinquante ou soixante jours, une éruption typique.

Nous pensions bien que cette amélioration dans les résultats ne pouvait être due qu'à l'extinction graduelle des

microbes parasites sous l'action de la glycérine et du temps, mais il fallait le démontrer. C'est ce que nous avons pu faire, grâce au savant concours de M. le professeur Straus, que nous remercions ici très vivement. M. Straus a pratiqué des cultures sur plaques avec de la gélatine et de la gélose nutritive ensemencées avec des échantillons de pulpe glycérinée remontant à des dates de plus en plus éloignées. L'expérience, plusieurs fois répétée, a montré que l'ensemencement de la pulpe fraîche donne des colonies très nombreuses de microbes variés (parmi lesquels le staphylococcus pyogenes aureus et le staphylococcus albus), tandis que la pulpe glycérinée, âgée de cinquante à soixante jours, reste absolument stérile et que les échantillons intermédiaires présentent d'autant moins de microbes qu'ils sont plus vieux.

Nous obtenons donc l'épuration de la pulpe vaccinale glycérinée par le simple vieillissement, en raison de la différence de résistance de l'organisme supposé de la vaccine et de ses parasites à l'action prolongée de la glycérine et du temps.

Cela aura sans doute plusieurs conséquences pratiques, qu'il est facile de prévoir; mais quant à présent, le seul point sur lequel nous voulions appeler l'attention, c'est le progrès ainsi réalisé dans la production du vaccin de génisse.

La divulgation de ce perfectionnement technique nous paraît être de nature à favoriser la propagation de la vaccine animale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 12 décembre 1892, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Couzefeyte, Charmeil, Lepage, Demelin, Versepuy, Belous, Trevoux, Sizaret, Rollet, Belin, Bouton, Delahaye, Dumont.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Couturier, Poulat, Chancerel, Piole, Gagny, de La Vallée, Roubinovitch, Lemoult, Bossu, Poulain, Jullien, Petit, Egret, Farines, Meusnier, Chamozzi, Didier, Lallier, Noguès, Moisson, Lesieur, Tuvache, Vandaele, Tacquet, Rocquet, Pachon, Goupil et Moitier.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chevallereau, rédacteur en chef de la « France médicale ». Notre distingué collègue ne laisse que des amis.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Indications et contre-indications du traitement des fractures transversales de la rotule par l'arthrotomie et la suture osseuse.

Par le docteur CORITON.

I

Les fractures transversales de la rotule se divisent, au point de vue du traitement, en : *fractures ouvertes ou compliquées*, et en *fractures fermées ou simples*. Une autre division non moins importante est celle qui est basée sur la date de l'accident: on distingue les *fractures récentes* et les *fractures anciennes*, qui ont chacune des indications et des résultats thérapeutiques différents. Les fractures itératives rentrent dans ce dernier cadre.

I. *Fractures récentes, ouvertes ou compliquées.* — Dans ce cas, il n'y a pas d'hésitation; la suture osseuse ne peut aggraver la situation; c'est le mode de traitement qui s'impose; tout le monde est d'accord sur ce point, il est donc inutile d'insister.

II. *Fractures récentes, fermées ou simples.* — C'est ici que surgissent les difficultés. Depuis longtemps, le traitement de ces sortes de fractures est l'objet d'études de la part des chirurgiens.

On en comprend l'importance quand on songe au nombre relativement grand de ces fractures et aux conséquences d'une guérison défectueuse. La question de la conduite à tenir est, dans certains cas, délicate et complexe; elle mérite d'autant plus qu'on s'y arrête, que les divergences d'opinion existent toujours, malgré le progrès réel accompli dans cette voie, durant ces dernières années. Nous sommes loin de l'exclusivisme regrettable des anciens, qui se contentaient de rapprocher les fragments le mieux possible; nous savons aujourd'hui que pour obtenir un bon résultat, on ne peut employer de traitement uniforme et que la conduite du chirurgien doit varier suivant les cas et les conditions anatomiques de chaque fracture.

Les appareils les plus ingénieux ont été proposés pour s'opposer à l'écartement des fragments. On les a classés (1) selon leur mode de pression en : appareils à pression circulaire, à pression parallèle, à pression concentrique. Ils sont si nombreux, que M. Berger (2) en a compté jusqu'à 91. Il serait aussi fastidieux qu'inutile de les énumérer : nous ne signalerons que ceux dont l'usage s'est maintenu, et qui sont les plus employés aujourd'hui.

Malgaigne a donné son nom à des griffes dont l'emploi s'est généralisé, grâce à d'ingénieux perfectionnements apportés par M. le professeur Duplay (3). Ces griffes s'implantent directement sur les fragments osseux et les rapprochent. Trélat, pour éviter les mauvais effets d'un contact articulaire aussi intime, interposa entre les griffes et la peau deux croissants de gutta-percha. M. le professeur Le Fort, supprimant les griffes, rapproche les deux croissants à l'aide de courroies. Il existe, en outre, l'appareil si simple de M. Laugier, l'appareil de M. le professeur Verneuil, celui de M. le professeur Tillaux qui tous, seuls ou combinés avec l'extension du membre, ont fait leurs preuves et donné des résultats.

Mais on ne doit pas oublier que la rotule fait partie de l'articulation du genou, que ses fractures sont, par conséquent articulaires, c'est-à-dire soumises à toutes les complications des fractures du même type : les appareils ne peuvent donc constituer seuls le traitement, il faut une thérapeutique combinée, susceptible de faire disparaître l'hémohydarthrose habituelle, l'arthrite consécutive, l'atrophie musculaire et la raideur ligamenteuse qui ont une part si importante dans les résultats définitifs.

Contre l'hémo-hydarthrose qui distend l'articulation en augmentant l'écartement des fragments, M. le professeur Guyon (4) conseille les vésicatoires et la compression ouatée. Ravoth-Rentz en Allemagne, Hutchinson en Angleterre, M. Desprès en France, ont insisté sur l'importance de cette question (5). Jarjavay (6) avait préconisé la ponction aspiratrice, employée par Voillemier et Broca et admise ensuite par un grand nombre d'opérateurs. D'autres ont vu, dans l'atrophie du triceps, l'inconvénient le plus réel et la méthode hollandaise de Metzger a rallié bien des suffrages.

(1) Thèse de BODEAU, 1886-1887.
(2) P. BERGER. *Diction. encycl. des sc. méd.*, art. ROTULE.
(3) DUPLAY. Th. de Ballue, 1886-1887; — *Arch. de méd.*, avril 1887.
(4) GUYON. Th. de Delamarre.
(5) DESPRÈS. Soc. de chir., 1875, p. 209.
(6) JALAGUIER. *Arch. de méd.*, 1884.

M. Tilanus (1) préconise aussi les applications froides, la compression élastique et surtout le massage. M. Verneuil, Lister, MM. Tillaux (2), Richelot (3), Schwartz (4), Ricard et beaucoup d'autres insistent sur l'importance du massage qui s'oppose à l'atrophie si fâcheuse.

Tous ces modes de traitement combinés ont donné des résultats, et il ne viendra à l'esprit de personne de les contester ; il y a des fractures transversales qui guérissent bien avec les appareils, c'est certain ; tous les chirurgiens possèdent des exemples fréquents de l'efficacité de leurs méthodes ; mais il ne faut pas s'illusionner sur la valeur contentive absolue des appareils, ils sont bien loin de donner dans tous les cas des résultats satisfaisants : un fragment trop petit, ce qui est assez fréquent, ne peut être maintenu par les griffes et glisse facilement sous le croissant de gutta-percha : en outre, la contraction du triceps ne perd jamais ses droits ; quoi qu'on fasse, aussitôt l'appareil enlevé, elle recommence à agir et élonge le cal, de sorte que « le mérite d'un beau cal rotulien revient bien moins à l'appareil employé, qu'au sujet lui-même vigoureux et bien constitué et au type de sa fracture » (5).

C'est pour remédier à l'insuffisance notoire des méthodes jusqu'alors employées, que certains chirurgiens ont proposé d'ouvrir l'articulation du genou et de réunir directement, par des sutures, les fragments osseux eux-mêmes. Cette idée paraissait d'abord très difficilement acceptable, mais, grâce aux progrès de l'antisepsie, les choses sont bien changées aujourd'hui.

II

Historique de la suture. — L'idée première de la suture osseuse reviendrait, d'après Malgaigne (6), à Marcus Severinus, médecin de Naples au XVII[e] siècle, mais il faut arriver jusqu'à Rhea-Barton, en 1834, pour la mise en pratique de cette idée. Le premier essai fut peu encourageant, le malade mourut. Mac Clellan (1838) répéta l'opération à Philadelphie. Cooper, à San-Francisco (1861) ; Gunn, à Chicago ; Abridge (1869) et Heine (1871), n'eurent que des accidents ou des demi-succès.

Jusqu'en 1873, l'opération pratiquée, sans règles opératoires précises, sans la sauvegarde de l'antisepsie, ne pouvait pas donner de résultats. Aussi, tous les chirurgiens étaient-ils d'accord pour proscrire hautement ces tentatives téméraires.

Il a fallu la grande découverte de Lister pour faire renaître de l'oubli la suture osseuse. En 1873, il fait la suture antiseptique de l'olécrâne, méditant la même opération pour la rotule. Mais Cameron, de Glascow (7), le devance dans l'exécution, il fait la première suture antiseptique de la rotule pour fracture ancienne, le 5 mars 1877 ; mais cette opération ne fut publiée que l'année suivante. Lister (8), quelques mois après, le 26 octobre 1877, n'ayant pas eu connaissance du succès obtenu par H. Cameron, fait la même opération pour fracture récente. C'est lui qui fut le véritable promoteur de ce mode de traitement. Il lui appartient en propre, comme le fait observer M. Jalaguier dans son remarquable article (1), « par le soin qu'il a mis à poser les indications, et à régler le manuel opératoire, par la conviction profonde et l'autorité qu'il apporte à le défendre en toute occasion et aussi, il faut bien le reconnaître, par les magnifiques résultats qu'il a su obtenir. »

A partir de ce moment, les observations se multiplient :

En 1878, M. le professeur Panas, pour éviter l'ouverture articulaire, fait la suture osseuse par la méthode sous-cutanée ; Trendelenburg (1878), Smith (1878), Schede (1879), M. Poncet, de Lyon (1881), publient plusieurs cas.

En 1881, Pfeil-Sneider (2), à l'occasion d'un fait personnel, réunit 9 observations et en fait l'objet d'un important mémoire.

En 1882, M. Poinsot fait sa revue critique (3) et Heilink G. (4) publie 2 observations de Ranke.

M. Leclère, à Paris, M. Françon, à Lyon, soutiennent leurs thèses la même année.

En 1883, Wahl (5) publie son mémoire sur 38 observations.

La même année, paraît le rapport de M. Chauvel, à propos d'un cas de suture osseuse, pratiquée par M. Beauregard, du Havre (6).

Lister, en 1883 (7), pose les règles opératoires et étudie, dans un magistral article, 7 observations personnelles, toutes suivies d'un succès complet.

Mac Ewen, de Glascow (8), décrit un des principaux obstacles à la réunion des fragments, avec preuves à l'appui.

Turner (9) réunit 86 observations.

Enfin, cette même année 1883, M. Pozzi fait en France la première suture osseuse de la rotule (12 juillet).

Quelques mois plus tard, M. Championnière, depuis longtemps convaincu de l'avenir de l'opération, fait la suture dans un cas de fracture ancienne.

En 1884, M. Diverneresse soutient sa thèse et rapporte 88 observations (10).

M. Jalaguier, dans une excellente revue critique, arrive au chiffre considérable de 95 opérations.

En 1885, à propos d'une communication de Tilanus, d'Amsterdam, sur le massage, la discussion est rouverte au Congrès de chirurgie.

Le journal *The Lancet* publie diverses observations empruntées à Van der Meulen (11), à Page (12), à Lynck et Ogier Ward (13), à Rivington (14).

En 1886, la thèse de Ruotte (de Nancy), un mémoire de M. Chaput (15), qui avait déjà soutenu sa thèse sur ce sujet l'année précédente, une communication de Ceci (16), des ar-

(1) Tilanus. *Rev. de chir.*, 1886.
(2) Tillaux. *Traité de clinique chirurgicale*, t. II, p. 745.
(3) Richelot. *Union méd.*, 1885 ; — *Rev. de chir.*, 1886.
(4) Schwartz. *Rev. de clin. et de thérap.*, 1890, p. 383.
(5) Reclus et Forgue. *Traité de thérapeutique chirurgicale.*
(6) Malgaigne. *Traité des fractures*, p. 776.
(7) Cameron. *Glascow Med. Journ.*, 5 mars 1877.
(8) Lister. *Brit. Med. Journ.*, 26 oct. 1877.

(1) Jalaguier. *Ann. de méd.*, 1884, p. 331.
(2) Pfeil-Sneider. *Arch. f. Chir.*, 1881, t. XXVI, p. 287.
(3) Poinsot. *Rev. de chir.*, 10 janv. 1882.
(4) Heilink. *Nederl. Tijdschr. voor. Geneesk.*, 7 sept. 1882, n° 35, p. 620.
(5) Wahl. *Deuts. Med. Wochens.*, 1883.
(6) *Bull. de la Soc. de chir.*, 25 fév. 1883.
(7) Lister. *The Lancet*, 3 nov. 1883.
(8) Mac Ewen. *The Lancet*, 17 nov. 1883.
(9) Turner. *Clin. Soc. of London*, 9 nov. 1883, p. 690.
(10) Diverneresse. Th. de Paris, 1884.
(11) Van der Meulen. *The Lancet*, 22 mars 1884.
(12) Page. *The Lancet*, *New-York Med. Journ.*, mai 1884.
(13) Lynek et O. Ward. *The Lancet*, 1er nov. 1885
(14) Rivington. *The Lancet*, 24 janv. 1885.
(15) Chaput. *Arch. de méd.*, 1886.
(16) Ceci, *Riforma med.*, 10 juin 1886.

ticles de W. Wright (1), de M. Richelot (2), d'Heydenreich (3), de Brünner (4); et deux observations, l'une de Bogdanik (5), l'autre de M. Le Bec, paraissent successivement (6).

En 1887, M. Bodeau (7) et Graverry, élève de M. Després, traitent ce sujet dans leurs thèses. Citons encore les articles de Rushmore (8), de Buonomo (9), de M. Kirmisson (10), de M. le professeur Duplay.

En 1888, M. Armirail, dans sa thèse, plaide la cause de la suture osseuse.

En 1889, M. Pannetier apporte l'expérience de son maître, M. Félizet.

M. Conzette, interne des hôpitaux, expose la pratique de M. Championnière (11), et M. Kirmisson cite une observation personnelle pour fracture itérative (12).

En 1890, M. Championnière présente 16 cas de fracture de rotule traités par la suture antiseptique avec un égal succès (13).

M. Canniot apporte le résultat d'une autopsie (14).

Wile publie une observation suivie de succès (15), Burton en rapporte une autre en octobre (16); et M. Springer, élève de M. Berger, fait sa thèse en faveur de la suture de l'olécrâne (17).

En 1891, deux nouveaux malades sont présentés à la Société de chirurgie par M. Championnière, qui insiste sur les bons résultats qu'il obtient.

M. Poncet communique un nouveau procédé qui permet de rapprocher plus facilement les fragments dans les cas de fracture ancienne.

Enfin paraissent les publications de W. Flurhel (18) et de M. Chaput (19).

En 1892, toutes les opérations de M. Championnière sont réunies dans une nouvelle thèse (20). Les résultats sont de plus en plus consolants; les malades, revus après plusieurs années, confirment tous l'excellence de la méthode.

III

Technique opératoire. — Le manuel opératoire diffère un peu, suivant qu'il s'agit d'une fracture récente ou d'une fracture ancienne.

A. *Fractures récentes.* — Lister, le premier, a décrit la façon de procéder; on n'a introduit depuis que des modifications de détail. Nous avons vu faire par notre maître, M. Lucas-Championnière, plusieurs sutures antiseptiques. Aussi décrirons-nous la façon de procéder surtout d'après ce que nous avons vu.

Avant de pratiquer une opération aussi sérieuse, il est de toute nécessité de veiller avec un soin minutieux aux précautions préparatoires. Le chirurgien doit, après un lavage au savon très soigneux, se brosser énergiquement les ongles et tremper ses mains dans une solution antiseptique (eau phéniquée à 5 p. 100 ou liqueur de Van Swieten). Il est bien entendu qu'on s'est assuré des mêmes précautions pour les instruments et les éponges, qui doivent toujours tremper dans une solution identique. Pendant ce temps, les aides endorment le malade et procèdent à la toilette du genou qui va être ouvert. Cette toilette est très importante; on fait un premier lavage au savon, puis un second à l'eau de Panama ou à l'éther, pour dissoudre les matières grasses, et enfin un troisième avec la solution phéniquée au vingtième. Il ne faut pas craindre de frotter énergiquement et d'étendre ces différents lavages, en haut et en bas, assez loin du foyer de la fracture.

Incision. — Le premier temps comprend l'incision : on taille un vaste lambeau à convexité inférieure, en partant d'un des condyles fémoraux pour rejoindre l'autre, comme pour la résection du genou. L'incision doit être longue, car un vaste lambeau qu'on relève donne plus d'aise pour manœuvrer les fragments osseux; on la fait, le plus souvent, convexe, pour éviter que la cicatrice porte directement sur la rotule.

C'est à peu près la même incision que pratique M. Félizet (1). Trendelenburg préfère la convexité supérieure. D'autres chirurgiens font une incision plutôt latérale interne.

Les chirurgiens anglais, suivant en cela Lister, préfèrent l'incision longitudinale, de deux pouces, sur la face antérieure de la rotule : on éviterait ainsi l'adhérence à la peau, mais on ne découvre l'articulation que d'une façon insuffisante. L'ouverture large permet de voir alors l'infiltration sanguine énorme, de reconnaître la déchirure de la capsule, de découvrir facilement les fragments rotuliens, qu'on débarrasse des caillots et des débris de tissus fibreux repliés entre les fragments. Ce premier temps de l'opération est complété par un lavage de tous les recoins de l'article, avec la solution phéniquée forte (2), le membre étant en flexion forcée. Il ne reste donc plus rien de l'épanchement, aucun obstacle n'existe plus à la coaptation intime des fragments, on procède alors au forage des trous qui recevront les fils.

Forage des trous et suture des fragments. — C'est le temps délicat de l'opération. On procède, soit avec un simple poinçon qui porte à son extrémité une œillère, soit avec un perforateur spécial. L'instrument le plus simple est souvent le plus commode. Si les deux fragments osseux sont égaux, c'est-à-dire quand le trait de fracture traverse la partie moyenne de la rotule, on arrive assez aisément à perforer chaque fragment; mais quand l'un d'eux est petit, le plus souvent c'est l'inférieur, il devient impossible de le traverser : on passe alors le fil directement au travers du ligament rotulien, comme dans le procédé de Kocher, employé par M. Beauregard et cité par Lister. Dans le cas de fragments égaux ou presque égaux, on pratique quatre perfo-

(1) Wright. *New-York Med. Journ.*, 31 oct. 1886.
(2) Richelot. *Union méd.*, sept. 1886.
(3) Heydenreich. *Semaine méd.*, 1886, p. 453.
(4) Brunner. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1886, t. XXIII, p. 1 et 2.
(5) Bogdanik. *Wien. Med. Presse*, 1886, nº 51.
(6) Le Bec. *Gaz. des hôpit.*, 14 janv. 1886.
(7) Bodeau. Th. de Bordeaux, 1886-87.
(8) Rushmore. *New-York Surg. Soc.*, 12 janv. et 12 fév. 1887.
(9) Buonomo. *La Medicina contempor.*, avril-mai 1887,
(10) Kirmisson. *Semaine méd.*, 1887.
(11) Championnière. *Gaz. des hôpit.*, 16 fév. 1889.
(12) Kirmisson. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1889, p. 78.
(13) Championnière. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 11 fév. 1890.
(14) Canniot. *Bull. de la Soc. anat.*, 1890.
(15) Wile. *Journ. of Amer. Assoc.*, 8 mars 1890, p. 342.
(16) Burton. *Philad. Acad. of Surg.*, 7 oct. 1890.
(17) Springer. Th. de Paris, 1891.
(18) Flurhel. *New-York Med. Rec.*, 7 juin 1891.
(19) Chaput. *Semaine méd.*, 17 juin 1891.
(20) Coriton. Th. de Paris, 1892.

(1) Felizet. Th. de Pannetier, 1889.
(2) On ne peut se servir de sublimé, qui altérerait les fils d'argent. La solution phéniquée forte est à 5 p. 100.

rations : deux dans l'épaisseur du fragment supérieur et deux dans le fragment inférieur, en ayant soin de ne pas creuser les canaux trop près du bord fragmentaire, car l'os pourrait éclater. Ces perforations sont faites en des points exactement correspondants, et la direction imprimée au perforateur est un peu oblique de la superficie vers la profondeur.

Les fils, de cette façon, doivent se trouver bien en face l'un de l'autre. Quelques détails feront comprendre plus aisément. On commence, par exemple, par percer de haut en bas le côté droit du fragment supérieur, en imprimant au poinçon une sorte de mouvement de vrille dans la direction indiquée; une fois l'extrémité de l'instrument hors de l'os, on passe le fil dans l'œillière et on retire le poinçon. La même manœuvre est répétée pour le côté droit du fragment inférieur, avec cette différence que l'instrument, cette fois, est dirigé de bas en haut; de nouveau, il a perforé l'os, le même fil est repassé dans l'œillière, on retire à soi, et le fil relie ainsi naturellement les deux fragments qu'il traverse. La même répétition pour le côté gauche des deux fragments, avec un autre fil de même dimension, et il ne reste plus qu'à pratiquer la suture.

Ceux qui font l'incision longitudinale ne passent qu'un seul fil médian. Lister a recommandé de perforer l'os assez obliquement pour que l'orifice postérieur se trouve en avant du cartilage; il est bon de se conformer à cette pratique toutes les fois que c'est possible, mais M. Championnière et M. Chauvel ne paraissent pas attacher la même importance que Lister à cette prescription.

Quel genre de fils doit-on passer à travers les trous pratiqués?

M. Championnière s'en tient aux fils d'argent, et les résultats de sa pratique lui ont démontré qu'il les fallait assez résistants ; il recommande des fils d'argent de 1 millimètre d'épaisseur, qui n'ont pas l'inconvénient de se rompre et sont très bien tolérés (1).

Mais la nature des fils a beaucoup varié suivant les opérateurs. Lister s'est servi de fils d'argent; Van der Meulen, Gœring, ont employé les fils de platine; Schede, les fils de fer ; d'autres préfèrent les fils organiques résorbables : la soie phéniquée (Kœnig, Metzler); le catgut (Rantze, Rosenbach). Mais le fil d'argent seul permet une coaptation exacte et permanente, assez solide pour que le malade marche rapidement.

La suture est pratiquée par torsion des fils, après avoir vérifié, qu'entre les fragments il ne restait pas le plus petit corps étranger capable de s'opposer à la coaptation intime.

Les extrémités des fils sont alors sectionnés ; et, à l'aide d'une pince faite exprès, on les aplatit et on les insinue le mieux possible sous le périoste décollé. Van der Meulen recommande cette précaution. Lister n'employa ce procédé qu'à partir de la cinquième opération ; mais en laissant les fils hors de la plaie, ils sont dérangés à chaque pansement et peuvent irriter les tissus; ils sont, en outre, susceptibles de se briser, et au bout de sept à huit semaines, pour les extraire, une nouvelle incision est nécessaire, qui retarde d'autant la guérison définitive. On procède alors à la suture au catgut du périoste et des tissus environnants : cette pratique, adoptée par quelques opérateurs allemands, a le double avantage d'empêcher ces tissus de retomber dans l'interligne de la fracture et de favoriser la formation du cal osseux, bien que Metzler, qui l'employa dans un cas, n'ait eu qu'un cal fibreux.

(1) Coriton. Th. de Paris, 1892, loc. cit.

Après toutes ces manipulations, il est de toute nécessité de renouveler le nettoyage de la plaie avec la solution phéniquée au vingtième.

Drainage. — On peut faire le drainage de l'articulation avant de rapprocher les fragments, comme le conseille Lister. « Pour cela, dans la partie la plus déclive de la face externe, il introduit une pince à pansement dont il a soin de tenir les mors fermés; il enfonce alors l'instrument au travers de la synoviale, de la capsule et du fascia, jusque sous la peau ; celle-ci est incisée sur l'extrémité de la pince qui est poussée au dehors ; on écarte les mors de la pince, de manière à élargir, sans risque d'hémorragie, le trajet creusé dans les parties profondes : il ne reste plus qu'à saisir le drain et à l'entraîner dans la jointure, alors seulement Lister amène les fragments au contact et serre les fils (1). » Ce procédé est un peu compliqué, mais il ne faut pas oublier que Lister fait l'incision longitudinale. Avec l'incision transversale, il est beaucoup plus simple de placer un bout de tube à chacun des angles opposés, le drainage est suffisamment assuré de la sorte, en permettant aux liquides péri-articulaires de s'écouler. Quelques chirurgiens ont négligé cette pratique, mais ils ont trouvé peu d'imitateurs, la présence d'un drain qu'on peut retirer au bout de quelques jours, n'a que peu d'inconvénients avec une antisepsie rigoureuse et M. H. Cameron a vu, pour avoir enlevé le drain trop vite, son malade pris de fièvre, qui cessa subitement une fois le drain replacé. Toutes les précautions étant prises, on fait la suture de la peau au crin de Florence; l'articulation est entourée d'un pansement antiseptique, parfaitement clos et suffisamment large.

Le membre est placé dans une gouttière en fil de fer, mais non pas immobilisé d'une façon complète. Cette précaution n'a d'autre but que d'éviter les mouvements exagérés du malade, encore sous l'influence du chloroforme. Le deuxième pansement se fait le sixième ou septième jour : on enlève les drains, quelques gouttes de chlorure de zinc sont versées dans l'orifice qu'ils occupaient et on refait le pansement. Dès lors, la guérison est assurée, la cicatrisation rapide; elle doit se faire sous ce nouveau pansement, sans qu'il soit besoin de l'enlever.

Une pratique des plus importantes consiste à mobiliser la jointure. Dès le dixième jour, on imprime des mouvements, comme le veut Lister; les malades se lèvent le plus vite possible, du douzième au quinzième jour après l'opération. Au début, les mouvements sont légers, mais ils augmentent progressivement, à mesure que le cal acquiert de la solidité. Il est superflu de recommander beaucoup de douceur les premiers jours, sous peine de rupture du cal ou d'hydarthrose (cas signalés par Howse, Pozzi, Metzler, Lister). Quelques chirurgiens, et M. Félizet (2) en particulier, n'admettent pas cette mobilisation précoce. Ce dernier évite même, après la cicatrisation de la plaie, les contractions du triceps, qui, dit-il, pourraient rompre les fils, et pour cela, il applique une attelle plâtrée en forme de V sur le fragment supérieur. C'est se priver, en agissant ainsi, d'un des avantages les plus sérieux de l'opération; la mobilisation précoce ne peut être nuisible que si elle est pratiquée d'une façon brutale.

(1) Jalaguier. Loc. cit.
(2) Felizet. Th. de Pannetier, 1889.

On a proposé des procédés très nombreux, ayant pour but de simplifier l'opération et de la rendre moins dangereuse.

M. le professeur Panas a fait une fois, en 1878, la suture sous-cutanée des fragments. Il a perforé l'os à la manière de Lister, sans pénétrer dans l'articulation et sans inciser la peau, et il a réuni les fils sur un bout de sonde, par dessus la peau, ce qui n'empêcha pas celle-ci de s'ulcérer. Le résultat fut très imparfait (1).

Ceci a proposé une opération de ce genre (2).

Dumolard fait la suture des tendons sus et sous-rotuliens sans ouvrir l'articulation, mais il ne publie aucune observation.

M. Poncet (3) se contente de passer des fils dans le périoste de la face antérieure de la rotule; mais au bout d'un mois, on constate un écart de 3 millimètres.

Tout récemment, M. Chaput rapporte un procédé analogue (4).

Niehans, après avoir attendu la résorption de l'épanchement, passe un fil d'argent sous les fragments, sans inciser la peau (5).

Il existe encore le procédé de M. Largeau (6), celui d'Oxford (7), de Chicago.

Mayo Robson se sert d'épingles d'acier stérilisées, qu'il enfonce au-dessus et au-dessous des deux fragments; il se sert d'elles comme point d'appui pour opérer le contact à l'aide de tractions modérées (8).

M. Périer, à l'hôpital Lariboisière, adopte un autre procédé, il fait une incision latérale interne et suture les tissus fibreux. Un de ses internes prépare, en ce moment, une thèse où ce procédé sera décrit.

La plupart de ces opérations sont abandonnées : quant aux autres, les observations, trop peu nombreuses, ne permettent pas encore de conclure.

B. *Fractures anciennes.* — Le manuel opératoire diffère peu du précédent, mais l'exécution est plus difficile. C'est ici qu'il faut l'incision large; il est même nécessaire de donner à la courbe une convexité plus prononcée, qui laisse les surfaces articulaires complètement à découvert.

L'incision longitudinale est pour cela défectueuse, et si on l'emploie, il est de toute nécessité de la faire longue [Royes-Bell (9)]. On enlève les productions fibreuses par grattage, et on avive les surfaces fracturées au *grageoir* et à la tricoise (10). Si la fracture est très ancienne, il existe entre les deux fragments un trousseau fibreux résistant, dont le décollement n'est pas sans difficultés. Cela fait, on passe les fils d'argent et on rapproche les fragments par la torsion des fils, comme il a été dit pour les fractures récentes. Mais dans certains cas, la rétraction du triceps ne permet pas le contact des surfaces osseuses. M. Championnière conseille de faire la suture à distance, dans la pensée que les fils serviront à tirer sur la rotule et à relier les fragments. Il en résulte, dit-il, que les deux fils constituent une véritable charnière, qui a pour avantage de réinsérer le triceps. Chez un de ses opérés (observation I, thèse de Coriton), ce chirurgien a même passé trois fils d'argent et jamais il n'a constaté la section de l'os, comme le veut M. Chaput; si les fils sont trop faibles, ils se rompent mais ne coupent pas le tissu osseux, ainsi que le démontre la pièce présentée à la Société anatomique par M. Canniot.

(1) Jalaguier. Loc. cit.
(2) Ceci. Th. de Pannetier, loc. cit.
(3) Poncet. Th. de Françon, loc. cit.
(4) Chaput. *Semaine méd.*, 17 juin 1891.
(5) Niehans. Th. de Pannetier, loc. cit.
(6) Largeau. Th. de Diverneresse, loc. cit.
(7) Oxford. Thèse de Pannetier, loc. cit.
(8) Jalaguier. Loc. cit.
(9) Royes-Bell. *Clin. Soc. of London*, 24 mai 1889.
(10) L.-Championnière. Leçon du 8 mai 1888, inédite.

Pour remédier au défaut de coaptation des fragments, divers procédés ont été imaginés.

Smith sectionne le tendon du triceps, à 3 pouces au-dessus de l'articulation, d'autres chirurgiens conseillent la section sous-cutanée.

Mac Ewen pratique sur le muscle une série d'incisions en V, placées les unes à la suite des autres.

Sonnenburg, en 1888, au Congrès allemand de chirurgie, préconise l'ablation au ciseau de la tubérosité antérieure du tibia.

M. Poncet (de Lyon), à la Société de chirurgie, le 27 mai 1891, parle en faveur de ce procédé et le perfectionne, en fixant la tubérosité tibiale sur son nouveau point d'implantation à l'aide d'une cheville d'ivoire. Cette greffe reprend parfaitement, et il donne à ce procédé le nom de suture de la rotule par glissement osseux.

Enfin, M. Chaput conseille, sans l'avoir expérimenté, le décollement du triceps d'avec le fémur, sur ses faces antérieures et latérales, jusqu'à la ligne âpre, sur une longueur de plusieurs travers de doigt. Dans un cas de fracture ancienne, le fragment supérieur faisant obstacle à la flexion, il en fait l'ablation (1).

Tels sont les procédés usités généralement, mais il faut bien se dire que, pour les fractures anciennes, la suture osseuse donne presque toujours des résultats moins brillants et que, plus vite on opère après l'accident, meilleure est la réparation.

En terminant ce chapitre, nous devons signaler une remarque de Van der Meulen, capable de rassurer les plus timides. D'après ce chirurgien, les fragments seraient entourés en arrière et en avant par deux membranes; la membrane postérieure séparant complètement le foyer de la fracture de l'articulation elle-même, permettrait d'opérer en toute sécurité les fractures anciennes, qui deviendraient par ce fait extra-articulaires.

IV

Avantages de la suture osseuse. — *Variétés de cals.* — Avant d'examiner les indications et les contre-indications de la suture osseuse, voyons quels sont les avantages de la méthode de Lister; ceci nous amène à discuter la valeur des différents cals rotuliens.

Les fractures de la rotule guérissent de deux façons : par cal fibreux et par cal osseux.

Le premier est si fréquent, qu'on a nié pendant longtemps la possibilité du cal osseux; témoin Pibrac, qui offrait cent louis d'or à qui lui présenterait une réunion osseuse de la rotule. Dupuytren, qui croyait en avoir observé un cas, disait au malade : « Je donnerai à vos héritiers qui me présenteront votre rotule, son poids en or. » Pour être exceptionnelle, la réunion osseuse est donc possible. Le cal fibreux a, quoi qu'on dise, certains inconvénients. Il est

(1) Chaput. *Semaine méd.*, loc. cit.

plus long que le cal osseux, ce qui lui donne évidemment une infériorité marquée : quand il ne l'est pas tout d'abord, il peut le devenir, car il est extensible et pendant la marche les mouvements de flexion l'allongent plus ou moins. Alors, comme le fait très bien remarquer M. Chaput (1), la rotule forme, au-devant de l'interligne articulaire, une véritable attelle limitant singulièrement les mouvements de flexion.

D'autre part, le cal fibreux a le défaut de donner prise aux entorses, et dans certains cas, comme Gosselin l'a observé, il peut se rompre; souvent aussi il est adhérent à la peau, et alors tous deux peuvent s'ulcérer ou se rompre simultanément et amener l'ouverture articulaire avec tous ses dangers. Par le fait que le cal fibreux ne fournit pas au triceps une insertion suffisante, il en favorise l'atrophie qui est une cause d'impotence sérieuse.

Il ne faut pas, cependant, trop charger le bilan du cal fibreux. Beaucoup de chirurgiens pensent qu'il est très suffisant. Les relevés d'Hamilton, les exemples de M. P. Berger, de Texier, de Kirkbride, de Bryant, de Larger, de Kükler, de Velpeau, de M. Jalaguier, de MM. les professeurs Le Fort, Tillaux et Verneuil, ainsi que bien d'autres témoignages, le prouvent (2). Tous les malades présentant le type III de M. Chaput (3), en sont des exemples frappants. Un cal fibreux court et rigide, du type II de Chaput, peut être désavantageux : la rotule étant trop longue et le cal non flexible, il y a gêne dans la flexion ; au contraire, un cal court et flexible, du type III, se ploie en charnière et ne s'oppose pas à la flexion. M. Chaput démontre encore qu'un cal fibreux moyen, de 2 à 4 centimètres, gêne la flexion, tandis qu'un cal très long, depuis 6 centimètres et au-dessus, ne lui fait aucun obstacle, parce que le fragment supérieur, ayant un grand champ d'excursion au-dessus de la crête articulaire, ne vient jamais buter contre cette crête. Cependant, d'après l'exposé même de la question, il ressort que la longueur et la nature du cal sont loin d'être indifférentes à la restitution fonctionnelle du membre. Le plus grand nombre des cals fibreux est compatible avec un fonctionnement très suffisant, mais est-on sûr d'obtenir ce cal parfait ?

Le cal osseux, lui, n'a que des qualités et son seul défaut est sa rareté ; il existe cependant, car le musée Dupuytren en possède une pièce. M. Jalaguier cite trois cas trouvés sur le cadavre. Fielding, Camper, Boyer, etc., en ont montré des exemples.

Les causes qui s'opposent à la réunion osseuse sont d'abord l'écartement des fragments. Tout le monde est d'accord sur ce point. M. Berger dit : « Pour qu'il y ait cal osseux, il faut que les fragments soient en contact. » L'expérimentation sur les animaux, faite par Gulliver et Astley Cooper, le démontre d'une façon péremptoire.

Cet écartement des fragments se comprend facilement, quand on songe à la disposition anatomique de la rotule : les deux tendons du triceps et rotulien tirent en sens inverse sur chaque fragment. De plus, l'hémo-hydarthrose augmente et entretient l'écartement.

Mac Ewen insiste d'une façon particulière sur l'interposition entre les fragments de lambeaux fibreux provenant de la capsule et des débris périostiques. Cet obstacle serait capital; et ce chirurgien apporte, pièces en main, la preuve de son assertion. Lister et Rosenbach l'ont constaté aussi, et sur toutes les opérations faites par M. Championnière, on a toujours retrouvé cette disposition, aussi bien dans les fractures par action musculaire, que par celles produites par cause directe.

(1) Chaput. Th. de Paris, 1885.
(2) Th. de Coriton, 1892.
(3) Chaput. *Arch. de méd.*, 1886, loc. cit.

Nous venons de voir la supériorité du cal osseux sur le fibreux, qui est souvent un obstacle au bon fonctionnement du membre. Le cal osseux est l'idéal, car il donne la *restitutio ad integrum*. Or, la suture osseuse métallique donne toujours des cals osseux, à de rares exceptions près. Ce qui était l'exception, devient, de par l'opération, la règle constante. De plus, l'incision large supprime les douleurs si vives de la fracture et permet de remédier aux désordres articulaires que nous avons signalés. Plus de liquide qui distend l'articulation, plus de caillots sanguins ou de tissus fibreux qui l'irritent, plus d'obstacles à la coaptation exacte des fragments, plus d'arthrite, car l'articulation est nettoyée et réparée ; l'os, dont les deux moitiés sont réunies par les fils d'argent, se trouve reconstitué, et du coup, le triceps crural est réinséré; par conséquent, plus d'atrophie musculaire à redouter. De plus, la suture osseuse favorise la nutrition de l'os en l'excitant par les perforations pratiquées et par l'avivement de ses surfaces (1); cet avantage s'adresse surtout aux rotules fracturées par contraction musculaire (Gosselin). Avec la suture, le membre n'est plus immobilisé, condition si fâcheuse des appareils. Dès le douzième ou quinzième jour, les malades marchent à leur grand bénéfice. Dans les 32 cas apportés dans ma thèse, presque tous revus à des époques plus ou moins éloignées de l'opération, la solidité de la rotule était complète, pas le plus petit intervalle entre les fragments; on sentait les fils à travers la peau, mais ils étaient très bien supportés, et leur résistance s'ajoutait à celle de l'os. Pas d'atrophie musculaire, tous les sujets étaient très solides, à même de porter des fardeaux et de se mettre facilement à genoux. Tous, sans exception, avaient repris leur métier, quelque fatigant qu'il pût être.

Il est impossible de ne pas être séduit par un pareil traitement. Plus de douleurs, plus d'appareils, innocuité parfaite, le malade quitte le lit au bout de douze jours et marche bien au bout de trente à cinquante jours. Pour arriver à ce résultat, il suffit d'être aseptique. Il n'y a pas, pour ainsi dire, de difficultés opératoires. Un étudiant de première année, disait Lister, ferait comme moi l'opération, mais il faut être bien pénétré de ce fait, que les résultats seront d'autant plus complets, que l'intervention aura été plus prompte et plus large.

C'est dans la suture métallique que réside le véritable traitement des fractures de la rotule. Dès 1887, M. Duplay le proclamait déjà en disant que seule la suture osseuse conduisait à la *restitutio ad integrum*.

Mais faut-il appliquer ce traitement dans tous les cas, c'est ce que nous allons examiner.

V

Indications et contre-indications. — A. *Fractures récentes.* Les indications de la suture osseuse, à notre époque de transformation chirurgicale, deviennent, chaque jour, plus nombreuses. Grâce aux avantages que nous venons d'énumérer, grâce aux résultats constants obtenus par quelques chirurgiens, on est devenu moins sévère. Quand on songe

(1) Chaput. *Bull. de la Soc. anat.*, 1888.

aux lésions articulaires qui accompagnent les fractures transversales de la rotule, lésions auxquelles les appareils ne peuvent toujours remédier; aux bénéfices indéniables que retire le malade de cette opération pratiquée le plus vite possible après l'accident, on ne peut qu'être séduit par ce traitement, le seul rationnel en somme.

Attendre, dans certains cas, est une faute, car avec le temps s'établissent des complications souvent incurables. Jusqu'ici, le rapport de M. Chauvel et la Revue critique de M. Jalaguier avaient effrayé les chirurgiens; mais les éléments qu'ils possédaient à cette époque ne peuvent plus avoir la même valeur aujourd'hui, leurs statistiques, empruntées à la pratique de chirurgiens les plus différents (1), étaient, par cela même, défectueuses et l'on ne pouvait guère en tirer des conclusions bien exactes; de plus, nous possédons aujourd'hui des observations concluantes : nous avons rapporté, dans notre thèse, 30 opérations de M. Championnière, dont 19 pour fractures récentes et 11 pour fractures anciennes, pratiquées depuis 1883. Tous les opérés ont le parfait usage de leurs membres et tous s'empresseraient, le cas échéant, de recourir de nouveau à l'opération. Un seul est mort, emporté par les suites naturelles de son traumatisme (2). Lister, H. Cameron, Mac Ewen, Walsh, etc. à l'étranger, et de très nombreux chirurgiens français, aussi bien en province qu'à Paris, ont eu de magnifiques succès qui démontrent la supériorité de la méthode et son innocuité entre des mains exercées et aseptiques.

Mais il est bon de faire quelques réserves concernant des cas spéciaux; on a signalé des accidents, même entre les mains de chirurgiens exercés. Le plus souvent, ce sont des fautes opératoires qui les déterminent et on ne saurait trop insister sur ce fait que les synoviales exigent une tenue absolument correcte, sous peine de désastres. Le chirurgien qui se décide à faire la suture osseuse doit être sûr de lui, de son matériel, de ses aides.

L'impotence est encore préférable à la mort et jamais, on ne saurait trop le répéter, une opération aussi grave ne pourra être la propriété de ceux qui ne sont pas rompus à l'antisepsie chirurgicale. Si toutes les conditions sont réunies, il y aura tout avantage à faire bénéficier le malade d'une opération qui abrègera la durée de la consolidation et qui produira un cal solide. Dans tous les cas où il existe un écartement supérieur à 2 centimètres, où les ailerons sont rompus, où la réaction inflammatoire est vive, le massage, la griffe de Duplay, etc. ne donnent que des résultats infidèles; seule, la suture osseuse permet d'arriver à une guérison radicale et sûre; pour cela, il suffit d'être aseptique. On doit donc insister près du malade, pour qu'il se fasse opérer; s'il existe des impossibilités matérielles heureusement fort rares, on appliquera la thérapeutique combinée du massage et des appareils.

Dans les écartements inférieurs à 2 centimètres, la guérison s'obtient ordinairement avec un cal court, dans des conditions suffisantes. On peut donc ici appliquer le massage et les appareils; toutefois, la suture osseuse guérit si facilement avec la *restitutio ad integrum* et abrège tellement la durée de la convalescence, qu'elle constitue encore la méthode de choix. Tout dépend des conditions dans lesquelles se trouvent et le chirurgien et le malade; on peut donc, selon les cas, décider pour l'une ou pour l'autre méthode.

(1) Lister cite, à ce propos, des services où l'on ne pratiquait pas l'antisepsie, de sorte que les résultats obtenus ne peuvent servir d'arguments (Ex. : service du professeur Langenbeck).

(2) Coriton. Loc. cit.

L'administration du chloroforme obligatoire dans l'opération est une objection de plus, car c'est une source de dangers indéniables; mais on ne peut non plus en exagérer l'importance, car alors on ne ferait plus rien, ni cures radicales de hernies, ni sutures de la rotule, etc.; de plus, en tenant compte de l'état constitutionnel du blessé, et avec des précautions, on pourra éviter ces malheurs dans la mesure du possible.

Les contre-indications véritables sont fournies par l'état de santé du sujet : l'analyse de l'urée excrétée est une sage précaution, qu'il faut pratiquer le plus souvent possible. Les cachexies, l'albuminurie, le diabète, l'obésité, une nutrition ralentie ou altérée sont des contre-indications constantes. L'âge doit être mis en ligne de compte, mais n'est cependant pas toujours un obstacle à l'opération.

D'après ce que nous venons d'exposer, les indications et les contre-indications à l'opération sont essentiellement variables, suivant les chirurgiens, suivant les milieux, suivant les individus eux-mêmes. Une application constante de l'opération de Lister donnera des résultats plus brillants et plus rapides, mais il faut, dans cette détermination, une grande réserve, car la moindre faute peut entraîner de terribles conséquences, qu'on aurait évitées avec les appareils et le massage.

B. *Fractures anciennes*. — La suture osseuse dans les fractures anciennes a rencontré plus de sympathie. On admet généralement, aujourd'hui, l'intervention toutes les fois que le traitement médical a été impuissant. M. Chaput (1) a établi les divers modes de consolidation des fractures de la rotule : le premier type est la *restitutio ad integrum*, avec cal osseux non hypertrophié. Dans le deuxième type, c'est encore un cal osseux, mais il est gros, allongé et fait obstacle à la flexion. Dans un troisième type, le cal est fibreux, mais court (moins de 2 centimètres) et flexible; l'appareil rotulien prend une forme concave qui se moule exactement sur la convexité de la trochlée fémorale et la flexion n'est nullement gênée.

Avec un cal moyen (de 2 à 5 centimètres), quatrième type, les troubles de la flexion reparaissent; le fragment supérieur, remonté trop haut dans le creux sus-condylien, s'y déforme, ses liens fibreux se rétractent, le cul-de-sac sous-tricipital disparaît, et il en résulte que le fragment a perdu droit de cité articulaire, il ne peut plus reprendre ses excursions d'autrefois sur le cartilage trochléen, il limite considérablement la flexion.

Dans le cinquième type, le cal est très long (plus de 5 centimètres); la flexion est possible parce que ces cals sont allongés, souples, déplissables, mais, comme dans le type précédent, le fragment supérieur ne reprend plus ses excursions sur la trochlée fémorale. Dans toutes les variétés, l'extension est possible; excepté dans les cas rares où toute consolidation fait défaut.

Pendant la première année, toutes les fractures anciennes de la rotule sont justiciables du traitement médical; car l'immobilisation prolongée, qui, presque toujours, a présidé à l'édification de tous ces types, amène à sa suite des

(1) Chaput. Th. de Paris, loc. cit.

raideurs articulaires qui mettent souvent une année à disparaître (Chaput).

Tous les malades se trouvent bien du massage, des bains sulfureux, des mouvements et de l'électrisation (Verneuil, Petit, Richelot), mais il ne faut pas non plus s'éterniser dans cette manière d'agir, car les résultats de la suture osseuse sont d'autant plus satisfaisants que l'opération a été plus prompte (Championnière). De plus, avec un écartement un peu prononcé, le triceps se rétracte et se maintient énergiquement dans son *modus vivendi*; d'autre part, les fragments rotuliens tendent de plus en plus à se résorber, leur nutrition s'altère et les chances de la réunion osseuse diminuent de plus en plus. Si, comme il arrive souvent, l'un d'eux est trop petit, il deviendra impossible de le perforer, les tendons, au travers desquels on peut, à la rigueur, passer des fils métalliques, n'offriront pas assez de résistance aux tiraillements pour peu que l'écartement soit un peu prononcé et le triceps crural difficile à allonger (1). Les résultats à obtenir sont donc variables suivant l'écartement et l'ancienneté de la fracture. L'intervention sera autorisée toutes les fois que le traitement médical aura été impuissant et que l'impotence fonctionnelle persiste après quelques mois sans aucune amélioration.

On peut se laisser guider, comme le dit von Viniwarter, par l'état social du blessé; il est, en effet, certain qu'une impotence relative n'entraîne pas les mêmes conséquences pour un ouvrier que pour un homme ayant une certaine fortune, à même de vivre avec une infirmité. Si les fragments peuvent se rapprocher, tout est pour le mieux et l'on aura un cal osseux, ainsi que le prouvent les bons résultats de Lister, Mac Ewen, M. Championnière, etc. Sinon, la flexion peut se trouver compromise et l'on emploiera les différents procédés que nous avons décrits. Dans ce cas, on a conseillé la suture à distance (Championnière), la section du tendon du triceps (Smith), des incisions sur ce muscle (Mac Ewen), l'ablation de la tubérosité tibiale (Sonnenburg, Poncet), le décollement du triceps de son insertion fémorale, jusqu'à la ligne âpre, ou même l'ablation d'un des fragments ou l'extirpation totale de la rotule (Chaput), le port d'un appareil articulé. Chaque procédé, d'après ces auteurs, a donné des résultats. Nous avons vu la suture à distauce en donner de très satisfaisants et les fils d'argent n'avoir aucune tendance à couper les fragments. Mais l'opération, dans les cas de fractures anciennes, est loin de donner toutes les satisfactions qu'elle fournit dans les fractures récentes; de plus, le manuel opératoire est plus pénible, cependant l'opération est souvent le seul moyen de remettre sur pieds, les malades qui peuvent alors gagner leur vie. On agira de même pour les fractures itératives.

VI

Conclusions. — Le traitement des fractures transversales de la rotule doit être variable suivant les cas; si l'on emploie les anciens procédés, il faut une thérapeutique combinée (appareils, massage, compression, ponction) pour remédier aux complications de ces fractures intra-articulaires.

Mais, le plus souvent, ces procédés ne donnent que des résultats inconstants et souvent défectueux.

L'opération de Lister permet seule une guérison radicale et promptement elle supprime la douleur si vive avec les appareils, elle prévient l'arthrite, la raideur articulaire et l'atrophie musculaire, elle permet la mobilisation précoce et donne une réunion osseuse.

Mais pour pratiquer l'arthrotomie et la suture, il faut être rompu à l'exercice de l'antisepsie, sous peine des accidents les plus graves : et il faut, en outre, qu'il n'y ait dans la santé du malade aucune des contre-indications signalées plus haut.

On doit songer aussi que la nécessité du chloroforme augmente le danger, que dans les petits écartements, on peut obtenir, avec les appareils et le massage, une guérison suffisante.

Donc, dans les écartements supérieurs à 2 centimètres, la suture osseuse est indiquée dans la majorité des cas, c'est le seul mode de traitement rationnel.

Dans les petits écartements (moins 2 centimètres), le massage, les appareils, etc., doivent être la règle commune; mais on est autorisé, si on peut réaliser toutes les conditions indispensables au succès de l'opération, à tenter la suture osseuse dont les résultats sont plus rapides et plus sûrs. Il n'y a que les fractures sans écartement appréciable qui ne relèvent pas de l'opération.

Dans les fractures anciennes, il faut opérer toutes les fois que l'impotence persiste malgré le traitement médical employé (massage, électricité, douches sulfureuses, etc.).

Il ne faut pas trop attendre, car l'opération devient plus difficile et les résultats sont moins beaux.

Si l'on ne peut rapprocher les fragments, on emploiera soit la suture à distance, soit une des méthodes que nous avons décrites.

Il sera fait de même pour les fractures itératives de la rotule. L'intervention s'impose d'elle-même dans les fractures compliquées.

(1) Conzette. Loc. cit.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de chirurgie (1), publié sous la direction de MM. Duplay et Reclus.

CINQUIÈME VOLUME

Le cinquième volume continue l'étude des régions et commence par un chapitre sur les vices de développement de la face et du cou, par M. Broca. Le bec-de-lièvre, comme on avait le droit de s'y attendre, est traité avec un soin tout spécial.

L'auteur fait précéder son étude de celle du développement de la face, ce qui ne contribuera pas médiocrement à la clarté de la description. Les nombreuses figures intercalées dans le texte, celles qu'on trouve plus loin, au chapitre de la restauration des lèvres, attestent une volonté expresse de se faire clair dans ces questions, parfois difficiles à suivre dans leurs détails anatomo-pathologiques.

Plus loin, M. Broca décrit les affections de la face, des lèvres, de la cavité buccale, des gencives, de la langue, du palais et du pharynx. L'abondance des matières l'oblige à faire court, mais nous n'y perdons rien, car si les détails sont traités avec précision, concision parfois, ils sont partout et toujours d'intelligence facile. On doit une mention spéciale au chapitre de l'épithélioma des lèvres, du cancer de la langue, où l'auteur ne se contente pas d'exposer les procédés opératoires, mais les critique, les juge et montre où peut aller aujourd'hui l'intervention sanglante.

M. Heydenreich donne une étude très complète des maladies

(1) In-8°. Prix : tomes V et VI, 18 francs chaque; tome VII, 20 francs; tome VIII et dernier, 22 francs. — Paris, G. Masson.

des mâchoires et s'applique à en mettre en lumière les points principaux. C'est ainsi que les tumeurs — d'origine dentaire ou non — occupent un bon tiers de la description et s'enrichissent des données récentes de l'anatomie pathologique. M. Heydenreich termine, à propos de « constriction des mâchoires », par une discussion des procédés opératoires employés de nos jours.

Les maladies du plancher buccal, des glandes salivaires, de l'œsophage et du larynx réservent au lecteur une foule de chapitres intéressants qu'il n'est même pas possible de citer tous ici. Ils sont dus à la plume de M. Hartmann. Mentionnons cependant les « tumeurs de la parotide », la « grenouillette », « l'exploration du larynx », les « tumeurs » et « l'extirpation du larynx ». A propos des affections de l'œsophage, l'auteur donne une planche qui résume sa communication, faite, en commun avec M. Quénu, en février 1891, à la Société de chirurgie. Elle démontre nettement la possibilité d'aborder l'œsophage par une incision faite à gauche, sans danger d'ouvrir la plèvre, laquelle ne présente point là de cul-de-sac profond semblable à celui qu'on trouve au contraire à droite, précisément en arrière de l'œsophage que l'opérateur cherche à atteindre.

Deux autres figures reproduisent celles déjà parues dans le *Bulletin de la Société anatomique*, au sujet de la gastrostomie, par le procédé de M. Perrin. Mais ce chapitre est à lire, il est d'une trop grande importance et trop personnellement traité par l'auteur, pour qu'il ne soit pas possible d'y renvoyer.

Nous retrouvons M. Broca dans l'exposé des tumeurs thyroïdiennes, de leur traitement et des accidents de ce traitement. C'est, avec l'article du même auteur dans le *Dictionnaire encyclopédique*, le seul endroit où la question soit étudiée à fond et les 50 pages qu'elle occupe ne paraissent pas un instant trop longues.

Le volume se termine par les maladies du cou, décrites par M. Walther. Un chapitre toujours difficile à lire, le torticolis avec ses si nombreuses variétés, est traité avec tous les développements voulus et mérite une mention toute spéciale pour la clarté de son exposé. Mais le point le plus intéressant comprend l'étude des anévrysmes (carotides, tronc brachio-céphalique, sous-clavière). L'auteur a réuni tous les cas publiés et fourni une statistique complète, puisée à toutes les sources, françaises et étrangères. Cet important travail met la question au point et facilite singulièrement les travaux ultérieurs sur elle. Le volume se termine par une étude des tumeurs du cou, des kystes particulièrement, dont quelques-uns (kystes branchiaux) ont été distraits pour figurer dans les « vices de développement du cou », étudiés plus haut par M. Broca.

Cette dernière partie de l'ouvrage est traitée d'une façon telle qu'on se prend à regretter que la part de l'auteur n'ait pas été faite plus large, pour le profit de ceux qui auront à la lire, c'est-à-dire, aujourd'hui, de tous.

SIXIÈME VOLUME

M. Peyrot commence le sixième volume par l'étude des affections de la poitrine. Reprenant tout ce qui a été fait sur la pleurésie purulente, en particulier, il étudie la question sous tous ses aspects et nous met au courant des idées récentes émises à la Société médicale des hôpitaux et dans la thèse de M. Courtois-Suffit. C'est une question rajeunie et ce nouveau chapitre laisse loin derrière lui celui que le même auteur écrivait, en 1886, dans le Traité des Quatre Agrégés. La microbiologie nous a vraiment montré le chemin et nous savons aujourd'hui ce qu'on peut attendre de l'examen bactériologique du pus pleurétique, comme pronostic à tirer et comme moyens curatifs à mettre en œuvre.

Les maladies de la mamelle — précédées d'un bon chapitre sur les anomalies congénitales, acquises et physiologiques — sont traitées avec l'extension qu'elles méritent, par M. Pierre Delbet. L'auteur prend à part chacune des maladies du sein, et, s'il ne lui est guère possible d'innover en matière de diagnostic et de thérapeutique, au moins nous montre-t-il les derniers progrès faits en clinique. On en peut dire autant des affections inflammatoires de la mamelle, auxquelles près de 50 pages sont consacrées : c'est une étude complète, écrite dans un style net et vigoureux, où la note personnelle se retrouve à tout pas, ce qui n'est point pour en rendre la lecture moins agréable.

Après une courte étude des tumeurs de l'ombilic et de la paroi abdominale, écrite par M. Michaux, vient le long chapitre des affections de l'abdomen, long surtout par la quantité de matériaux accumulés sur cette question dans ces dernières années. C'est M. Jalaguier qui a accepté de s'en charger. Les plaies de l'abdomen — cette question si délicate et toujours en discussion courante — y sont étudiées avec un soin particulier. Après quelques pages sur la chirurgie de l'estomac, sur l'intervention dans les rétrécissements du pylore, sur l'occlusion intestinale, l'auteur étudie la question toujours si délicate des péritonites. C'est là qu'on trouvera la meilleure description de l'appendicite et de son traitement; c'est là encore qu'on expose, pour la première fois, dans un Traité chirurgical, la péritonite tuberculeuse avec ses formes, son diagnostic et surtout ses indications thérapeutiques variables suivant la forme de la maladie.

Trois cents pages, de M. Berger, sont consacrées aux hernies : c'est le traité le plus complet que nous en possédions. Le traitement, si modifié depuis quelques années, permet à l'auteur de passer vite sur les points longuement étudiés autrefois (causes de l'étranglement, engouement herniaire). Il s'étend, au contraire, sur tout ce qui a trait à l'intervention chirurgicale et nous apporte les résultats de sa longue pratique dans la cure radicale des hernies. D'excellentes figures, les meilleures peut-être de l'ouvrage, accompagnent le texte.

Enfin le volume se termine par quelques pages de M. Chaput sur l'anus contre nature et sur le traitement des fistules stercorales simples ou compliquées.

SEPTIÈME VOLUME

Plus volumineux que ceux qui l'ont précédé, le septième volume est partagé entre six collaborateurs. Il s'ouvre par les maladies de l'anus et du rectum, écrites par M. Potherat. On y trouvera, en particulier, un bon chapitre sur les diverses variétés de rétrécissement du rectum, et un exposé très complet de l'intervention opératoire dans les affections anales.

Ce qui touche au mésentère, à la rate, au pancréas, figure à peine dans les volumes chirurgicaux que nous avons en main. M. Quénu en fait, dans le septième volume, une étude rapide, bien suffisante pour la rareté de ces affections.

L'étude des kystes hydatiques du foie revenait de droit à M. Segond; il nous la donne complète, claire, agréable à lire, et appuyée de son incontestable autorité. Il en est de même pour les abcès du foie, lesquels comprennent une partie médicale étendue et quelque peu nouvelle, pour la partie bactériologique s'entend. Enfin, tout ce qui a trait aux calculs biliaires, à leurs complications, à la chirurgie de la vésicule ou des voies de la bile a reçu de l'auteur une extension telle qu'on peut se dispenser de recourir aux thèses ou mémoires, si nombreux sur ce sujet, qui ont vu le jour dans ces dernières années.

Tout ce qui a trait au bassin — os, articulations, vaisseaux — a été réuni en quelques chapitres par M. Walther. Nous retrouvons là ces qualités de style sobre, toujours clair, que nous avons déjà appréciées dans les précédents volumes.

M. Tuffier nous donne un véritable traité des maladies urinaires dans les 350 pages qu'il leur consacre; il n'en fallait pas moins pour aborder tous les chapitres de cette si intéressante partie de la chirurgie. Ici, il n'est guère possible de rien citer : il faut lire. Pyélo-néphrite, tuberculose rénale, cancer du rein, tumeur de la vessie, cystite, tout a été remanié de telle façon que la nécessité d'un traité didactique complet s'imposait : c'en est un, vraiment, qu'on trouve dans le septième volume du traité de chirurgie, appuyé de toute l'autorité de l'auteur, que personne ne songera à contester. Nous devons lui savoir gré d'avoir écrit en tête de son ouvrage un très utile paragraphe sur « l'exploration du rein » : c'est à la fois un enseignement de clinique, et une véri-

table étude de diagnostic différentiel. De même, deux chapitres spéciaux sur « les opérations qui se pratiquent sur le rein et sur la vessie », complètent utilement les données de pathologie pure.

L'un des deux auteurs du *Traité de thérapeutique chirurgicale*, M. Forgue, a accepté d'écrire, dans le *Traité de chirurgie*, tout ce qui concerne les affections de l'urèthe et de la prostate. On y trouvera de bons chapitres sur le rétrécissement, sur l'infiltration d'urine, les fistules de l'urèthre. La partie thérapeutique est très largement traitée, ainsi qu'on devait s'y attendre. De plus, la plume facile de l'auteur rend la lecture agréable jusqu'aux parties les moins attrayantes de ce qu'il avait à nous dire.

HUITIÈME VOLUME

Le dernier volume du *Traité de chirurgie* vient de paraître; les auteurs ont tenu leur promesse, et, dans le temps annoncé, les huit volumes ont successivement été édités. Le dernier était peut-être le plus attendu de tous, en raison des matières qui devaient y être traitées; on peut affirmer qu'il dépasse en intérêt tous les autres et qu'il était difficile de mieux terminer un ouvrage.

M. Reclus s'est chargé d'écrire les maladies de l'appareil génital de l'homme. Nul mieux que lui ne pouvait le faire, si, en dehors même de sa thèse, on veut bien se rappeler ses nombreuses publications sur ce sujet, dans les dictionnaires et ailleurs. Le chapitre de l'hématocèle, particulièrement soigné, contient l'étude la plus complète que nous ayons encore des hématocèles pariétales, avec des dessins destinés à montrer quelques cas nouveaux déjà publiés par M. Reclus ou ses élèves. Rien à dire du chapitre de l'hydrocèle, de celui des tumeurs du testicule, des kystes épididymaires; rien, sinon qu'apparaît partout la même préoccupation constante, celle de faire clair, d'expliquer les points obscurs (voir la pathogénie des kystes, etc.) et de satisfaire constamment l'esprit par le plus serré des raisonnements.

Quelques pages de M. Michaux sur les affections de la vulve et du vagin; les fistules urinaires sont particulièrement bien décrites.

Tout ce qui appartient à l'utérus a été confié à M. Delbet. C'est assez dire que nous avons enfin une description complète des métrites, et un excellent chapitre des déviations utérines, que l'auteur a étudiées avec un soin spécial.

Celui qui a écrit les « Suppurations pelviennes » était désigné pour rédiger, dans le *Traité de chirurgie*, ce complément de son livre, et nous devons lui savoir gré d'avoir joint aux notions scientifiques les plus étendues un excellent sens critique, dont il aime à user, dans l'intérêt de tous d'ailleurs.

Les annexes (salpingites, ovarites, hématocèles). Cette grosse partie du huitième volume a été écrite par M. Segond, à qui nous devons déjà tout ce qui a trait aux affections du foie. C'est toujours la même plume facile, élégante, d'un chirurgien qui a beaucoup vu, beaucoup opéré, et qui sait défendre ses idées avec une chaleur qui lui fait chaque fois de nouveaux partisans. On trouvera ici une bonne partie des opinions qu'il a eu occasion de défendre l'année dernière à la Société de chirurgie, et qui ont fait tant de chemin depuis. Une mention particulière au chapitre des kystes ovariens. Désormais, il ne sera plus nécessaire d'avoir recours, comme chacun le faisait, au septième volume de la *Revue encyclopédique*, et le *Traité de chirurgie* nous offre, du même auteur, tout ce que nous allions y chercher.

L'ouvrage se termine par une succession de chapitres des plus importants, et qui ont trait aux affections des membres. C'est M. Kirmisson qui a bien voulu s'en charger. Ici, il est impossible de rien citer, il y a trop de chapitres intéressants pour qu'on ne risque pas d'en oublier plusieurs parmi les principaux. Inutile d'ajouter que l'auteur a largement usé de ses connaissances spéciales en orthopédie pour nous faire connaître les traitements nouveaux, nés dans ces dernières années, et en critiquer la valeur.

ARROU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous sommes heureux de rassurer les nombreux amis de M. le docteur Chevallereau, rédacteur en chef de la « France médicale », dont nous avons annoncé la mort dans un certain nombre d'exemplaires de notre dernier numéro. Notre collègue ne nous a heureusement pas quittés. En recevant la lettre qui nous annonçait la mort de M. le docteur Chevallereau, nous avions pensé tout d'abord à notre sympathique collègue; vérification faite, c'est de notre honoré confrère, M. le docteur Chevallereau (de Parthenay), que nous avons à regretter la perte.

— Par décret, en date du 8 décembre 1892, ont été nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les docteurs Nogué et Burdin, médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — M. Prince, pharmacien universitaire de première classe.

— Par décret, en date du 12 décembre 1892, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Drago, Pascalis et Vergniaud.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Recoules et Négretti.

Au grade de pharmacien en chef. — M. le pharmacien principal Chalmé.

Au grade de pharmacien principal. — M. le pharmacien de première classe Perrimond-Trouchet.

— Par décret, en date du 14 décembre 1892, M. Thomas, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur. — Faits de guerre au Dahomey.

— Par décision ministérielle, en date du 12 décembre 1892, M. le médecin de deuxième classe de la marine Barthélemy a été inscrit d'office au tableau d'avancement, pour le grade de médecin de première classe de la marine. — Faits de guerre au Dahomey.

— Par décision ministérielle, en date du 14 décembre 1892, M. Cherpitel, médecin aide-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger, a été désigné pour le 149e régiment d'infanterie, par permutation avec M. le médecin aide-major de première classe Georges.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Delezenne est institué chef de clinique médicale.

— Les candidats à l'École du service de santé militaire pour 1893 trouveront, dans le « Journal officiel » du 14 décembre 1892, l'instruction ministérielle pour le concours d'admission qui doit s'ouvrir le 21 juillet prochain. La date extrême d'inscription est fixée au 4 juillet au soir.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les professeurs Garreau (de Lille) et Soubeiran (de Montpellier).

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1887 et 1888, par M. le docteur Péan, membre de l'Académie de médecine. Tome VIII. 1 fort volume in-8°. — Prix : 25 francs. — Paris, Félix Alcan.

Anesthésie chirurgicale et obstétricale (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par les docteurs Auvard et Caubet. 1 vol. in-16, reliure

d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*
Goutte. Gravelle. Diabète — Eau min^le^ Contrexéville-Pavillon.

Kola Monavon — Élixir, vin, eupeptique, Aliment d'épargne, médicament cardio-vasculaire, tonique reconstituant.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 145. — MARDI 20 DÉCEMBRE 1892. 65e ANNÉE. MARDI 20 DÉCEMBRE 1892. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 19 décembre 1892.

Dans sa séance dernière du 15 décembre, l'Assemblée générale de la Faculté a émis le vœu que la limite d'âge, imposée par la loi militaire pour le doctorat en médecine, soit reculée d'une année et portée à vingt-sept ans.

Contrairement à l'avis de la Commission, elle a décidé que les études classiques devaient rester ce qu'elles étaient et elle a voté le maintien de la classe de philosophie avec le programme actuel. Il était probable, en effet, qu'un vœu de la Faculté portant sur des réformes à introduire dans l'enseignement classique eût été considéré comme nul et non avenu devant le Conseil supérieur de l'Instruction publique, presque exclusivement composé d'universitaires.

Mais l'échec de la Commission a entraîné sa retraite. Un nouveau rapport doit être élaboré. Cependant, la situation paraît être franchement dessinée. La grande majorité des professeurs a reconnu la nécessité d'augmenter d'une année le laps de temps qui existait entre le baccalauréat et la date fixée pour le service militaire; mais comme, d'une part, l'Assemblée des professeurs a voté le maintien des études classiques, et que, d'autre part, il ne faut guère espérer un nouveau remaniement de la loi militaire en faveur des étudiants en médecine, il s'ensuit que cette année doit être prise sur les études médicales elles-mêmes.

Cette réforme ne peut évidemment porter que sur le programme de la première année d'études. Aussi, peut-on la considérer, dès maintenant, comme devant être acceptée par la Faculté.

A propos de l'observation présentée par M. Debove dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, M. Laveran rappelle (16 décembre) que M. Richard, médecin militaire, a rapporté, en 1880, une observation très analogue. Un Arabe présentait des signes d'ascite, et la ponction donna issue à un liquide albumineux fortement teinté par la bile. Il n'y avait à peu près aucun signe de péritonite. L'autopsie faite un mois plus tard montra qu'il s'agissait de kystes hépatiques : l'un d'eux, qui s'était ouvert dans le péritoine, communiquait en même temps par une fistule avec les voies biliaires. De même que, dans le cas de M. Debove, les signes de péritonite avaient été à peu près nuls, et cela était bien fait pour étonner à cette époque où l'on pensait que la bile était très irritante pour les séreuses et qu'à son contact avec le péritoine, il devait se développer, forcément, une péritonite suraiguë. On sait, à l'heure actuelle, qu'elle ne détermine de péritonite que lorsqu'elle est chargée de microbes; lorsqu'elle est aseptique, elle est à peu près inoffensive.

Les médecins militaires sont bien placés en Algérie pour étudier les kystes hydatiques, très fréquents chez les indigènes. M. Laveran a, dans un cas, ponctionné une assez vaste collection liquide de l'abdomen : le liquide était également albumineux et teinté de bile au début. Le trocart, enfoncé plus profondément, donna passage à un liquide clair, presque eau de roche, suivant la comparaison classique, dans lequel manquaient cependant les crochets et les hydatides. A l'autopsie, même, il y eut un instant d'hésitation, et il fallut beaucoup d'attention pour reconnaître qu'il s'agissait d'une vaste poche hydatique en communication, par une fistule, avec les voies biliaires.

Quelquefois aussi les kystes hydatiques s'ouvrent dans les bronches, alors qu'ils communiquent, d'autre part, avec les voies biliaires. Il en résulte une sorte de vomique biliaire dont la signification est, du reste, bien connue.

M. Babinski revient, de nouveau, sur les caractères de la paralysie hystérique de la face à propos de travaux récents de Kœnig et de Remak, il n'admet pas, avec ces auteurs, pour caractère de la paralysie faciale que la parésie soit marquée au repos, au lieu de l'être à propos des mouvements. En effet, cette parésie, nulle dans les mouvements quelconques, était évidente dans l'acte de la parole chez un malade de M. Ballet; nulle dans l'acte de la parole, elle était accentuée dans les autres mouvements chez un malade de M. Babinski.

Ce dernier pense que la déviation de la commissure, dans la paralysie faciale hystérique, est due plus souvent au spasme qu'à la paralysie ; mais il admet, cependant, l'existence réelle de la véritable paralysie faciale de nature hystérique. Ce qui la rend plus difficile à découvrir, pense-t-il, c'est que, dans l'hystérie, la tonicité musculaire est conservée, contrairement à ce qui existe dans les autres paralysies de la face. Il en résulte que la déviation de la commissure ne se produit pas.

Ce qu'il ne faut pas oublier, en tout cas, ce qui a le plus

de valeur au point de vue du diagnostic, c'est que la paralysie faciale hystérique se fait presque toujours remarquer par quelque singularité qui sort du cadre habituel.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Poncet.

Kyste hydatique du grand dentelé.

Par M. Lagoutte, interne des hôpitaux, prosecteur à la Faculté.

Bien que le kyste hydatique des muscles ne soit pas une rareté pathologique, le nombre des observations connues en est relativement restreint. M. Marguet, qui les a toutes réunies dans sa thèse (Paris, 1888), est arrivé à 130. Depuis, quelques cas isolés ont encore été signalés, c'est ainsi qu'à propos de deux malades opérés par M. le professeur Poncet, M. Rochet a publié (1) une Revue d'ensemble sur le diagnostic et le traitement de ces tumeurs.

On sait que ces kystes se localisent de préférence dans certains muscles : les adducteurs, les lombaires, le triceps crural, les fessiers, les pectoraux, le trapèze, etc., tous remarquables par leur volume et leur activité fonctionnelle.

Le siège un peu anormal du kyste qui fait l'objet de cette note, lui donne un certain intérêt. Dans la thèse de M. Marguet, nous ne trouvons, en effet, que deux observations analogues, l'une due à Velpeau (2), l'autre à M. Polaillon (3).

Observation. — V..., Jeanne, âgée de trente-cinq ans, journalière habitant à Montbrison, entrée salle Sainte-Anne le 8 novembre 1892.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels. Excellente santé antérieure. Abcès au sein droit, il y a treize ans.

Cette femme entre à l'hôpital pour une grosse tumeur qu'elle porte sur la partie latérale droite du thorax, et dont elle s'est aperçue depuis quatre ans et demi environ. Cette tumeur s'est développée spontanément, sans cause apparente, sans que la région ait été le siège d'aucun traumatisme. L'évolution en a été lente, insidieuse mais constante.

Actuellement, on trouve sur la ligne axillaire, à peu près à la hauteur du sein, ou légèrement en dessous, une masse de la grosseur d'une tête de fœtus. A son niveau, la peau a conservé son aspect normal et se déplace facilement à la surface. Quoique profondément située, la tumeur n'est pas adhérente au squelette. Lisse, sans bosselures, elle donne la sensation d'une poche remplie de liquide et extrêmement tendue, ce qui rend la fluctuation difficile à percevoir. Celle-ci est pourtant assez nette pour qu'on puisse l'affirmer.

La tumeur est absolument indolente. Elle n'a jamais été le siège de douleurs spontanées, et à sa surface aussi bien que sur les parties avoisinantes, on ne trouve aucun point douloureux à la pression.

L'état général de la malade est resté excellent. Jamais elle n'a toussé ou présenté de manifestations pouvant faire penser à la tuberculose. Au contraire, c'est une femme bien musclée, grasse, d'une constitution robuste.

Opération. — Le 9 novembre, M. Poncet procède à l'extirpation de la tumeur.

Après une incision transversale, on peut apercevoir les fibres du grand dentelé disséminées à la surface. Un trocart enfoncé au point le plus saillant laisse échapper un liquide clair comme de l'eau de roche. La poche est ensuite facilement isolée et énucléée, puis la plaie est refermée par quelques points de suture, une mèche de gaze iodoformée est laissée à l'intérieur pour drainer.

Dix jours après, la malade sort guérie.

La pièce examinée était constituée par une enveloppe fibreuse, à l'intérieur une couche épaisse blanchâtre, tremblotante, analogue à de l'albumine cuite, et au milieu du liquide, quelques fragments de membrane. L'examen microscopique fait reconnaître facilement la présence des crochets.

Cette observation, intéressante à cause du siège du kyste hydatique, est aussi instructive au point de vue du diagnostic et du traitement.

Assurément, ce sont là des tumeurs dont le diagnostic se fait par exclusion et ne s'affirme jamais d'une façon positive. Et pourtant, dans un cas analogue, étant donné l'existence nette de la fluctuation, qui élimine l'idée de toute tumeur solide, on ne peut guère penser qu'à un abcès froid symptomatique d'une lésion osseuse.

L'évolution lente et indolente, l'absence de tout point osseux douloureux, l'excellent état général étaient des raisons suffisantes pour repousser l'idée d'une pareille lésion, quelle qu'en soit pourtant la fréquence comparée à celle du kyste hydatique.

Ajoutons que, pour M. Poncet, la tension de la poche uniformément arrondie, son indolence absolue, son siège très probablement musculaire par la fixité plus grande de la tumeur dans certains mouvements, devaient faire diagnostiquer une affection parasitaire.

Au point de vue du traitement, il est certain que l'opération de choix est l'extirpation de la poche. C'est l'intervention conseillée par M. Marguet et la plupart des chirurgiens actuels.

Pourtant, M. Rochet, dans le travail cité plus haut, conseille de préférence l'ouverture simple de la poche, avec curetage, cautérisation, dans la crainte de couper les muscles, de les énerver. Assurément, il est des cas où des phénomènes inflammatoires peuvent rendre difficile et même impossible cette dissection de la paroi, et alors, surtout s'il s'agit d'un muscle important au point de vue fonctionnel et dont on craigne de compromettre l'intégrité, on pourra se borner à l'incision. Mais, en général, l'énucléation est facile, et c'est à elle qu'on aura recours, surtout dans un cas comme le nôtre, où l'on n'a pas à redouter la lésion d'un muscle d'une importance en somme secondaire. C'est le moyen d'obtenir en même temps la guérison la plus rapide et la plus radicale.

(1) Rochet. *Province méd.*, juillet 1888.
(2) Velpeau. *Gaz. des hôpit.*, 1857.
(3) Caudiat. Th. de Paris, 1886.

REVUE DE LA PRESSE

Cholédochotomie proprement dite. — M. Terrier vient de publier, dans la « Revue de chirurgie », un mémoire qu'il résume dans les conclusions suivantes :

1° La cholédochotomie proprement dite est une opération fort rationnelle et qui a donné de bons résultats dans la proportion de 82,36 p. 100 ;

2° Cette opération paraît avoir des indications fort nettes, le diagnostic de l'existence de calculs dans le cholédoque pouvant être porté dans bien des cas ;

3° Son *modus faciendi* n'est pas encore bien arrêté, même dans ses temps en quelque sorte accessoires, par exemple l'ouverture de la cavité abdominale ;

4° Souvent la recherche de la vésicule et du canal sont très difficiles, vu l'atrophie fréquente de la première, les adhérences

nombreuses de la face inférieure du foie aux organes voisins, enfin la profondeur à laquelle on est obligé d'agir sur le canal ;

5° Dans certaines circonstances, ne pouvant atteindre le calcul, ou craignant de pratiquer son extirpation à l'aveugle, on comprend que les chirurgiens aient préféré la cholécystentérostomie à la cholédochotomie proprement dite ;

6° Nous croyons, toutefois, que la cholédochotomie doit être l'*opération de choix*, lors de calcul du canal cholédoque. »

Goître hémorrhagique. — Le « Nouveau Montpellier médical » publie un travail de MM. Estor et Cadilhac sur le goître hémorrhagique au cours de la grossesse.

« Nous sommes donc amenés, disent ces auteurs, pour nous résumer, à conclure de cette étude que le médecin a le devoir de surveiller avec attention la marche du goître pendant la grossesse, nous laissons de côté la congestion thyroïdienne simple, rarement cause d'accidents. Si la grossesse n'exerce, sur le développement de la tumeur, qu'une influence peu appréciable, on se contentera de garder l'expectative, appuyée, si l'on veut, des moyens médicaux que nous offre la thérapeutique. Si l'état de gravité donne, au contraire, une impulsion inquiétante à l'évolution du goître, de bonne heure il faudra prendre le parti d'intervenir. Dans les premiers mois, non seulement on sera autorisé, mais encore on ne devra pas hésiter à provoquer l'avortement, pour éviter plus tard à la femme des dangers mortels. Si la grossesse est trop avancée et les symptômes cliniques du goître menaçants (suffocation, hémorrhagies, etc.), il sera contre-indiqué de perdre un temps précieux à faire usage des moyens palliatifs ou à essayer de provoquer l'accouchement prématuré. La vie de la mère étant en péril imminent, on se déterminera, selon nous, à pratiquer l'ablation du corps thyroïde, et l'opération de choix sera la thyroïdectomie partielle. »

Contusions du thorax. — A propos d'un cas de mort consécutive à la fracture de neuf côtes du côté droit, MM. A. Jaumes et E. Estor ont institué des recherches expérimentales qu'ils résument ainsi dans le « Nouveau Montpellier médical » :

« Il nous a été impossible de déterminer si des fractures de côtes peuvent à elles seules entraîner la mort en dehors des complications, des lésions viscérales et par le fait seul de la gêne apportée aux phénomènes mécaniques de la respiration. Dans les violentes contusions du thorax, les lésions pulmonaires sont le plus souvent indépendantes des fractures et ne sont pas occasionnées par les extrémités des fragments des côtes fracturées. Ces lésions s'expliquent soit par le redressement brusque de la surface convexe des organes (Peyrot), mais peut-être aussi par des arrachements dus aux tractions exercées au niveau du point de suspension de ces organes. Cette théorie nous parait également applicable aux déchirures du foie par contre-coup. »

Désinfection des mains. — La « Revue générale de clinique et de thérapeutique », expose de la manière suivante la technique employée dans le service d'accouchement de M. le professeur Tarnier :

« 1° Savonnage et brossage des mains sous un robinet d'où s'échappe de l'eau contenant 40 centigrammes de sublimé pour 1 000 grammes ; 2° lavage des mains sous le même robinet jusqu'à ce qu'elles soient débarrassées du savon ; 3° toilette des ongles ; 4° lavage à l'alcool ; 5° rinçage sous le robinet de la solution de sublimé ; 6° immersion dans le permanganate de potasse à 1 p. 1000.

Puis, à la fin de la visite, pour faire disparaître la coloration brune produite par le permanganate de potasse, il suffit de tremper ses mains dans une solution de bisulfite de soude au dixième. »

C'est là la pratique habituelle de nombre de laparotomistes ; sauf, toutefois, que le lavage au bisulfite de soude suit immédiatement l'immersion des mains dans la solution de permanganate.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance publique annuelle. — Présidence de M. d'Abadie.

M. le Président ouvre la séance en payant le tribut des regrets de l'Académie aux membres qu'elle a perdus cette année : Richet, de Quatrefages de Bréau, Jurien de la Gravière, Ossian Bonnet, Mouchez, membres titulaires ; Airy, membre associé étranger ; Lalanne, membre libre ; de Coligny, Gilbert, Abria et Adams, membres correspondants.

M. le Secrétaire perpétuel proclame les noms des lauréats.

PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1892

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon : Trois prix sont décernés à MM. Farabeuf et Varnier, Javal et Lucas-Championnière. — Trois mentions sont accordées à MM. Kelsch et Antony, Pitres et Redard. — Des citations sont accordées à MM. Brocq, Testut et Thiroloix.

Prix Barbier : Le prix est partagé entre M. Laborde et MM. Cadéac et Albin Meunier. — Deux mentions sont accordées à MM. Paul Thierry et Marcel Beaudouin. Une somme de 500 francs est ajoutée à la mention de M. Beaudouin.

Prix Bréant : Le prix est partagé entre MM. Proust et Henri Monod.

Prix Godard : Le prix est accordé à M. Albarran. — Une mention à M. Repin.

Prix Bellion : Le prix est accordé à M. Théodore Cotelle.

Prix Mège : Le prix est accordé à M. G. Colin.

Prix Lallemand : Le prix est partagé entre MM. Alfred Binet et Durand (de Gros).

Physiologie. — Prix Montyon : Le prix est partagé entre MM. E. Hédon et Ch. Cornevin. — Deux mentions très honorables à MM. Ephrem Aubert et J. Richard Ewald. — Deux mentions honorables à MM. Hans Molisch et W. Einthoven.

Prix Pourat. — Le prix est décerné à M. H. Roger (de Paris).

Anatomie et zoologie. — Prix Savigny : le prix n'est pas décerné.

Botanique. — Prix Desmazières : Le prix est décerné à M. Pierre Viala.

Prix Montagne : Un prix de 1 000 francs est décerné à M. l'abbé Hue et un prix de 500 francs à M. le docteur Gillot.

Prix de la Fons Mélicocq : Le prix est décerné à M. Masclef.

Prix Thore : Le prix n'est pas décerné.

Minéralogie et géologie. — Le prix Vaillant est décerné à M. Lacroix.

Chimie. — Le prix est décerné M. G. Bouchardat.

Statistique. — Le prix est doublé et partagé entre MM. les docteurs M. Bastié et J. Dardignac.

Prix généraux. — Prix Montyon (arts insalubres) : Le prix est décerné à M. L. Guéroult. — Un encouragement est accordé à M. le docteur Paquelin.

Prix Frémont : Le prix est décerné à M. Émile Rivière.

Prix Leconte (50 000 francs) : Le prix est décerné aux travaux du docteur Villemin. Sur les reliquats de la fondation Leconte, il est accordé un prix à M. Deslandres et un prix à M. Maurice d'Ocagne.

ÉLOGE

M. J. Bertrand prononce l'éloge de M. Chasles.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 décembre 1892. — Présidence de M. Chauvel.

COMMUNICATIONS

Des hernies inguinales congénitales enkystées. — **M. Berger**, à propos du fait de hernie spéciale, communiqué par M. Michaux, ne conteste pas qu'on puisse rapporter ces hernies à un type général, mais elles n'en offrent pas moins entre elles des différences assez marquées. C'est un point sur lequel il a déjà insisté; depuis, il en a observé un nouvel exemple, qui a présenté deux particularités intéressantes :

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans, intellectuellement et physiquement infantile et porteur de deux hernies, qu'il faut considérer comme des hernies congénitales. Celle de droite était beaucoup plus volumineuse, véritablement scrotale et s'accompagnait d'ectopie testiculaire; M. Berger en a fait la cure radicale et a pu abaisser et fixer le testicule non pas au fond du scrotum, mais un peu au-dessous de la racine de la verge, où, quatre mois plus tard, il était resté maintenu.

La hernie, située à gauche, offrait les caractères d'une hernie interstitielle en apparence réductible. Les téguments largement incisés, M. Berger mit à découvert un gros sac boursouflé, dépassant l'anneau inguinal externe en bas et remontant au delà de l'anneau inguinal interne en haut.

Lorsqu'il eut fendu sa paroi qui était mince et évacué le liquide que contenait sa cavité, il constata qu'à sa partie inférieure il n'était pas entièrement oblitéré et qu'il se continuait par un diverticule grêle jusqu'au testicule; en haut, il était clos, mais à ce niveau on voyait faire hernie un corps en forme de boudin à la partie antérieure duquel apparaissait, à travers un orifice étroit, un appendice graisseux formé par des franges épiploïques.

En réalité, il existait en ce point un premier collet qui enserrait ces franges, et lorsqu'il eut fendu la paroi de ce sac, il trouve, dans son intérieur, de l'épiploon en grande quantité et, un peu plus haut, au-dessous de l'anneau inguinal profond, un autre collet plus large.

L'interprétation de ce fait la plus rationnelle paraît être la suivante : il n'y a eu, chez ce malade, qu'une oblitération incomplète du conduit vagino-péritonéal, de telle façon que, sur trois points, il a présenté trois étranglements, l'un au niveau ou plutôt au-dessus de l'anneau inguinal profond, un second sur le trajet du canal et un troisième au niveau de la racine des bourses. Tout d'abord, il a dû se former une hernie pro-péritonéale qui, ensuite, s'est enkystée dans le renflement interstitiel du conduit vagino-péritonéal, resté en communication avec la partie inférieure de la cavité.

M. Felizet lit un travail relatif au traitement des kystes du cordon et des hernies qui les accompagnent souvent. Ce travail est basé sur onze faits de tumeurs liquides de la région inguino-scrotale, d'un diagnostic souvent épineux et dont l'opération a été suivie de succès.

Il y a, dit M. Felizet, dans l'observation de M. Michaux, autre chose qu'une curiosité anatomo-pathologique. Il est intéressant, sans doute, de signaler les anomalies et les caprices de l'évolution du canal péritonéo-vaginal, mais du fait de M. Michaux, un sac herniaire plongeant dans un kyste du cordon, l'enseignement qui semble résulter est celui-ci :

Se tenir toujours en garde, quand on attaque une poche liquide de la région inguinale, contre l'éventualité de blesser directement ou indirectement une dépendance du péritoine. Il est certain, en effet, que si M. Michaux, au lieu de pratiquer l'opération sage qu'il avait résolue et qu'il a menée à bien, avait pris le trocart et fait une injection iodée, il s'exposait à pénétrer le sac herniaire enkysté et il compromettait la vie de son petit malade.

Notre première observation a trait à une poche transparente triple comprenant : 1° un hydrocèle vaginal; 2° un kyste du cordon et 3° une hernie aqueuse.

La seconde observation, enfant de six ans, est celle d'une hernie aqueuse pénétrée par un kyste du cordon.

Ce sont celles qui se rapprochent le plus du fait de M. Michaux. Les huit autres observations ont trait à des hernies aqueuses et à des kystes congénitaux communiquant avec la cavité péritonéale. Nous montrons, par une gradation méthodique, comment ces lésions sont justiciables du même traitement, en raison du danger commun, la péritonite, auquel les exposerait une intervention faite à l'aveugle. Ce traitement, c'est le traitement à ciel ouvert, c'est le traitement de l'opération radicale des hernies, avec ou sans suture du trajet, suivant les circonstances anatomiques. La simplicité de ce traitement, son innocuité parfaite, son efficacité définitive, le recommandent ou plutôt l'imposent, même dans la chirurgie infantile, surtout dans la chirurgie infantile.

Le terme de hernie aqueuse, fréquemment employé par nous, au cours de notre communication, a paru quelque peu étonner les chirurgiens. C'est une locution bien surannée, suivant nous, et si nous la relevons, c'est qu'elle répond à une réalité de la chirurgie infantile, dont nous avons eu sous les yeux d'assez nombreux exemples. On aurait tort de croire qu'il suffit qu'il existe une ouverture assez large et un sac assez capable pour que l'intestin s'y engage, à l'exclusion de toute autre chose. Dans bien des cas de persistance supérieure du canal péritonéo-vaginal, on voit, nous ne savons pourquoi ni comment, des tumeurs séreuses réductibles.

Si l'on observe de près les petits malades, en variant les conditions de la station, de l'attitude, de l'effort, de la fatigue, de l'heure du jour, etc., etc., on ne voit jamais les poches être envahies par de l'intestin : ce sont des *hernies aqueuses* et *exclusivement aqueuses*. L'épiploon s'insinue quelquefois dans ces poches pleines de sérosité. Nous avons vu, contrairement à l'opinion générale, que l'épiplocèle est assez fréquent dans l'enfance.

La hernie aqueuse ne diffère, à vrai dire, du kyste péritonéo-vaginal communiquant que par la disposition anatomique de son collet large. Comme il nous est démontré qu'elle peut recevoir l'épiploon et qu'il ne nous paraît pas impossible qu'elle reçoive un jour ou l'autre l'intestin, nous pensons qu'elle est justiciable du même traitement que l'entérocèle inguinale, c'est-à-dire de l'opération radicale rigoureuse.

Comme, d'autre part, la petite ouverture d'un kyste péritonéo-vaginal peut, aussi bien qu'une grande ouverture, servir à la propagation de l'inflammation du sac au péritoine, il est logique d'affirmer que les procédés qui ne conviennent pas à l'un ne conviennent pas davantage à l'autre, et que le kyste péritonéo-vaginal communiquant est, au même titre que la hernie aqueuse ou intestinale, justiciable de l'opération radicale.

La onzième et dernière observation est celle d'un jeune garçon qui portait un kyste du cordon qu'on avait pris pour une hernie.

Ce kyste s'enflammant donna lieu à des accidents de péritonite infectante, mais circonscrite, qui guérirent après les plus graves péripéties.

Rupture traumatique du foie. — **M. Kirmisson**, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Routier, rapporte l'observation d'un homme de vingt-huit ans qui, employé à la construction de la tour Eiffel, en 1887, fit une chute de 28 mètres. Il se fit plusieurs fractures compliquées, plusieurs luxations, entre autres, une luxation de la hanche gauche; et il se plaignit d'une douleur vive dans la région hypogastrique, bientôt accompagnée de vomissements, d'ictère et de la présence de la bile dans l'urine. Le ventre se ballonna, la respiration devint gênée, et M. Kirmisson reconnaissant la présence de liquide dans la cavité péritonéale, fit une ponction qui donna issue à 8 litres et demi de liquide très fortement chargé de bile. Cette unique ponction amena la guérison, et le malade sortit de l'hôpital après six semaines, complètement guéri de ses lésions multiples.

Il y a longtemps, d'ailleurs, ajoute M. Kirmisson, qu'on sait que les lésions des voies biliaires, ne sont pas toujours mortelles.

Il se peut que, dans ce cas, il n'y ait eu que rupture du foie sans lésions des gros canaux biliaires.

M. REYNIER, à l'appui de l'opinion soutenue par M. Terrier, sur la valeur diagnostique de la vacuité ou de la dilatation de la vésicule biliaire, dans les cas d'oblitération du canal cholédoque, cite les quatre faits suivants qui semblent démontrer, ainsi que l'a dit M. Terrier, que la dilatation de la vésicule biliaire se trouve généralement dans les cas de tumeurs du pancréas, comprimant le canal cholédoque, tandis que son atrophie coïncide le plus souvent avec des calculs de ce canal.

Dans le premier fait, il s'agit d'une femme de soixante ans, atteinte d'un ictère considérable et chez laquelle on diagnostiqua une oblitération du canal cholédoque. Cette femme avait eu de nombreuses coliques hépatiques. Croyant à des calculs biliaires, M. Reynier fit la laparotomie, trouva la vésicule distendue, put extraire de nombreux calculs et fit la cholécystotomie. Cette femme étant morte un mois après, on trouva, à l'autopsie, une tumeur du pancréas comprimant le canal cholédoque.

Dans le second cas, c'était une femme de cinquante-quatre ans, ayant également de nombreuses coliques hépatiques, très amaigrie, ictérique, ayant beaucoup de fièvre. M. Reynier fit la laparotomie, trouva la vésicule très distendue, put extraire un grand nombre de calculs, fit la cholécystotomie. Malgré cette intervention, les accidents persistèrent et la malade succomba, à l'autopsie on trouva un épithélioma cylindrique de la tête du pancréas.

La troisième malade est une femme de trente-cinq ans, n'ayant eu qu'une colique hépatique, jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, qui fut prise de douleurs dans l'hypochondre droit, avec fièvre intense, ictère, accidents gangréneux au niveau de piqûres hypodermiques, abcès, etc. On fit la laparotomie, il fut impossible de trouver la vésicule biliaire. Le foie paraissant granuleux, on crut à un cancer du foie et on referma le ventre. Cependant cette malade guérit et est aujourd'hui bien portante. Il s'agissait donc d'un calcul qu'elle aura rendu spontanément.

Dans le quatrième cas, nombreuses coliques hépatiques, laparotomie, distension de la vésicule, calcul du canal cystique.

Voici donc deux malades chez lesquelles la dilatation de la vésicule s'est rencontrée communément avec des tumeurs du pancréas. Chez la troisième, on ne trouva pas la vésicule, complètement atrophiée, et il s'agissait d'un calcul du cholédoque. Dans le quatrième cas, enfin, il s'agissait d'un calcul du canal cystique. Ces faits viennent donc bien à l'appui de l'opinion soutenue par M. Terrier.

PRÉSENTATION

Résection du péroné. — M. CHARVOT présente un jeune soldat chez lequel il a dû pratiquer une résection totale du péroné pour une ostéomyélite centrale. La réparation osseuse s'est faite et ce jeune homme marche très bien. M. Charvot avait conservé la tête du péroné et la malléole externe.

ÉLECTION

M. PICQUÉ est élu membre titulaire.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité clinique des opérations obstétricales (1), par Heinrich Fritsch.

Le docteur Jules Stas (d'Anvers) s'est donné la peine de traduire, de la 4e édition allemande, l'ouvrage du professeur Fritsch. Il faut l'en remercier, il y a toujours à apprendre dans l'œuvre d'un homme aussi considérable que le professeur de Breslau. Mais il nous est pénible de constater que la science obstétricale française est profondément ignorée d'un homme qui, parmi les siens, a la réputation d'être un savant. Est-ce pure ignorance? Est-ce mauvais vouloir? Nous ne le savons; mais encore quelques années de cet exclusivisme scientifique, et la science obstétricale allemande n'occupera même plus la place secondaire qu'elle occupe actuellement.

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, F. Alcan.

Étude de clinique chirurgicale (1), par le professeur Le Dentu.

La publication de ce volume est un engagement de la part du professeur de clinique de l'hôpital Necker. Dans la suite, il promet de donner, au public médical, un résumé de son enseignement.

Son livre est divisé en trois parties. Dans la première est exposé le résultat des opérations, c'est la statistique intégrale du service. Dans la seconde se succèdent vingt leçons cliniques, choisies parmi les plus importantes, puis dans la troisième, s'aligne un nombre respectable d'observations empruntant leur intérêt soit à leur rareté, soit à certaines particularités d'évolution des maladies, soit à leur actualité.

Cette publication du professeur Le Dentu devrait être imitée de ses collègues, pour le plus grand bien des étudiants et des médecins.

Guide pratique pour l'examen des maladies du larynx, du nez et des oreilles (2), par le docteur J. Baratoux.

Ce manuel est destiné, non pas aux laryngologistes de profession, mais à ceux, médecins ou étudiants, qui désirent apprendre les maladies des oreilles, du nez, de la gorge et du larynx.

Signalons la description très attentive des méthodes d'examen indispensables pour poser le diagnostic de ces affections, et l'exposé des principaux modes de traitement, en faveur actuellement.

De nombreuses figures, un atlas rendent très clair et très précieux ce petit guide, que le docteur Baratoux présente aujourd'hui au public médical.

De l'énucléation du goître (3), par le docteur Aug. Reverdin.

Ce mémoire du professeur de Genève est accompagné de l'observation et de la photographie de tous ses malades. C'est un document indispensable aux chirurgiens qui entreprennent des opérations sur le corps thyroïde. Sa lecture entraîne la conviction et permet d'adopter la conclusion suivante : l'énucléation intraglandulaire est, quand elle est possible, la meilleure opération à opposer au goître parenchymateux ou kystique.

De l'anesthésie chirurgicale et obstétricale (4), par les docteurs Auvard et Caubet.

Le titre de ce petit volume indique son intérêt. L'anesthésie générale, l'anesthésie locale y sont tour à tour étudiées clairement et d'une façon pratique. Les lecteurs y verront que l'anesthésie chloroformique, par le procédé des *doses fractionnées*, tel qu'il a été étudié par le docteur Baudouin dans l'une de nos Revues générales (5), est le procédé recommandé par les auteurs comme le plus simple et le moins dangereux.

Toutes les méthodes d'anesthésie sont étudiées et leur valeur appréciée. La technique des différents procédés est exposée dans ses plus minutieux détails.

Ce petit livre, que son prix modeste met à la portée de toutes les bourses, doit se trouver dans la bibliothèque de tous les praticiens.

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.
(2) In-18. Prix : 6 francs.— Paris, Société d'éditions scientifiques.
(3) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.
(4) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.
(5) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 593.

L'anthrax, pathogénie et complications, traitement par les flèches caustiques au chlorure de zinc (1), par le docteur Bougan.

Voici les principales conclusions du travail de M. Bougan : En présence d'anthrax, au début, nettement circonscrits, s'abstenir des incisions et des pressions exercées sur la tumeur. Employer les pulvérisations phéniquées ou la simple application de compresses imbibées de liqueur de van Swieten. Quand l'anthrax siège au tronc ou sur les membres, prescrire les grands bains de sublimé.

En présence des anthrax d'un certain volume, des anthrax diffus à marche envahissante rapide, des anthrax si sérieux toujours de la face et des lèvres, ne pas attendre l'apparition d'accidents généraux, et intervenir rapidement et radicalement. La destruction de l'anthrax par les flèches de Canquoin, suivant le procédé de M. Polaillon, a, sur l'excision, l'avantage d'éviter des pertes de sang préjudiciables à des malades ordinairement dyscrasiques et affaiblis, et sur la cautérisation au fer rouge, celui d'agir plus radicalement encore et de ne point nécessiter l'emploi du chloroforme.

La cautérisation de l'anthrax par les flèches de Canquoin, complétée par les pansements au sublimé, constitue une méthode de traitement simple et toujours efficace. Elle ne provoque jamais ni accidents, ni complications.

Traitement de la syphilis par les injections de succinimide mercurique (2), par le docteur Arnaud.

Nos lecteurs connaissent déjà le traitement de la syphilis par la succinimide mercurique, s'ils n'ont pas oublié l'excellente Revue publiée ici par M. le docteur Jullien (3). Le docteur Arnaud est un de ses élèves déjà connu par ses différentes publications sur les affections génitales. Voici les conclusions de son intéressant travail :

La solution à employer doit contenir 20 centigrammes de succinimide pour 100 grammes d'eau distillée ; on injecte 1 gramme par jour de la solution.

Il faut employer exclusivement la succinimide obtenue en faisant réagir le gaz ammoniac pur et sec sur l'anhydride succinique : la succinimide préparée par la distillation seule du succinate d'ammoniaque est mal supportée et donne des accidents.

La première ne donne ni abcès, ni inflammation, ni douleur. Elle est remarquable en ce qu'elle ne détermine pas de stomatite, contrairement aux autres sels mercuriques. Cette innocuité est un fait à opposer aux accidents graves possibles avec les sels insolubles.

La succinimide surpasse les sels solubles par la fixité de sa solution.

Comme il a été constaté qu'après l'injection sous-cutanée, l'absorption s'opère très rapidement et avec abondance, comme il est prouvé d'autre part qu'elle est plus lente et relativement faible après l'administration de pilules mercurielles quelconques, on devra, s'il s'agit de provoquer un effet rapide et puissant du mercure, avoir recours non pas aux pilules, mais aux injections sous-cutanées.

Toutes les fois que, le principe de l'injection étant adopté, on aura des raisons de rejeter les sels insolubles, soit qu'on en craigne les dangers possibles, soit que les reins du malade soient défectueux, on aura à choisir parmi les sels solubles. Le plus actif, le moins douloureux, le meilleur serait, d'après le docteur Arnaud, la succinimide.

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.
(2) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Steinheil.
(3) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 247.

Manuel technique du massage (1), par le docteur Brousses.

Les masseurs de profession ont entouré la pratique de leur art d'une série de complications qui en font une pratique mystérieuse, inaccessible à d'autres qu'à eux.

Le docteur Brousses, répétiteur de clinique chirurgicale à l'École du service de santé militaire, s'est, depuis quatre ans, préoccupé d'assurer un enseignement pratique du massage aux infirmiers du service auxquels il a pu ainsi, dès leur instruction terminée, confier en toute sécurité le soin de parachever, par la massothérapie, la guérison de nombreuses affections chirurgicales qui relèvent de ce mode de traitement.

A la lecture du petit livre si clair et si précis du docteur Brousses, on acquiert, comme lui, la conviction que les manipulations du massage peuvent, sans rien perdre de leur efficacité, être ramenées à une description simple, et compréhensible pour tous.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite de la titularisation des hôpitaux temporaires d'Aubervilliers et du Danube, et de la retraite de M. Labbé, médecin de l'Hôtel-Dieu, les mutations suivantes auront lieu, à partir du 1er janvier 1893, dans les services de médecine des hôpitaux de Paris :

M. Ferrand passe à l'Hôtel-Dieu, M. Dreyfus-Brisac à Laënnec, M. Hirtz à Tenon, M. Juhel-Rénoy à Sainte-Périne, M. Gaucher à l'hôpital nouveau de la place du Danube, M. Josias à Aubervilliers (hôpital d'isolement) et M. Hippolyte Martin à Debrousse.

— Les mutations suivantes auront lieu, à partir du 1er janvier, dans les services chirurgicaux des hôpitaux de Paris, par suite de la démission de M. Verneuil et de la retraite de M. Péan :

M. Polaillon passe à l'Hôtel-Dieu, M. Reclus à la Pitié, M. Richelot à Saint-Louis, M. Campenon à Broussais, M. Nélaton à Tenon, M. Prengrueber à la Maison de santé, M. Jalaguier à Ivry et M. Brun à Bicêtre.

— M. Péan fera samedi prochain 24 décembre 1892, à neuf heures du matin, sa dernière leçon à l'hôpital Saint-Louis.

— Le concours pour la médaille d'or des hôpitaux (médecine) vient de se terminer par la nomination de M. Claisse, interne à l'hospice des Enfants-Assistés.

— Par décret, en date du 17 décembre 1892, M. Cornet, ancien médecin de deuxième classe de la marine, a été nommé médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— *Hôtel-Dieu de Reims.* — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Vigneron, Gentin et Parmentier *ex æquo*, Peck, Resiboy, Chéruy et Vincent.

— M. le docteur Montagnon est nommé, après un brillant concours, médecin des hospices de Saint-Étienne.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Marette est chargé des fonctions de chef-adjoint du laboratoire des cliniques (Hôtel-Dieu), pendant la durée du congé accordé à M. Lapicque.

M. Camus est nommé aide dudit laboratoire.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le docteur Faguet est nommé chef de clinique chirurgicale.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Hartemann est nommé préparateur de médecine légale.

— *École de médecine de Clermont.* — M. le professeur Ledru est nommé directeur de l'École.

(1) In-12. Prix : 1 fr. 50. — Paris, G. Masson.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lacaze (de Château-Thierry).

— *Hôpital de la Pitié* (cours de séméiologie chirurgicale). — M. le docteur Thiéry commencera un cours de séméiologie clinique le lundi 19 décembre, à quatre heures, à l'hôpital de la Pitié. Le nombre des élèves sera limité et chacun d'eux sera exercé individuellement à l'examen des malades. — Se faire inscrire par M. le docteur Thiéry, chef de clinique chirurgicale à la Pitié, le matin de neuf à onze heures.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Précis de diagnostic chirurgical, par le docteur A.-F. Plicque, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté et des hôpitaux. 1 vol. petit in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Steinheil.

La thérapeutique antiseptique (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par le docteur E. Trouessard. In-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Recherches sur la toxicité de l'urine normale et pathologique, par MM. Mairet et Bosc. Broch. in-4° avec 2 planches. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

Étude clinique sur la cardio-sclérose (cardiopathies artérielles, artério-sclérose du cœur), par le docteur Huchard. 1 br. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 146. — JEUDI 22 DÉCEMBRE 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 22 DÉCEMBRE 1892. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a fait trève à ses discussions pour entendre plusieurs lectures et plusieurs rapports et pour procéder au renouvellement de son bureau. M. Laboulbène, vice-président, passant au fauteuil de la présidence, c'est M. Le Fort qui a été appelé à remplacer M. Laboulbène, dont la vice-présidence n'aura duré qu'un mois à peine, par suite de la mort du regretté Villemin. MM. Peter et Duplay sont élus membres du Conseil d'administration. M. Cadet de Gassicourt est prorogé dans ses fonctions de secrétaire annuel.

Parmi les rapports dont il a été donné lecture, nous signalerons celui de M. Hervieux au ministre de l'Intérieur, sur un projet de récompense à accorder aux instituteurs et aux institutrices qui auront le mieux favorisé la propagation de la revaccination dans les écoles, tant en France que dans nos colonies. Voici les conclusions proposées par M. Hervieux et adoptées par l'Académie :

« L'Académie est d'avis :

1° Que dans le but d'encourager tous les efforts tendant à faciliter la revaccination, dans les écoles, de tous les enfants au-dessus de dix ans, il y a lieu de créer deux ordres de récompenses consistant en médailles d'argent et en médailles de bronze, les premières au nombre de 100, les autres au nombre de 200 ;

2° Ces médailles seraient attribuées aux inspecteurs primaires, aux instituteurs et institutrices, aux médecins des écoles et à toutes les personnes qui, par leur situation, leur influence, leurs exhortations et leurs démarches, auraient contribué le plus activement à faciliter dans les écoles les revaccinations de tous les enfants ayant atteint l'âge de dix ans ;

3° Un tableau statistique comprenant le nombre des vaccinations, les résultats obtenus et l'indication des personnes qui se sont le plus distinguées par leurs efforts pour élever le chiffre des opérations vaccinales, sera dressé chaque année par les soins des autorités communales ou préfectorales, pour être envoyé à M. le ministre de l'Intérieur, qui transmettra ces pièces à l'Académie de médecine.

L'Académie demande que l'on fasse savoir aux instituteurs et institutrices de la France et des colonies que l'on tiendra grand compte de ces médailles dans l'obtention par eux de récompenses universitaires. »

MM. Panas, Charpentier et Cornil ont lu des rapports sur différents travaux adressés à l'Académie ; M. Poncet (de Cluny), candidat au titre de membre correspondant national, parmi divers travaux, a adressé une note tendant à prouver que les tumeurs épibulbaires de l'œil sont non pas des sarcomes, mais des cancroïdes. Tel est aussi l'avis de son rapporteur, M. Panas.

M. Christmas, qui a étudié plusieurs mélanges antiseptiques et leur valeur microbicide, donne la préférence à un mélange auquel il donne le nom de phénosolyl et dont on trouvera plus loin la formule.

Au début de la séance, l'Académie a entendu deux lectures intéressantes, l'une de M. Poncet (de Lyon) sur un cas d'actinomycose de la joue droite, le premier qui ait été observé à Lyon ; l'autre de M. Commenge sur l'origine et la résidence des insoumises mineures. Dans un premier travail, M. Commenge avait montré la fréquence des accidents syphilitiques chez de très jeunes filles. Dans celui-ci, il recherche l'origine de ces jeunes filles et démontre que la facilité avec laquelle elles peuvent trouver une résidence est une des causes qui contribuent le plus, à Paris, au développement de la prostitution précoce et à la propagation de la syphilis. M. Commenge nous montre bien le mal, mais qui nous donnera le remède ?

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Duplay.

Un cas de tumeur maligne du testicule.

Nous avons depuis quelques jours, dans le service, un malade âgé de quarante ans, qui offre, au niveau du testicule gauche, un néoplasme intéressant au point de vue des difficultés du diagnostic et des indications et contre-indications opératoires. Avant de faire tout à l'heure devant vous l'ablation de ce néoplasme, je crois indispensable de vous résumer l'histoire du malade et les principaux symptômes de son affection.

Le passé pathologique de ce malade ne présente rien d'intéressant à vous signaler. Les antécédents héréditaires n'of-

frent rien de spécial. Un petit fait assez curieux avait pourtant attiré, depuis longtemps déjà, son attention. Le malade a remarqué que son testicule gauche était plus mobile et plus irrégulier dans sa position que le testicule droit. Tantôt il était situé normalement dans les bourses, tantôt il remontait et se perdait dans le canal inguinal, pour redescendre plus tard dans le scrotum. C'est il y a dix-huit mois environ, après une disparition un peu plus longue du testicule, que le malade, au moment où l'organe reparut, constata la première trace de l'affection pour laquelle il entre aujourd'hui à l'hôpital.

Cette première trace était bien peu de chose. C'était une petite tuméfaction tout à fait adhérente avec le testicule, absolument indolente, et ayant à peine le volume d'une bille. Le malade y fit tout d'abord à peine attention. Les progrès furent d'abord lents. Toutefois, au bout d'un an, la tumeur avait presque doublé et atteignait déjà le volume d'une noix. Pendant six mois encore, l'évolution fut peu rapide. Puis, brusquement, la maladie entrait dans une nouvelle période. En six mois, elle atteignait le volume actuel. Depuis quelques jours, les progrès de la maladie sont tels que l'accroissement de volume est presque visible d'un jour à l'autre. De plus, la tumeur, indolente jusque-là, est devenue douloureuse à la pression; il y a même des élancements spontanés.

Pour expliquer la rapidité des progrès dans ces derniers jours, nous devons toutefois tenir compte d'un facteur étranger au développement même de la tumeur. Depuis son entrée dans nos salles, ce malade a été souvent examiné. Si réservés que puissent être les examens, leur répétition donne toujours un coup de fouet au développement des tumeurs malignes. C'est là un fait non moins intéressant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue de la réserve indispensable en pareil cas.

La tumeur actuelle est très grosse; irrégulièrement ovoïde, elle a le volume d'un petit œuf d'autruche et son grand axe vertical ne mesure pas moins de 18 centimètres. Sa grosse extrémité, dirigée en haut, se prolonge et se perd dans le canal inguinal. Il est impossible de reconnaître ni l'épididyme, ni les éléments du cordon.

La peau qui recouvre la tumeur est saine; en haut, elle offre la coloration normale; en bas, elle présente une augmentation de la teinte brunâtre particulière au scrotum. Inférieurement, sur un point, existent des adhérences entre la peau et la tumeur. Mais ces adhérences sont dues à une ponction faite en province il y a environ deux mois. Cette ponction exploratrice ne ramena, fait intéressant à retenir en raison de la consistance dont je vous parlerai tout à l'heure, qu'un peu de sang.

Au point de vue de la consistance, la tumeur, tout à fait en bas, offre une légère rénitence, absolument la même que celle que donne le testicule. En ce point même, la pression éveille encore la sensation douloureuse spéciale que donne la pression du testicule. Mais cette sensation est moins nette et moins accusée que du côté droit.

Dans la partie moyenne de la tumeur, la consistance est d'une dureté extrême, presque ligneuse. Cette dureté varie, d'ailleurs, suivant les points. Quelques points sont fibreux ou cartilagineux. Tout à fait en arrière, cette partie moyenne offre de plus quelques grosses inégalités de surface, quelques bosselures incomplètement ébauchées.

Tout à fait en haut, enfin, la partie supérieure, qui va se perdre dans le canal inguinal, est non seulement rénitente, mais manifestement fluctuante.

Cette portion doit être de développement très récent. Elle n'existait certainement pas il y a deux mois, car c'est en ce point et non sur la partie inférieure, beaucoup moins fluctuante, qu'aurait sans doute porté la ponction exploratrice.

Ces énormes différences de consistance entre les divers points de la même masse sont fort importantes au point de vue du diagnostic.

Si l'on recherche les connexions de la tumeur avec l'abdomen, on constate que, quand le malade tousse, il y a une impulsion, un refoulement de toute la masse. Celle-ci remonte donc assez loin dans l'anneau inguinal. Fait plus grave encore au point de vue du pronostic et des difficultés opératoires, il existe des adhérences très nettes, surtout en haut et en arrière, au niveau de la boucle montante du pubis. La mobilité sur ce point est considérablement réduite.

L'examen minutieux de ce malade ne nous a révélé aucune autre lésion. Le testicule droit est parfaitement sain. On ne trouve aucun trouble fonctionnel du côté des différents viscères. L'examen des différents organes de l'abdomen, et en particulier des ganglions abdominaux, est resté négatif. D'ailleurs, ce malade se porte bien, n'a pas dépéri. Tout se borne, jusqu'ici, à la lésion locale et l'état général reste jusqu'ici parfait.

Discutons maintenant le diagnostic. La localisation de la tumeur dans le testicule est évidente, du fait même du récit du malade et de la palpation. La composition solide de la portion moyenne et de la portion inférieure n'est pas moins certaine. En admettant même qu'on fasse quelques réserves pour la portion supérieure, et qu'on se demande si l'on n'a pas, en ce point, au lieu de tissu solide ramolli et pseudo-fluctuant, une collection liquide, une hydrocèle congénitale, dont l'épaisseur de la paroi et l'engagement dans le trajet inguinal empêcheraient de constater la transparence, la nature solide des deux autres portions n'est pas moins incontestable. Or, on ne peut songer ici ni à la tuberculose, ni à la syphilis. Le diagnostic de tumeur maligne vient donc malheureusement s'imposer et concorde bien avec l'évolution.

Cliniquement, il n'est pas possible d'aller plus loin dans le diagnostic. Histologiquement, on distingue, vous le savez, de nombreuses variétés de tumeurs du testicule : myxomes, enchondromes, sarcomes, carcinomes. Les tumeurs à éléments mixtes sont les plus fréquentes de toutes. Toutes ces tumeurs, sauf certains enchondromes, certains fibromes et certains squirrhes à évolution très lente, sont d'ailleurs également dangereuses. La marche de la maladie ne nous permet pas de garder l'espoir qu'il s'agisse d'une de ces variétés, relativement moins graves. La présence des adhérences vient encore contribuer à faire éliminer toute idée de tumeur relativement bénigne.

Le pronostic est d'une gravité exceptionnelle. Si nous abandonnons cette tumeur à elle-même, elle va, d'ici très peu de temps, s'ulcérer. Les douleurs deviendront très vives. La présence de ces ulcérations douloureuses et sanieuses sera, pour le malade, un tourment perpétuel, la généralisation ne tardera pas à se faire. Les ganglions abdominaux seront, sans doute, les premiers atteints. Des noyaux secondaires se formeront dans les viscères et surtout dans le foie et le poumon. Le malade succombera à la

cachexie entraînée par la suppuration locale et la généralisation viscérale.

Alors même qu'on intervient, l'avenir n'est guère plus brillant. Les récidives après l'ablation des tumeurs du testicule sont la règle. Elles peuvent avoir lieu sur place, dans la cicatrice opératoire. Elles ont lieu surtout dans les ganglions abdominaux ou dans des organes éloignés. Ces récidives à distance sont sans doute dues à des foyers de généralisation encore latents et peu développés au moment de l'intervention chirurgicale. Chez notre malade, nous avons tout particulièrement à craindre la récidive sur place au niveau des adhérences profondes. Sur ce point, en effet, l'ablation complète de la tumeur sera toujours aléatoire, quelque soin que nous y mettions.

Ce danger des récidives, après les ablations des tumeurs malignes du testicule, est tel que certains chirurgiens ont renoncé à toute intervention. En dehors des quelques chances de guérison durable qu'elle offre, l'intervention présente ce très grand avantage de supprimer le foyer d'ulcération éventuelle, de diminuer beaucoup les souffrances et le tourment moral. C'est à ce titre palliatif que nous allons surtout la tenter chez notre malade.

ORIGINE ET RÉSIDENCE DES INSOUMISES MINEURES

Par M. le docteur COMMENGE.

Dans la communication faite à l'Académie de médecine le 29 mars 1892, j'ai montré le développement des accidents syphilitiques chez de très jeunes filles; il m'a paru intéressant de rechercher l'origine de ces très jeunes filles et de signaler, en outre, une des causes qui contribuent à Paris, pour une très large part, au développement de la prostitution précoce et à la propagation de la syphilis; je veux parler de la facilité qu'ont les mineures à trouver une résidence dès qu'elles abandonnent le domicile paternel.

L'origine des mineures est un facteur sérieux dans la recherche des causes de la prostitution clandestine et de la précocité du vice chez un grand nombre d'entre elles; il est essentiel, par suite, d'étudier le point de départ, pour arriver à connaître la route suivie et la transformation morale qui s'est opérée pour qu'une fille, souvent une enfant, abandonne son travail, quitte ses parents, pour rouler de garni en garni, et cherche dans la prostitution le moyen de vivre, de satisfaire ses instincts de paresse et de lucre, ses besoins de toilette et de parure.

Paris et les autres communes du département de la Seine tiennent un rang exceptionnel dans le développement de la prostitution clandestine précoce, et aussi dans la propagation des maladies syphilitiques. L'observation démontre, en effet, que la prostitution clandestine, dans le très jeune âge, est exercée particulièrement par les filles nées à Paris ou dans les localités voisines — 4712 mineures, originaires du département de la Seine et des autres départements, ont été trouvées malades de 1878 à 1887.

L'ensemble des dix années (1878-1887) donne, pour Paris, 1777 mineures malades, avec 1956 manifestations morbides, quelques-unes ayant été trouvées plusieurs fois malades. Les autres communes du département de la Seine comptent 231 mineures avec 254 manifestations morbides. La syphilis est constatée 977 fois sur les mineures originaires de Paris et 121 fois sur les mineures des communes suburbaines, ce qui donne 1098 fois des manifestations syphilitiques sur 2008 mineures du département de la Seine; il s'ensuit que des accidents syphilitiques ont été constatés sur plus de la moitié de ces mineures.

Il est facile de constater que ce sont les arrondissements les plus populeux, ceux où dominent l'élément ouvrier et les établissements industriels, qui fournissent le plus de recrues à la prostitution clandestine des mineures. Il y a également lieu de remarquer que le IXe arrondissement, qui est à l'avant-dernier rang de cette classification, est celui qui, par un contraste assez piquant, donne l'hospitalité la plus large aux filles de toutes les catégories, soumises ou insoumises.

Ce premier point examiné, il reste la question de la résidence des insoumises mineures.

En étudiant les habitudes des insoumises mineures, on constate qu'elles logent, presque toutes, dans des hôtels garnis, lesquels sont, pour la plupart, sous la dépendance d'un marchand de vin. C'est dans ces garnis, qui sont groupés dans certaines rues ou certains quartiers spéciaux, que la mineure, qui loge encore chez ses parents, peut trouver une hospitalité facile pour conduire le client qu'elle a recruté dans la rue. Beaucoup de jeunes filles, que leurs parents croient à l'atelier, trouvent, tantôt dans un arrondissement, tantôt dans un autre, les portes des garnis largement ouvertes : dès l'heure la plus matinale ou la plus tardive, elles sont certaines de pouvoir s'y rendre sans qu'on se préoccupe de leur personnalité ou de leur âge. Elles font choix de cinq ou six garnis spéciaux, où elles se rendent alternativement, suivant la fantaisie du moment. Lorsque les mineures ont fait choix d'un quartier pour se livrer à la prostitution, elles se réunissent souvent par groupes, se mêlant fréquemment aux femmes majeures et aux filles inscrites qui guident leur inexpérience; elles font de la déambulation autour de trois ou quatre rues, ne s'éloignant pas des quartiers qui ont leur prédilection. Dans tous les arrondissements de Paris, se trouvent de très nombreux garnis tout disposés à prêter la main à la prostitution des insoumises, quel que soit leur âge; on y rencontre depuis l'enfant de onze à douze ans jusqu'à la femme de cinquante ans. Ce sont ces garnis qui donnent asile à toutes les mineures, et qui sont cause, en raison de la liberté qu'on leur accorde, de leur peu d'hésitation à abandonner le domicile paternel. C'est en raison de la liberté qui leur est octroyée, que les mineures peuvent facilement voyager d'un quartier dans un autre et se soustraire ainsi aux recherches de leurs parents. Il y a donc là une cause principale du développement de la prostitution, plus ou moins clandestine, des mineures. Ce qui existe à Paris se produit également en province; mais là, on trouve souvent des municipalités vigilantes qui agissent avec fermeté et interdisent aux logeurs de recevoir des mineures et même de donner l'hospitalité à des femmes, quel que soit leur âge, qui se livrent notoirement à la prostitution.

En ce qui concerne Paris, dans la période décennale de 1878 à 1887, il y a eu 5136 arrestations parmi les mineures trouvées malades.

Sur ce nombre, il y a :

1° 4513 qui logeaient en garni;
2° 202 logeaient chez leurs parents;
3° 39 logeaient dans leurs meubles;
4° 283 étaient sans domicile fixe;
5° 99 vivaient en concubinage et logeaient en garni.

Il résulte de ces chiffres que la très grande majorité des insoumises mineures logeaient en garni. C'est donc la facilité de trouver constamment ouverte la porte de tous les garnis, qui est une des causes les plus graves de la prostitution clandestine des mineures parisiennes; c'est contre cette cause qu'il faudrait agir avec vigueur et ténacité.

INFLUENCE DES POSITIONS HORIZONTALE ET VERTICALE SUR LES FONCTIONS CÉRÉBRALES

Par Just Sicard.

C'est le sang seul qui fait vivre et sentir les cellules nerveuses, c'est lui seul qui est l'unique agent de leur incessante activité. Cela est si vrai, que, si l'on vient à suspendre momentanément la circulation de l'encéphale, immédiatement tout s'arrête dans la machine vivante, tout phénomène d'activité nerveuse est, du même coup, interrompu.

La continuité de l'irrigation sanguine est la condition sine qua non *du travail régulier des cellules cérébrales* (1).

Or, cette irrigation sanguine est, comme nous allons le voir, soumise à des variations qui se traduisent par des variations correspondantes du travail mental.

L'afflux sanguin, en effet, n'est pas le même dans les différentes positions du corps. La position horizontale favorise l'afflux mécanique du sang vers le cerveau : c'est dans ce but que l'on recommande, en cas de syncope, d'étendre le malade, et même de lui mettre la tête dans une situation déclive (2). Au contraire, la station verticale ralentit l'arrivée du sang et favorise l'anémie cérébrale.

Les artères qui alimentent l'écorce et les noyaux gris centraux sont les deux carotides et les deux vertébrales, les méningées étant exclusivement destinées aux enveloppes osseuses et membraneuses des centres nerveux.

Les carotides pénètrent dans le crâne par le canal inflexe du rocher, entrent dans le sinus caverneux, se dirigent obliquement en avant et en haut, le long de la selle turcique, et gagnent la base de l'encéphale, au niveau de la scissure de Sylvius. Les vertébrales traversent le trou occipital, se portent sur la gouttière basilaire où elles se réunissent pour former le tronc basilaire. De cette situation des artères carotides et vertébrales, qui forment en s'anastomosant l'hexagone de Willis, à la base du cerveau, il résulte que ce dernier pèse sur elles dans la station debout, les comprime sur la base du crâne, et par là diminue l'apport du sang.

Cela résulte des phénomènes de locomobilité intra-cranienne du cerveau mis en lumière par M. le docteur Luys.

La masse cérébrale étant plus petite que la capacité cranienne, et, de plus, douée d'une certaine élasticité, est susceptible d'opérer une série de déplacements successifs, par suite de changements de position de la boîte cranienne. La tête reposant sur l'occipital, dans l'attitude de l'homme couché, la substance cérébrale perd le contact en avant avec la paroi frontale, et dans la station verticale les portions supérieures du cerveau abandonnent la voûte et s'affaissent sur elles-mêmes.

La pression exercée sur la base du crâne et les vaisseaux, par la masse cérébrale, varie donc suivant la position.

Tels sont les résultats des expériences et des coupes pratiquées, par M. le docteur Luys, sur des cerveaux congelés dans des positions diverses : le cerveau se déplace, sous l'influence de la pesanteur, suivant les différentes attitudes de la tête et ses mouvements de glissements sont favorisés par une séreuse appropriée, l'arachnoïde. Depuis, la théorie de la locomobilité intra-cranienne du cerveau a été confirmée par les expériences de M. Colin (d'Alfort), du docteur Laborde sur la tête de Campi, du docteur Gavoy, et du professeur Silvio Venturi, en Italie.

Ainsi, suivant la position horizontale ou verticale du corps, le cerveau est irrigué de manière différente, et tout naturellement fonctionne de même. Ce sont les conséquences de ces variations que nous allons essayer de mettre en lumière.

Il est de constatation vulgaire que la station debout, l'immobilité sous les armes, par exemple, est fatigante; elle finit par donner le vertige aux novices et l'on a vu de jeunes soldats s'affaisser brusquement dans les rangs après quelque temps de station verticale. De même, on ressent une extrême fatigue après une visite prolongée dans un musée, car alors on a été obligé de garder longtemps la tête droite dans une position qui, en favorisant la compression des artères de la base, amène l'anémie du cerveau. Le même fait se produit, lorsque, après être resté un long temps couché, on se redresse brusquement, le cerveau passant d'un état congestif à l'état relativement anémique, il y a étourdissement, vertige.

Le vertige, en effet, est le résultat de modifications circulatoires dans l'intérieur de l'encéphale, ces modifications pouvant être produites, d'ailleurs, par deux phénomènes tout à fait opposés : la congestion et l'anémie.

Ces deux états si différents ont été, depuis longtemps déjà, reconnus comme capables de produire des effets identiques : le délire peut être dû à ces états si opposés, et tous les phénomènes d'origine cérébrale, couvulsions, insomnies, etc., peuvent naître avec deux états circulatoires tout à fait contraires. La pénurie et la pléthore sanguines aboutissent aux mêmes résultats dans les centres nerveux; l'anémie et la congestion au cerveau se traduisent par les mêmes symptômes, car ces deux états sont identiques au point de vue de la physiologie et sous le rapport des conséquences qu'ils entraînent. Dans l'un et l'autre cas, les échanges moléculaires se font incomplètement dans la cellule nerveuse; celle-ci souffre dans sa nutrition intime, ses propriétés s'exaltent, s'épuisent ou se pervertissent (1). Ainsi l'encombrement circulatoire aussi bien que la vacuité vasculaire produisent les mêmes accidents; comme l'explique M. Potain, l'anémie et la congestion agissent l'une et l'autre identiquement comme l'asphyxie, ou plutôt constituent de véritables asphyxies locales (2).

Le vertige congestif augmente dans la position déclive de la tête : le vertige anémique dans la station verticale. Enfin, comme nous l'avons déjà vu, le vertige est souvent occasionné par les changements brusques d'attitude de la position horizontale à la position verticale, surtout chez les personnes anémiques, chez celles qui viennent de subir une maladie longue et grave ou encore les vieillards atteints d'athéromasie des artères.

Normalement l'homme passe chaque jour un certain nombre d'heures dans la position verticale et dans la posi-

(1) J. Luys. *Le cerveau*, chap. VII.
(2) Auto-transfusion de Verneuil.

(1) Axenfeld. *Névroses*, p. 272.
(2) Potain. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Anémie.

tion horizontale. Lorsqu'il est debout, son cerveau s'anémie peu à peu et cette anémie se prolonge encore dans le sommeil, amené par l'usure de la sensibilité propre de la cellule nerveuse ; mais au fur et à mesure que la cellule répare ses pertes, la position horizontale favorise l'afflux du sang au cerveau et ramène au moment du réveil une période d'éréthisme vasculaire.

Il est difficile, chez l'homme sain, de saisir des modifications appréciables dans le jeu de la pensée, suivant ces états alternatifs d'ischémie et d'hyperémie cérébrales, mais chez les individus atteints de maladies mentales, nous avons pu constater des modifications sensibles correspondant à ces deux périodes.

M. H..., neurasthénique, souffrait d'insomnies depuis plusieurs semaines. C'était le matin, disait-il, qu'il se sentait le plus mal. Il était congestionné; à chaque instant, il lui semblait qu'il allait défaillir. « Je n'ai plus rien dans le cœur, ni la tête, répétait-il, mon cœur ne renferme pas assez de sang pour alimenter mon cerveau. » Il se désespérait, disant qu'il allait mourir brusquement dans l'instant qui allait suivre et demandant un prêtre.

Cette scène se reproduisait tous les matins, avant que le malade se levât : mais au fur et à mesure que le malade dormait mieux la nuit, le délire du matin s'atténuait un peu.

Les battements des temporales étaient plus violents dans la position horizontale que dans la station debout, non synchrones, plus faibles à gauche qu'à droite.

Au moment où le malade se levait et dans l'heure suivante, il ressentait, au moindre bruit subit, des sensations de défaillance analogues aux phénomènes vertigineux, d'origine auriculaire, qu'Axenfeld a signalés chez les anémiques et les hypochondriaques.

Le malade se sentait mieux dans la journée, délirait moins, se montrait plus gai.

L'influence de la position sur les conceptions délirantes nous apparut manifestement dans la circonstance suivante. Dans le milieu de l'après-midi, M. H..., qui se trouvait bien, s'étendit dans un hamac. Au bout d'une heure, curieux de voir dans quel état il allait se trouver, nous allâmes causer avec lui : il délirait comme au matin, parlant de l'impossibilité de sa guérison, de sa mort imminente et de la nécessité de se hâter de lui faire donner les secours de la religion.

De plus, nous avons pu constater que ces périodes de délire, correspondant à la congestion mécanique du cerveau, étaient accompagnées d'une certaine agitation : le malade, calme dans le jour, était un peu déprimé le soir. Enfin, au moment où M. H... venait de se coucher, il éprouvait des défaillances semblables à celles du lever.

C'est là ce que M. Marcé (1) avait déjà observé : « Le matin, dit-il, au réveil, les idées sombres, les pressentiments sinistres, l'inertie sont plus accentués ; les mélancoliques sont effrayés de la perspective d'une journée, dont la longueur leur semble interminable; mais à mesure que la journée s'avance, ces symptômes s'améliorent et quelquefois, le soir, les malades ne sont plus reconnaissables. »

Chez un autre malade, M. B..., atteint de neurasthénie, avec idées hypochondriaques, agoraphobie et vertiges, nous avons bien nettement observé les mêmes phénomènes.

M. B... est incapable de soutenir la vue d'un grand espace, ne peut traverser une place, suivre une longue avenue, sans éprouver immédiatement des sensations vertigineuses. Le malade ressent encore les mêmes phénomènes le matin, après de longues heures passées au lit, surtout si son imagination lui représente un lieu où il a d'ordinaire le vertige. Levé, le malade se trouve assez bien, à condition de fuir les causes de vertige : il ne peut, par exemple, lever la tête sans ressentir immédiatement un trouble. A mesure que la journée s'écoule, l'anémie cérébrale et la fatigue se traduisent par une susceptibilité plus grande aux causes de vertige. Après une promenade en voiture, M. B... se trouve très mal.

Dans ce cas, le mouvement de trépidation ne peut-il avoir contribué mécaniquement à tasser la masse cérébrale sur la base du crâne et augmenté ainsi l'état anémique de l'encéphale ?

Ajoutons que, chez M. B..., les conceptions délirantes subissent les mêmes fluctuations que les états de vertige.

Ainsi, nous avons pu constater successivement, sur le même sujet, des modifications semblables de l'état mental par congestion cérébrale et par anémie : 1° après une longue station horizontale, le matin par exemple; 2° après une longue station verticale, le soir; les heures intermédiaires étant les meilleures et les extrêmes, congestif et anémique, étant marqués par les périodes où l'état mental est le plus troublé.

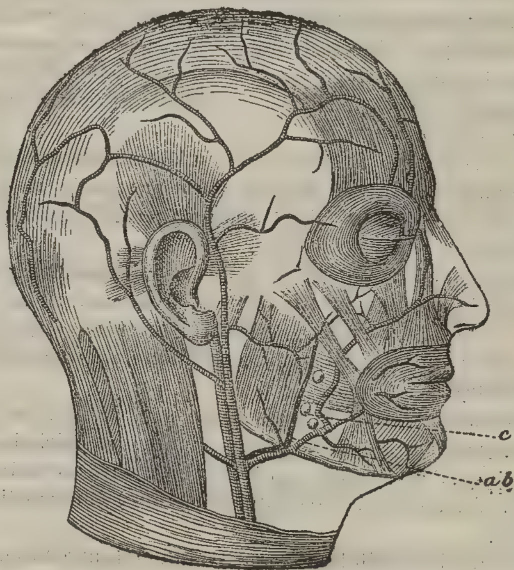
Enfin, nous avons pu constater, d'une manière générale, que chez les mélancoliques (ischémie cérébrale), les heures qui suivent le repos horizontal sont les meilleures. Mme J..., par exemple, qu'on est obligé de nourrir à la sonde, consent quelquefois à manger le matin ou quand elle reste couchée.

Voici les faits tels que nous les avons observés : ils sont d'accord avec l'anatomie et la physiologie et au point de vue pratique, ne peut-on en tirer la conclusion suivante : qu'il serait peut-être bon, suivant les cas, de régler le temps que chaque malade doit passer couché ou debout, ou même de faire varier la situation dans laquelle chacun doit prendre son repas?

(1) Marcé. *Maladies mentales*, 1862.

THÈSES DE LYON

Des adénites de la joue (adénites géniennes), par Paul Vigier. — M. le professeur Poncet avait, depuis longtemps, et de par l'observation clinique de leurs affections, affirmé l'existence,



ab. Artère et veine faciales; *c.* Ganglions géniens.

à la face et en particulier dans la joue, de ganglions lymphatiques non décrits jusqu'ici. Aussi a-t-il fait entreprendre à M. Vigier des recherches à ce sujet : des dissections faites par

M. Jaboulay ont démontré l'existence possible de ganglions au-dessus de la région sous-maxillaire dans l'épaisseur même de la joue et à une distance plus ou moins grande du bord inférieur du maxillaire inférieur et présentant des rapports immédiats avec les vaisseaux faciaux.

De par la clinique, M. Vigier divise les ganglions de la face en superficiels (*massétérins, commissuraux et sous-orbitaires*) et profonds, situés sous l'aponévrose du buccinateur (Debierre).

Ces ganglions, rarement rencontrés dans les dissections, 1/30, ne deviennent probablement visibles qu'à l'état pathologique.

Ils peuvent présenter deux ordres d'affections : *aiguës* et *chroniques*.

L'adéno-phlegmon, d'origine dentaire (maxillaire supérieur surtout), ressemble, à s'y méprendre, à une fluxion de même pathogénie.

L'adéno-phlegmon idiopathique est analogue à celui des autres ganglions.

La mono ou poly-adénite génienne *chronique* coïncide souvent avec une poly-adénite cervico-faciale.

Les ganglions atteints siègent sur la ligne commissurale au-dessus ou au-dessous; leur volume variable dépasse rarement celui d'une noisette. Diagnostic à faire avec les kystes sébacés, les lipomes, les adénomes buccaux, les gommes et les angiomes sous-cutanés. Douze très intéressantes observations appuient cette description.

L'adénite génienne *cancéreuse*, succédant à un cancroïde des paupières, des lèvres ou des joues, est plus rare, mais d'une grande importance pratique au point de vue du résultat définitif de l'opération. L'auteur en cite trois belles observations.

Trois figures rendent plus claires encore les descriptions anatomiques et cliniques des adénites de la joue (adénites géniennes de Poncet).

En somme, travail à consulter, si l'on veut faire un diagnostic exact de certaines tumeurs et suppurations de la joue.

A. RIVIÈRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 décembre 1892. — Présidence de M. REGNAULD.

LECTURES

Actinomycose de la joue droite et des maxillaires correspondants; généralisation pulmonaire. — M. PONCET (de Lyon) communique l'observation d'une femme de cinquante-neuf ans, habitant la Savoie depuis trente ans, qui a toujours cultivé la terre, mais n'a jamais eu, dans son étable, des vaches paraissant atteintes d'actinomycose.

En avril dernier, elle fut prise d'une adénite sous-maxillaire à la suite de l'ablation par la malade d'une prémolaire de la mâchoire inférieure, qui la faisait souffrir; puis, formation d'un abcès et enfin de plusieurs fistules.

La tuméfaction, il y a un mois, gagna rapidement toute la région temporale, et une nouvelle fistule s'ouvrit, au bout de quinze jours, à l'angle supéro-externe de l'orbite. En même temps, toux, perte de forces et amaigrissement cachectique, qui décidèrent la malade à entrer à l'hôpital.

On constata alors, dans le pus obtenu par pression de trajets fistuleux, l'existence de petits grains jaunes caractéristiques de l'actinomycose. Pour chaque goutte, il s'en trouve au moins trois ou quatre. L'examen microscopique confirma ce diagnostic d'actinomycose.

D'autre part, l'auscultation semblait indiquer une tuberculose pulmonaire à la période de ramollissement. Les crachats, mucopurulents, ressemblaient, à s'y méprendre, aux crachats tuberculeux. Cependant, on n'y rencontra aucun bacille tuberculeux, mais on y observa, à l'œil nu et au microscope, des granulations actinomycosiques, mais moins marquées que dans le pus.

L'état pulmonaire et général de la malade a paru contre-indiquer toute intervention chirurgicale.

Les cas d'actinomycose chez l'homme sont très rares en France; celui-ci est le premier qu'on ait constaté dans Lyon, et cependant, depuis longtemps déjà, M. Poncet fait rechercher méthodiquement les actinomyces dans tous les pus dont l'origine peut laisser quelques doutes.

Jusqu'ici, les cas qui ont été décrits en France, étaient contractés en Flandre ou en Champagne; ce nouveau fait et celui qui a été observé par le médecin-major Choux, prouvent qu'il existe un troisième foyer dans la Savoie et dans l'Ain; ces deux malades, en effet, habitaient la même région.

Origine et résidence des insoumises mineures. — M. COMMENGE fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1371.)

COMMUNICATION

Albuminurie. — M. BÉCHAMP achève sa communication sur l'albuminurie physiologique.

RAPPORTS

Tumeurs épibulbaires. — M. PANAS lit un rapport sur les travaux de M. Poncet (de Cluny), candidat au titre de correspondant national.

Un de ces travaux est consacré aux tumeurs épibulbaires nées au niveau du limbe conjonctival scléro-cornéen. La plupart des chirurgiens les considèrent comme des sarcomes. M. Poncet estime que ces tumeurs sont, en réalité, des épithéliomes ou des cancroïdes.

Il se fonde pour cela sur leur origine exclusivement épithéliale, leur marche chronique, leur grande tendance à récidiver sur place, et enfin, sur la présence presque constante de follicules carcinomateux.

M. le rapporteur se range à l'avis de M. Poncet.

De la revaccination dans les écoles. — M. HERVIEUX lit un rapport sur ce sujet. (Voir au Premier-Paris.)

Vomissements incoercibles dans le cours d'une grossesse. — M. CHARPENTIER lit un rapport sur une observation adressée par M. Mouchet (de Sens) et relative à un cas de vomissements incoercibles à la troisième période dans le cours d'une huitième grossesse, avortement extemporané à deux mois et demi par le curetage de l'utérus, érysipèle phlegmoneux de la tête, guérison.

Sur quelques mélanges antiseptiques et leur valeur microbicide. — M. CORNIL lit un rapport sur un travail de M. le docteur Christmas sur ce sujet.

La formule à laquelle s'est arrêté M. Christmas, comme représentant le maximum de force microbicide et le minimum de toxicité, est la suivante :

Acide phénique	9 grammes.
Acide salicylique	1 —
Acide lactique.	2 —
Menthol	10 centigr.
Essence d'eucalyptus.	50 —

L'auteur donne à ce mélange, expérimenté avec succès dans le service de M. Cornil, le nom de : phénosolyl.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les élèves et amis de M. Brouardel se proposent de lui offrir un banquet, à l'occasion de son élection à l'Institut.

Les adhésions doivent être adressées, avant le 24 décembre, à MM. Descouts, 27, rue Étienne-Marcel; Gilbert, 27, rue de Rome, ou Thoinot, 8, rue de l'Odéon.

Le banquet aura lieu le mardi 27 décembre, à l'Hôtel Continental.

— Les candidats aux Écoles de médecine navale trouveront, dans le « Journal officiel » du 21 décembre 1892, les instructions pour l'admission dans les trois écoles annexes de médecine navale en 1893 et des renseignements sur le fonctionnement de l'École du service de santé de la marine à Bordeaux.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 147. — SAMEDI 24 DÉCEMBRE 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 24 DÉCEMBRE 1892. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Formes cliniques de la tuberculose chez les enfants.

Par M. le docteur E.-C. Aviragnet,

Ancien interne des hôpitaux,
Chef de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades.

I

La tuberculose affecte chez les enfants, surtout quand ils sont jeunes, des allures un peu spéciales qu'on n'est pas habitué à rencontrer chez les adultes. L'enfant, milieu particulièrement favorable au développement du bacille de Koch, localise peu sa tuberculose, il a tendance à la généraliser, à la diffuser.

Quand l'affection est en pleine évolution, elle se manifeste suivant des aspects variés, sans doute, mais assez caractérisés cependant pour être reconnus avec un peu d'attention. Par contre, le diagnostic des tuberculoses qui n'évoluent pas, qui restent latentes, est plus délicat.

Tuberculose en évolution, tuberculoses latentes se rencontrent avec des caractères à peu près identiques chez tous les enfants. Il y a cependant, suivant les âges, quelques particularités qui nous engagent à séparer la première enfance (0 à deux ans) de la seconde. Mais, comme nous l'avons fait remarquer dans notre thèse, il ne faudrait pas aller trop loin, ce serait une erreur de croire, en effet, que la première enfance diffère totalement de la seconde dans les réactions en face du bacille de Koch. La seule différence est que les bébés possèdent plus que les enfants âgés qui l'ont également cette facilité à la diffusion, à la généralisation des lésions tuberculeuses.

Avant de commencer l'étude des différentes formes cliniques de la tuberculose, il est utile, ce nous semble, d'établir la fréquence de cette affection, mise en doute encore par quelques auteurs, et de rechercher les causes de ce développement exagéré de la tuberculose chez les enfants.

II

Fréquence. — Contrairement à l'opinion admise par Papavoine, Marc d'Espine, Rilliet et Barthez, Frœbelius, on peut affirmer aujourd'hui avec Schwer, Landouzy et Queyrat, Boltz que la tuberculose est fréquente dans la première enfance. Nos recherches, faites à la crèche de l'hôpital Tenon, pendant notre internat dans le service de M. Landouzy, ont confirmé les résultats précédents. Nous avons constaté que de zéro à deux ans, la tuberculose tuait plus du quart des enfants. M. Landouzy a trouvé, certaines années, près du tiers de tuberculeux, parmi les morts de la crèche de l'hôpital Tenon.

Cette fréquence n'existe qu'à partir de cinq ou six mois. Dans les trois premiers mois, la tuberculose est rare. Après deux ans, la fréquence augmente et la tuberculose atteint alors près de la moitié des enfants qui sont hospitalisés.

Ces résultats ne s'appliquent qu'à la *clientèle hospitalière*, la seule que nous ayons étudiée. Les statistiques sur les malades de la ville ne sont guère possibles; et l'on peut affirmer *a priori* que chez les enfants de la ville la tuberculose est beaucoup plus rare : on ne retrouve pas chez eux toutes les conditions déprimantes si favorables au développement de l'infection tuberculeuse.

Causes. — Ces causes, au contraire, existent au plus haut degré pour tous les enfants qui forment la clientèle de nos hôpitaux.

En première ligne, il y a l'hérédité qui peut être directe ou indirecte. Directe, c'est l'hérédité de la graine, c'est-à-dire la transmission de la tuberculose de la mère au fœtus. Indirecte, c'est l'hérédité de terrain, beaucoup plus fréquente; celle-là est admise par tout le monde, tandis que la première n'est acceptée qu'avec de très grandes réticences et dans des cas absolument exceptionnels. Nous ne pensons cependant pas qu'il soit possible de la nier.

Né tuberculisable, l'enfant devient vite un tuberculeux parce qu'il vit dans les plus mauvaises conditions hygiéniques : alimentation insuffisante et mal comprise; existence dans des chambres étroites, mal aérées, etc. De plus, il est exposé à toutes les maladies qui facilitent le développement de la tuberculose : phlegmasies des voies respiratoires (broncho-pneumonies, bronchites, coqueluches), inflammations constantes du tube digestif, maladies générales (rougeole, variole).

Comment serait-il possible que, dans ces conditions,

l'enfant — surtout quand il est déjà prédisposé par son hérédité — échappe à l'envahissement bacillaire? Chez lui, d'ailleurs, la contagion s'exerce avec la plus grande facilité. Les parents phtisiques vivent à côté de leurs enfants dans la seule chambre qu'ils puissent avoir et souvent dans le même lit. Les poussières des crachats desséchés qui sont expectorés un peu partout vicient l'atmosphère. L'air que les enfants absorbent contient ainsi de nombreux bacilles qui trouvent, dans la muqueuse des voies respiratoires, si constamment enflammée chez ces petits malades, un terrain merveilleusement adapté à leur développement.

Telles sont les raisons qui expliquent l'extrême fréquence de la tuberculose chez les enfants. Une hygiène mieux comprise pourrait faire disparaître ou, tout au moins, diminuer dans une proportion notable le développement exagéré de la tuberculose, mais il faudra longtemps encore pour que les mesures prophylactiques si simples que, depuis longtemps, réclame notre maître M. Landouzy, soient comprises, acceptées et appliquées.

III

Formes cliniques de la tuberculose infantile. — Nombreuses et variées sont les formes de la tuberculose infantile; elles peuvent se présenter soit à l'état aigu, soit à l'état chronique; les unes sont généralisées, d'autres localisées.

A. *Tuberculoses généralisées.*

I. Tuberculoses généralisées aiguës.	1. Fièvre infectieuse tuberculeuse suraiguë. 2. Tuberculose granulique généralisée aiguë mortelle, à forme de fièvre typhoïde, de bronchite capillaire..... (granulie d'Empis). 3. Typho-tuberculose. Tuberculose habituellement guérissable, évoluant à la façon d'une dothiénentérie (typho-bacillose de Landouzy).

II. Tuberculose généralisée subaiguë.

III. Tuberculose généralisée chronique. — Tuberculose diffuse.

B. *Tuberculoses localisées.*

I. Tuberculoses localisées à évolution rapide.	1. à forme de pneumonie (pneumonie caséeuse). 2. à forme de broncho-pneumonie aiguë, subaiguë.
II. Tuberculoses localisées à évolution lente.	1. des poumons, de la plèvre. 2. des ganglions bronchiques. 3. du tube digestif, du foie, du péritoine. 4. des méninges, du cerveau, etc.

IV

Première enfance. — A. *Tuberculoses généralisées aiguës et chroniques.* — Nous avons rangé sous la dénomination de *tuberculoses généralisées aiguës* : *a.* la fièvre infectieuse tuberculeuse suraiguë ; *b.* la granulie et *c.* la typho-tuberculose.

Quand un enfant devient tuberculeux, il se produit, au niveau de la porte d'entrée : poumons, intestins, etc., une lésion qui retentit généralement sur le ganglion le plus voisin. Cette lésion reste pendant un certain temps la seule manifestation de l'infection bacillaire. Puis un jour, la tuberculose, restée jusque-là locale, peut se généraliser. En un mot, une tuberculose aiguë généralisée n'est pas primitive; elle succède à une tuberculose localisée.

Bien que vraie dans la très grande majorité des cas, cette opinion nous semble excessive et nous admettons, avec M. Landouzy, que parfois — mais dans des cas absolument exceptionnels — la tuberculose puisse se généraliser d'emblée, sans produire d'abord la lésion locale primitive.

La *fièvre infectieuse tuberculeuse suraiguë* est l'expression clinique de cet envahissement général de tout l'organisme par les bacilles de Koch, envahissement qui se fait dès la première prise de possession de l'organisme par les bacilles. C'est une forme rare de la tuberculose; elle a été décrite, pour la première fois, par M. Landouzy.

La fièvre infectieuse tuberculeuse suraiguë affecte, pendant la vie, moins l'expression symptomatique d'une affection localisée — pulmonaire ou autre — que celle d'une maladie générale dénoncée par la fièvre, les vomissements, la diarrhée, l'amaigrissement.

Après quelques jours de malaise, la fièvre s'établit et avec elle des phénomènes typhiques. L'enfant qui a maigri très rapidement est abattu ; sa peau est sèche, ses yeux sont excavés. La langue est rôtie, la soif est vive ; il y a généralement des vomissements, mais ceux-ci peuvent manquer. Par contre, la diarrhée est intense. Les selles sont fréquentes et habituellement fétides.

Le ventre ballonné est douloureux. Le foie, légèrement hypertrophié, est sensible à la pression. La rate ne présente pas encore de modifications à la percussion.

Aux poumons, on trouve, avec un peu de submatité aux deux bases, des râles sous-crépitants, un souffle quelquefois; mais jamais les lésions ne sont suffisamment accentuées pour qu'on puisse expliquer, par elles, l'état de l'enfant.

Du côté du système nerveux, on ne note rien de particulier, l'enfant est dans un état d'abattement profond, que l'intensité de l'infection explique aisément.

La marche de la maladie est très rapide et, au bout de très peu de temps, l'enfant succombe. La diarrhée a continué toujours abondante, l'abattement s'est accentué.

Cette courte description montre que la tuberculose, dans sa forme suraiguë, évolue avec les allures d'une maladie générale et qu'à aucun moment, il n'est possible de trouver dans un des organes, dans les poumons par exemple, des altérations suffisantes, pour qu'on puisse affirmer la nature tuberculeuse de l'infection.

Le diagnostic de cette forme est donc à peu près impossible; on ne peut le baser que sur des probabilités.

Pendant l'année que nous avons passée à l'hôpital Tenon, nous n'avons observé qu'un seul cas de fièvre infectieuse tuberculeuse suraiguë. Chez notre petit malade (seize mois), nous avions pensé à une entérite infectieuse du sevrage, bien que notre enquête ne nous ait pas révélé de graves fautes commises dans l'hygiène alimentaire, et nous aurions conservé ce diagnostic, si l'autopsie n'était venue nous révéler dans certains points de la plèvre et dans les

ganglions bronchiques, des lésions tuberculeuses récentes en pleine évolution. Nous avons cru voir là la lésion initiale, la porte d'entrée d'une tuberculose qui s'était rapidement généralisée à l'organisme. L'évolution de la maladie a été trop courte, pour que les autres organes (foie, rate, reins, méninges) aient eu le temps de faire des granulations tuberculeuses.

Nous n'avons pas pu faire, par l'examen bactériologique, la preuve de la présence des bacilles dans les différents organes que nous supposons avoir été atteints : aussi notre manière de voir reste-t-elle hypothétique, mais on nous accordera que cette façon de comprendre l'évolution de la tuberculose est rationnelle et nous sommes convaincu que, si de nouveaux cas se présentent à nous, nous pourrons, par une étude plus complète — examen bactériologique immédiat et surtout expérimentation — faire la preuve de ce que nous avançons.

Comme autres formes de tuberculoses aiguës généralisées, les bébés présentent encore la *granulie* et la *typhotuberculose*; nous ferons la description de ces deux formes, en nous occupant de la tuberculose des enfants plus âgés.

Par contre, c'est à propos de la première enfance que nous donnerons la description de la *tuberculose généralisée chronique* ou *tuberculose diffuse*. C'est qu'en effet cette forme est l'apanage presque exclusif des bébés.

L'enfant atteint de *tuberculose diffuse* se présente à nous avec l'aspect suivant : il est pâle et amaigri, la peau devenue trop grande, tant l'émaciation est accentuée, est sèche, écailleuse et terreuse ; le système pileux est développé d'une façon exagérée. Les traits sont tirés, le visage fatigué et vieilli, les yeux cernés, quelquefois sans expression, quelquefois, au contraire, très brillants, quand il n'existe pas de troubles digestifs, les cils particulièrement longs, tel est le tuberculeux.

On trouve dans les aines, dans les aisselles, dans la région cervicale de petits ganglions durs, roulant sous le doigt, non douloureux. Cette polyadénopathie généralisée, dont la nature tuberculeuse est aujourd'hui bien démontrée, est un excellent signe de tuberculose. Mais avant de déclarer tuberculeux des ganglions, il faut s'assurer, s'il n'existe pas dans le présent ou s'il n'a pas existé, dans un passé récent, des ulcérations cutanées qui seraient suffisantes à produire une adénopathie, celle-là non tuberculeuse.

L'examen des différents organes offre quelques particularités à signaler. Du côté des poumons — l'attention est attirée de ce côté, chez certains enfants, par une toux quinteuse, coqueluchoïde — on trouve quelques râles de bronchite sans grands caractères ou bien un souffle léger avec quelques crépitations en un point qui révèle un léger degré de submatité à la percussion. Chez d'autres enfants existent les signes physiques d'une adénopathie bronchique. Enfin, d'une façon tout à fait exceptionnelle, on peut parfois trouver les signes d'une induration pulmonaire très accentuée, voire même ceux d'une caverne, mais c'est là une très rare exception. Les cavernes pulmonaires ne se rencontrent que chez les enfants d'un certain âge ; chez les bébés elles sont tout à fait rares.

Du côté du tube digestif, les phénomènes observés sont des plus variables. L'appétit est généralement conservé chez les bébés tuberculisés : quelques-uns vomissent et ont de la diarrhée ; d'autres, au contraire, digèrent très bien leur nourriture. Il nous a semblé que les auteurs classiques avaient exagéré la fréquence des troubles gastro-intestinaux et surtout des lésions tuberculeuses de l'intestin. Les autopsies de bébés que nous avons faites aussi bien à la crèche de Tenon qu'à celle des Enfants-Malades nous ont permis d'affirmer que l'entérite tuberculeuse était rare chez les bébés. Les diarrhées que présentent les tuberculeux très jeunes ne relèvent pas d'une localisation tuberculeuse dans l'intestin, mais probablement d'infections secondaires, facilitées par la déchéance de ces petits malades. Par contre, les ulcérations intestinales se rencontrent assez fréquemment chez les enfants plus âgés.

Le foie est généralement augmenté de volume. La rate est également hypertrophiée ; on peut s'en rendre compte soit par la percussion, soit surtout par la palpation. Quand l'hypertrophie de la rate est accentuée, on arrive à sentir l'organe en introduisant la main sous les fausses côtes. L'hypertrophie de la rate ne serait pas suffisante à elle seule pour affirmer la tuberculose, car elle pourrait relever aussi bien d'autres infections de la syphilis et de l'impaludisme, par exemple, mais elle est un excellent symptôme quand elle vient s'ajouter aux autres.

Chez l'enfant atteint de tuberculose diffuse, la maladie ne reste pas stationnaire ; elle évolue assez vite. L'amaigrissement fait de rapides progrès ; l'enfant devient un véritable squelette et l'on se demande comment la vie existe encore chez un petit être aussi profondément atteint.

Quelques-uns de ces tuberculeux meurent sans douleurs, sans cris, incapables de réagir ; ils s'éteignent lentement, succombant à l'empoisonnement qui est le fait de la toxémie bacillaire, sans avoir présenté, du côté de leurs différents organes, d'autres modifications que celles que nous avons notées.

D'autres arrivent moins vite à ce degré extrême d'étisie, d'affaiblissement, parce que chez eux les troubles digestifs manquent. Et c'est alors une chose étrange que de voir ces enfants qui dévorent, qui ont toujours faim, qui digèrent le lait qu'on leur fait prendre, s'amaigrir quand même tous les jours et d'une façon notable. Quelques-uns succombent à une granulie ultime.

Chez d'autres enfin, des symptômes méningés terminent la scène ; ce n'est plus la mort lente et silencieuse parce que les symptômes de la méningite sont habituellement bruyants. Cette méningite des bébés — localisation ultime d'une tuberculose diffuse — ne présente pas tous les caractères de la méningite des enfants plus âgés.

Un fait important à noter, en contradiction avec les enseignements classiques, c'est que, pendant toute l'évolution de la tuberculose, l'enfant est resté apyrétique. La température ne s'élève que dans les derniers jours ; cette élévation est plus marquée chez les enfants qui font de la méningite.

B. *Tuberculoses localisées aiguës et chroniques*. — Telles sont les formes de tuberculoses généralisées aiguës et chroniques que l'on trouve dans la première enfance. Les tuberculoses localisées — aiguës et chroniques — s'y rencontrent également moins souvent que chez les enfants plus âgés, pour les raisons que nous avons fait valoir au début de ce travail. Aussi, afin d'éviter des redites et de mieux appliquer les choses, en réserverons-nous l'étude pour la deuxième enfance.

V

Seconde enfance. — 1° *Tuberculoses généralisées aiguës et chroniques.* — De toutes les formes généralisées aiguës et chroniques nous ne décrivons ici que la *granulie* et la *typho-tuberculose*.

Comme chez l'adulte, la *granulie* évolue sous deux aspects différents : elle prend soit les allures d'une fièvre typhoïde, soit celles d'une bronchite capillaire ou d'une broncho-pneumonie suraiguë. Ce sont là des aspects cliniques trop connus pour que nous croyons utile d'y insister.

La *typho-tuberculose*, par contre, mérite de nous retenir plus longtemps. Sous ce nom, nous désignons une forme de tuberculose aiguë évoluant à la façon d'une dothiénentérie, d'une façon pour ainsi dire cyclique et aboutissant généralement à la guérison.

Si le mot typho-tuberculose est nouveau, la chose n'est pas nouvelle. Cet aspect, un peu spécial, de la tuberculose aiguë, est signalé dans tous les livres classiques depuis les travaux d'Empis, mais, il faut bien le dire, malgré les recherches si intéressantes et si suggestives de M. Landouzy, malgré les thèses de MM. Jeannel et Papon, cette variété clinique de la tuberculose aiguë est encore mal connue.

La raison en est dans ce fait qu'on a eu le tort de décrire, avec la granulie, cette forme de tuberculose aiguë; il importe, suivant nous, de l'en séparer. C'est à ce titre que l'histoire de la typho-tuberculose nous a paru intéressante et utile à refaire.

Une question se pose tout d'abord : comment faut-il comprendre la typho-tuberculose? Est-elle la manifestation d'une tuberculose qui prend pour la première fois possession d'un organisme indemne jusque-là? Ou bien n'est-elle qu'une poussée aiguë d'une tuberculose latente?

Ce que nous avons dit précédemment des tuberculoses aiguës, permet d'affirmer que, de ces deux interprétations, la seconde est la vraie dans la majorité des cas. Le malade qui fait une tuberculose aiguë est déjà, depuis un temps plus ou moins long, un tuberculeux; il succombe généralement à cette poussée aiguë, à cette granulie. Mais la tuberculose peut s'arrêter dans son évolution et le malade guérit. L'évolution et la terminaison sont si différentes, dans les deux cas, que nous croyons indispensable de décrire à part ces deux variétés cliniques de tuberculose. Nous donnons le nom de typho-tuberculose à la forme atténuée.

Dans certains cas exceptionnels, la tuberculose peut d'emblée se généraliser et, de même que nous avons accepté, avec M. Landouzy, l'existence de la fièvre infectieuse tuberculeuse suraiguë, de même nous croyons à la possibilité d'une typho-tuberculose, première manifestation d'une tuberculose, mais nous pensons que les cas de ce genre sont extrêmement rares. Tout en admettant la possibilité d'une infection tuberculeuse généralisée primitive, nous croyons que la période d'organisation tuberculeuse succède très rapidement dans les organes à la période d'envahissement bacillaire. Nous ne pensons pas, comme M. Landouzy, que ces malades demeurent longtemps des bacillisés, ils deviennent vite, s'ils ne l'étaient pas avant la poussée aiguë, des tuberculisés. C'est par ces raisons que nous avons préféré la dénomination de « typho-tuberculose » à celle de « typho-bacillose », de « fièvre continue tuberculeuse » à celle de « fièvre continue pré-tuberculeuse ».

Le début de la typho-tuberculose est rarement brusque, il est précédé des quelques prodromes qui accompagnent habituellement les infections : malaise général, courbature, douleurs musculaires, torticolis, céphalalgie, parfois frissons répétés. La fièvre s'établit très rapidement et déjà, le troisième ou le quatrième jour, elle atteint et dépasse 39 degrés. Il y a là, comme on le voit, une différence notable avec ce qu'on voit habituellement dans la dothiénentérie; dans cette maladie, en effet, la température s'élève d'une façon graduelle et lente.

A la période d'état — c'est à ce moment que nous voyons le plus souvent nos malades — l'affection présente toutes les allures d'une fièvre continue d'Éberth.

La langue est blanche au centre, rouge sur les bords, pâteuse; l'haleine est fétide. L'examen de la gorge ne révèle rien d'anormal. L'enfant a peu d'appétit; il n'a pas cependant une anorexie complète. Les nausées et les vomissements peuvent exister, la diarrhée est intense au début; elle disparaît dans la suite. Les selles sont fétides et leur couleur rappelle parfois la coloration ocre des selles typhiques. Dans certains cas, les phénomènes gastro-intestinaux sont très accusés et la ressemblance avec la dothiénentérie est encore plus accentuée.

Le ventre non ballonné est à peine sensible : la pression dans la fosse iliaque droite n'est pas douloureuse. Les gargouillements existent quand la diarrhée est abondante.

On ne trouve en aucun point de taches rosées caractéristiques. Le signe négatif est d'une haute importance.

La rate est grosse, le foie, légèrement augmenté de volume, déborde les fausses côtes. Il peut y avoir de l'albumine dans les urines.

Du côté des poumons existent, dès le début, des signes de bronchite et bientôt, à l'un des sommets ou à la base, on trouve des modifications qui peuvent faire penser à la tuberculose.

L'enfant a le facies d'un typhique, mais l'abattement et la prostration ne sont pas aussi accentués que dans la dothiénentérie.

La température est élevée; elle atteint 40 degrés, mais elle ne reste pas au même point; la courbe thermique présente de constantes irrégularités. Le pouls est rapide et le nombre des pulsations augmente généralement à mesure que la température s'élève.

A vrai dire, pendant toute cette période, c'est-à-dire pendant une semaine en moyenne, le diagnostic reste en suspens. S'agit-il d'une fièvre typhoïde? Est-ce de la tuberculose? L'évolution seule de la maladie est capable de nous renseigner et de nous éclairer.

L'enfant a la plupart des symptômes de la fièvre typhoïde, mais quelques-uns manquent encore pour que le diagnostic puisse être affirmé. La température, le facies ne sont pas tout à fait ceux d'un typhique. *Les taches rosées manquent.*

Au bout de huit à dix jours, quand on suit attentivement son malade, quand on cherche à assurer le diagnostic de fièvre typhoïde qu'on a porté, au début, avec certaines réserves, on surprend dans l'évolution de la maladie des symptômes qui permettent d'écarter l'idée d'une dothiénentérie et d'affirmer une fièvre continue tuberculeuse.

Voici, en effet, ce qui se passe : les enfants atteints de typho-tuberculose n'ont pas la langue sèche et rôtie dans la plupart des cas. La diarrhée manque souvent.

Les phénomènes d'abattement sont loin d'être aussi prononcés que chez le dothiénentérique. On voit souvent, fait étrange, des petits malades assis sur leur lit, jouant, bien que la température soit à 40 degrés et même plus élevée.

Cette conservation de l'intelligence, cette absence de prostration et d'abattement ou, en tout cas, son peu d'intensité, nous ont semblé importants à relever. (Le dernier malade que nous avons suivi, grâce à l'obligeance de notre ami, M. Gauthier, interne dans le service de M. le docteur d'Heilly, a présenté cependant, pendant l'évolution de sa typho-tuberculose, un abattement extrême et chez lui, on retrouvait tous les signes de la fièvre typhoïde : seules ont manqué les taches rosées lenticulaires.)

En même temps, apparaissent, chez la plupart des typho-tuberculisés, des modifications du côté des poumons.

Au début, la lésion pulmonaire, si tant est qu'elle existe, passe inaperçue, parce qu'elle est trop légère et peut-être trop profondément située ; mais au bout de huit, dix jours, lorsque le travail d'organisation bacillaire, c'est-à-dire la granulation, s'est produit, quand surtout — et cela est la règle — s'est manifestée, autour du point malade, une zone de congestion, apparaissent toute une série de signes qui permettent d'affirmer l'existence d'une tuberculose en un point quelconque du poumon, au sommet plus fréquemment qu'à la base.

Ces signes sont d'ordre physique. Ce qu'on rencontre, c'est un léger degré de submatité, indéniable, persistant pendant deux semaines au moins. C'est souvent une augmentation légère des vibrations thoraciques ; c'est surtout, ainsi que l'a démontré M. le professeur Grancher, une faiblesse du murmure vésiculaire. Ces modifications, nous les avons trouvées constamment chez les petits malades que nous avons suivis à l'hôpital des Enfants-Malades. Parfois l'altération étant plus prononcée, nous percevions une respiration légèrement soufflante, avec quelques râles fins.

Ces modifications, qui se montrent au sommet du poumon, sont l'expression d'une congestion légère qui s'est faite probablement autour d'un foyer tuberculeux inappréciable avant l'apparition des phénomènes congestifs ou encore incomplètement constitué.

Les choses restent dans l'état pendant une semaine environ, puis l'on voit la température s'abaisser graduellement et arriver à la normale.

Les troubles digestifs ont disparu et l'enfant, dont l'anorexie n'a jamais été absolue, mange sans inconvénient. Alors même que la température n'est pas encore normale, il est possible d'alimenter le petit malade sans que, contrairement à ce qui a lieu dans la dothiénentérie, on ait à craindre des complications.

Les signes pulmonaires se modifient : la congestion disparaît, la submatité et les râles diminuent. Et quand l'enfant finit sa maladie, on entend fort peu de chose à l'auscultation du sommet qui a été malade, parce que la congestion n'a pas été toute tuberculeuse. Parfois cependant des signes non douteux de tuberculose pulmonaire persistent après la guérison.

Telle est, rapidement esquissée, la marche de la typho-tuberculose ; nous avons, chemin faisant, essayé de faire ressortir les particularités qu'elle présentait et les quelques rares symptômes sur lesquels il fallait s'appuyer pour différencier de la dothiénentérie cette forme de tuberculose aiguë guérissable. A vrai dire, c'est en suivant jour par jour ses malades, qu'on peut espérer arriver à formuler un diagnostic précis. Encore celui-ci est-il à peu près impossible dans certains cas.

A côté de la typho-tuberculose, expression clinique d'une tuberculose aiguë atténuée, arrêtée dans son évolution, les tuberculeux présentent souvent des états typhoïdes passagers, différents de la forme clinique que nous décrivons sous le nom de typho-tuberculose. Il ne s'agit pas, dans ces cas, d'une tuberculose qui se généralise ; il s'agit simplement de poussées locales qui s'accompagnent de troubles généraux assez sérieux, de phénomènes d'intoxication se traduisant par un état typhoïde.

2° *Tuberculoses localisées.* — a. *Tuberculoses localisées aiguës et subaiguës.* — Sous cette dénomination, nous comprendrons la pneumonie et la broncho-pneumonie tuberculeuses.

La *tuberculose à forme de pneumonie* s'annonce par un début moins brusque que celui de la pneumonie franche, mais à la période d'état, l'examen de la poitrine révèle tous les signes que l'on trouve dans la pneumonie franche. Il existe une matité absolue dans l'un des poumons et l'auscultation y permet d'entendre un souffle tubaire. La température est très élevée.

Pendant six jours, les choses restent dans l'état ; au septième ou au huitième, la défervescence classique ne se produit pas. En même temps, on perçoit à l'auscultation des râles cavernuleux et bientôt d'autres signes se manifestent qui donnent à la maladie un cachet particulier.

La température présente de grandes oscillations irrégulières ; l'enfant est dans un état de faiblesse extrême ; il accuse de l'hyperesthésie quand on le touche ; il ne se nourrit pas, il s'amaigrit.

Du côté des poumons, les signes de tuberculose s'accentuent ; le ramollissement pulmonaire s'établit et après un temps plus ou moins long, l'enfant succombe d'épuisement.

La *tuberculose à forme de broncho-pneumonie* est beaucoup plus fréquente que la forme précédente. Elle se présente, au point de vue clinique, avec tous les caractères de la broncho-pneumonie franche. Après un début insidieux, auquel on n'assiste généralement pas, la dyspnée apparaît et, avec elle, la fièvre. On perçoit dans un des poumons une zone de matité et, en ce point, un souffle et des râles. Dans le poumon opposé s'entendent quelques râles sibilants et sous-crépitants disséminés. Le lendemain ou les jours suivants, les signes pulmonaires se modifient ; d'autres foyers de broncho-pneumonie ou de congestion simple apparaissent ; ces signes persistent pendant quelques jours, puis disparaissent ou s'amoindrissent et sont remplacés par d'autres.

La dyspnée est plus ou moins accentuée, la cyanose plus ou moins intense, suivant les cas, comme dans les broncho-pneumonies franches.

On comprend ainsi pourquoi il est si difficile et souvent même impossible d'arriver au diagnostic de tuberculose. Voici les principaux éléments qui permettent, dans certains cas, de résoudre le problème.

Les antécédents héréditaires seront utiles à examiner ; plus importants à connaître seront les antécédents du petit malade. Un enfant chétif, toussant fréquemment, s'enrhumant facilement, doit être suspecté de tuberculose. Si la broncho-pneumonie est survenue chez un sujet robuste, dans le cours d'une rougeole, il est probable qu'il s'agit plutôt d'une affection non bacillaire. Cependant il ne faut pas oublier que la rougeole donne souvent un coup de fouet à la tuberculose, qui se met alors à évoluer sous forme de broncho-pneumonie.

L'examen des différents organes doit être fait soigneuse-

ment, parce qu'il permet de trouver parfois un élément qui facilite le diagnostic; c'est ainsi que la découverte de gommes tuberculeuses cutanées, d'un mal de Pott, d'un testicule tuberculeux, d'une poly-adénite superficielle généralisée, sera une forte présomption en faveur de la nature tuberculeuse de la broncho-pneumonie.

Si aucun de ces éléments n'existe, c'est plus sur la marche de l'affection que sur les caractères de ses signes physiques et fonctionnels qu'il faudra compter pour arriver à une solution. Ces derniers offrent parfois quelques particularités intéressantes à signaler ; c'est ainsi que, dans certaines broncho-pneumonies tuberculeuses aiguës, la dyspnée très vive ne concorde pas avec le peu d'intensité des signes perçus à l'auscultation.

On a dit aussi que, dans la broncho-pneumonie tuberculeuse, les râles sibilants et sous-crépitants étaient moins disséminés, que les signes d'hépatisation étaient moins mobiles, mais ces caractères différentiels, qui seraient si importants, s'ils étaient constants, font souvent défaut.

La localisation et la persistance des signes physiques aux sommets ont plus de valeur ; mais on ne doit pas oublier que la tuberculose chez les enfants, surtout au-dessous de huit ans, débute fréquemment aux bases ou à la partie moyenne des poumons.

Les phénomènes généraux, du moins au début, ne fournissent pas d'indications plus sérieuses. La fièvre est quelquefois moins élevée dans la tuberculose et la courbe thermique peut présenter des oscillations irrégulières; mais dans la majorité des cas, ces différences manquent dans les premiers jours, c'est-à-dire au moment où elles seraient le plus utiles.

C'est, en somme, par son évolution que la broncho-pneumonie tuberculeuse se caractérise. La marche est plus ou moins rapide et la durée des plus variables. Nous laissons de côté les broncho-pneumonies suraiguës que nous avons signalées à propos de la granulie ; nous n'avons en vue que les formes aiguës et subaiguës.

La *broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë* dure quatre à cinq semaines. C'est vers le huitième, le dixième jour, qu'elle commence à prendre un aspect particulier. C'est à ce moment, en effet, qu'apparaissent les grandes oscillations thermiques et, avec elles, les sueurs et l'amaigrissement. De plus, on perçoit, localisés en un point du poumon, des signes stéthoscopiques assez caractéristiques : souffle, râles cavernuleux, gargouillement même. Il ne faudrait pas croire cependant qu'il s'est formé une caverne dans le poumon. Chez les enfants, en effet, les signes perçus par l'oreille, quand il existe un exsudat alvéolaire abondant, semblent toujours indiquer des lésions plus étendues qu'elles ne sont en réalité. Cela tient sans doute, pense M. Cadet de Gassicourt, à l'étroitesse de la cage thoracique.

Cette fixité des signes stéthoscopiques et leur aggravation graduelle n'existent pas à un aussi haut degré dans les broncho-pneumonies franches. Celles-ci, en effet, quand elles n'ont pas tué le malade, s'amendent généralement vers le dixième jour. La température s'abaisse, l'état général s'améliore, les signes stéthoscopiques diminuent.

Certaines broncho-pneumonies non tuberculeuses peuvent même passer à l'état chronique. On comprendra, qu'en pareil cas, tout diagnostic devient impossible. Mais ces faits sont l'exception; une broncho-pneumonie franche tend généralement vers la guérison et quand elle dure, elle doit être tenue pour suspecte, surtout si l'amaigrissement que nous avons signalé plus haut fait des progrès, si l'enfant se cachectise.

Il est exceptionnel qu'après trois semaines d'évolution, la nature tuberculeuse de l'affection ne puisse être affirmée, car l'enfant a pris le facies si caractéristique du tuberculeux. Il continue à s'amaigrir ; il vomit souvent, il est diarrhéique et au bout de six semaines, il succombe aux progrès de l'étisie ou bien emporté par une poussée aiguë ultime.

Dans la *broncho-pneumonie tuberculeuse subaiguë*, les mêmes signes se manifestent, mais avec plus de lenteur. La maladie s'arrête dans son évolution durant plusieurs semaines, pendant lesquelles le calme, les forces, l'appétit reviennent, puis elle reprend, s'arrête à nouveau et repart d'une façon définitive. C'est la forme clinique de tuberculose qu'on désigne sous le nom de phtisie galopante (sueurs abondantes, amaigrissement, grandes oscillations thermiques, signes de cavernules en plusieurs points des poumons).

b. *Tuberculoses localisées chroniques.* — Les tuberculoses localisées chroniques (pulmonaire, hépatique, péritonéale, intestinale, méningée, etc...) ne se rencontrent qu'exceptionnellement chez les bébés. C'est à partir de six ou sept ans qu'on les trouve. Encore la tuberculose n'est-elle pas absolument localisée ; à côté de l'organe primitivement et particulièrement atteint, il en est d'autres qui renferment des altérations tuberculeuses récentes et plus étendues.

Nous n'avons pas l'intention de faire ici la symptomatologie tout entière des tuberculoses localisées chroniques de l'enfance qui rappellent, en beaucoup de points, celle de l'adulte, nous voulons seulement exposer les particularités que chacune d'elles présente.

Poumons. — Le début de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant est souvent brusque (broncho-pneumonie, spléno-pneumonie, typho-tuberculose). A la période d'état, on trouve chez le tuberculeux enfant les symptômes fonctionnels et physiques du tuberculeux adulte. Ce tableau clinique est trop connu pour que nous le reproduisions; nous ne nous occuperons que des particularités présentées par l'enfant.

Tout d'abord les hémoptysies chez les tuberculeux sont rares au-dessous de dix ans ; après cet âge, elles ne se montrent que bien exceptionnellement au début de la tuberculose; c'est à la période ultime qu'elles se voient. Elles sont dues soit à la déchirure d'un anévrysme tapissant la paroi d'une caverne, soit à la rupture d'une branche de l'artère pulmonaire (1).

La percussion révèle dès le début de la tuberculose pulmonaire soit un léger degré de submatité, soit uniquement une sensation de résistance au doigt ; à l'auscultation, on constate un affaiblissement du murmure vésiculaire. C'est là, ainsi que l'a mis en évidence M. le professeur Grancher, un excellent signe de tuberculose au début. Quand la faiblesse du murmure vésiculaire existe sans modifications de la percussion, le diagnostic est plus délicat et une oreille peu exercée est exposée à considérer comme malade le poumon sain, parce que le murmure vésiculaire physiologique, avec sa facile expansion, sa force peut-être un peu exagérée, son rythme et son timbre moelleux, paraît soufflant, comparé au murmure vésiculaire affaibli, voilé de l'autre sommet.

Quand la lésion tuberculeuse est plus avancée, on perçoit

(1) Meusnier. Th. de Paris, 1892.

en même temps que des modifications à la percussion et des altérations du murmure vésiculaire, des râles sous-crépitants et des craquements; l'inspiration devient rude et l'expiration soufflante et prolongée.

D'autres localisations tuberculeuses se manifestent plus ou moins vite et ces signes que nous décrivons à un sommet s'entendent en différents points. A un degré plus avancé, les râles deviennent humides et donnent à l'auscultation la sensation de gargouillements. Souvent la respiration très soufflante prend un timbre cavitaire et il semble qu'il y ait une cavité dans le poumon. On admet d'autant plus volontiers l'existence d'une caverne que partout existent de gros râles humides, presque des gargouillements.

L'idée de ramollissement du poumon s'impose et l'on est tout étonné de voir la maladie évoluer sans grande fièvre ou, si l'enfant succombe, on est surpris de ne trouver, à l'autopsie, d'excavation en aucun point du poumon.

Ces signes pseudo-cavitaires, si facilement trompeurs, sont sous la dépendance de l'ectasie bronchique. Celle-ci est le plus souvent passagère; et quand elle disparaît, les signes pseudo-cavitaires ne s'entendent plus. C'est là une des particularités de l'auscultation des poumons des enfants.

Chez certains tuberculeux, le souffle caverneux, les gargouillements dépendent réellement d'une caverne. Exceptionnelles chez les bébés, les cavernes sont plus fréquentes chez les enfants âgés. Il est intéressant de rappeler que parfois une caverne ne se révèle par aucun signe à l'auscultation. De même encore, un poumon infiltré d'innombrables granulations très fines, développées dans les derniers jours, peut, à l'auscultation, laisser entendre une respiration à peu près normale qui ne permet pas de soupçonner l'existence d'altérations si généralisées. La superficialité des lésions explique seule qu'elles aient passé inaperçues durant la vie.

La tuberculose pulmonaire offre encore quelques particularités dans sa marche : on note souvent chez les enfants tuberculeux, plus peut-être que chez les adultes, des poussées congestives non tuberculeuses qui se font autour de foyers anciens. Ces poussées congestives disparaissent assez vite, sans laisser de trace. Elles sont parfois assez intenses pour menacer sérieusement la vie des malades et faire penser un instant à de la granulie.

Ces congestions para-tuberculeuses sont sous la dépendance de pneumocoques ou de streptocoques, ainsi qu'il résulte des recherches de MM. Ménétrier et Duflocq.

Les tuberculoses localisées chroniques de la plèvre, des ganglions bronchiques, du cerveau, des méninges, du tube digestif et des annexes, etc., présentent, elles aussi, d'intéressantes particularités, que nous ne pouvons, faute de place, étudier ici.

VI

Diagnostic. — Il nous paraît intéressant de terminer cette étude de la tuberculose chez les enfants, par quelques considérations sur le diagnostic.

Chez les bébés, tout d'abord, est-il toujours possible de diagnostiquer la tuberculose? Trois cas peuvent se présenter : ou bien la tuberculose, déjà ancienne, se manifeste par cette riche symptomatologie que nous avons décrite à propos de la tuberculose diffuse; ou bien, déjà généralisée quoique récente, elle n'est pas encore très confirmée dans son expression; ou bien, enfin, elle est latente.

Facile dans le premier cas, plus délicat dans le second, le diagnostic est le plus souvent impossible dans le troisième : on soupçonne la tuberculose, on n'ose pas l'affirmer.

Premier cas. — La tuberculose est confirmée. L'amaigrissement extrême de l'enfant, son extrême pâleur, les longs cils de ses yeux sans expression, une adénopathie superficielle généralisée coïncidant avec un gros foie et une rate perceptible à la palpation et à la percussion, des signes d'induration pulmonaire à l'un des sommets, des troubles digestifs enfin, voilà plus qu'il n'en faut pour affirmer la tuberculose.

Deuxième cas. — La tuberculose est moins ancienne. De tous les symptômes qui se trouvent réunis dans le premier cas, quelques-uns seuls existent. L'enfant a maigri depuis quelque temps ; il tousse fréquemment. Est-il tuberculeux?

M. Cadet de Gassicourt insiste beaucoup dans ses cliniques sur la fièvre et l'amaigrissement. Certes la fièvre est un phénomène fréquent, constant même chez les tuberculeux d'un certain âge et quand elle coïncide avec un amaigrissement que rien n'explique, on doit y attacher une grande importance; mais chez les bébés tuberculeux, la fièvre fait défaut pendant toute l'évolution de la maladie : elle ne se montre que dans les derniers jours, c'est-à-dire à une période où le diagnostic est assuré depuis longtemps. Il ne convient donc pas de compter beaucoup sur elle pour le diagnostic.

Pour arriver à un diagnostic, il faut passer en revue chacun des organes et rechercher — si l'on ne trouve pas de localisation pulmonaire bien nette — l'état du foie, de la rate, des ganglions périphériques. Souvent on n'arrive à constater aucune modification du côté des différents organes; c'est l'aspect seul du malade ou bien l'existence d'une tuberculose périphérique (peau, testicules, etc.), qui fait faire le diagnostic.

Les bébés qui sont au début d'une tuberculose, sont fréquemment pris pour de simples athrepsiés. L'athrepsique et le tuberculeux se ressemblent à coup sûr, mais avec un peu d'attention on arrive à les distinguer l'un de l'autre. L'athrepsie a un début plus brusque et une marche plus rapide vers la déchéance : les troubles digestifs dominent et constituent même toute la maladie dans la majorité des cas. De plus, l'athrepsique n'a pas le facies si caractéristique du tuberculeux, et chez lui, l'adénopathie généralisée fait défaut, comme aussi manquent la splénomégalie et souvent aussi l'hypertrophie du foie.

Par contre, d'autres enfants, affaiblis et amaigris par des suppurations prolongées ou à la suite d'infections qui ont longtemps duré, se présentent avec un facies qui rappelle beaucoup celui des tuberculeux, et sont souvent considérés comme tels. C'est ainsi qu'il nous est arrivé fréquemment d'observer des enfants, atteints d'une pleurésie purulente, non tuberculeuse, qu'on n'avait pas traitée, ou d'une broncho-pneumonie rubéoleuse passée à l'état chronique, s'amaigrir considérablement et prendre, avec l'aspect squelettique, cette teinte cireuse de la peau, si spéciale aux tuberculisés.

L'idée d'une tuberculose s'impose au premier abord chez des enfants ainsi atteints, et, bien que l'adénopathie généralisée manque, la présence des nombreux râles dans les poumons, l'existence même d'un souffle rendent très vraisemblable l'existence de la tuberculose.

L'évolution de la maladie permet seule de se faire une idée exacte de sa nature. Il suffit de pratiquer l'empyème,

chez les enfants atteints de pleurésie purulente ancienne, négligée, pour voir s'améliorer très vite l'état général et disparaître l'aspect cachectique, qui semblait en faire des tuberculeux.

Chez les enfants atteints de broncho-pneumonie chronique non tuberculeuse, on voit aussi très rapidement, avec la disparition graduelle des signes pulmonaires, se modifier l'état général. Les forces reviennent, l'enfant engraisse et retrouve bientôt le bon état de santé qu'il avait avant sa broncho-pneumonie. Pareille amélioration n'existe pas dans la tuberculose.

Dans quelques cas, très rares il est vrai, la broncho-pneumonie fait des progrès, et la cachexie du petit malade augmente. Elle finit, après un temps plus ou moins long, par amener la mort de l'enfant. Dans les cas de ce genre, le diagnostic est resté hésitant jusque dans les derniers jours; l'idée d'une infection tuberculeuse a fini par l'emporter, et l'on est étonné de ne trouver à l'autopsie que des lésions de broncho-pneumonie chronique. Aucun organe ne renferme de tuberculose.

L'affaiblissement, l'état cachectique de ces enfants atteints de broncho-pneumonie chronique, relèvent d'une intoxication générale, qui a son point de départ dans les foyers de suppuration pulmonaire. Parfois même ces broncho-pneumonies chroniques s'accompagnent d'une infection de l'organisme, par les microbes qui ont produit la lésion pulmonaire. Cette infection se traduit par de la fièvre avec grandes oscillations, parfois même par des poussées successives d'abcès sous-cutanés qui, par la teinte violacée de la peau qui les recouvre, rappellent les gommes cutanées tuberculeuses.

Le diagnostic de tuberbulose diffuse présente, ainsi qu'on le voit, d'assez sérieuses difficultés chez certains bébés. Cela tient à ce que la généralisation de la maladie se fait avant que dans un organe des lésions facilement appréciables aient eu le temps de se constituer.

Chez les enfants plus âgés, la maladie, bien qu'évoluant, a plus de tendance à rester localisée à l'organe primitivement atteint, elle devient, par cela même, plus facile à reconnaître.

Troisième cas. — La tuberculose est latente. La généralisation ne s'est pas encore faite, la tuberculose ayant pris possession de l'organisme depuis trop peu de temps encore. Dans ce cas, le diagnostic certain est à peu près impossible. De mauvais antécédents héréditaires et personnels chez un petit malade, un amaigrissement qu'on ne peut expliquer (les troubles digestifs n'existant pas) peuvent faire craindre la tuberculose, mais il paraît bien difficile d'en affirmer l'existence.

On peut encore se trouver en présence d'enfants qui présentent une adénopathie généralisée comme dans tous les cas de tuberculose diffuse et qui, cependant, n'offrent de lésions tuberculeuses dans aucun organe. L'examen du sang permettant d'affirmer qu'il ne s'agit pas de leucocythémie, l'évolution de l'affection n'ayant rien de commun avec l'adénie, la peau ne présentant aucune ulcération capable d'expliquer l'adénopathie, peut-on dire qu'il s'agit de tuberculeux?

Jusqu'en ces derniers temps, on n'admettait pas l'existence d'une tuberculose lymphatique généralisée primitive, d'une polyadénite primitive. Pascal (Th. de Paris, 1992) vient d'en publier plusieurs cas qui paraissent être démonstratifs.

Il semble donc, qu'il soit possible de regarder comme tuberculeux des enfants atteints d'adénopathie généralisée primitive, mais dans ces cas le diagnostic reste forcément réservé. Les enfants, atteints de polyadénite primitive, peuvent, après un séjour prolongé au bord de la mer, avec une alimentation riche et abondante arriver à la guérison. La plupart, cependant, finissent par succomber soit à une tuberculose diffuse, soit du fait même de la cachexie que cette tuberculose, purement lymphatique, produit chez certains d'entre eux. M. Pascal rapporte, dans sa thèse, quelques autopsies qui sont démonstratives à cet égard.

Voilà les points les plus intéressants du diagnostic de la tuberculose chez les bébés. Dans la seconde enfance, le diagnostic est plus facile à cause de la plus grande tendance aux localisations. Il y a de grandes ressemblances avec ce qui se passe pour l'adulte; aussi laisserons-nous ce diagnostic de côté.

Nous attirerons seulement l'attention sur les tuberculoses aiguës généralisées, qui évoluent à la façon d'une fièvre typhoïde et surtout sur celles qui guérissent. Nous avons insisté, en décrivant la typho-tuberculose, sur les analogies qui existaient entre cette forme clinique de la tuberculose et la dothiénentérie, et nous avons montré les difficultés que présentait parfois le diagnostic.

Chaque fois qu'on trouvera, chez un enfant, un cortège symptomatique assez accentué pour qu'on puisse penser à une fièvre typhoïde, mais pas suffisamment caractérisé cependant, pour qu'on puisse affirmer le diagnostic, il faudra, avant de conclure à la dothiénentérie, se demander s'il ne s'agit pas de tuberculose. Un enfant qui est à peine abattu, bien que sa température soit à 40 degrés, qui n'a pas de diarrhée, qui ne présente pas de taches rosées, doit être fortement suspecté de tuberculose. En suivant attentivement son malade, on arrivera à un diagnostic certain. Ce sont les modifications qui se montrent du côté des poumons qui permettent seules de différencier la dothiénentérie de la typho-tuberculose.

Ce qui complique les choses dans bien des cas, c'est la possibilité de l'évolution des deux affections, dothiénentérie et tuberculose, chez le même malade. C'est encore l'éclosion d'une fièvre typhoïde, chez un enfant atteint d'une tuberculose pulmonaire, et qu'on n'est appelé à examiner qu'après quelques jours de maladie.

Malgré les difficultés qu'il y a à reconnaître les formes de tuberculose, nous croyons qu'il est possible d'arriver à un diagnostic dans la majorité des cas : le diagnostic est loin d'être indifférent; la constatation précoce d'une tuberculose peut avoir, pour l'avenir, une très grande importance et évitera bien des erreurs de pronostic.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 décembre 1892. — Présidence de M. Chauvel.

COMMUNICATIONS

Statistique. — **M. PEYROT** communique la statistique des opérations qu'il a pratiquées, dans son service de Lariboisière, pendant l'année qui vient de s'écouler. Sur 40 laparotomies et 6 hystérectomies, il n'a eu à déplorer qu'un seul décès, de cause accidentelle.

Rupture des voies biliaires. — **M. ROUTIER**, à propos de l'observation communiquée dans la dernière séance par M. Kirmisson, fait remarquer que les épanchements de bile dans le

péritoine, sans péritonite, ne sont pas très rares. Mais ce qui est beaucoup plus rare, c'est la guérison de ces épanchements après une seule ponction, comme cela eut lieu dans le cas de M. Kirmisson. En effet, dans tous les cas relevés par M. Routier, il a fallu plusieurs ponctions et quelquefois jusqu'à douze et quinze, avant d'obtenir la guérison de l'épanchement.

M. Routier communique ensuite l'observation suivante qui vient à l'appui de l'opinion soutenue par M. Terrier sur l'état de vacuité de la vésicule biliaire dans les cas de calculs du cholédoque.

Il s'agit d'une malade, entrée dans le service de M. Labbé, à l'Hôtel-Dieu, et qui était atteinte d'un ictère des plus prononcés; elle était vert bouteille. A la suite d'un grand chagrin, elle avait ressenti une vive douleur dans le flanc droit et avait eu, après, plusieurs accès de coliques hépatiques. Bientôt, ces accès devinrent subintrants et s'accompagnèrent de fièvre, le thermomètre montait à 40 degrés. Bientôt même les accès devinrent continus et la température resta à 40 degrés. Les urines étaient rouges, les selles décolorées ; on sentait une tumeur au niveau du bord libre du foie que M. Labbé prit pour la vésicule biliaire dilatée.

M. Routier, appelé auprès de cette malade, pratiqua la laparotomie; il arriva sur le bord libre du foie, y trouva un lipome, puis des adhérences entre le foie et le côlon. Il enleva le lipome, détacha quelque peu ces adhérences et rechercha la vésicule ; il finit par la trouver, elle était très petite. M. Routier sentit la présence d'un calcul dans le canal cholédoque ; il le fit cheminer jusqu'à la vésicule qui fut ouverte et le fit sortir par cette ouverture. M. Routier ne trouva pas d'autres calculs. Il ne referma pas la vésicule biliaire ; il y introduisit un tube à drainage et plaça, au-dessus et au-dessous, une lamelle de gaze iodoformée, puis referma la plaie abdominale au-dessus et au-dessous du drain et de la gaze iodoformée.

La malade rendit de la bile par le tube, la fièvre tomba, les urines redevinrent claires et les selles commencèrent à se colorer, mais la malade conserve encore une teinte ictérique. Il n'y a que huit jours qu'elle a été opérée. L'état général est aussi satisfaisant que possible.

Ce fait vient donc confirmer de nouveau ce qu'a dit M. Terrier sur la coïncidence de l'atrophie de la vésicule biliaire avec la présence d'un calcul dans le canal cholédoque.

M. TILLAUX fait ressortir toute l'importance de ce diagnostic différentiel, établi par M. Terrier, entre les calculs du canal cholédoque et les néoplasmes de la tête du pancréas. Il est parfaitement exact que, dans les cas de calculs, on trouve généralement la vésicule biliaire atrophiée, affaissée, tandis qu'on la trouve habituellement dilatée dans les cas de tumeurs de la tête du pancréas. Ce fait ne s'explique pas aisément, mais il n'en existe pas moins.

M. Tillaux rappelle l'observation d'une malade chez laquelle il a pratiqué une cholécystentérostomie pour rétention biliaire; cette malade a succombé à un cancer de la tête du pancréas et on a trouvé, à l'autopsie, la vésicule biliaire extrêmement dilatée.

M. TERRIER a découvert que cette distinction qu'il a établie ne lui appartenait pas. En effet, Courvoisier (de Leipzig) avait déjà signalé le fait en 1890.

M. RECLUS a été complètement convaincu par la lecture du mémoire de M. Terrier sur l'importance de la distinction qu'il a établie. Toutefois, il croit qu'il ne faut pas dire que jamais la vésicule biliaire n'est dilatée dans les cas de calculs du cholédoque. Il y a des cas où cette dilatation se rencontre et, pour être exceptionnelle, elle n'en existe pas moins, exception qui, d'ailleurs, confirme la règle.

M. PEYRAUD communique l'observation d'une femme de cinquante-six ans, qui fut prise de violentes coliques hépatiques à fin octobre 1891 ; elle eut ainsi sept accès; les urines devinrent rouges, les selles décolorées, le teint brique. Elle entra, en février 1892, à Lariboisière. Sa température était de 39 à 40 degrés. La malade ne s'alimentait plus. M. Peyraud fit l'opération le 27 février. Il trouva la vésicule libre d'adhérences, peu volumineuse. Il n'y avait aucune tuméfaction du côté des canaux cholédoque et cystique. Il ouvrit la vésicule, la fixa aux bords de la plaie et établit une fistule biliaire. La bile s'écoulait par cette ouverture. La malade allait bien et quittait le service au mois d'août. Elle revint en octobre et M. Peyraud lui pratiqua, le 30 octobre, une entérostomie biliaire ou une cholécystentérostomie. Il laissa, toutefois, la fistule biliaire cutanée. La malade eut un peu de fièvre et rendit des garde-robes par sa fistule biliaire, la plaie ne se réunit pas et s'ouvrit. Mais il y eut une réunion immédiate secondaire, la bile cessa de s'écouler par la fistule ; celle-ci se ferma d'elle-même et la malade finit par guérir.

Dans ce cas, M. Peyraud regrette de n'avoir pas suivi le conseil que lui avait donné M. Perier de fermer la fistule biliaire quand il pratiqua la cholécystentérostomie.

M. JALAGUIER, à l'appui du dire de M. Reclus, cite un fait de calcul du canal cholédoque avec dilatation très accentuée de la vésicule biliaire.

RAPPORTS

Pérityphlite sans perforation. — M. RICHELOT fait un rapport sur une note de M. Brussy (de Gien) relative à un cas de pérityphlite sans perforation. Il s'agit d'un homme de soixante ans, ancien tuberculeux, ce qui a porté M. Brussy à se demander si la pérityphlite n'était pas, dans ce cas, la conséquence d'une adénite tuberculeuse. Il soulève ainsi la question de la typhlite tuberculeuse. On tend généralement à admettre que, dans les typhlites à répétitions, il faut tenir compte de la possibilité de cette origine.

Plaie articulaire du genou. — M. RICHELOT fait un second rapport sur une observation adressée par M. Courtades (du Puy-de-Dôme) dans laquelle il s'agit d'une plaie de l'articulation du genou. Suture du ligament rotulien, drainage, lavage avec la solution phéniquée à 2 p. 100, guérison avec mobilité articulaire complète.

PRÉSENTATION

Gastrostomie. — M. SCHWARTZ présente un malade atteint d'épithélioma de l'œsophage chez lequel il a pratiqué la gastrostomie en deux temps ; dans un premier temps, il a fait la gastropexie; huit jours après il a ouvert la bouche stomacale. Il n'y a aucune issue de sac gastrique. Le malade a déjà engraissé de 6 kilogrammes.

ÉLECTIONS

M. Perier est élu président pour l'année 1893, M. Lucas-Championnière vice-président, M. Kirmisson premier secrétaire, M. Peyrot deuxième secrétaire, M. Reclus archiviste.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La pathologie des émotions (1), par Ch. Féré.

« Le but de ce travail, dit l'auteur dans sa préface, est de déterminer, autant que possible, les conditions physiologiques des émotions et de montrer que ces conditions sont identiques aux réactions somatiques qui résultent de l'action des agents physiques, à l'influence desquels l'homme est soumis. » Cette phrase indique clairement l'esprit dans lequel a été élaboré ce livre, qui n'est pas une œuvre de métaphysique, mais un travail de clinicien et de physiologiste.

Toute sensation s'accompagne d'un état émotif, agréable ou désagréable. Les émotions complexes, comme la crainte, la joie, ne sont que la représentation mentale des sensations et des éléments émotionnels liés à ces sensations. Or les sensations déter-

---

(1) In-8°. Prix : 12 francs. — Paris, F. Alcan.

minent des modifications dans l'organisme de ceux qui les perçoivent; de même, les émotions ont toujours pour condition des modifications physiologiques analogues.

Pour bien montrer cette similitude, M. Féré étudie d'abord les effets des agents physiques sur l'homme, c'est-à-dire les modifications imprimées au sujet par les sensations. Il analyse successivement les phénomènes physiologiques et pathologiques provoqués par l'air, la température, la tension électrique, la lumière, le son, etc... Ces agents déterminent des effets généraux sur la circulation, la respiration, la nutrition, les fonctions sensorielles et aussi des effets locaux, spéciaux à chaque sensation. Ainsi la lumière, outre qu'elle agit sur la nutrition générale de l'individu, détermine aussi, quand elle est faible, l'ouverture des paupières, pour laisser pénétrer les rayons lumineux; une impression olfactive, agréable, dilate les narines. Ce sont là des signes physiques de la sensation, ceux qui permettent de la faire reconnaître par l'observateur qui ne la perçoit pas. Les mêmes agents physiques ont aussi des effets pathologiques, soit par un défaut, soit par un excès de leur excitation. L'abaissement de la pression atmosphérique donne le mal des montagnes; une lumière trop intense peut déterminer de l'amblyopie ou de l'amaurose.

Si on étudie maintenant les conditions somatiques des émotions, on verra que celles-ci sont toujours accompagnées de modifications physiologiques ou pathologiques, analogues aux effets des agents physiques. Une émotion agréable élève le pouls; la honte détermine des troubles vaso-moteurs de la face et parfois de la poitrine; une émotion agréable amplifie les mouvements respiratoires; la colère produit de la salivation.

Bref, les émotions ont un retentissement sur toutes les fonctions et sur tous les organes. Elles ont, en dehors de ces effets diffus, et comme les sensations, des effets spéciaux propres à chacune d'elles. « La méfiance s'exprime par l'ouverture des yeux, qui trahit l'attention, par la direction du regard qui indique l'objet et par la flexion de la tête qui caractérise la dissimulation. » Pathologiquement, une joie intense peut amener une syncope; la colère cause une suffocation qui est parfois mortelle; on a vu des émotions exagérer la glycosurie dans le diabète, d'autres, provoquer des dermatoses. On voit donc que les émotions, comme les sensations, déterminent des phénomènes physiologiques et pathologiques analogues et présentent, les unes et les autres, des signes physiques qui permettent de les étudier objectivement.

Une classification des émotions est cependant chose plus malaisée qu'une classification des sensations, car l'on n'a plus la notion des agents physiques, ni la connaissance d'organes de réception qui ont servi à grouper ces dernières. On peut seulement dire qu'il y a des émotions sthéniques, qui ont, pour caractères principaux, un état de tension musculaire, une augmentation de la pression artérielle et de la circulation des petits vaisseaux avec accroissement du volume des membres, une élévation de la température, une plus abondante sécrétion glandulaire, etc., et en émotions asthéniques, qui se traduisent par des phénomènes inverses.

A ces états sthéniques ou asthéniques, qui sont représentés par une excitation ou une dépression générale, correspondent des phénomènes psychiques. M. Féré est amené ainsi à étudier le rapport des psychopathies avec ces états morbides. Pour lui, toutes les vésanies ont comme base une condition dépressive de l'organisme. Il insiste surtout sur la manie qui ne représente pas une émotion sthénique, à laquelle on l'a souvent comparée. Il la rapproche de la mélancolie, avec laquelle elle se compare pour les troubles somatiques.

M. Féré décrit ensuite l'émotivité morbide qu'il divise en diffuse et en systématisée. Cette dernière classe comprend les obsessions et impulsions que M. Magnan a étudiées sous le terme de syndromes épisodiques des dégénérés, l'agoraphobie, la dipsomanie, la folie du doute, du toucher, etc. Parmi les conditions individuelles de l'émotivité morbide, l'auteur fait sa part à l'hérédité, mais admet aussi beaucoup de causes occasionnelles, telles que les maladies nerveuses et infectieuses, les traumatismes et la plupart des accidents pathologiques. L'émotivité morbide peut apparaître chez toutes les personnes à l'occasion d'une dépression physique et psychique consécutive à ces causes. Elle peut aussi disparaître, et elle est curable, deux propositions qui réagissent contre les tendances actuelles.

Après un chapitre sur les organes des émotions, où M. Féré insiste beaucoup sur le rôle du grand sympathique, l'auteur aborde des considérations sociales et pénales. Plusieurs de ses propositions sont audacieuses, bien que logiques. Il est malaisé de les analyser ici en peu de mots.

M. Féré, rejetant l'hypothèse du libre arbitre comme extra-scientifique, admet que tous les hommes, aliénés ou non, étant tous plus ou moins irresponsables, doivent être égaux devant la loi pénale qui n'est qu'un instrument de défense. Il nie la compétence des experts médicaux aliénistes, attendu qu'il n'y a aucun critérium certain dans ces questions d'aliénation mentale et de responsabilité. Il s'élève contre la philanthropie exagérée, dont les masses sont aujourd'hui *intoxiquées*; et propose des moyens prophylactiques contre la transmission et l'extension de la dégénérescence. M. Féré traite tous ces points avec une logique serrée et des arguments solides.

Nous n'avons pu donner qu'un faible aperçu de ce livre touffu. C'est un ouvrage encyclopédique, où la clarté est un peu obscurcie par la masse des faits; et il faut une certaine réflexion pour en dégager l'esprit général, ainsi que l'enchaînement naturel des chapitres. Dans ce livre toutes sortes de problèmes psychiatriques et psychologiques, agités récemment, sont traités; et il faut avouer qu'ils le sont avec une érudition soutenue et avec un rare esprit de critique. Quand on en a fini la lecture, on peut avoir perdu de vue la thèse principale qu'a voulu développer M. Féré. Mais on reste satisfait d'avoir parcouru une sorte de dictionnaire des sciences mentales, où chaque article contient souvent des idées originales ou des expériences personnelles intéressantes, et présente toujours une mise au point excellente d'une question.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour la médaille d'or de l'internat (chirurgie) vient de se terminer par les nominations suivantes : médaille d'or, M. Guillemin ; médaille d'argent, M. Arrou ; mention, M. Brodier.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre d'inscriptions du deuxième trimestre de l'année scolaire 1892-1893, ouvert le jeudi 5 janvier 1893, sera clos le samedi 28 janvier 1893, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et deuxième années de doctorat et de première année d'officiat : les jeudi 5, vendredi 6, samedi 7, mercredi 11, jeudi 12, vendredi 13, samedi 14, mercredi 18 et jeudi 19 janvier.

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat : les vendredi 20, samedi 21, mercredi 25, jeudi 26, vendredi 27 et samedi 28 janvier.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris l'inscription trimestrielle, aux dates ci-dessus indiquées.

La quatorzième inscription ne sera point délivrée aux étudiants qui n'auraient pas subi avec succès la deuxième partie du deuxième examen (physiologie).

MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle. — Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises

au stage), ne seront distribués qu'à partir du jeudi 19 janvier.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le premier trimestre 1892-93. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

16

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude ...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre...............		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux........................		
Chlorure de sodium....................		
Matières organiques...................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

50

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

29

ELIXIR, VIN, SACCHARURE, EUPEPTIQUE

KOLA-MONAVON

Dosé à 1,20 Noix de KOLA vraie pr cuill. à bouche.

Médicament cardio-vasculaire, Tonique reconstituant, Aliment d'épargne

contre *Atonie générale, Convalescence, Débilité, Affections cardiaques.*

Anc. Phie du Dr Crolas, 10, r. de Trion, Lyon.



— Monavon, succr. —

97

EAU MINERALE FERRUGINEUSE

OREZZA (CORSE)

ANÉMIE, CHLOROSE, DYSPEPSIE

LA PLUS RICHE EN FER & EN ACIDE CARBONIQUE

*Sans rivale dans toutes les maladies provenant de l'*__Appauvrissement du sang__ *ou de l'*__Insuffisance de nutrition.__

23

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES *et GÉNITO-URINAIRES*

LE TERPINOL ADRIAN

a les propriétés de l'essence de térébenthine, dont il dérive, mais il est plus facilement absorbé et surtout très bien toléré.

Se vend en CAPSULES de 15 centigrammes à prendre à la dose de 4 à 8 par jour.

PILULES et ÉLIXIR de TERPINE ADRIAN

45

« Le suc d'ortie est le remède le plus certain contre l'hémoptysie et toutes les hémorragies.
Dr Chomel. »

SIROP HÉMOSTATIQUE DE PÉNEAU

AU SUC D'ORTIE

CURATIF ET PRÉVENTIF DES

**Hémorragies, Pertes, Crachements de sang
Saignements de nez
Hémorragies intestinales**

56

SANTAL-CAMPHRÉ LANGLEBERT

(CAPSULES D'ESSENCE DE SANTAL PURE ET DE CAMPHRE)

Ces capsules réunissent, en une seule préparation, l'effet spécifique de l'essence de santal pure et l'action sédative si marquée du camphre sur les organes génito-urinaires.

44

TRAITEMENT INTENSIF

DE LA TUBERCULOSE

PAR LA MÉTHODE DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES

La maison L. Frere, A. Champigny et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris, a l'honneur d'informer le corps médical qu'elle tient à sa disposition les produits ci-après, tels qu'ils ont été préparés dans son laboratoire pour les expériences faites dans les hôpitaux de Paris d'après cette nouvelle méthode. — Le nom et la marque de ces préparations ont été déposés.

HUILE CRÉOSOTÉE alpha

HUILE GAIACOLÉE alpha

au quinzième. .	en flacons de 1000 grammes	
au dixième . . .	— 500	—
	— 250	—
au cinquième. .	— 125	—
à parties égales. .	— 30	—

*La maison fournit également l'*__Huile neutre stérilisée,__ *le* __Gaïacol alpha__ *et la* __Créosote alpha__ *en nature, par divisions variant de 30 grammes à 1 kilogramme.*

62

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

14

MALADIES DE POITRINE

Bronchites chroniques, catarrhes pulmonaires, laryngites, extinctions de voix, etc., etc.

TRAITEMENT RATIONNEL PAR LE

Sirop balsamo-sulfureux Le Brun

monosulfure de sodium chimiquement pur. Goudron, Tolu et Alcoolature de racine d'aconit. Dépôt : Phie Cle, 50, fg Montmartre, Paris et Phies.

52

Goutte, Gravelle, Rhumatismes, etc.

BENZO-LITHINE GRANULÉE DU Dr CHASSIN

Benzoate de lithine et extrait d'arenaria rubra.

Le fl., 5 fr. Rue des Tournelles, 2, Paris, et phies.

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes

33

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux**, du **quina** et de la **viande crue**. Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

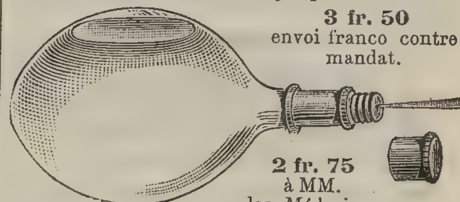
A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, phien, ex-préparatr à l'Ecole de médecine et de pharmacie, rue Victor-Hugo, 14. LYON.

42

CHLORÉTHYLE DU Dr BENGUÉ.

anesthésique local et analgésique instantané.



3 fr. 50 envoi franco contre mandat.

2 fr. 75 à MM. les Médecins.

Dr Bengué, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

44

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :

0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,

exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles**, etc.....

Doses. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,
avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 26 décembre 1892.

Comme nous l'avions annoncé, M. Péan a fait, le 24 décembre, à l'hôpital Saint-Louis, sa dernière clinique. Il l'a faite devant une affluence énorme de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, d'étudiants et surtout de médecins de la ville. Nous donnons ci-après la partie la plus importante de cette leçon magistrale, celle qui a trait à l'histoire de la chirurgie abdominale en France. Le reste, l'émouvant récit des premières études, des luttes soutenues depuis bientôt quarante ans, ne saurait s'analyser. Tous ceux qui l'ont entendu garderont le souvenir d'avoir vu, au moment où il évoquait la mémoire de ses anciens maîtres, Nélaton et Denonvilliers, au moment où il adressait ses adieux à ses élèves, M. Péan — l'impassible chirurgien — ému pour la première fois.

« De 1860 à 1865, la question du traitement des kystes de l'ovaire passionna vraiment les chirurgiens français. Les tentatives d'ovariotomie étaient devenues, en Angleterre et en Amérique, de plus en plus fréquentes ; le nombre des succès était des plus encourageants. En 1860, M. Worms, dans une mémorable étude historique et critique sur l'extirpation des tumeurs kystiques de l'ovaire, analysait, après s'être mis en rapport, non seulement avec les chirurgiens, mais avec les malades opérées, toutes les observations publiées en Angleterre et montrait que les résultats obtenus par l'intervention chirurgicale étaient de plus en plus satisfaisants. Mais tandis que, parmi les chirurgiens, les uns commençaient à accepter la possibilité de tentatives d'ovariotomie, les autres en restaient les adversaires acharnés. Longtemps après les premiers succès obtenus à Paris, à Strasbourg, à Lyon, Denonvilliers, que je ne pus jamais bien convaincre, continuait à soutenir que l'ovariotomie n'avait quelques chances de succès que dans la race anglo-saxonne. Velpeau, plus acharné encore dans son opposition, mettait en tête de cette ordonnance avec le diagnostic « kyste de l'ovaire » : « Celui qui opérera cette malade sera un assassin. »

J'étais alors l'élève et le collaborateur de Nélaton. Ce fut une circonstance peu connue qui, en 1861, décida le grand chirurgien à entreprendre en Angleterre son célèbre voyage pour étudier le procédé et les résultats de Baker Brown, voyage à la suite duquel l'ovariotomie devait décidément s'implanter en France. Pendant un long mois, Nélaton avait assisté à l'agonie progressive d'une des jeunes femmes les plus en vue de la cour impériale, qui finit par succomber aux progrès d'un kyste de l'ovaire. La malade morte, Nélaton, vivement ému, partit pour Londres ; à son retour il faisait, à l'hôpital des Cliniques, le 25 novembre 1861, sa leçon sur l'ovariotomie. L'opération était dès lors acceptée.

La première opération de Nélaton, bien que merveilleusement faite et très simple, fut suivie d'un décès rapide par péritonite. Nélaton, dans cette opération, se refusa à employer les pinces pour saisir les vaisseaux de l'incision abdominale, et je m'explique surtout les insuccès par la chute du sang dans le péritoine. Dans la seconde, la malade mourut au vingt et unième jour de tétanos. Les résultats restèrent longtemps assez mauvais. La première ovariotomie que je fis, en 1864, étant alors simple prosecteur des hôpitaux, fut en même temps, je crois, le premier succès obtenu dans Paris même. Cette guérison, je me souviens, ébranla un instant les théories de Denonvilliers, la malade étant de race italienne. Et pourtant ce fut un des cas les plus difficiles, les plus complexes que j'ai jamais rencontrés. La série de mes autres opérations, grâce surtout au soin que je prenais d'assurer l'hémostase de la paroi avant d'ouvrir le péritoine, fut également, grâce à la minutie extrême que j'apportais, dès cette époque, au traitement consécutif, extrêmement heureuse. Et pendant près de quinze ans encore, je suis resté, à Paris, le seul chirurgien pratiquant couramment l'ovariotomie redoutée de tous.

En 1869, à propos de l'ablation d'une énorme tumeur éléphantiasique du dos, j'imaginais le procédé du morcellement qui, depuis, devait si singulièrement accroître le domaine de la chirurgie abdominale et permettre l'ablation des tumeurs dans les régions les plus périlleuses. Ce procédé rendait presque inoffensives, l'ablation de tumeurs volumineuses du corps thyroïde, l'ablation d'énormes tumeurs vasculaires. Le résultat le plus important qu'il ait donné est assurément de me conduire à un mode opératoire nouveau, pour les tumeurs très adhérentes de l'abdomen. Certains kystes adhérents de tous côtés au bassin, à l'intestin, aux vaisseaux, étaient inopérables en totalité, ou, si l'on s'acharnait à une extirpation radicale, donnaient une mortalité excessive. En enlevant simplement l'intérieur de la poche, les portions de paroi libres ; attirant le reste et le

suturant à l'incision abdominale, j'obtins des guérisons presque constantes dans les cas les plus complexes. La poche laissée guérissait par suppuration, disais-je alors. C'est là un procédé précieux pour les tumeurs de l'ovaire, des ligaments larges, les tumeurs utéro-kystiques, les tumeurs du foie, des reins. Et pourtant, pour l'ovaire, on donne à ce procédé, couramment aujourd'hui adopté par tous, le nom de procédé de Spencer Wells, pour le foie le nom de procédé de Landau, pour le rein le nom de procédé de Volkmann. Il est vrai que les Allemands ajoutent, mais ajoutent seuls, procédé de Volkmann-Péan.

C'est ce procédé de traitement des tumeurs fibro-kystiques de l'utérus qui me conduisit ainsi aux premières tentatives d'hystérectomie abdominale faites en France pour les corps fibreux de l'utérus.

Au dernier Congrès de Berlin, Martins, qui fit le premier cette opération en Allemagne, voulut bien rappeler que ce sont les hystérectomies qu'il avait vu faire dans mon service qui l'avaient guidé. Depuis, le perfectionnement de plus en plus grand de la technique du morcellement m'a permis d'enlever ces corps fibreux, non plus par la voie abdominale, mais par la voie vaginale. Le morcellement, qu'un de mes détracteurs désignait, lors de ma première communication à la Société de chirurgie, sous le nom aimable de procédé des tranches de melon, restera, je crois, dans la chirurgie des tumeurs.

La voie vaginale offre sur la voie abdominale des avantages incontestables. Elle ne laisse pas de cicatrices, ne prédispose pas à l'éventration. Vous savez le nombre considérable d'ablations que je fais par cette voie, non seulement pour les tumeurs et les affections de l'utérus, mais pour celles du ligament large et des annexes. Là encore, mon exemple a été rarement cité, mais il est de plus en plus fréquemment suivi. J'ai même pu, en combinant les deux modes d'aborder les tumeurs de l'abdomen par la voie vaginale et la voie abdominale, opérer avec succès des cas qui semblaient au-dessus des ressources de la chirurgie.

J'ai longtemps insisté sur ces opérations abdominales. C'est qu'en chirurgie, tous les progrès s'enchaînent. C'est le pincement des vaisseaux qui m'a conduit au morcellement des tumeurs. C'est ce morcellement qui m'a conduit à l'ablation partielle des tumeurs kystiques inopérables, avec suture des portions restantes à la paroi. C'est cette ablation qui m'a amené à l'hystérectomie abdominale. Enfin c'est encore le morcellement qui m'a permis les opérations par la voie vaginale. Et pour nous tous, les progrès réalisés dans la chirurgie de l'abdomen n'ont-ils pas été les avant-coureurs des progrès réalisés dans la chirurgie du crâne, du rachis, du thorax, des articulations ? C'est en apprenant l'art de ne pas fâcher le péritoine, que nous avons appris l'art de taquiner sans les fâcher les méninges, la plèvre, les synoviales.

Quoique autorisé par cette clinique d'adieux, je vous ai peut-être beaucoup parlé de moi. Mais après vous avoir raconté les péripéties et les difficultés de ma carrière, après avoir exposé ce que j'ai fait ou tenté de faire pour la chirurgie, je puis au moins, en terminant, vous dire que j'ai trouvé dans le travail les grandes joies de ma vie et résumer mon dernier conseil dans un seul mot : Travaillez. »

Nous avons déjà parlé plusieurs fois des méfaits du colibacille, cet hôte habituellement inoffensif de notre gros intestin, qui acquiert quelquefois une si grande virulence, et qui devient, lorsqu'il pénètre dans l'organisme, une cause de si grands désordres. M. Fernet (Société médicale des hôpitaux, 23 décembre 1892) vient d'ajouter un nouveau chapitre à l'histoire pathologique de ce microbe. Une jeune femme entre dans son service avec un ensemble de symptômes qui faisaient penser à la fièvre typhoïde. La température atteignait 40 degrés. Cependant, il n'y avait ni diarrhée, ni taches rosées lenticulaires, ni gargouillement dans la fosse iliaque droite. D'autre part, un phénomène apparaissait, qu'on ne trouve pas habituellement au début de la dothiénentérie : une hématurie, à laquelle succéda de l'albuminurie.

La courbe de la température présenta les plus grandes analogies avec celle de la fièvre typhoïde. Au bout d'une vingtaine de jours, il se fit une amélioration marquée. Les urines devinrent plus abondantes, l'albuminurie disparut, et la malade entra nettement en convalescence.

M. Papillon put, dans le cours de la maladie, démontrer dans les urines la présence en abondance du coli-bacille. Jusqu'ici, on n'a guère vu ce bacille pénétrer dans le rein que par voie ascendante, par la vessie et l'uretère ; c'est le mécanisme de la néphrite chirurgicale. Il a été démontré que le bacille de la pyélo-néphrite ascendante, décrit par Albarran, Hallé, Clado, n'était autre que le colibacille. Or, dans le cas présent, il n'y avait aucun signe ni de cystite, ni de purulence de l'urine. Il faut donc admettre que le bacille a suivi une marche descendante, et qu'il a pénétré dans les voies urinaires, non par en bas, mais par en haut, non par la vessie, mais par le rein. Au rein lui-même, il ne pouvait être venu que par la voie circulatoire.

Reste une énigme insoluble : comment le bacille avait-il pénétré dans le sang? Pourquoi, en dehors de toute manifestation antérieure de diarrhée, avait-il présenté une semblable malignité? M. Netter a observé un cas très analogue à celui de M. Fernet, mais à évolution beaucoup plus rapide. Il y avait eu également une fièvre élevée, de l'hématurie et de l'albuminurie. Il n'y avait pas de cylindres dans l'urine, non plus que dans le cas de M. Fernet. Il semble donc s'agir beaucoup plutôt d'une sorte de congestion aiguë du rein que d'une véritable néphrite.

M. Fernet a traité avec avantage sa malade par des bains froids, comme s'il se fût agi d'une fièvre typhoïde.

M. Rendu a dans son service, à l'heure actuelle, une femme atteinte d'hydronéphrose suppurée due au colibacille : il s'agit, ici, du coli-bacille ascendant et pyogène, que connaissent les chirurgiens.

Une communication de M. Le Gendre est bien faite pour démontrer qu'en médecine, il ne faut pas se hâter de juger *a priori*, d'après le simple bon sens. Supposez que dans une salle, faite pour recevoir dix malades, on en accumule vingt-cinq atteintes d'érysipèle et de scarlatine ; que, parmi ces femmes, quelques-unes soient enceintes : la première idée qui vient à l'esprit, c'est que celles qui accoucheront ou avorteront seront exposées quand même aux pires dangers. Cet état de choses déplorable était récemment réalisé dans un service hospitalier dirigé par M. Le Gendre.

Tout d'abord, l'avortement a été beaucoup plus rare qu'on aurait pu le penser; sur 19 érysipélateuses, 9 ont mené leur grossesse à terme; pour les scarlatineuses, la proportion est meilleure encore : 6 sur 8. Les accouchements et les fausses couches n'ont été suivis d'aucun acci-

dent puerpéral grave. Il est vrai que, malgré l'encombrement, on a pris les soins les plus grands d'antisepsie à l'égard des malades enceintes et plus encore des accouchées. Il est légitime d'attribuer une réelle importance à ces précautions prophylactiques. Malgré leur valeur, l'heureux résultat obtenu était au-dessus de toute prévision; il est en tout cas des plus intéressants.

Aucun des enfants venus au monde, dans ces conditions, n'a présenté d'érysipèle, ni de scarlatine.

Hâtons-nous d'ajouter, à la louange de l'Assistance publique, que le service d'isolement de la scarlatine, de l'érysipèle, de la diphtérie et de la variole, se trouvera désormais à l'hôpital d'Aubervilliers qui ne recevait jusque-là que des varioleux. L'installation sera moins défectueuse que dans le service provisoire de l'hôpital Saint-Antoine.

M. Galliard communique l'observation d'un kyste hépatique guéri par pénétration de la bile après ponction. On sait, en effet, que la pénétration de la bile tue les hydatides et peut ainsi amener la guérison du kyste.

HOPITAL NECKER. — M. Peter.

La médication hypodermique (1).

III

La méthode de Brown-Séquard a été généralisée et on injecte maintenant un certain nombre de sucs glandulaires. Il semble démontré, en effet, que la suppression de certains organes engendre des accidents auxquels on peut remédier en injectant le suc glandulaire de la glande qui fait défaut.

Nous avons déjà vu que, dans le myxœdème, maladie due à l'absence du corps thyroïde, M. Bouchard injectait du liquide thyroïdien.

D'autre part, dans la maladie d'Addison, on a pensé à faire des injections de liquide extrait des capsules surrénales.

Dans le diabète, on a pensé à injecter du suc pancréatique.

Mon savant et ingénieux ami, M. le professeur Dieulafoy, a fait des injections de *néphrine* dans l'urémie.

Enfin, on a injecté de la substance grise du cerveau dans les cas de neurasthénie et d'hypochondrie.

M. Bouchard est le premier qui ait eu l'idée de faire des injections de liquide thyroïdien dans le myxœdème; mais ces injections avaient été pratiquées en Angleterre et en France avant qu'il en ait pu faire lui-même. Les premières injections datent de 1891 et ont été faites avec un succès relatif par A. Davies (1891), Clay Shaw (1891), Murray (1891), Carter (1891), MM. Legroux (1892), Robin (de Lyon) [1892].

On ne s'est pas arrêté là. On a voulu simplifier la méthode et on a fait « manger » des corps thyroïdes frais de ces glandes pour éviter les divers inconvénients des injections sous-cutanées.

Mackenzie, dans le *British Medical Journal*, cite l'observation d'une femme de trente-sept ans, atteinte de myxœdème depuis deux ans. Cette femme, d'abord légèrement améliorée par le jaborandi, fut soumise au traitement suivant : on lui fit manger deux glandes thyroïdes qu'on avait mises préalablement dans de l'eau-de-vie, pour éviter les vomissements. L'amélioration fut considérable : le pouls devint plus fort, la température plus élevée, la face diminua de volume, la transpiration reparut, et les pieds ainsi que les mains desquamèrent. Il n'y eut aucune action diurétique.

Un fait analogue est publié dans le même journal, par Fox.

C'est le cas d'une femme de quarante-neuf ans, à laquelle on fit prendre, deux fois par semaine, de l'extrait glycériné d'un corps thyroïde de mouton, puis, six semaines plus tard on y ajouta, une fois par semaine, un demi-corps thyroïde haché, légèrement frit. L'amélioration fut rapide et considérable. Mais ce qu'il y a de curieux, c'est qu'ayant pris par erreur, pendant quinze jours, deux fois par semaine, le corps thyroïde haché, des accidents apparurent. Elle eut des sueurs profuses et s'affaiblit rapidement. La suppression totale de ce traitement intensif suffit pour qu'il se produisît de nouveau une grande amélioration, et, au bout de cinq mois, la malade était mieux que deux ans auparavant, au début du myxœdème : sa face était normale, l'œdème avait disparu, la menstruation avait reparu.

Les injections de liquides extraits des capsules surrénales n'ont pas été pratiquées chez l'homme dans la maladie d'Addison, mais Langlois et Abelous ont montré que, chez les animaux, l'ablation des deux capsules surrénales entraîne la mort rapidement. Or, celle-ci peut être beaucoup retardée si, après l'ablation, on injecte du liquide extrait des capsules surrénales.

L'idée d'injecter du suc pancréatique aux diabétiques a été émise, mais elle n'a pas encore fourni de résultats positifs.

M. Dieulafoy, ai-je dit, a essayé de traiter l'urémie avec anurie par des injections d'extrait de substance rénale.

Il s'était demandé si la méthode des injections sous-cutanées de suc organique inaugurée et préconisée par M. Brown-Séquard, ne pourrait pas être utilisée dans l'urémie. Le liquide organique à employer en pareil cas, devait évidemment être tiré de la substance corticale du rein, qui est la substance diurétique et filtrante par excellence.

Voici le mode de préparation de ce liquide auquel M. Dieulafoy a proposé de donner le nom de « néphrine ».

Il prend un rein de bœuf qu'il reçoit dans un vase stérilisé, la substance corticale en est détachée au moyen d'instruments stériles, elle donne environ un poids de 200 grammes. Cette substance corticale est triturée, hachée dans un mortier, additionnée de 300 grammes de glycérine neutre, et de 200 grammes d'eau stérilisée contenant 5 p. 1000 de sel marin. Le tout macère pendant cinq heures dans un vase entouré de glace. La filtration se fait en deux temps :

1° Filtration de toute la masse, sur un filtre de papier Chardin.

2° Filtration de la partie liquide ainsi obtenue sur une bougie Chamberland (stérilisée à l'autoclave à 115 degrés). Cette filtration est due à l'air comprimé à une pression variable. C'est le cas d'employer l'ingénieux appareil de M. d'Arsonval.

On recueille ainsi 50 à 55 grammes d'un liquide jaunâtre transparent, visqueux, absolument stérile.

Or, voici ce qui advient de l'injection de ce liquide :

Le malade n'avait pas uriné depuis quatre jours et présentait un état absolument désespéré. L'interne du service pratiqua, le 6 septembre, deux injections sous-cutanées contenant chacune 50 centigrammes de néphrine de cobaye.

Le 7 septembre, l'anurie est toujours absolue, l'état comateux s'est même accentué. On injecte 2 grammes et

---

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 1286 et 1306.

demi de néphrine de bœuf par trois fois dans la journée.

Après ces injections, il se produit une légère amélioration.

Le 8 septembre, anurie toujours absolue. État comateux sensiblement le même que les jours précédents, selles nombreuses et involontaires; sueurs d'urée abondantes. Dans la journée, on injecte 6 grammes de néphrine. Les injections sont peu douloureuses; après chaque injection, le malade semble sortir de sa torpeur, se sent un peu mieux et peut boire quelques gorgées de lait ou de lactose.

Le 9 septembre, la situation est absolument modifiée; l'amélioration date du milieu de la nuit, où, spontanément, le malade a plusieurs fois demandé à boire. Les reins ont repris leurs fonctions; car on retire, par le cathétérisme, 650 grammes d'urine. Le malade n'est plus dans le coma, il répond nettement aux questions que je lui adresse; il plaisante même d'un air enjoué; les sueurs d'urée ont presque disparu; la respiration est normale. Les garde-robes continuent à être diarrhéiques et involontaires; elles contiennent par litre 7 grammes d'urée.

Le soir, on retire de la vessie 112 grammes d'urine. Le malade a bu dans la journée 2 litres et demi de lait et de lactose.

Le 10 septembre, les sueurs d'urée ont reparu. On retire, par le cathétérisme, 250 grammes d'urine légèrement albumineuse.

Le soir, on retire par le cathétérisme 140 grammes d'urine.

Mais le 19 septembre, la situation a empiré, la nuit a été mauvaise. On retire, par le cathétérisme, 250 grammes d'urine le matin et 100 grammes le soir. Dans la soirée, le malade perd complètement connaissance, le coma est complet. A minuit, éclatent de violentes convulsions épileptiformes et la mort survient en quelques minutes.

Cette expérience démontre au moins les effets diurétiques de la néphrine. Malheureusement l'urémie était ici trop avancée. Cette ingénieuse tentative est donc à imiter dans des cas moins désespérés.

M. Constantin Paul a fait des injections de substance nerveuse dans la neurasthénie. Il se sert d'une solution à 1/10 de substance grise de cerveau de mouton stérilisé. Disons ici que Babès (de Bucharest) avait remarqué que les injections de moelle de lapin rabique avaient guéri ou tout au moins amélioré l'état de neurasthéniques, d'hypochondriaques et d'épileptiques, mordus par des chiens enragés ou suspects et traités par ces injections de moelle, et c'est lui qui avait suggéré à M. Constantin Paul, alors de passage à Bucharest, de tenter ces injections, lesquelles semblent avoir produit des améliorations.

Je n'en ai pas fini avec les injections dont le point de départ a été l'idée de M. Brown-Séquard. M. Bouchard a constaté le fait suivant. Il se trouve dans la culture du bacille pyocyanique une substance qu'il appelle l'*anectasine*, en raison de ses propriétés qui sont de s'opposer à la dilatation des vaisseaux et à la diapédèse locale. Cette substance empêche les congestions et les œdèmes inflammatoires. Elle peut combattre les hémorrhagies. C'est ainsi qu'injectée à la dose de 1 centimètre cube chez 8 individus, dont 5 atteints d'hémoptysie et 3 d'hémorrhagie intestinale, elle a produit l'hémostase en moins de cinq minutes. Si on injecte plus de 1 centimètre cube, il peut se produire une fièvre intense, ce qui prouve la puissance d'action de cette substance sur l'organisme.

Ce n'est pas tout. Le même savant a constaté qu'il y a, dans la tuberculine, une substance qu'il appelle l'*ectasine*, dont les propriétés sont antagonistes de la précédente. Elle dilate les vaisseaux et favorise les hémorrhagies, les œdèmes et les congestions inflammatoires.

L'esprit scientifique ne peut se désintéresser du mode d'action et du mécanisme par lequel agissent les injections de M. Brown-Séquard. Ce savant pense qu'elles agissent en diminuant les réflexes morbides. Pour lui, la faculté réflexe est en raison inverse de la puissance des centres nerveux. Or les symptômes nerveux sont des réflexes qui disparaîtront et s'amenderont à mesure que la puissance des centres augmentera, les lésions organiques restant les mêmes.

D'après un autre observateur, M. Pœhl, la spermine, sans être un oxydant, détermine une accélération des oxydations, tant minérales qu'organiques, par simple contact.

Pour Crocq (de Bruxelles), le suc testiculaire agit par le phosphore qu'il contient. La preuve, c'est qu'il a obtenu les mêmes effets avec le phosphate de soude dissous à 1/50 dans de l'eau de laurier-cerise et injecté à la dose de 1 à 3 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours. Ce qui vient à l'appui de la doctrine de M. le docteur Chéron, qui, avant le médecin de Bruxelles, pratiqua les injections de solution de phosphate de soude, ainsi que je vais le dire tout à l'heure.

Quant à moi, si vous voulez bien me permettre d'exprimer mon avis, je pense que ces injections agissent qualitativement. Il se produit une action immédiate et directe sur les extrémités terminales du système nerveux et une action réflexe sur les centres nerveux, le grand sympathique et les vaso-moteurs. Après une injection, les forces se relèvent, le cœur et le pouls battent avec force. L'action est qualitative, plus encore que quantitative, car il suffit d'une quantité très peu considérable pour produire des effets très intenses et hors de proportion avec la quantité de liquide injectée. Ce qui le prouve bien, ce sont les injections de sérum d'Hayem pratiquées par M. Siredey. Il suffisait de 10, 20, 30 ou 40 grammes de liquide pour relever le pouls, les forces et faire revenir la chaleur chez les cholériques.

M. le docteur Chéron s'est placé au point de vue de la surélévation de la tension vasculaire. Il a injecté un sérum artificiel qui a pour formule :

Acide phénique neigeux . .	1	gramme.
Chlorure de sodium. . . .	2	—
Phosphate de soude. . . .	8	—
Eau distillée	100	—

Les injections hypodermiques se font à l'aide d'instruments aseptiques à la dose variable de 5 à 100 grammes, en choisissant de préférence la région rétro-trochantérienne, comme siège de la transfusion.

Quant à l'action de ces injections de sérum artificiel, elles ont pour effet : 1° de diminuer la douleur dans certaines maladies, comme dans la pyo-salpingite; 2° de favoriser la résorption des exsudats pelviens.

Immédiatement après l'injection de 5, 10, 20 grammes de sérum artificiel, il y a une surélévation de la tension artérielle. Dans les cas de phlegmasie péri-utérine, il y a hypotension permanente, la tension oscille entre 9 et 12 centimètres de mercure au sphygmomanomètre alors que la tension physiologique varie de 16 à 18 centimètres.

Or, après l'injection de 5 à 10 grammes, dans les cas de pelvi-péritonite aiguë comme dans les cas de pelvi-péri-

tonite chronique, M. Chéron a vu se produire une élévation de 2 ou 3 centimètres et cette élévation persistait un jour et quelquefois davantage. C'est pourquoi il conseille de commencer le traitement par des transfusions de 5 à 10 grammes, répétées plusieurs fois par jour dans les cas aigus, tous les jours ou tous les deux ou trois jours dans les cas chroniques.

Mais si, une injecion de 5 à 10 grammes ayant été pratiquée, on ne constate qu'une modification légère de la pression sanguine, on ne doit pas s'attarder à répéter les petites doses. Il faut faire aussitôt des transfusions de 20, 40, 60 grammes même, de façon à relever nettement la pression sanguine et à la relever d'une façon durable.

Dans les cas anciens, chez des malades épuisés, très déprimés, ce sont aussi les transfusions de 20 à 40 grammes qui, seules, ont une action durable; les petites transfusions donnent une surélévation momentanée; mais, au bout de cinq ou six heures, l'hypotension reparaît; dans ces conditions également, les hautes doses doivent être préférées à la répétition des petites transfusions de quatre à cinq fois par jour.

Pour M. Chéron, la règle à suivre est donc celle-ci : pratiquer des transfusions assez abondantes pour obtenir une élévation nette de la tension artérielle; répéter les transfusions assez souvent pour que la tension se rapproche de la normale. Il y a même avantage à créer, pendant quelque temps, une hypertension légère (19 à 21 centimètres), lorsque l'exsudat est ancien, organisé, et que la résolution est lente à se produire.

Toutes les fois que M. Chéron a pu maintenir, pendant une ou deux semaines, une hypertension légère, la résorption s'est effectuée avec une rapidité étonnante, alors que l'ancienneté des lésions ne permettait pas d'espérer de modification immédiate.

De plus, il se produit une amélioration considérable des fonctions digestives.

M. Chéron a vu des malades, qui, avant les transfusions, prenaient péniblement quelques aliments, du lait, des bouillons, des œufs, demander, au bout de la première semaine, des aliments solides, les bien digérer et, après une quinzaine ou une trentaine de jours, faire trois ou quatre repas copieux dans la journée, disant qu'elles parvenaient avec peine à satisfaire ainsi leur appétit.

Et, plus loin, après le récit d'un certain nombre de guérisons, M. Chéron ajoute :

« D'après les faits qui précèdent, je crois être en droit de conclure que les transfusions hypodermiques de sérum artificiel représentent un moyen thérapeutique d'une haute importance dans le traitement médical des inflammations pelviennes chez la femme. Elles améliorent rapidement l'état général et possèdent un pouvoir résolutif très remarquable dans tous les exsudats pelviens. »

Je ne veux pas terminer ce que je voulais vous dire des injections médicamenteuses, sans vous parler des injections de créosote et de gaïacol. L'idée mère a été d'anéantir le bacille de Koch. Dans des expériences faites *in vitro*, des expérimentateurs ont remarqué que 3 p. 1 000 de créosote détruisent le bacille de la tuberculose. M. Bouchard a observé que 6 centigrammes de créosote stérilisent 1000 grammes de bouillon de culture; 6 grammes devraient stériliser le sang d'un individu pesant 100 kilogrammes et 3gr60 celui d'un individu pesant 60 kilogrammes. Il n'est pas douteux que, par les injections actuelles, on ne fasse pénétrer beaucoup plus de 3gr60 de créosote dans l'organisme des tuberculeux et, cependant, il y persiste des bacilles. L'expérience démontre, en effet, que, si on injecte du gaïacol, on diminue l'expectoration, l'état général s'améliore, mais les *crachats contiennent toujours des bacilles de Koch* et les poumons restent lésés. Comment cela se fait-il? Il faut que les bacilles se produisent de nouveau malgré la créosote.

Et pour qu'il y ait ainsi *toujours* des bacilles dans les crachats, malgré le bacillicide, il faut admettre ou que ces bacilles continuent de s'introduire dans l'organisme (qui, alors, ne sait pas se défendre), ou que l'organisme en *produit* de nouveaux, c'est-à-dire admettre, dans l'une ou l'autre hypothèse, l'intervention de la spontanéité vitale.

Dans ma prochaine leçon, je parlerai longuement du traitement de la tuberculisation par les injections de créosote et de gaïacol.

NOTE SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'URTICAIRE ET DE LA DERMOGRAPHIE

Par M. le docteur Paul RAYMOND,
Ancien interne des hôpitaux.

Dans une discussion pendante, entre MM. Dubreuilh et Jacquet, sur la pathogénie de l'urticaire, je relève une affirmation qui ne me paraît pas exacte et que je désire réfuter en quelques mots. M. Jacquet dit que, dans les examens d'élevure ortiée *pure* (c'est-à-dire non compliquée, ni vésiculeuse, ni bulbeuse) comme, par exemple, l'élevure graphique, il n'y a pas trace d'altérations vasculaires ou péri-vasculaires, pas trace de diapédèse, mais purement et simplement exsudation, au niveau et au-dessus du réseau sous-papillaire, d'un liquide extrêmement peu riche en albumine. Il fait allusion à un cas de dermographie publié dans la thèse de M. le docteur Cornu et dont l'examen histologique a été pratiqué par M. Nicolle. Mais il généralise, ce qui est un tort, et il donne à penser que seules les urticaires compliquées s'accompagnent de diapédèse, de lésions péri-vasculaires, etc. Voici, dès lors, M. Dubreuilh qui, tout en maintenant (avec raison, voir le cas de M. Vidal) qu'il existe dans l'urticaire *vraie* une diapédèse de globules blancs, admet que, « si ce phénomène manque dans l'élevure dermographique, c'est une différence entre les deux lésions qu'il remercie M. Jacquet de lui avoir signalée, car elle vient à l'appui de sa thèse sur leur non-identité ». Eh bien! comme on pourrait un jour invoquer l'opinion de ces deux dermatologistes distingués, pour écrire l'histoire anatomo-pathologique des élevures ortiées, je demande à protester; car, d'une part, cette différence de lésions n'existe pas, ce qui donne tort à M. Dubreuilh, et, d'autre part, l'élevure de la dermographie se peut accompager de lésions péri-vasculaires et de diapédèse, ce qui ne donne pas plus raison à M. Jacquet.

J'ai publié un examen histologique que j'avais fait d'une élevure ortiée, dermographique (1). Je faisais ressortir que j'avais trouvé les mêmes lésions, qui avaient été signalées par M. Vidal, dans l'urticaire vraie, et j'insistais, précisément, sur la diapédèse des globules blancs au niveau du réseau vasculaire superficiel du derme. Bien plus, cette diapédèse se prolongeait jusque dans l'épiderme où elle pro-

(1) Société clinique et *France méd.*, 1890, p. 770.

duisait des altérations sur lesquelles je n'insiste pas. L'accumulation de leucocytes répondait exactement à l'élevure blanche centrale. Mais si le travail de M. Jacquet a passé inaperçu de M. Dubreuilh, le mien, plus malheureux encore, leur a échappé à l'un et à l'autre. Il en est résulté, que c'est sur un seul cas (thèse de Cornu) qu'a roulé une discussion qui pèche un peu par la base. Que dans l'examen fait par M. Nicolle, il n'y ait pas eu de diapédèse, qu'il n'y ait eu qu'une transsudation liquide, je n'y contredis pas, et cela prouve qu'il y a au moins des degrés dans la lésion de l'élevure ortiée ; mais ce n'est qu'un fait, et conclure sur un seul fait est peut-être imprudent, l'examen personnel que je rappelle en paraît témoigner. De sorte que, comme conclusion, je crois qu'avant d'admettre comme définitivement établi : 1° qu'il y a une différence entre l'élevure de l'urticaire vraie et celle de la dermographie (Dubreuilh), et 2° que l'urticaire vraie ne s'accompagne pas des lésions en question (Jacquet), il sera bon d'attendre quelques recherches complémentaires.

A PROPOS DE L'URTICAIRE (1)

Par L. Jacquet.
Ancien interne des hôpitaux.

Me trompé-je? Il me semblait que mes critiques, au travail de M. Dubreuilh, étaient de forme courtoise : ai-je vraiment renvoyé mon confrère « à l'école »?

M. Dubreuilh déclare qu'il ne veut pas reprendre point par point, ma « longue et subtile argumentation ». Je le regrette et je crois pouvoir lui affirmer que j'aurais mis, à reconnaître le bien fondé de ses critiques, une parfaite bonne grâce.

A preuve : je suis mal fixé sur l'influence possible de l'air comme agent de traumatisme, dans les cas d'excessive hypertension ortiée. L'expérience de Kranzfeld, jamais répétée d'ailleurs, que je sache, me taquine et me gêne ; de là, un certain vague, un certain *flou* dans mes idées sur ce point, et, par suite, dans leur expression : voyez un peu comme je conviens gentiment de ces choses !

M. Dubreuilh a saisi avec habileté ce défaut de la cuirasse, ce qui est de bonne guerre, et triomphe bruyamment ! Il est évident, dit-il en substance, que si *n'importe quoi*, air compris, est agent de traumatisme, on ne pourra jamais démontrer que les élevures n'en sont pas dérivées.

Mais si ! mais si ! *puisque l'enveloppement ouaté hermétique les supprime ;* il y a, dans cette expérience, un fait matériel dont il faut démontrer la fausseté, ou qu'on doit accepter avec les conséquences qui en découlent logiquement. Comme disait l'autre, *ma remarque subsiste ;* et cela en dépit des points connexes encore mal précisés et des sottises que, moi-même, j'ai pu lui adjoindre.

Or, c'est là justement le point important.

D'autre part, j'ai avancé que les examens biopsiques sur lesquels M. Dubreuilh se fonde pour affirmer l'identité *anatomo-pathologique* de l'urticaire et de l'érythème polymorphe, ont trait à des urticaires compliquées et non à des éléments ortiés *simples*. Aveu : je citais de mémoire, me croyant sûr de mon fait. En réalité, j'avais tort, il s'agit bien, dans les cas de M. Vidal et de M. le professeur Leloir (qui a bien voulu m'écrire sur ce point), d'urtication pure et simple.

M. Dubreuilh le constate avec raison, et d'une ironie légère, me remercie de lui avoir fourni une excellente preuve de non-identité entre l'urtication dermographique, vierge de diapédèse, et l'urtication dite spontanée, qui décidément en comporte.

Tout n'est pas dit cependant. D'une part, en effet, M. Nicolle qui a fait des examens, encore inédits, d'urticaire *ordinaire*, a bien voulu m'écrire à ce sujet, que dans ces pièces il n'avait pas constaté de différence marquée avec l'urticaire autographique : « Dans les deux cas, la diapédèse était excessivement peu marquée ; il y avait seulement çà et là quelques leucocytes péri-vasculaires, apparence à peine pathologique. »

De son côté, Kaposi parle seulement de « quelques rares cellules lymphoïdes », par contre M. Leloir mentionne, au contraire, des signes « très nets » de diapédèse.

Donc, à ce point de vue, il y a, dans les faits, contradiction *apparente*.

Or, si l'*œdème aigu* de la peau se produit avec rapidité, la diapédèse, au contraire, on le sait, exige une certaine lenteur, il est donc *possible*, et cela concilierait tout, que les élevures ortiées, vierges de diapédèse, soient probablement des élevures saisies immédiatement dès leur *éclosion* (et c'était justement le cas pour les examens de M. Nicolle) ; tandis que les élevures à migration cellulaire plus ou moins abondante étaient déjà, sans doute, un peu plus âgées : la diapédèse ayant eu ainsi le temps de se produire. *Mais ces deux éventualités* sont en tout cas également applicables aux diverses variétés d'urtication. Et quand bien même je croirais à leur non-identité, je ne serais pas plus surpris d'apprendre qu'on a vu des élevures *dermographiques* dotées de diapédèse, que de voir des élevures *spontanées*, absolument vierges de cellules migratrices.

Mais laissons ce débat, que M. Dubreuilh a, de propos délibéré, restreint à une inexactitude de détail. En réalité, il doit être élargi : oui ou non y a-t-il des dermatoses où la lésion, pour éclore, a besoin du *coup de pouce* extérieur? Je réponds carrément : oui, et avec l'urticaire en tête. Et voilà le point intéressant, le point sur lequel j'en appelle aux recherches ultérieures.

Que les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* veuillent bien agréer, maintenant, mes humbles excuses pour avoir sollicité si longuement leur attention (1).

(1) Cf. *Gaz. des hôpit.*, 1892, p. 1133, 1259, 1279 et 1337.

(1) Cette note était écrite, quand la direction du journal a bien voulu me faire part de celle de mon collègue et ami M. P. Raymond. Je n'ai, comme on peut le voir, aucune objection à lui faire. Il est évident désormais que la diapédèse *peut* exister dans l'urtication, quelle qu'en soit l'origine. Mais il est évident aussi qu'elle en *peut être absente*. Or, puisque l'urtication, avec ses caractères complets, *peut* ne pas comporter de diapédèse, n'en concluron-nous pas que celle-ci n'est qu'une lésion *accessoire*, nullement indispensable à la constitution de l'élément ortié? Et cela, bien entendu, quelle que soit la valeur de l'interprétation que je propose plus haut.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 décembre 1892, M. le docteur Lota, ancien médecin de première classe de la marine, a été nommé médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle, en date du 21 décembre 1892, MM. les médecins-majors de première classe Billet, Defos du Rau, et M. le médecin aide-major Steinmetz, de l'hôpital militaire du

Gros-Caillou, ont été désignés par l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris.

M. Lhéritier de Chezelles, médecin-major de deuxième classe, attaché à la direction du service de santé du 9e corps d'armée et aux salles militaires de l'hospice mixte de Tours, a été désigné pour le 3e régiment de cuirassier, par permutation avec M. le médecin-major de deuxième classe Baur.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-dessous la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Soudd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 149. — JEUDI 29 DÉCEMBRE 1892. 65e ANNÉE. JEUDI 29 DÉCEMBRE 1892. — N° 149.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie, encore tout émue de la touchante cérémonie à laquelle elle venait d'assister à la Sorbonne, n'a prêté qu'une oreille distraite à quelques lectures.

M. Leroy des Barres (de Saint-Denis) a fait une communication sur l'épidémie cholérique dans cette ville. Des faits qu'il signale, il faut retenir que la désinfection n'a pas donné tout ce qu'elle pouvait et devait donner, parce qu'on n'était pas suffisamment prêt lorsque a éclaté l'épidémie. Il est donc urgent d'organiser un service permanent de défense en dehors du temps d'épidémie.

On trouvera plus loin une note de M. Derignac (de Toulouse) sur l'acidité totale des urines dans le diabète; ainsi que le résumé d'un travail de M. Darier sur les bons résultats qu'il a obtenus des injections sous-conjonctivales de sublimé dans un grand nombre de maladies oculaires.

Hier mardi 27 décembre 1892 a eu lieu, à la Sorbonne, le jubilé de M. Pasteur.

Jamais, dans une vie déjà longue, nous n'avons assisté à une cérémonie plus émouvante. Tout ce que Paris compte de plus illustre était venu saluer celui qui est l'honneur de la science et de la patrie. L'Europe savante avait voulu s'associer à cette grande manifestation.

Le président de la République honorait de sa présence cette séance solennelle que nous devons à la section de médecine et de chirurgie de l'Académie des sciences

Le ministre de l'Instruction publique ouvre la séance par un discours donnant la juste note des services rendus par M. Pasteur. Puis successivement prennent la parole : MM. d'Abbadie, président de l'Académie des sciences; Joseph Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences; Daubrée, au nom de la section de minéralogie de la même Académie; J. Lister, membre de la Société royale de Londres; Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine; Sauton, président du Conseil municipal de Paris; Devise, président de l'Association des étudiants de Paris; Ruffier, maire de Dôle, ville natale de M. Pasteur.

Alors a commencé le défilé des nombreux délégués que l'Europe savante, nos Facultés et nos Écoles avaient envoyés prendre part à cette grande fête de l'intelligence et de l'humanité. Des adresses sont déposées entre les mains de notre illustre compatriote par les Sociétés suivantes :

Société médicale d'Amsterdam. — Universités d'Athènes, de Barcelone. — Sociétés médicales de Berlin, Berne, Bruxelles, Christiania. — Association d'hygiène de Cologne. — Académie des sciences de Copenhague. — Académie royale et Université de Dublin. — Facultés de médecine de Gand et de Genève. — Universités de Gênes, de Lausanne, de Liège. — Association pour l'avancement de la médecine, Collège royal des médecins et Collège royal des chirurgiens de Londres. — Société médicale de Lund. — Académie de médecine de Madrid. — Sociétés et Laboratoire d'Odessa. — Université d'Oxford. — Institut de médecine et Association des sciences de Pétersbourg. — Société des naturalistes de la Petite Russie. — Universités de Posen, de Prague et de Stockholm. — Académie de médecine de Turin. — Université d'Utrecht. — Société médicale de Varsovie.

Facultés de médecine et des sciences de Bordeaux, de Lille. — Faculté de médecine de Lyon. — Faculté des sciences de Nancy. — Facultés de médecine de Montpellier, de Paris. — Facultés de médecine et des sciences de Toulouse.

Écoles de médecine de Limoges, Nantes, Reims.

École vétérinaire d'Alfort.

Association générale des étudiants de Paris.

La parole est donnée à M. Pasteur, mais l'illustre maître prie son fils, M. J.-B. Pasteur, de lire le discours, que la plus vive et la plus légitime émotion le prive de prononcer lui-même.

DISCOURS DE M. PASTEUR

Monsieur le Président de la République,

Votre présence transforme tout :

Une fête intime devient une grande fête et le simple anniversaire de la naissance d'un savant restera, grâce à vous, une date pour la science française.

Monsieur le Ministre,
Messieurs,

A travers cet éclat, ma première pensée se reporte avec mélancolie vers le souvenir de tant d'hommes de science qui n'ont connu que des épreuves. Dans le passé, ils eurent à lutter contre les préjugés qui étouffaient leurs idées. Ces préjugés vaincus, ils

se heurtèrent à des obstacles et des difficultés de toute sorte. Il y a peu d'années encore, avant que les pouvoirs publics et le Conseil municipal eussent donné à la science de magnifiques demeures, un homme que j'ai tant aimé et admiré, Claude Bernard, n'avait pour laboratoire, à quelques pas d'ici, qu'une cave humide et basse. Peut-être est-ce là qu'il fut atteint de la maladie qui l'emporta? En apprenant ce que vous me réserviez ici, son souvenir s'est levé tout d'abord devant mon esprit : je salue cette grande mémoire.

Messieurs, par une pensée ingénieuse et délicate, il semble que vous ayez voulu faire passer sous mes yeux ma vie tout entière. Un de mes compatriotes du Jura, le maire de la ville de Dôle, m'a apporté la photographie de la maison très humble où ont vécu si difficilement mon père et ma mère.

La présence de tous les élèves de l'École normale me rappelle l'éblouissement de mes premiers enthousiasmes scientifiques.

Les représentants de la Faculté de Lille évoquent pour moi mes premières études sur la cristallographie et les fermentations qui m'ont ouvert tout un monde nouveau. De quelles espérances je fus saisi quand je pressentis qu'il y avait des lois derrière tant de phénomènes obscurs!

Par quelle série de déductions il m'a été permis, en disciple de la méthode expérimentale, d'arriver aux études physiologiques, vous en avez été témoins, mes chers confrères. Si parfois j'ai troublé le calme de nos académies par des discussions un peu vives, c'est que je défendais passionnément la vérité.

Vous enfin, délégués des nations étrangères, qui êtes venus de si loin donner une preuve de sympathie à la France, vous m'apportez la joie la plus profonde que puisse éprouver un homme qui croit invinciblement que la science et la paix triompheront de l'ignorance et de la guerre, que les peuples s'entendront non pour détruire, mais pour édifier, et que l'avenir appartiendra à ceux qui auront le plus fait pour l'humanité souffrante. J'en appelle à vous, mon cher Lister, et à vous tous, illustres représentants de la science, de la médecine et de la chirurgie.

Jeunes gens, jeunes gens, confiez-vous à ces méthodes sûres, puissantes, dont nous ne connaissons encore que les premiers secrets. Et tous, quelle que soit votre carrière, ne vous laissez pas atteindre par le scepticisme dénigrant et stérile; ne vous laissez pas décourager par les tristesses de certaines heures qui passent sur une nation. Vivez dans la paix des laboratoires et des bibliothèques. Dites-vous d'abord : qu'ai-je fait pour mon instruction? Puis, à mesure que vous avancerez, qu'ai-je fait pour mon pays? Jusqu'au moment où vous aurez peut-être cet immense bonheur de penser que vous avez contribué en quelque chose au progrès et au bien de l'humanité. Mais que les efforts soient plus ou moins favorisés par la vie, il faut, quand on approche du grand but, être en droit de se dire : J'ai fait ce que j'ai pu.

Messieurs, je vous exprime ma profonde émotion et ma vive reconnaissance. De même que, sur le revers de cette médaille, Roty, le grand artiste, a caché sous des roses la date si lourde qui pèse sur ma vie, de même vous avez voulu, mes chers confrères, donner à ma vieillesse le spectacle qui pouvait la réjouir davantage : celui de cette jeunesse si vivante et si aimante.

Nous avons cru devoir publier ce discours qui renferme pour notre jeunesse, espérance de la science et du pays, les conseils les plus sages. M. Pasteur a été plus qu'un maître, il a été l'ami de la jeunesse; elle le comprend et suivra la ligne de conduite qu'il lui a tracée.

Le président de la République est venu alors donner l'accolade au savant, dont la France est si justement fière, et la foule s'est écoulée lentement, profondément impressionnée par l'hommage rendu à l'homme qui a tant fait pour la science et l'humanité.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Le diagnostic et le traitement du lichen plan.

L'exposé que je vous ai fait, dans ma dernière leçon (1), des symptômes, des formes, des étapes morbides du lichen plan, vous permet de pressentir quelles seront les principales difficultés du diagnostic. Il vous permet de pressentir aussi les signes différentiels les plus importants.

Au début, le caractère principal est l'existence des petites papules. Celles-ci, avec leur aspect en mosaïque, leur contour polygonal et surtout leur surface miroitante d'un éclat tout particulier, sont vraiment spéciales. Tout à fait à la fin, au déclin de l'évolution éruptive, la tache mélanique, la macule noirâtre, sont également caractéristiques.

L'évolution même de la maladie fournit au diagnostic un autre élément important. C'est une maladie qui se prolonge pendant des mois, dont la durée peut même atteindre deux ou trois ans. C'est une maladie qui, tant que le dernier élément éruptif n'a pas disparu, est toujours en éveil, toujours en évolution, présentant des alternatives d'amélioration et d'aggravation, des récidives incessantes. De cet état d'éruption permanent, résulte que le malade présente des lésions aux divers degrés de leur évolution.

En réalité, il n'y a guère que deux erreurs de diagnostic qui soient possibles. Le lichen plan peut être confondu avec un psoriasis. Il peut, et cette erreur est plus fréquente, plus difficile à éviter, être confondu avec des papules syphilitiques.

Le diagnostic avec le psoriasis n'offre pas de très grandes difficultés. Il est quatre caractères importants propres aux papules du psoriasis et qui vous permettent de les différencier des papules du lichen plan. Le premier de ces caractères est la largeur plus grande des papules initiales dans le psoriasis. Ces papules initiales n'ont plus, comme dans le lichen plan, les dimensions d'un grain de millet au maximum. A côté de papules réduites à cette dimension, on en trouve d'autres ayant le diamètre d'une lentille et même plus. La surface des papules psoriasiques n'a pas le brillant spécial des papules du lichen. Elles sont plutôt rouge vif que blanchâtres. Sans doute, elles sont surmontées d'une squame blanche. Mais la présence de cette squame surajoutée, qui se détache facilement d'un simple coup d'ongle, constitue un troisième caractère. Enfin les sièges de prédilection des papules sont différents dans le psoriasis et le lichen. Dans le lichen, les poignets, la face dorsale des avant-bras, la face antéro-externe des jambes sont surtout atteints. Mais la face postérieure du coude, la face antérieure du genou, ces sièges de prédilection du psoriasis, sont relativement indemnes. A ces quatre caractères positifs du psoriasis, s'ajoute un cinquième caractère négatif. Le psoriasis ne s'accompagne à aucun moment de son évolution de ces macules mélaniques consécutives aux papules du lichen plan.

Le diagnostic avec les syphilides est plus difficile. Il existe, en effet, pour un observateur non prévenu, deux circonstances qui contribuent à l'erreur. La première est la pigmentation consécutive aux papules du lichen, pigmentation qui se rencontre également à la suite des syphilides papuleuses. La seconde est la coexistence des lésions muqueuses, en particulier des lésions buccales et des lésions

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 1336.

cutanées. Cette association des deux ordres de lésions ne paraît pas laisser place au moindre doute.

En réalité, le diagnostic différentiel reste toujours possible. La papule syphilitique n'a, avec la papule du lichen plan, qu'une grossière analogie. Elle n'en a ni l'aspect mosaïqué, ni le contour polygonal, ni la surface brillante. Elle n'en a pas la petite ombilication, la dépression minime du centre. Le prurit du lichen est un autre caractère qui manque toujours dans la syphilis. Les papules syphilitiques sont régulièrement circulaires ; elles forment, à la surface de la peau, un léger relief, une saillie plus marquée que dans le lichen. Elles ont des dimensions plus considérables que les éléments du lichen plan. Enfin le siège seul suffirait à les différencier. Faites porter particulièrement votre examen sur la face, sur le cuir chevelu, sur la paume des mains, sur la plante des pieds. Ces régions, si fréquemment touchées dans la syphilis, sont respectées dans le lichen plan.

Tous ces symptômes suffiront ordinairement. S'il restait le moindre doute, les commémoratifs de chancre, d'adénite, les accidents antérieurs ou concomitants de la syphilis viendraient trancher le diagnostic.

L'étiologie du lichen plan est encore bien mal connue. Le lichen de Wilson n'est ni contagieux, ni héréditaire. Il se développe surtout dans l'âge adulte entre vingt et quarante ans. Il est plus fréquent dans le sexe masculin. Les sujets atteints sont assez souvent des sujets nerveux. Parfois, c'est à quelque émotion morale vive que semble se rattacher la première poussée éruptive. Ces notions étiologiques sont, vous le voyez, bien banales et bien incomplètes.

L'anatomie pathologique prête également à quelques discussions. Comme lésion initiale, il s'agit d'une prolifération cellulaire sous-papillaire avec formation de cellules embryonnaires. L'épiderme est également hyperplasié. Mais, pour les uns, ce serait autour des follicules pilo-sébacés que se ferait cette prolifération. Pour les autres, ce serait autour des follicules sudoripares. De toute façon, la présence de l'orifice folliculaire expliquerait la légère ombilication qui est un des caractères de la papule.

J'ai hâte d'arriver au traitement. L'arsenic constitue la base de la thérapeutique du lichen plan. Il doit être donné à doses élevées graduellement progressives et d'une façon discontinue. Pendant trois semaines, le malade prendra chaque jour de trois à quatre milligrammes d'arséniate de soude, plus même si sa tolérance le permet. Au bout de ce temps, le médicament sera suspendu pendant une semaine. Ces interruptions mensuelles sont indispensables. Le médicament devant être fort longtemps continué, il sera bon de donner un purgatif pendant cette semaine de repos. Puis, après ce repos, l'arsenic sera repris. Le traitement devra être continué de cette façon, tant que durera la maladie. On se souviendra que les récidives sont à craindre, aussi longtemps que la moindre lésion n'a pas complètement disparu. Il sera même prudent, pour éviter plus sûrement les récidives, de continuer le traitement quelques semaines encore, après que la guérison paraîtra complète. L'arsenic est de tous les médicaments internes le plus utile. Exceptionnellement, les accidents nerveux, les troubles digestifs fourniront quelques indications.

Le traitement local a aussi une grande importance, en particulier, dans les cas où le prurit se manifeste avec intensité. Les bains fréquents sont, comme toujours, d'une grande utilité. Mais les bains d'amidon vinaigrés, prescrits par M. Vidal et renfermant un litre de vinaigre par bain, paraissent avoir une action spéciale, non seulement pour atténuer le prurit, mais pour activer la disparition des papules. On a prescrit de plus toutes les lotions et onctions en usage contre les diverses affections prurigineuses. Les onctions faites deux fois par jour avec le glycérolé d'amidon à la glycérine parfaitement neutre additionné de 1 gramme d'acide tartrique pour 20 grammes de glycérolé, sont particulièrement utiles. On a fait aussi des lotions au sublimé au millième et même au cinq centième, des lotions à l'acide phénique. Unna associe même l'acide phénique et le sublimé, prescrivant pour 100 grammes d'excipient jusqu'à 20 centigrammes de sublimé et 4 grammes d'acide phénique. Les onctions opiacées sont également utiles. Mais tous ces moyens ne sont que des palliatifs et même en les associant à l'arsenic à haute dose, le lichen plan restera toujours tenace et de longue durée.

FONDATION PEREIRE. — M. Coupard.

Des accidents locaux et généraux causés par les tumeurs adénoïdes.

Depuis quelques années les tumeurs adénoïdes occupent, dans la littérature médicale, une place considérable ; et le nombre des monographies auxquelles elles ont donné naissance, ne le cède en rien à celui des affections les plus graves.

Tous les médecins qui s'occupent des maladies de la gorge, du larynx, du nez et des oreilles, se demandent comment une affection aussi fréquente a pu rester si longtemps méconnue. Et, cependant, beaucoup de médecins paraissent, encore aujourd'hui, n'attacher aucune importance aux tumeurs adénoïdes.

Cette affection s'observe surtout chez les enfants. Mais elle se constate assez souvent aussi chez les jeunes gens, les adultes et même chez des personnes âgées.

Dans la plupart des cas, les symptômes objectifs sont tellement caractéristiques qu'il est impossible de les méconnaître; facies spécial, sommeil pénible et agité, ronflement, maux de tête, etc., sont des phénomènes de l'ordre le plus ordinaire.

Nous avons ajouté, à la liste des troubles connus de tous, les accès de stridulisme, en indiquant leur pathogénie. La monographie que nous avons publiée a été complétée, dans la suite, par la thèse de M. le docteur Ragoneau et par un travail de M. le docteur Duplaix.

L'année dernière, M. le docteur Martha, se basant sur des observations que nous lui avions communiquées, signalait la nécessité de l'ablation des tumeurs adénoïdes chez des enfants trachéotomisés et qui ne pouvaient, plusieurs mois après l'opération, respirer sans le secours d'une canule. Ces enfants retrouvent, au contraire, leur respiration naturelle, dès que les tumeurs adénoïdes ont été enlevées.

Dans maintes circonstances, des bronchites n'ont pas d'autres causes; mais ce qui est habituel c'est l'existence concomitante d'un catarrhe nasal et pharyngé quelquefois très intense. Enfin, dans un certain nombre de cas, il y a coexistence de tumeurs adénoïdes et d'hypertrophie amygdalienne : c'est la cause la plus fréquente de la surdité.

Voilà une série de phénomènes évidents, faciles à constater, et tellement nets, qu'un médecin peu expérimenté les reconnaîtra sans peine.

Mais le champ des infirmités, causées par les tumeurs adénoïdes, s'est considérablement agrandi. Il existe, en effet, des désordres variés qui peuvent fort bien passer inaperçus, dont on ne reconnaît l'existence qu'après un examen attentif et répété des malades, et qui, au premier abord, ne semblent pas devoir faire partie du cortège symptomatique de la maladie. Il faut, pour établir un rapport de cause à effet entre eux et les tumeurs adénoïdes, de nombreuses observations.

Sur 100 enfants, observés à la Fondation Pereire, 60 au moins, sinon plus, ont des tumeurs adénoïdes; et, sur ce nombre, il en est presque un tiers qui ne sont pas développés en proportion de leur âge. On leur donnerait deux et même trois ans de moins qu'ils n'ont réellement, car leur taille est petite et leur poitrine étroite. La capacité respiratoire est bien moindre qu'à l'état normal et quelques examens pratiqués avec le spiromètre nous ont montré que la quantité d'air expiré est quelquefois moitié moins grande que lorsque ces enfants sont débarrassés de leurs tumeurs adénoïdes.

En outre de ces désordres assez sérieux, il en est d'autres moins fréquents, mais qui ont encore une certaine importance.

C'est ainsi que des parents se plaignent que leur enfant est apathique, peu éveillé, jouant peu et jamais comme les enfants de son âge. Il semble que tout lui soit une peine et nécessite un effort. Quelques-uns ont l'intelligence peu éveillée et, dans les écoles, ils restent bien en arrière de leurs petits camarades; ils se plaignent assez souvent de maux de tête qui, chez la plupart, gênent le travail, troublent le sommeil et provoquent ordinairement l'apathie et la tristesse. Enfin cette conformation de la voûte palatine en ogive, qui est presque constante chez les adénoïdiens, s'accompagne souvent de déformation de la mâchoire, sur laquelle les dents poussent mal et irrégulièrement.

Tous ces accidents, que nous signalons aujourd'hui, sont bien le résultat de la présence des adénoïdes : ce qui le prouve, c'est qu'ils disparaissent après l'opération. Deux ou trois mois suffisent pour constater cette amélioration vraiment remarquable. L'enfant grandit, sa poitrine s'élargit, son facies se modifie d'une façon heureuse, il devient gai, joueur et même turbulent; et aussi sa mémoire et son intelligence se sont développées et il peut suivre avec succès les cours de sa classe.

On s'explique parfaitement que tous ces désordres, que l'on fait disparaître par une opération simple et sans aucune gravité, pourvu qu'elle soit faite avec tous les soins d'antisepsie désirables, soit causée par les tumeurs adénoïdes. La suppression de la respiration nasale est encore ici la cause des accidents. De même qu'elle détermine le facies adénoïdien, le ronflement et tous les autres troubles que nous connaissons depuis longtemps, de même elle tient sous sa dépendance les accidents que nous étudions spécialement ici. Il est tout naturel que l'air qui passe par les voies respiratoires, sans s'être débarrassé d'une foule de germes ou d'impuretés dans le méandre des fosses nasales, qui reste sec et souvent froid, amène des bronchites et des laryngites. En passant par la bouche, l'air arrive trop brusquement dans les poumons, il détermine du spasme qui trouble le jeu normal de la poitrine et ses mouvements respiratoires. L'air résidual n'est pas suffisamment expulsé, l'air oxygéné absorbé en assez grande abondance, l'hématose se fait mal, la nutrition générale s'en ressent et le développement des os et des muscles est retardé.

Signaler le mal, c'est vouloir y remédier. Si tous les médecins pouvaient être convaincus des heureux résultats que donne l'ablation des tumeurs adénoïdes, le nombre des enfants débiles diminuerait dans de notables proportions. Les médecins-inspecteurs des écoles devraient s'occuper de cette question, car nul doute que leur intervention ne rende de grands services.

REVUE DE LA PRESSE

Streptocoque de l'érysipèle. — M. H. Roger résume, dans les dix propositions suivantes, les expériences qu'il a entreprises dans le laboratoire de M. le professeur Bouchard et qu'il vient de publier dans la *Revue de médecine* :

I. Le streptocoque de l'érysipèle, inoculé au lapin par voie intra-veineuse, produit tantôt une septicémie aiguë, tantôt une maladie chronique caractérisée par une cachexie progressive, tantôt une poliomyélite, se traduisant, pendant la vie, par l'atrophie des muscles des membres postérieurs;

II. Inoculé sous la peau de l'oreille, il amène, suivant son degré de virulence, une septicémie mortelle sans lésion locale, un érysipèle parfois gangreneux, un simple abcès;

III. La section du grand sympathique hâte la guérison de l'érysipèle expérimental et empêche la mutilation de l'oreille inoculée;

IV. La section des nerfs sensitifs favorise l'infection qui peut aboutir au sphacèle et entraîner la perte d'une portion de l'organe atteint;

V. On peut conférer l'immunité contre le streptocoque par plusieurs procédés : inoculation intra-veineuse de cultures atténuées; inoculation sous-cutanée d'une culture de virulence moyenne; injection intra-veineuse de produits solubles chauffés;

VI. Dans un milieu placé à l'abri du contact de l'air, le streptocoque sécrète des produits toxiques qui tuent à des doses variant de 13 à 20 centimètres cubes par kilog.; ces produits toxiques sont précipités par l'alcool et détruits par la chaleur;

VII. Les cultures filtrées, non chauffées, injectées dans les veines à des doses variant de 5 à 12 centimètres cubes, exercent une action prédisposante; elles diminuent, d'une façon durable, la résistance à l'infection streptococcique;

VIII. Les mêmes cultures, chauffées à 110 degrés, et injectées à des doses variant de 5 à 30 centimètres cubes, augmentent la résistance et confèrent l'immunité; elles sont vaccinantes;

IX. Le streptocoque, semé dans le sérum des animaux vaccinés, donne naissance à une culture peu ou pas virulente; ce sérum agit en atténuant le microbe;

X. Le streptocoque, semé dans le sérum des animaux prédisposés, donne naissance à une culture plus nocive que celle dont il provient; mais on ne peut dire actuellement si le sérum agit en exaltant la virulence du microbe ou en diminuant la résistance de lanimal inoculé.

Épidémie de grippe. — M. le docteur Alison nous adresse un mémoire sur l'épidémie de grippe de 1891-1892 dans la circonscription médicale de Bacarrat. Nous en reproduisons les conclusions :

1° L'épidénie de 1891-1892 nous a présenté, comme celle de 1889-1890, des formes simples et des formes compliquées en très grand nombre;

2° L'origine de l'épidémie de 1889-1890 a été le résultat de l'importation contagieuse; celle de 1891-1892 a eu pour cause la réviviscence des germes anciens, laissés par son aînée, et l'apport de nouveaux germes pathogènes dus à des importations également contagieuses;

3° La contagion a eu lieu par contact, par l'air expiré, par des objets inanimés ou par plusieurs modes réunis;

4° La période d'incubation de la grippe a été, en moyenne, de quatorze heures.

5° La durée d'activité du contage grippal a été comprise entre trois et sept mois;

6° Les principales portes d'entrée du contage ont été, outre les muqueuses habituelles des voies aériennes et digestives, la muqueuse vaginale et la conjonctive enflammée;

7° La fièvre grippale a présenté, comme toujours, des modalités cliniques différentes, permettant, sous l'influence de divers facteurs, à une grippe simple, de s'élever à une grippe compliquée, ou *vice versa* à une pneumonie lobaire d'une extrême gravité, de descendre jusqu'à une grippe bénigne par ses symptômes locaux, mais, en réalité, souvent plus sérieuse, quand on considère les phénomènes généraux.

Symptômes vaso-moteurs de la grippe. — M. le docteur Alison nous adresse un travail sur les symptômes vaso-moteurs de la grippe :

« Dans la grippe, dit-il, il y a, outre l'état d'affaiblissement ou d'asthénie des centres nerveux, cérébraux, médullaires et périphériques, un état de parésie dans le département du grand sympathique et des nerfs vaso-moteurs, constricteurs généralement et dilatateurs dans quelques cas. Cette constatation, nous pouvons l'ajouter, est d'une grande importance au point de vue thérapeutique; et la médication qui, sans avoir une action spécifique sur le ou les microbes de la grippe, semble avoir le plus d'efficacité, nous est fournie par des agents (sels de quinine, tannin, caféine, etc.) qui déterminent une excitation des fibres vaso-motrices. »

Goître exophtalmique. — Nous avons bien souvent entretenu nos lecteurs du goître exophtalmique. MM. F. Raymond et Paul Sérieux nous apportent, dans la *Revue de médecine*, une nouvelle contribution. Ils ont étudié avec soin les rapports du goître exophtalmique avec la dégénérescence mentale et résument ainsi leurs recherches :

1. Les troubles psychiques de la maladie de Basedow ne font point partie intégrante de l'affection;

2. Ils n'ont rien de spécifique et peuvent revêtir toutes les formes. Ils relèvent en réalité de l'association au goître de psychoses distinctes et autonomes;

3. Il y a lieu d'opérer le démembrement de ces symptômes psychiques au profit des espèces morbides auxquelles ils doivent être restitués;

4. Une certaine partie a pu être rattachée à la neurasthénie, à l'hystérie, à l'épilepsie, à la manie, à la mélancolie, au délire hallucinatoire, au délire alcoolique, etc;

5. Un groupe important est étroitement lié à la dégénérescence mentale que démontrent les antécédents héréditaires psychopathiques des malades, leur état mental antérieur (déséquilibration), leurs stigmates physiques et psychiques (obsessions et impulsions), enfin la forme de leurs accès délirants;

6. L'association de la maladie de Basedow avec la dégénérescence mentale n'est pas une coïncidence; elle s'explique par les tares héréditaires dont relèvent les deux ordres de faits. C'est un exemple de la loi de coexistence simultanée des névroses et des psychoses et de leur évolution parallèle et indépendante;

7. La diathèse psychopathique peut se révéler par l'éclosion d'un délire, soit au cours du goître exophtalmique, soit bien antérieurement à son début, ou encore bien postérieurement à sa guérison, soit enfin successivement dans ces différentes conditions;

8. Le choc moral, qui provoque la maladie de Basedow, peut réveiller simultanément les aptitudes délirantes du sujet. Dans certains cas, le goître exophtalmique lui-même agit, chez un prédisposé, pour faire éclore les troubles psychiques au même titre qu'une cause occasionnelle banale quelconque;

9. Le goître exophtalmique est une névrose bulbo-protubérantielle constituée par l'exagération et la permanence des phénomènes physiologiques de l'émotion. C'est une anomalie psychique, l'émotivité, qui est à la base de la maladie;

10. Celle-ci n'est souvent qu'un cas particulier des troubles fonctionnels qui, chez les dégénérés, frappent tel ou tel groupe des centres corticaux (psychiques, psycho-moteurs, sensitifs, sensoriels), bulbaires ou spinaux. Il s'agit, dans l'espèce, d'une véritable déséquilibration des centres vaso-moteurs, qui coexiste souvent avec des troubles analogues du côté des autres centres de l'axe cérébro-spinal.

THÈSES DE LYON

Des kystes hydatiques de l'épiploon et du bassin, par Monéger. — Dans ce travail inspiré par M. le professeur Poncet, l'auteur relate 32 observations, dont 4 sont tirées de la pratique lyonnaise. Il conclut de leur étude que les kystes hydatiques de l'épiploon et du petit bassin sont ordinairement secondaires et proviennent de la rupture de kystes viscéraux de même nature, rupture qui peut, soit déterminer la mort rapide par infection du péritoine, soit, procédant avec moins de fracas, ensemencer d'hydatides la surface de la séreuse.

Ces tumeurs presque toujours multiples se décèlent à la palpation abdominale par un plastron bosselé, mobile, et lorsqu'elles ont envahi le petit bassin par des indurations spléniques, élastiques, que l'on sent au pourtour de l'utérus par le toucher vaginal. Les kystes de l'épiploon s'accompagnent souvent de douleurs survenant par crises, par spasmes et dues probablement à des tractions exercées par leur masse sur le côlon transverse et l'estomac.

Le diagnostic en est difficile avec le cancer de l'épiploon au début, les kystes multiloculaires de l'ovaire et les fibromes utérins : la distinction se fait surtout par l'absence de symptômes fonctionnels.

Le pronostic de l'affection est grave en raison de la rupture fréquente de ces kystes et de la péritonite consécutive, et aussi de la suppuration spontanée qui serait loin d'être une exception (1).

Aussi doit-on opposer à cette affection un traitement chirurgical énergique : la laparotomie exploratrice qui, là plus que pour toute autre tumeur abdominale, est l'*ultima ratio* du diagnostic, pourra devenir curatrice. M. Poncet croit, en effet, que l'ouverture seule de la cavité abdominale peut amener une régression de ces kystes et cette idée théorique est appuyée d'une observation clinique de Gouillaud. Dans les cas de tumeurs péritonéales nombreuses enclavées dans l'excavation pelvienne, M. Poncet se déclare partisan de l'hystérectomie vaginale, en raison des dangers de la laparotomie.

Enfin, dans le cas de kyste unique de l'épiploon, on pourra se conduire comme en face d'un kyste de l'ovaire (inciser la poche, la vider, l'attirer au dehors, l'exciser et réduire le pédicule).

A. Rivière.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 décembre 1892. — Présidence de M. Regnauld.

LECTURES

Le choléra à Saint-Denis. — **M. Leroy des Barres** (de Saint-Denis) lit un travail sur l'épidémie cholérique de 1892 dans l'arrondissement de Saint-Denis. Cette épidémie a été plus meurtrière à Saint-Denis que celle de 1884. Le choléra qui a sévi cette année est un choléra réel, présentant tous les symptômes cliniques et bactériologiques du choléra épidémique.

(1) Gangolphe. Th. d'agrég., 1886.

La mortalité a été, à Saint-Denis, à peu près la même qu'à Paris dans les statistiques qui ont été publiées jusqu'ici. On a constaté également la propagation par l'eau de Seine et par contagion directe. Enfin, les désinfections semblent avoir donné des résultats sérieux et s'être souvent opposées à l'extension des foyers cholériques.

Ces désinfections ont-elles toujours eu lieu en temps utile? Non. Pour n'en citer qu'un seul exemple, un malade, admis à l'hôpital le 13 juillet, y meurt le 18, et la désinfection à son domicile n'est assurée que le 19, retard qui ne peut être attribué qu'à une organisation insuffisante des services d'hygiène.

Ces opérations ont-elles toujours été complètes? Non plus. Le choléra, en effet, a fait sa réapparition dans des immeubles officiellement désinfectés; cependant l'outillage était bon et fonctionnait bien, mais les équipes de désinfecteurs, improvisées au dernier moment, n'avaient ni les connaissances, ni l'habitude nécessaire pour agir vite et complètement. Il est donc absolument urgent d'organiser le service de défense en dehors du temps d'épidémie et d'avoir des équipes instruites et préparées à l'avance. Cette épidémie pourrait bien avoir un lendemain peu éloigné, peut-être redoutable; il est donc urgent, pour une ville industrielle comme Saint-Denis, de posséder un bureau local d'hygiène. Là des renseignements régulièrement recueillis permettraient de prendre des mesures radicales dès le début des épidémies, et de ne pas laisser celles-ci s'étendre.

Anatomie de la grossesse. — M. SOFFIANTINI (de Pavie) présente une section médiane verticale antéro-postérieure du cadavre congelé d'une femme en état de grossesse, parvenue au troisième mois.

L'importance de cette pièce est relative :

1° A l'époque de la grossesse parce que ce serait le premier cas étudié à cette époque;

2° A l'exactitude du mot médiane, cette section ayant ouvert en deux parties presque égales la colonne vertébrale et le canal cervico-utérin;

3° A l'existence d'une anomalie numérique costo-vertébrale par excès (deux côtes et une vertèbre dorsale en plus), phénomène héréditaire, parce qu'on l'a trouvé aussi chez le fœtus, de même que chez une petite fille de trois ans de la même mère;

4° A l'existence d'une vertèbre sacrée en plus, formant ainsi un sacrum de six vertèbres, fait qui confirme la loi que : lorsque dans le corps humain on trouve une anomalie, très rarement cette anomalie est isolée;

5° Au fait de la découverte, dans l'ouvrage de Schrœder-Stratz, d'une anomalie numérique vertébrale inverse, ou par défaut, c'est-à-dire l'absence d'une vertèbre dorsale.

Sur l'acidité totale des urines. — M. DERIGNAC (de Limoges) lit un travail sur l'acidité totale des urines. Il remet à plus tard ses conclusions dans le rachitisme, l'ostéomalacie, la dyspepsie acide, etc., etc.; il indique que, dans le diabète, l'acidité totale de l'urine des vingt-quatre heures croît avec la quantité du sucre, celle des phosphates et peut-être celle de l'urée; il montre qu'elle augmente à l'approche des accidents acétonémiques qu'il put conjurer, dans un cas, par la diète et l'eau de Vichy, et il insiste snr sa valeur pronostique dans ces cas.

Il donne un procédé clinique très simple et expéditif qui permet d'apprécier suffisamment l'acidité urinaire en clinique. Il consiste à laisser couler goutte à goutte, dans une quantité connue d'urine, une solution titrée de soude caustique rapportée à l'acide oxalique sec et contenue dans une pipette graduée; lorsqu'on approche de la neutralité, les phosphates terreux se précipitent, car ils sont insolubles dans un milieu alcalin; à ce moment, on arrête l'opération et le nombre de centicubes de solution caustique écoulée indique la quantité nécessaire pour neutraliser une quantité connue d'acide, d'où il est facile de déduire celle de l'urine des vingt-quatre heures.

Traitement des maladies oculaires par les injections sous-conjonctivales de sublimé. — M. DARIER fait connaître les résultats favorables que lui ont donnés depuis deux ans les injections sous-conjonctivales de sublimé dans les maladies oculaires.

Comme antiseptiques elles ont une action puissante et rapide dans les ulcères infectieux de la cornée, dans les blessures septiques du globe oculaire; appliquées à temps, elles préviennent le phlegmon de l'œil. De nombreux cas d'ophtalmie sympathique ont été guéris ou très améliorés par ce mode de traitement. Il en est de même pour les accidents infectieux, consécutifs à l'opération de la cataracte, de l'iridectomie, etc. Dans les maladies intrinsèques du globe oculaire : kératites interstitielles circonscrites, iritis chronique, irido-choroïdites, etc... M. Darier a obtenu des résultats encourageants.

Dans les maladies du fond de l'œil et surtout dans les choroïdites centrales, choroïdites disséminées, etc. les effets salutaires des injections sous-conjonctivales sont des plus manifestes; il en est de même pour certaines rétinites et pour quelques atrophies des nerfs optiques d'origine périphérique ou intra-oculaire. (Comm : MM. Javal et Panas.)

ÉLECTIONS

L'Académie procède au renouvellement partiel des commissions permanentes. Sont élus :

Épidémies. — MM. Grancher et Duguet.
Eaux minérales. — MM. Bouchardat et Dumontpallier.
Vaccine. — MM. Hervieux et Chauveau.
Remèdes secrets. — MM. Quinquaud et Desnos.
Hygiène de l'Enfance. — MM. Ollivier et Moissan.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Lille. — Les concours de l'internat et de l'externat des hôpitaux se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Masset, d'Hour et Lamy.
Internes provisoires : MM. Hennecart et Tonnel.
Externes : MM. Doizy, Ingelrans, Dubois, Jacqmarcq, Tauchon, Potel, Paimblan, Lefebvre, Paquet, Henry, Ringot, Tamboise, Gugelot et Chocquet.

— *Hôpitaux de Montpellier.* — Les concours de l'internat et de l'externat viennent de se terminer par les nominations suivantes :

Internes : MM. Bothizat, Vire et Cheiniss.
Internes provisoires : MM. Chatinière, Ménard et Houël.
Externes : MM. Pelon, Gibert, Cros, Marcellin, Teissier et Laborde.
Externes provisoires : MM. Choussat, André, Sapir, Arrufat, Pascal et Kessel.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Puvion est nommé aide préparateur des travaux pratiques de chimie.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Nicolas est nommé préparateur du laboratoire des maladies cutanées et syphilitiques.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Prieur est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Dijon.* — M. le docteur Zipfel est institué chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— *École de médecine de Reims.* — M. Mouflier est chargé des fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— *École de médecine de Tours.* — M. le docteur Guibbaud est institué suppléant de la chaire de physiologie.

— La Société médicale des hôpitaux rappelle aux intéressés

qu'elle attribuera un prix de 1000 francs, fondé par Mme Lemière, au meilleur des travaux qui lui seront présentés avant le 31 juillet 1893, sur les artérites dans les maladies infectieuses.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs David (de Châteauroux), Fontaine (de Bar-sur-Seine), A.-F. Gay (de Lyon), Leprévost (du Havre), Prévot (de Peyrat-le-Chateau), Quiquandon (de Vernet-la-Varenne), Rédier (de Montpellier).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 150. — SAMEDI 31 DÉCEMBRE 1892. 65e ANNÉE. SAMEDI 31 DÉCEMBRE 1892. — N° 150.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE DE MÉDECINE MENTALE

Les rapports du goître exophtalmique et de l'aliénation mentale. — Les aliénés à séquestrations multiples. — Le traitement chirurgical de l'idiotie.

Par le docteur Ed. TOULOUSE,
Médecin-adjoint de l'asile Saint-Yon.

I

Les troubles mentaux observés dans le goître exophtalmique sont fréquents et divers. Parfois ces symptômes psychiques, au lieu d'être banals et rattachables à une certaine déviation du tempérament émotionnel du malade, affectent les allures de véritables psychoses. Les observations de M. Ballet (1), de Joffroy (2), de Séglas (3), de Renault (4), de Raymond et Sérieux (5), pour ne noter que les plus récentes ou les plus connues, sont les plus intéressantes à cet égard. Aussi la question des rapports de la maladie de Basedow et de l'aliénation mentale a été ainsi posée, et a donné lieu à divers travaux, dont un des plus récents est la thèse de M. Boëteau (6), qui, après avoir rapporté la plupart des faits connus et quelques-uns nouveaux, a essayé d'en tirer quelques conclusions générales.

Je ne surprendrai personne en disant que M. Boëteau pense que les troubles mentaux observés chez les basedowiens sont indépendants du goître exophtalmique. Il existe, en effet, à chaque époque, des courants d'opinions qui guident la majorité des médecins, des idées directrices autour desquelles convergent la plupart des travaux publiés.

(1) BALLET. Des idées de persécution dans le goître exophtalmique, Soc. méd. des hôpit., séance du 29 fév. 1890.

(2) JOFFROY. Troubles psychiques et hallucinations dans la maladie de Basedow, Soc. méd. des hôpit., 11 avril 1890.

(3) SÉGLAS. Maladie de Basedow et mélancolie, *Ann. méd.-psychol.*, séance du 28 juillet 1890.

(4) RENAULT. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1890.

(5) RAYMOND et SÉRIEUX. Troubles délirants du goître exophtalmique, Congr. de méd. ment. de Blois, 1892.

(6) BOETEAU. *Des troubles psychiques dans le goître exophtalmique*, Th. de Paris, 1892.

En ce moment, la tendance évidente en psychiatrie est, grâce aux travaux de Morel et de M. Magnan, de rapporter les maladies mentales à une cause héréditaire éloignée et de laisser dans l'ombre toute étiologie plus voisine, telle qu'une lésion viscérale ou diathésique par exemple. Il n'y a pas de folie brightique, de folie hystérique (1), de folie de la puberté, de folie cancéreuse; mais des brightiques, des épileptiques, des pubères et des cancéreux qui deviennent accidentellement aliénés, parce qu'ils ont une prédisposition vésanique. On admet bien que ces différentes maladies ou crises physiologiques peuvent jouer le rôle de cause occasionnelle; mais on préfère rattacher les troubles psychiques à une tare névropathique primitive et accorder à cette dernière un rôle prépondérant dans l'étiologie.

D'autre part, les derniers travaux de M. Charcot, qui s'est efforcé de montrer les associations morbides si fréquentes en neuropathologie, ont retenti dans le milieu psychiatrique. Et l'on a aujourd'hui une grande tendance à disjoindre plutôt qu'à rattacher, par un lien pathogénique, les différents syndromes présentés par un aliéné. Chaque maladie devient de plus en plus autonome; et la maxime, qu'en neuropathologie il n'y a pas d'hybride, semble envahir peu à peu l'aliénation mentale.

Cependant, les psychoses sont loin d'avoir des physionomies aussi spéciales que certaines névroses et surtout manquent totalement de la base anatomo-pathologique qu'ont la plupart des maladies nerveuses. Qu'est-ce, en effet, que la manie et que beaucoup d'états mélancoliques? Il faut avouer que ce ne sont que des symptômes.

Or, il est aujourd'hui courant en médecine mentale de voir dans ces symptômes des manières d'entités morbides, sans aucun lien causal avec d'autres maladies bien connues, telles que l'épilepsie ou une lésion cardiaque, qui les accompagnent fréquemment. Certes ces notions ne manquent pas d'une certaine grandeur et surtout d'une simplicité commode. Au lieu d'une douzaine de manies, puerpérale, épileptique, hystérique, de la puberté, etc., on a la manie, ou plutôt l'excitation maniaque, qui apparaît par suite d'une prédisposition vésanique primordiale et à l'occasion d'un accident pathologique ou d'une crise biologique. Cette conception est juste en ce fait que, dans tous ces divers cas, la manie ne paraît pas avoir de caractères spéciaux à chacun d'eux.

Cette prédisposition psychopathique n'est pas niable;

(1) Voir la thèse de COLIN. *Hystérie et dégénérescence*, 1890.

mais ce n'est là qu'une notion bien vague pour le moment, et trop générale puisqu'elle est à la base de toute l'aliénation mentale. Outre le terrain, qui est la cause éloignée, n'y a-t-il pas des causes plus rapprochées, efficientes, et, parmi celles-là, certains accidents morbides ou physiologiques? Qu'ils n'impriment pas un cachet personnel au délire, c'est possible; il est toutefois présumable qu'entre eux et lui, il y a un rapport pathogénique intéressant à étudier. Voyez l'évolution des idées au sujet de l'épilepsie. Auparavant le morbus sacer, dit essentiel, comprenait la plupart des cas. Maintenant, on s'aperçoit que toutes les épilepsies sont ou deviendront symptomatiques (1); et, cependant, l'attaque convulsive d'un infantile, d'une puerpérale ou d'un paralytique général varie peu comme aspect clinique. De même, un état vésanique, mélancolique ou maniaque, ne semble pas emprunter à la puerpéralité, à la ménopause, ou au goître exophtalmique des symptômes particuliers. Admettons le fait; mais il n'en reste pas moins, entre ces psychoses et les autres troubles morbides, au cours desquels elles éclosent, un lien qu'il ne faut pas s'interdire d'étudier, sous le prétexte que la prédisposition suffit à expliquer l'apparition du délire. Il est probable que les troubles nutritifs dépendant d'une maladie générale, telle, par exemple, que le diabète, doivent éveiller la susceptibilité vésanique d'un malade. Et alors pourquoi ne pas rechercher les circonstances dans lesquelles cette susceptibilité est atteinte, à quelle période de la maladie, par quel mécanisme, dans quelles conditions physio-pathologiques?

Il ne s'agit donc pas de recommencer les descriptions surannées de la folie cancéreuse, ou de la folie cardiaque. Mais il est nécessaire de rechercher les rapports d'apparition, d'évolution et de durée des troubles psychiques survenant chez un cancéreux ou un cardiaque avec les autres symptômes généraux dus au cancer ou à la lésion du cœur. La doctrine de la prédisposition vésanique ne sera nullement compromise pour cela; et, d'autre part, il n'y aura pas une folie de plus à ajouter à la nomenclature nosographique. Mais on connaîtra mieux certains points pathogéniques de quelques formes d'aliénation mentale.

Cette digression un peu longue n'est pas, comme on le verra plus loin, un hors d'œuvre dans l'analyse de la thèse de M. Boëteau.

Cet auteur a eu surtout en vue, dans son travail très documenté et très lucide, d'établir qu'il n'y avait pas une folie basedowienne, c'est-à-dire de troubles mentaux propres au goître exophtalmique. C'est l'opinion de la plupart des aliénistes, et elle paraît, en effet, la bonne. Pour la légitimer, M. Boëteau produit vingt-quatre observations, dont plusieurs sont inédites, et les divise en deux groupes. Dans le premier, il met les faits où les troubles psychiques paraissent appartenir à la neurasthénie, qui s'associe fréquemment à la maladie de Basedow. Dans le second, il range les cas où l'on a affaire à des psychoses plus ou moins caractérisées et connues, telles que le délire mélancolique, la manie, l'alcoolisme, le délire des persécutions à évolution systématique, ou encore à la paralysie générale.

Il faudrait peut-être réserver les observations de basedowiens neurasthéniques. Certains symptômes des deux maladies étant assez voisins, il est difficile de les séparer et de dire ce qui appartient à une maladie et ce qui appartient à l'autre. La neurasthénie est venue d'ailleurs à point pour endosser les troubles mentaux qui, jadis, appartenaient en propre au goître exophtalmique.

Pour les autres psychoses observées, aucune ne paraît, en effet, spéciale à la maladie de Basedow. On voit la relation d'accès de manies, de mélancolie, de délire chronique, comme on en a rencontré chez d'autres sujets qui n'étaient nullement atteints de cette névrose. Encore que pour certains cas, de manie notamment, il soit peut-être un peu téméraire de dire qu'ils ne sont pas différents des formes bien connues. Quelles sont-elles donc, ces formes typiques? Il faut bien se rappeler que, sur ce terrain, il n'est pas prudent d'être aussi affirmatif qu'en neuropathologie, où un analyste sagace peut dire : « Ceci est à l'ataxie et cela appartient à la sclérose en plaques. »

Comme conclusion, M. Boëteau affirme qu'il n'y a pas de psychoses propres au goître exophtalmique. Au dernier Congrès de Blois, MM. Raymond et Sérieux ont admis aussi que les délires des dégénérés peuvent se rencontrer dans la maladie de Basedow, mais qu'il n'y a pas de lien pathogénique entre le goître et les troubles psychopathiques observés. C'est la déséquilibration primordiale du système nerveux qui serait cause de l'une et de l'autre maladie. Cette solution du problème est séduisante, mais elle ne s'applique qu'à un de ses aspects.

Il n'y a pas de folie spéciale au goître, parce que la plupart des psychoses paraissent être des symptômes ressortissables à des causes nombreuses qui n'influent pas sur leur forme. Chez les prédisposés, des accidents pathologiques nombreux, maladies générales, névroses, chocs moraux, etc., peuvent déterminer l'éclosion d'un délire qui n'aura pas de signification étiologique précise.

Une puerpérale, comme une basedowienne, pourra tomber dans un état mélancolique semblable. Ces malades deviennent des vésaniques, parce qu'ils sont prédisposés, mais aussi parce qu'ils ont subi un choc moral ou physique. Si cet accident ne s'était pas produit, la psychose ne se serait pas développée à ce moment. Il faut donc que ces causes, dites occasionnelles, mettent l'organisme dans un état pathologique nécessaire à l'apparition du délire. Quelles sont donc ces conditions? Quelles sont les maladies qui les réalisent? De quel trouble pathologique, dans chacun de ces états morbides, sont-elles plus spécialement tributaires?

Toutes ces questions ont donc leur intérêt, parce qu'elles peuvent fournir des éléments au diagnostic, au pronostic et même peut-être au traitement des maladies mentales. Certaines manies, d'origine puerpérale, semblent subordonnées à l'infection utérine par leur début, la durée de leur évolution et aussi leur terminaison provoquée vraisemblablement par le traitement antiseptique institué. Des hallucinations de l'ouïe, avec délire secondaire, ont disparu par l'enlèvement de corps étrangers de l'oreille (1). Dans ce dernier cas, la prédisposition avait, vraisemblablement, permis au malade de devenir aliéné; mais les troubles mentaux étaient bien réellement subordonnés à la lésion chirurgicale, puisqu'ils ont disparu avec elle. Tout le monde connaît l'influence des suppurations, des dermatoses, des accès d'asthme (2) et de goutte, alternant avec les

(1) Féré. *Les épilepsies et les épileptiques.*

(1) Mabille. *Ann. méd.-psychol.*, 1883, t. X.
(2) Guislain. Leçons orales sur les phrénopathies.

psychoses. Les lésions circonscrites (1) du cerveau donnent lieu fréquemment à des symptômes psychiques ; il est certain que ceux-ci ont un rapport étroit avec les désordres organiques. Le goître exophthalmique est une maladie générale, dont un symptôme constant chez tous les malades, l'émotivité, indique un trouble considérable des fonctions nerveuses qui peut, lui aussi, retentir sur les facultés intellectuelles; outre que les altérations fonctionnelles de la glande thyroïde, dont les lésions ont si souvent un retentissement psychique, sont capables d'exercer aussi leur influence sur l'apparition du délire.

En résumé, l'hypothèse de la prédisposition n'est pas suffisante pour expliquer le mode d'apparition des désordres mentaux dans le goître comme dans beaucoup d'autres maladies où apparaissent des psychoses. C'est une notion trop générale et quelque peu métaphysique.

L'hérédité domine aussi la tuberculose. Est-ce que cette croyance empêche les pathologistes de rechercher la pathogénie microbienne de ses manifestations ? Que dirait-on des médecins qui se contenteraient de prouver que la plupart des phtisiques sont des prédisposés héréditairement?

Est-ce qu'il n'est pas légitime de rechercher les causes plus rapprochées, d'essayer de pénétrer le mécanisme pathogénique, les conditions physio-pathologiques propices à l'infection bacillaire? Cependant la phtisie pulmonaire, une fois créée, évolue sans se ressentir trop de la cause déterminante qui a préparé la voie à l'évolution microbienne. Elle est un mode de réaction du poumon infecté comme les aliénations mentales sont des modes de réaction du cerveau désorganisé par un trouble général de l'organisme. Et l'on conçoit très bien que la toux dans la tuberculose pulmonaire, pas plus que le délire dans les états psychopathiques, ne peut avoir de caractères spéciaux à chaque facteur étiologique.

Ce qu'il serait donc intéressant de rechercher, ce seraient les véritables rapports unissant le goître et les diverses psychoses. Il faudrait étudier si les déviations psychiques apparaissent à toutes les périodes de la maladie de Basedow ou à certaines plus particulièrement, si des paroxysmes délirants sont parallèles à des recrudescences des symptômes basedowiens, si quelques troubles de nutrition ont une influence prépondérante sur l'explosion des désordres mentaux, si, enfin, la marche générale d'une des deux maladies retentit sur l'évolution de l'autre. Rien n'empêche, d'ailleurs, qu'il y ait des cas où ces deux états morbides coexistent simplement.

II

La question des aliénés à séquestrations multiples a toujours été à l'ordre du jour dans ces dernières années. On a vu dans ce journal une étude sur ce sujet de M. Charpentier (2), que cet auteur avait lue à la Société médico-psychologique. Ce mémoire a provoqué un travail de M. Marandon de Montyel (3) et enfin, tout récemment, une thèse de M. Lucas (4), qui a résumé les points principaux de cette discussion et apporté des faits cliniques intéressants.

M. Lucas distingue avec raison, parmi les aliénés à séquestrations multiples, ceux pour lesquels la loi actuelle de 1838 suffit, et ceux pour lesquels elle est insuffisante. Les premiers sont des maniaques, des mélancoliques, des circulaires, qui présentent dans leur vie plusieurs accès d'aliénation mentale, et qui ne peuvent être soignés que dans nos asiles actuels. Les autres comprennent des malades, le plus souvent alcooliques, presque toujours vagabonds et vicieux, qui, par leurs séquestrations nombreuses, les délits qu'ils commettent dans la société, leurs mauvaises mœurs habituelles et leur tempérament irritable, ont attiré depuis longtemps l'attention des médecins et des magistrats. Ces gens, qui représentent le déchet de la civilisation des grandes villes, et surtout de Paris, oscillent incessamment entre Sainte-Anne et Mazas, et le hasard de la première répression sociale les classe parfois définitivement parmi les récidivistes des prisons ou parmi les récidivistes des asiles.

M. Charpentier, le savant médecin de Bicêtre, a été frappé par quelques traits communs que présentent ces individus. D'abord, ce qui est constant, c'est le nombre de leurs séquestrations. Ils viennent trois, cinq, dix fois et même plus à l'asile, et presque toujours pour le même motif. Les diagnostics portés par les médecins de la Préfecture de police ne varient pas : délire alcoolique, épilepsie, sont les deux termes que contiennent le plus souvent les certificats de ces séquestrés, toujours vite remis. A leur arrivée à l'hospice, ils manifestent une légère confusion mentale, puis les troubles intellectuels s'améliorent et même assez rapidement. Les accès épileptiques ne sont presque jamais constatés. Ces aliénés, une fois dans la place, sont les plus turbulents des pensionnaires. Insolents, méchants, brutaux, ils répandent le désordre dans tous les quartiers où ils passent. Après quelques semaines ou quelques mois d'internement, ils ne pensent plus qu'à s'évader, et plusieurs y parviennent. A peine sortis, ils mènent une existence vicieuse et commettent très souvent des délits, dont la graduation part du simple vagabondage pour aboutir aux tentatives d'assassinat.

Pour M. Charpentier, ces gens-là sont des simulateurs, qui, dans un moment de détresse, aspirent à un repos de quelque temps dans un asile, et se le procurent en feignant des troubles mentaux vagues. En effet, quand le médecin de Bicêtre les reçoit, il ne trouve aucun symptôme psychique. Le délire alcoolique n'existe pas, les accès épileptiques n'apparaissent pas et l'intelligence du sujet devient en peu de jours d'une lucidité parfaite.

M. Marandon de Montyel s'est occupé aussi de ces séquestrés et les dépeint d'une façon différente. Sont-ce des simulateurs? Non. Ils présentent effectivement, à un moment donné de leur internement, des troubles psychiques. Mais il faut attribuer ces derniers à l'ivresse seule, à l'ivresse délirante, qui n'appartient pas à l'aliénation mentale. Ces gens-là sont surtout des incorrigibles, des vicieux, des vagabonds, mais principalement des ivrognes. L'alcool est pernicieux à ces cerveaux déséquilibrés, et les pousse, dès qu'ils ont bu, à des actes bruyants et parfois dangereux. Mais pourquoi les interner, puisque l'ivresse se dissipe chez eux en quelques heures? Ne vaudrait-il pas mieux les livrer à la justice, qui les frapperait impitoyablement chaque fois qu'ils se montreraient coupables du délit d'ivresse?

(1) Lwoff. *Troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau*, Th. de Paris, 1890.
(2) Charpentier. Les aliénés à séquestrations multiples, in *Gaz. des hôpit.*, 1892.
(3) Marandon de Montyel. Soc. méd.-psychol., séance du 27 juin 1892.
(4) Lucas. *Étude sur les aliénés à séquestrations multiples*, Th. de Paris, 1892.

Voilà donc deux opinions quelque peu différentes. Que sont, en somme, ces séquestrés? Sont-ils vraiment aliénés? Sont-ils des simulateurs ou simplement des ivrognes?

C'est aux médecins de la Préfecture de police, qui reçoivent ces individus, qu'il appartenait de répondre. M. Garnier n'a pas manqué de le faire. Les séquestrés qu'il envoie dans les asiles sont réellement des aliénés, et notamment des délirants alcooliques. Mais il admet que les médecins, qui voient ces malades quelques jours après leur internement, ne retrouvent plus des symptômes qu'il a cependant constatés. Certains délires alcooliques sont de courte durée; il n'est pas étonnant que, si on ne reçoit les malades que cinq à six jours après l'arrestation, ceux-ci ne présentent plus de désordres mentaux considérables. Cependant ces malheureux ne peuvent pas être jetés à la rue. Il faut les soigner. Les hôpitaux n'en veulent pas. Il est donc nécessaire de les envoyer dans les asiles, où ils vont se remettre de leur accès, car, le délire éteint, ils demeurent des convalescents qu'il faut soigner et surtout empêcher de boire de nouveau. Lorsque M. Charpentier dit que ses malades n'ont rien, qu'ils ne délirent pas, qu'ils n'ont pas d'attaques épileptiformes, le fait est vrai. Mais il est vrai aussi que ces symptômes ont existé à un moment donné; on sait notamment que des accès d'épilepsie alcoolique peuvent se montrer à l'occasion d'un excès et ne pas reparaître de longtemps. De même les sueurs profuses, qui montent en buée du corps d'un alcoolique en état de delirium tremens, disparaissent aussi très rapidement; et il n'est pas étonnant que les médecins des asiles de la Seine ne puissent pas vérifier à ces symptômes.

Pour M. Garnier, il n'est donc pas douteux que ces séquestrés sont des aliénés véritables et non de simples ivrognes, comme l'affirme M. Marandon. D'ailleurs, il renvoie très souvent des buveurs, l'ivresse passée; ceux qu'il garde sont des malades. Où commence le délire alcoolique? Il est malaisé de le dire d'une façon précise. Mais quand il y a des hallucinations, on ne peut nier que le sujet est, tout au moins provisoirement, un aliéné qu'on doit interner. Il serait tout aussi malaisé et oiseux de dire où commence la folie.

La thèse de M. Lucas a apporté, dans cette question, des documents cliniques. Il a choisi les dossiers les plus volumineux, c'est-à-dire ceux des malades le plus fréquemment séquestrés. Un fait qui l'a tout d'abord frappé, c'est que les femmes étaient rares. Leur moindre penchant à l'alcoolisme, une vie plus régulière et aussi l'existence tranquille de l'asile qui, plus en rapport avec leurs mœurs, les engage à ne pas demander des sorties fréquentes, sont les causes explicatives de ce fait.

Les vingt-six malades, qu'a examinés M. Lucas, ont des traits communs. Les antécédents héréditaires sont très fréquents chez eux; les stigmates physiques de dégénérescence aussi. Au point de vue psychique, ils présentent, outre le délire alcoolique, des obsessions, des impulsions, l'instabilité du caractère, tous les symptômes, enfin, des déséquilibrés. On reconnaît là les malades qui, sous des étiquettes différentes, ont été étudiés et vus de la même manière par la plupart des aliénistes. Morel les a placés parmi ses héréditaires; Lasègue en a fait des cérébraux; aujourd'hui on les nomme avec M. Magnan des dégénérés. Quel que soit le terme qu'on leur applique, il n'est pas niable que ce sont des aliénés, mais aussi des aliénés que les lois actuelles sont impuissantes à soustraire au milieu social pour lequel ils sont un danger et à protéger contre eux-mêmes. Ces individus sont des ivrognes, des vicieux, mais justement parce qu'ils ont une constitution cérébrale anormale. Ils représentent un stade inférieur ou, si l'on rejette avec raison la théorie régressive de Lombroso, un type dévié de l'homme. Est-ce une raison pour les punir de leur nature mauvaise, dont ils ne sont point responsables? Mais si on ne doit pas les livrer aux juges, on ne doit pas non plus leur laisser une liberté, dont ils ne savent faire qu'un usage nuisible.

Malheureusement la loi de 1838 ne permet pas au médecin d'asile de garder une personne qui n'est plus délirante. En bonne règle, il serait obligatoire, pour l'aliéniste, de mettre à la porte ces malades, dès que l'accès d'alcoolisme est passé. Mais cet accès n'est qu'un épisode dans leur vie mentale; guéris de leurs hallucinations, ils restent tout aussi déséquilibrés qu'avant et, dès leur sortie obtenue, recommenceront les mêmes excès et commettront les mêmes délits.

Cependant, la société a le devoir de se défendre contre ces dégénérés. Mais que faire? La situation embrouillée où nous sommes résulte, comme le fait remarquer M. Féré (1) dans un livre tout récent, de la conception pénale du libre arbitre, hypothèse qui ne repose sur aucune base scientifique. Le médecin de Bicêtre, étudiant cette question, en arrive aux conclusions suivantes: on ne peut rationnellement établir une classification arbitraire entre deux catégories de gens, les responsables et les irresponsables devant la loi, attendu qu'il n'existe pas de criterium sûr pour légitimer cette division. Les experts médicaux, en essayant de définir la part de libre arbitre qui existe chez un délinquant, entreprennent une tâche au-dessus de leur compétence. Cette incapacité est surtout apparente, lorsqu'il s'agit justement des dégénérés, que chacun peut transformer en fous ou en vicieux, selon son éducation psychiatrique. La question doit donc être déplacée. La peine n'est pas un châtiment, mais un acte de défense. Elle a l'effet salutaire de l'exemple et a surtout pour conséquence d'éloigner le criminel du milieu où il constitue un danger. Il ne peut donc y avoir d'excuse pour personne, puisque le dommage commis est toujours le même, et que le péril que fait courir, à la société, un aliéné ou un criminel conscient, est identique. On devrait, en conséquence, supprimer du code l'article qui fait de la *démence* une irresponsabilité pénale. Bien plus, M. Féré est d'avis qu'il serait logique de proportionner la peine au caractère dégénératif du délinquant: car pour lutter contre des impulsions anormales et puissantes, il faut la crainte d'un châtiment plus terrible que pour les gens normaux.

Il est peu probable qu'on admettra bientôt, en France, une pareille doctrine. Les sentiments de pitié envers les faibles et les malades sont, à tort ou à raison, trop vivaces pour qu'on édicte que les aliénés soient déférés aux tribunaux. Toutefois, il est nécessaire, si l'on ne veut pas punir les délinquants anormaux, de les soustraire au milieu social, où ils ne peuvent s'adapter aux conditions communes. D'autant que beaucoup sont conscients de leur situation privilégiée et ne craignent pas de commettre de nouveaux méfaits, puisqu'ils se savent à l'abri des lois.

On a proposé, au dernier Congrès d'anthropologie de Bruxelles, de créer des établissements spéciaux où l'on mettrait les aliénés criminels. On pourrait aussi y envoyer

(1) Féré. *La pathologie des émotions*, 1890.

les aliénés à séquestrations multiples, délinquants ou non, après un certain nombre d'internements, trois par exemple. Ces maisons de détention, intermédiaires à l'asile et à la prison, seraient aussi des lieux de travail, des colonies agricoles. Après un certain temps d'épreuve, les sujets pourraient être mis en liberté.

A l'étranger, on a fondé des établissements spéciaux pour les ivrognes. En Angleterre, il existe des hôpitaux de ce genre, où les malades sont acceptés sur leur demande. En cas d'évasion avant le temps fixé, le buveur peut être réintégré de force. L'Amérique compte actuellement plusieurs établissements de ce genre. D'après des statistiques, les résultats obtenus seraient satisfaisants : un tiers des malades seraient incurables, les deux autres tiers se rétabliraient d'une façon complète ou relative.

La Suisse a une organisation assez curieuse. Les hôpitaux d'ivrognes ont un personnel qui ne boit que de l'eau. On n'interdit pas aux malades l'usage du vin, mais l'exemple et aussi des pratiques de suggestion déterminent les alcooliques à renoncer à leurs habitudes. Nous puisons ces renseignements dans la thèse de M. Lucas.

En France, il n'y a encore rien de fait dans ce sens, bien qu'à plusieurs reprises les médecins aient demandé des établissements d'ivrognes. La seule chose pratique nous paraît être un asile où les malades seraient internés d'office et ne pourraient sortir qu'après une période d'observation suffisante.

Il est à présumer que le jour où ces asiles fonctionneront, les prisons se déverseront peu à peu dans ces hôpitaux spéciaux ; car la pathologie mentale a des tendances très envahissantes, et l'aliéniste est très bienveillant par caractère. Il y aura encore plus de pitié qu'aujourd'hui pour les délinquants qui, la plupart, sont plus ou moins tarés psychiquement. Et de la sorte beaucoup de malades seront arrachés à la prison, non pour être rendus à la liberté, comme ils le sont aujourd'hui, mais pour être soignés dans des établissements à la fois pénaux et psychothérapiques, où ils ne seront plus nuisibles aux autres et où ils vivront dans des conditions d'hygiène morale, qui leur manquent dans la vie publique.

III

On a fait grand bruit dans ces derniers temps du traitement chirurgical de l'idiotie, que M. Lannelongue (1) a été le premier à tenter en France. Un médecin américain, L.-C. Lane (2), aurait, affirme-t-il, essayé la craniectomie bien avant M. Lannelongue, le 28 août 1888, c'est-à-dire près de deux années auparavant. Quoi qu'il en soit de cette priorité, il n'en est pas moins vrai que c'est M. Lannelongue qui a lancé cette opération nouvelle dans le public médical. Aujourd'hui, elle est devenue à la mode, et plusieurs médecins de province l'ont pratiquée. Il était donc utile de se rendre compte de la valeur de la craniectomie appliquée au traitement de l'idiotie. M. Bourneville (3) a lu, au dernier Congrès des aliénistes français, une communication sur ce sujet.

(1) Lannelongue. De la craniectomie dans la microcéphalie, *C. R. de l'Acad. des sc.*, 30 juin 1890, p. 1382.

(2) Lane. *The Med. Journ.*, 9 janv. 1892.

(3) Bourneville. Le traitement chirurgical et le traitement médico-psychologique de l'idiotie, Congr. des alién. franç., 1892; — *Arch. de neurol.*, sept. 1892.

Après avoir rapporté les principaux cas publiés, M. Bourneville en tire des conclusions qui ne paraissent pas très encourageantes pour la méthode. Le grand et principal reproche qu'il fait aux opérateurs est de ne s'être pas préoccupés assez de savoir si les sutures étaient réellement soudées plus prématurément chez la plupart des idiots, que chez les enfants sains. Or, il est évident que, si ce fait était inexact, la craniectomie, qui a surtout pour objet de détruire ces synostoses, ne serait plus aussi légitime.

Pour éclaircir ce point, M. Bourneville a recueilli douze crânes d'idiots, qu'il a présentés aux membres du Congrès. Chez tous, les sutures sont persistantes, et cependant la nature de l'idiotie était diverse, liée à des tumeurs cérébrales, à la méningo-encéphalite, à la sclérose atrophique et aussi à la parencéphalie. Sur trois crânes même, il existait un écartement pathologique des sutures.

M. Tacquet (1), un élève de M. Bourneville, a eu l'idée de faire sa thèse sur cette question. Il a examiné vingt-neuf crânes d'idiots et a constaté que l'oblitération des sutures ne se fait pas prématurément. En outre, la synostose commencerait le plus souvent par la partie inférieure de la coronale. Or la plupart des chirurgiens ont, jusqu'à présent, essayé de libérer la suture sagittale qui, d'après toutes ces observations, est constamment ouverte.

Voilà donc un point qui paraît acquis. Les idioties ne s'accompagnent pas généralement de synostoses prématurées. Il n'est donc pas très logique de chercher à guérir cet état mental par la suppression d'une défectuosité cranienne qui n'existe qu'exceptionnellement. Cependant, bien que très rares, ces synostoses prématurées peuvent se présenter. Dans ces cas, la craniectomie pourrait être justifiée. Mais il faudrait, au préalable, pouvoir diagnostiquer cette particularité anatomique. Or ce n'est pas, comme le fait remarquer M. Bourneville, par le toucher à travers le cuir chevelu, parfois très épais, qu'il est commode de constater la chose. Le médecin de Bicêtre a rappelé, à ce propos, que, dans la description d'un idiot, il avait noté l'ossification de la fontanelle, qui, pourtant, fut trouvée, à l'autopsie, persistante et très large.

D'autre part, en admettant que les sutures soient réellement synostosées, est-ce que la craniectomie aurait pour effet de les faire disparaître d'une façon complète ? Cela ne semble pas du tout démontré, car on a observé des cas de réossification de la brèche osseuse opératoire. En outre, est-il vrai que la craniectomie puisse permettre au cerveau de se développer ? Rien ne le prouve ; car la dure-mère reste aussi inextensible qu'auparavant, gênant ainsi *ce libre essor* du cerveau escompté par les chirurgiens.

Cependant, bien que, pour toutes ces raisons, la craniectomie paraisse irrationnelle, il est prudent de ne pas la rejeter d'une façon formelle. Car enfin, c'est aux faits seuls qu'il appartient de trancher la question de savoir si une méthode thérapeutique est bonne ou mauvaise. Et si elle donnait des résultats heureux, il faudrait bien les accepter, quelque inexplicables qu'ils fussent. A-t-on la clef de la guérison de certaines épilepsies survenue après des trépanations, qui, *opératoirement*, ne devaient influencer en rien un mal dont on n'avait pas trouvé la lésion ? Le chirurgien, après avoir trépané, ne constatait rien d'anormal, refermait la plaie et le malade était guéri. Toutes ces opérations sur

(1) Tacquet. *De l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots*, Th. de Paris, 1892.

le crâne et le cerveau sont des traumatismes dont on ne connait pas encore toute la portée heureuse ou funeste. Là, plus qu'ailleurs encore, il existe des résultats paradoxaux, bien qu'un jour, ils nous seront présumablement très compréhensibles.

Malheureusement, les observations des chirurgiens qui ont tenté la craniectomie ne sont pas des plus concluantes au sujet de la valeur du procédé. Elles manquent surtout de renseignements précis. M. Bourneville demande, avec raison, une description exacte de l'enfant avant et après l'opération. Ce qu'il serait surtout important de connaître, c'est le développement du crâne des opérés, enregistré mois par mois. On pourrait, de la sorte, faire une comparaison avec ce qui se passe chez les idiots non soumis au traitement opératoire. Enfin, trop souvent, on n'entend plus parler des craniectomisés; or ce sont les résultats éloignés qu'il est important de connaître. En attendant, il est bon de rappeler que la méthode médico-pédagogique, employée par M. Bourneville dans son service, a fait déjà ses preuves. Les idiots soumis à ce traitement arrivent le plus souvent à s'élever au-dessus de leur état mental rudimentaire. La plupart acquièrent avec le temps quelques connaissances qui les font sortir de leur vie purement végétative. L'un d'eux, dont les cahiers scolaires ont été présentés au dernier Congrès, était, en 1887, gâteux et ne parlait ni ne marchait. Il y a six mois, cet idiot courait et sautait, se tenait propre, mangeait seul, aidait à s'habiller, disait le nom des objets et des personnes qui l'environnaient, reconnaissait les couleurs, etc.

Certes, l'idéal thérapeutique ne saurait être placé assez haut. Les résultats obtenus par la méthode pédagogique sont déjà considérables. Mais on peut encore faire mieux et, si les chirurgiens trouvaient un traitement réellement curatif de l'idiotie, on irait à eux. Mais jusqu'à présent, leurs opérations ne paraissent pas convaincantes. Voilà ce qu'il faut dire pour mettre en garde des praticiens peu éclairés contre des espérances illégitimes ou prématurées. Il n'est pas sûr que la craniectomie ne puisse jamais devenir une opération utile, mais aujourd'hui, il est certain que c'est une opération dont les risques sont considérables.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 décembre 1892, M. le docteur André est nommé professeur titulaire de pathologie interne à la Faculté de médecine de Toulouse.

— Par décret, en date du 29 décembre 1892, M. le médecin principal de première classe Morache est promu au grade de médecin inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin inspecteur Aron, placé dans la section de réserve. — Est maintenu dans ses fonctions actuelles de directeur du service de santé du 18e corps d'armée.

— Par décret, en date du 29 décembre 1892, ont été promus dans le corps de santé militaire et par décision ministérielle du même jour ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Feuvrier, en remplacement de M. Morache promu; maintenu en mission en Perse. — Czernicki, en remplacement de M. Feuvrier, mis hors cadre; maintenu à son poste de médecin-chef de l'hôpital militaire de Belfort.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Benoit, en remplacement de M. Czernicki, promu; maintenu à l'École de Saint-Cyr.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins majors de deuxième classe Vuillemin, en remplacement de M. Billet, décédé; désigné pour le 159e d'infanterie. — Barois, en rempl. de M. Cazalas, mis en non activité; maintenu au 36e d'infanterie. — Louis, en remplacement de M. Munier, mis en non activité; désigné pour le 154e d'infanterie. — Bergounioux, en remplacement de M. Malabard, retraité; désigné pour le 36e d'artillerie. — Achintre, en remplacement de M. Benoit, promu; désigné pour le 63e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Rioblanc, en remplacement de M. Malbot-Pastureau, mis en non-activité; maintenu au Val-de-Grâce. — Baradat, en remplacement de M. Gaube, démissionnaire; désigné pour le 2e zouaves. — Colombel, en remplacement de M. Milliot, démissionnaire; désigné pour le 89e d'infanterie; — Bréau, en remplacement de M. Bouire, mis en non-activité; désigné pour le 153e d'infanterie. — Munschina, en remplacement de M. Vuillemin, promu; maintenu aux hôpitaux militaires de Tunisie. — Eymeri, en remplacement de M. Barois, promu; attaché à la direction du service de santé du 12e corps d'armée et aux salles militaires de l'hospice mixte de Limoges. — Nabona, en remplacement de M. Louis, promu; désigné pour le 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique. — Lalitte, en remplacement de M. Bergounioux, promu; maintenu à l'École du service de santé militaire. — Duco, en remplacement de M. Achintre, promu; désigné pour le 3e régiment de spahis.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de première classe en non-activité Cot; désigné pour le 38e d'infanterie.

— Par arrêté ministériel, en date du 27 décembre 1892, un concours sera ouvert, le 3 juillet 1893, devant la Faculté de médecine de Lille pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de médecine d'Amiens.

— La Société de stomatologie de Paris, dont la fondation remonte à l'année 1888, vient de renouveler son bureau pour 1893.

Ont été nommés : Président, M. Magitot; vice-président, M. Cruet; secrétaire général, M. Th. Thomas; secrétaires annuels, MM. Jarre et Bouvet; trésorier, M. Chabry.

La Société rappelle qu'elle se consacre, suivant les termes de ses statuts, à l'étude scientifique des maladies de la bouche, de l'appareil dentaire et de leurs annexes.

Les conditions d'admission sont les suivantes :

1° Être pourvu du titre de médecin, en vertu d'un diplôme français ou d'un diplôme étranger reconnu équivalent par la Société;

2° Être interne des hôpitaux ou hospices français, nommé au concours, ou étudiant en médecine ayant terminé sa scolarité (la loi nouvelle accordant en effet le droit d'exercice à ces deux catégories);

3° Avoir adressé à la Société une demande écrite.

Les réunions ont lieu le troisième lundi de chaque mois dans l'une des salles de l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, à huit heures et demie du soir.

C'est dans les bureaux de l'hôtel que l'on trouve les comptes rendus que la Société publie chaque année.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1893, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien*, par M. le docteur Constantin Paul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine. — 2° *Mémorial obstétrical*, par M. le professeur Pajot. — 3° *Formulaire magistral*, par M. Delpech. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par M. le docteur de Valcourt. — Plus, un calendrier à un ou deux

jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des docteurs en médecine, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance et des eaux minérales; les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France; les Écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 610 pages, dont 190 de calendrier et 420 de renseignements utiles.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en six cahiers (trimestres à 2 jours par page) et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille : 3 fr. — Le même à 1 jour par page, 3 fr. 50. — Trimestres seuls dorés sur tranches : à 2 jours par page, 1 fr. 75; à 1 jour par page, 2 fr. — Le « Mémorial thérapeutique » et le « Formulaire magistral » en un seul cahier séparé : 1 fr. 25. — Les « Renseignements utiles » en un seul cahier séparé : 1 f. 25.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; — n° 2, l'agenda divisé en six cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

TABLE DES MATIÈRES

1892

C

D

E

F

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

X

Z

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1892

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



